

Harmadik országbeli állampolgárok hozzáférése az egészségügyi ellátórendszerhez

Kézikönyv

TULLIUS Kiadó

Budapest, 2012.

Impresszum

Harmadik országbeli állampolgárok hozzáférése az egészségügyi ellátórendszerhez

Szerzők:

Dr. Ács Vera (IV. Fejezet)
Illés Sándor Ph. D. (I., VIII. Fejezet)
Dr. Gellérné Dr. Lukács Éva (II. Fejezet)
Dr. Gyeney Laura (III. Fejezet)
Dr. Kereszty Éva (V. Fejezet)
Dr. Kocsicska Ivana (VII. Fejezet)
Dr. Kovács Gábor (III. Fejezet)
Dr. Ötvös Péter (VI. Fejezet)
Dr. Csige Zoltán (IX. Fejezet)

Szerkesztette:

Dr. Gellér Balázs József

Kiadja a Tullius Kft.

Felelős Kiadó: Dr. Gellér Balázs József

A kiadvány szerzői jogvédelem alatt áll. E kiadvány bármely részének sokszorosítása, bármilyen adatrendszerben való tárolása (papír, elektronikus stb.) a kiadó előzetes engedélye nélkül tilos.

A kiadvány az Európai Integrációs Alap, a Belügyminisztérium és a Tullius Kft. finanszírozásában, az EIA/2011/1.3.4. számú támogatási szerződésben foglaltak szerint jött létre.

ISBN 978-615-5071-12-6

A kiadvány elektronikus verziója a www.tullius.hu oldalról letölthető.

Budapest, 2012.

Harmadik országbeli vándorok a magyar közegészségügyben

Bevezetés - Az adatok és az adatbázisba szervezés módszertani leírása, az információk analitikai értéke

A 2006 és 2010 közötti öt évet ölelik át az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP) alább részletesen elemzendő adatai, melyek a hazánkban tartózkodó harmadik államokbeli polgárok egészségügyi szolgáltatásokkal kapcsolatos fogyasztásának egy részét, valószínűleg döntő hányadát teszik ki. A magánpraxisok keretében történő ellátás nem került bele az OEP adatkörbe. Nagyságrendjére és szakági megoszlásaira szakértői becslések készíthetők, ezek taglalása azonban szétfeszítené e dolgozat kereteit, ezért e helyen mellőzzük a taglalását. A vizsgálat kezdő éve lehetett volna akár 2004 is, hiszen az Európai Unióhoz csatlakozásunkkal a harmadik országbeli állampolgárok sokasága jól körülhatárolhatóvá vált. A töredékév alkalmazása azonban megnehezítette volna a többi, egész évekkel való összevetést. Az Uniós csatlakozás önmagában is jelentős kihívásokat szült az OEP statisztikai rendszerével kapcsolatosan is. A már említett töredék év és a rákövetkező 2005 is az új rendszer kialakításával, tesztelésével, a folyamatos rutinstatisztikai mechanizmusok csiszolásával telt el. Ez a hozzávetőleges késlekedés teljes mértékben természetes dolog, az adminisztratív jellegű folyamatos statisztikák kezdő éveire általában jellemző ez a jelenség. A vizsgálat kezdő évének indokolása után, egyszerűbb dolgunk van a záró 2010-es év magyarázatával. Az adatlekérés időpontjában ezek voltak a legfrissebb adatok. A 2011-re vonatkozó adatok még nem kerültek véglegesítésre.

Az adatok típusa egyértelműen beazonosítható. Teljes körű regiszterből származó adminisztratív jellegű adatokkal lesz dolgunk, melyekre az alábbi generális összefüggések jellemzők. A legkülönbélebb típusú regiszterek (lakcím-bejelentési, tartózkodási engedélyeket, munkavállalási engedélyeket, állampolgárokat és az esetünkben a harmadik államokbeli polgárok magyarországi állami egészségügyi fogyasztását nyilvántartó) folyamatos információt képesek szolgáltatni az aktuális helyzetről és a változásokról is. A legfejlettebb regisztrációs rendszereknek már archív állományai is vannak, melyek az eseménytörténeti kutatások számára szolgálnak, máshol elő nem bányászható hatalmas forrással. Az OEP adatbázis e tulajdonságát tudtuk felhasználni a kutatásunk során. A változásokat az éves időtartamokkal dolgozó folyamatos vándorlási statisztikákban sűrítik egybe. A mechanikus népmozgalmi statisztikák már az eseményeket magukat tartalmazzák és nem a mozgások hosszú távú eredménye befolyásolta, egy időponttal jellemezhető helyzetet. Tehát a valóságos folyamatokat közvetlenül tükrözik. A folyamatos statisztika szolgáltatja adatokat áramlási (flow) típusú adatoknak nevezzük. Az időponti (stock) jellegű adatok más jellegzetességekkel bírnak. Az OEP adatok előnyös tulajdonsága, hogy teljeskörűek, így mintavételi hibák nem terhelik az adatokat és az elemzés során, nem kell foglalkoznunk a mintanagyságból származó

korlátokkal. Az adatok viszonylagosan frissek, tehát az aktuális folyamatokat tükrözik és időszerűségük csak paradigmaváltások időszakában kérdő-jelvezhető meg. Jelenleg nem ilyen időszakban élünk. Az összehasonlítható idősorok képzésével nem csak egyedi jelenségeket, rövid távú folyamatokat, hanem középtávú trendeket is ki tudunk tapintani. A népszámlálásokhoz vagy akár a mintavételes felvételekhez képest nagy hátránya a regiszterek azon jellemzője, hogy a változók száma jóval kisebb. Ennek magyarázata az, hogy nem a tudományos kutatás kifinomult igényeihez, hanem az adminisztráció napi ügyintézéséhez vannak méretezve, azt szolgálják ki, illetve tükrözik a bürokratikus aktusokat. Esetünkben ebből a jellegzetességből az következik, hogy a demográfiai (nem, kor, családi állapot, iskolai végzettség), munkapiaci, jogi státusbeli és egyéb releváns információkat tükröző változók szerint nincsenek az adatok bontva.

A fenti, talán a szükségesnél hosszabbra sikerült, mentegetőzésnek ható gondolatok után értékeljük magát az adatokat. Mindenek előtt meg kell állapítanunk, hogy az adatlekérésünk eredményeképpen kapott információk több szempontból is unikálisak. Első különlegességük maguk a létük. Külsőnek tekinthető igényünk nélkül, nagy valószínűséggel nem alakult volna ki az adminisztráció belső kívánalma, ilyen típusú adatok aggregálására. Nyilvánvalóan nem lustaságról vagy nemtörődömségről van szó ebben az esetben, hanem – óvatosan fogalmazva – a szorító időbeli és pénzügyi korlátokról. Le kell szögeznünk, hogy hasonló adatbázis eddig nem készült Magyarországon, következésképpen az abból megállapított tények, összefüggések, folyamatok, következtetések, ajánlások különleges jelentőségre tesznek szert.

Az adatok agregáltan, személyi azonosításra alkalmatlan módon kerültek átadásra az adatgazdától. A különböző típusú ellátásokat azonos változók mentén kértük le és kaptuk meg. Ebben az esetben természetesen a standardizálás alapja a legerényesebb adattartalmú ellátási típus lehetett. Excel adattáblákat kaptunk az akut, fekvőbeteg, járó beteg, fogászati és pénzügyi ellátásokról, mely a többi ellátás generális igénybevevői köréhez képest egyértelműen munkaviszonyhoz kötődött, tehát a munkavállalási típusú migrációhoz kapcsolódik. Az egyes ellátási típusok változói az alábbiak voltak. A már tárgyalt év. Az állampolgárság, mely esetünkben annyi problémát okozott, hogy jugoszláv állampolgárok minden egyes évben külön szerepeltek. Az utódállamokra szétbontásukra mód nyílhatott volna, ha ismerjük az eredetország szerinti szokásos lakóhelyük települését. Sajnos erre nem volt lehetőségünk. A Központi Statisztikai Hivatal adatai alapján aránybecsléseket végezhetünk volna, azonban a várható eredmények nem álltak volna arányban a befektetendő anyagi és szellemi energiákkal. Ezen érvek következtében a jugoszláv kategória az elemzés része maradt. A 2006-os évre vonatkozóan román és bolgár állampolgárokat is kellett volna tartalmaznia az adatbázisnak, hiszen abban az egy évben még harmadik államokbelinek számítottak. Az idősor homogenitásának követelménye miatt azonban eltekintettünk a két náció adatbázisba kerülésétől.

Magyarországot nem homogén területként kezeltük. Az esetszámok nagyságrendje miatt a területi bontások közül a megyei szintet preferáltuk. Az ennél magasabban elhelyezkedő régiók esetén a területi differenciák kevésbé lettek volna karakterisztikusak. Az ennél alacsonyabb szinteken levő kistérségek az egyediség

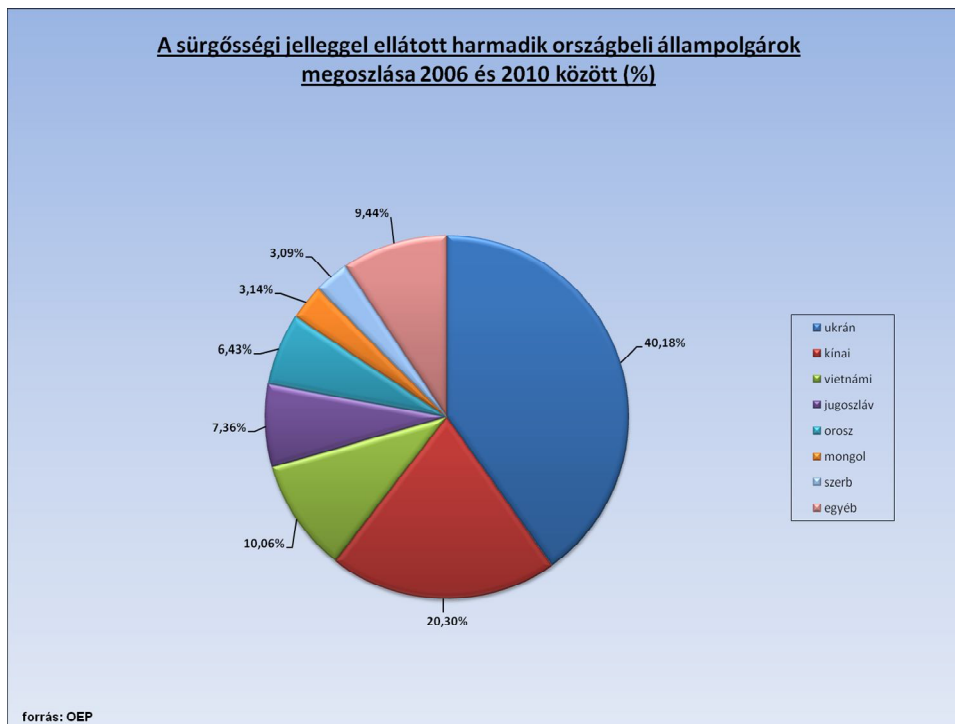
olyan fokú megnyilvánulásai lettek volna, melyek magyarázatára alapos helyismeret nélkül nem vállalkozhattunk. A harmadik országbeli ellátottak települések szerinti megoszlása inkább az intézményhálózat karakterisztikus telephelyeit tükrözte volna a megbetegedések helye vagy a migráns szokásos lakóhelye helyett. Az ellátás típusának szakági besorolását is tartalmazza az adatbázis. A nagyfokú egyediség miatt, típusonként eltérő mértékben, csak a legjelentősebb szakágak kerültek kiemelésre. Ez miatt az egyéb kategóriákban az egyötödnyi nagyságrendnél jelentősebb mennyiségek fordulnak elő. Ezért a legrobosztusabb összefüggéseket a „Karakterisztikus jelenségek – jellegzetes folyamatok – egyedi esetek” alfejezetekben bontottuk ki, illetve említettük meg az egyes típusok részletes analízise során. A betegszám és esetszám változók elodázhatatlan választás elé állították az elemzőt. Preferáljuk-e az egyiket vagy dolgozzunk mind a kettővel? A dilemma feloldásaként öszvér megoldás született. Mivel migránsokról, tehát természetes személyekről volt szó, ezért a többi változóval való összevetésben a betegszámot helyeztük előtérbe. Az esetszámokat pedig csak a betegszámok kontextusában, indexeket képezve vizsgáltuk. A pénzben kifejezett szolgáltatások forintra pontosan megjelentek az adatbázisban. Azonban mivel nem piaci alku tárgyát képező árakról, hanem szabott árakról van szó az egyedi kezelések esetén, és ezek minden esetben nyilvánosak voltak, ez miatt az aggregált értékek és azok nagyságrendjei bírtak különös jelentőséggel.

Akut ellátás

Állampolgárság szerinti megoszlás

A 2006 és 2010 közötti öt évben 11 776 fő harmadik országbeli állampolgár részesült akut jellegű ellátásban Magyarországon. Az ellátottak állampolgárság szerinti megoszlása meglehetősen erős koncentrációt mutat. Az ellátottak 82 százaléka mindösszesen hét ország állampolgára, nevezetesen ukrán, kínai, vietnami, jugoszláv, szerb, orosz és mongol. Az ukrán állampolgárok száma messze kiemelkedik ebből a sokaságból 4810 fővel. A kínaiak követik őket 2430 fővel, tehát az ukrán ellátottak közel felével. A kínaiakat harmadik helyen a vietnami állampolgárságú ellátottak követik 1204 fővel. A jugoszláv útlevéllel rendelkezők adják a negyedik legnagyobb csoportot 881 fővel. Nagy valószínűséggel, a Magyarországgal határos területekről érkezhettek, illetve menedékes státusból bevándorlók lettek. A szerb állampolgárok közül összesen 370 fő részesült akut jellegű ellátásban, mely mennyiséggel a hét nemzet közül az utolsó helyre szorultak. A szerbekhez képest több mint kétszer annyi orosz állampolgár részesült akut ellátásban, pontosan 770 fő. Ennél talán csak az a meglepőbb, hogy a távoli Mongólia állampolgárai közül 376 fő részesült akut ellátásban.

I. ábra



Amennyiben a pusztán számokat igyekszünk magyarázni, akkor az ukrán állampolgárok nagyságrendje kielégítően indokolható a harmadik országbelieken belül betöltött legjelentősebb részarányukból. Ugyanez a magyarázat már nem érvényes a kínai és még inkább a vietnami állampolgárok esetében. A harmadik országbeli bevándorlókon belül betöltött részarányukhoz képest jelentősen felülreprezentáltak az akut ellátottak között. Már ezen a helyen előrebocsátjuk azt a következtetésünket, hogy a kínai ellátottak döntő része és a vietnamiak egészének akut ellátása a fővárosban, Budapesten történt meg. Az egykori Jugoszlávia állampolgárai és főleg az utódállam Szerbia állampolgárai, a harmadik országbeli bevándorlókon belül betöltött részarányukhoz képest jelentősen alulreprezentáltak az akut ellátottak között. Az orosz és még inkább a mongol állampolgárok alkotják az újabb jellegzetes csoportot. A felül-reprezentáció az ő esetükben a legjelentősebb. Az orosz állampolgárok esetén valószínűsíthető az egészségturizmussal kapcsolatos jelenségek szövevényes együttese. A mongol állampolgárok esetében viszont sokkal inkább a vendégmunkások magyarországi megbetegedéseire gyanakodhatunk.

A terület szerinti megoszlás

Az ellátottak megyék szerinti megoszlása nem független a fentebb tárgyalt állampolgárság szerinti megoszlásuktól. A szomszédos országok polgárait a határ

menti megyékben látták el. A távoli országok polgárait pedig főleg a fővárosban Budapesten és az azt övező Pest megyében kezelték. A 2006 és 2010 közötti öt évben 11 776 fő harmadik országbeli állampolgár részesült akut jellegű ellátásban Magyarországon. Az ellátottak állampolgárság szerinti megoszlásához képest az ellátás megyéje szerinti megoszlás még kifejezettebb koncentrációt mutat. Az ellátottak 94 százalékát a fővárossal együtt mindösszesen hat megyében látták el. Ezek a megyék az alábbiak: Budapest, Szabolcs-Szatmár-Bereg, Pest, Csongrád, Bács-Kiskun és Hajdú-Bihar megyék. A fővárosban, Budapesten ellátott harmadik országbeli állampolgárok száma messze kiemelkedik ebből a sokaságból 7325 fővel. Tehát az akut kezelésre szorultak közel kétharmada a fővárosban talált orvosra. Ez az arány messze meghaladja a fővárosban tartózkodó harmadik országbeli állampolgárok arányát. Ha viszont a mobilitás egyéb csatornáit is figyelembe vesszük, akkor az elsőrangú nemzetközi turisztikai desztinációként szereplő Budapest kiemelkedő részaránya az akut ellátottak között már nem is olyan meglepő, mintha csak felületesen szemlélnénk e jelenséget. A budapesti mennyiséghez képest kevesebb, mint ötödrésszel, a megyék sorában második helyen állt Szabolcs-Szatmár-Bereg megye 1710 fő ellátottal. A szabolcsi ellátottak kevesebb, mint felét kezelték a fővárost körülölelő Pest megyében, pontosan 887 főt. Negyedik helyen Csongrád megye szerepel 586 fő ellátottal. Ebben a megyében nagyrészt Jugoszlávia és Szerbia állampolgárait látták el. Az ötödik helyet Bács-Kiskun megye foglalja el. Csongrád megyéhez hasonlóan nagyrészt Jugoszlávia és Szerbia állampolgárait látták el, azonban itt az állampolgárság szerinti szóródás jóval magasabb volt. A hatodik helyen, Hajdú-Bihar megyében már csak 222 főt láttak el a négy évben.

Amennyiben az abszolút számokat igyekszünk magyarázni, akkor logikai alapon is kikövetkeztethető, hogy a 4810 fő ukrán ellátott nagyobbik részét nem a határ menti megyében, vagy az ahhoz közelielében látták el, hanem a fővárosban, Budapesten. Indokolásul annyi hozható fel, hogy a határos Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében 1710 fő harmadik országbelit láttak el összesen és a közeli Hajdú-Biharban is mindössze 222 főt. Következésképpen még az ukrán állampolgárok nagyobb részét is a fővárosban látták el, nem az országhatárhoz közeli egészségügyi centrumokban. A főváros vonzáskörzetében, Pest megyében 887 főt láttak el. Pest megye mintegy átmeneti zónát képez a főváros és az ország többi területe között az ellátottak nagyságrendje (kivételet Szabolcs-Szatmár-Bereg megye képez) és a sürgősségi kezeléseket igénybe vevők állampolgárság szerinti összetételében is. Budapesten és Pest megyén kívül nagyon csekély számú kínait, vietnamit, orosz és mongolt láttak el sürgősségi jelleggel. Érdekes hogy oroszokat Jász-Nagykun-Szolnok megyében, mongolokat pedig Fejér megyében láttak el. Mint fentebb említettük Csongrád megyében főleg jugoszláv és szerb állampolgárokat láttak el, Hajdú-Biharban viszont már az ukrán állampolgárok domináltak.

Karakterisztikus jelenségek – jellegzetes folyamatok – egyedi esetek

Módszertani szempontból fel kell hívnunk arra a figyelmet, hogy az akut módon ellátott harmadik országbeliek státusa nem kizárólag csak bevándorló lehetett. Éppen a sürgősség okán az összes nemzetközi térbeli mobilitási formának megfelelő

státusúak is szerepelhetnek az Országos Egészségbiztosítási Pénztár statisztikusai által leválogatott adatbázisban. Sőt talán azt is megkockáztathatjuk, hogy a többi ellátási formához képest az akut módon ellátottak között fordulhatnak elő legnagyobb valószínűséggel turisták, egy évnél kevesebbet nálunk dolgozó vagy tanuló vendégmunkások és diákok is.

Az akut kezelések forintban kifejezett költségét is tartalmazzák az összesített statisztikák. Átlagosan 34,4 ezer forint/fő/év árat figyelhettünk meg. Ettől az átlagértéktől való jelentős eltérést a 2006-ban Budapesten ellátott koreaiaknál tapasztalhattunk.

Jelen sorok szerzője nem talált magyarázatot arra, hogy 2008-ban miért éppen Borsod-Abaúj-Zemplén megyében láttak el afgán állampolgárokat. A megye nem esik bele az illegálisan belépők áramlási útvonalába, továbbá menekült tábor sincs a területen.

Budapesten távoli, gyakran egzotikusnak tekinthető államok polgárai is hozzájutottak sürgősségi ellátáshoz. 2006-ban és 2007-ben japánok, 2008-ban Thaiföld, polgárai, 2010-ben grúzok és irakiak.

Érdekes, hogy izraeliek és amerikaiak szinte minden évben előfordultak Budapesten, Pest megyében azonban csak a vizsgált időszak második felében tűntek fel. Hasonló terjedési folyamatokat figyelhettünk meg az ukrán állampolgároknál is. Az időszak eleji két centrumterületről (Budapest, Szabolcs-Szatmár-Bereg megye) kiindulva az ország szinte minden megyéjében igénybe vették a sürgősségi ellátást a vizsgált időszak végére. Kevésbé volt látványos az egy centrumból (Budapest) kiinduló kínai állampolgárok terjedési folyamata, azonban a folyamat megjelenését már nem lehet nem észrevenni a vizsgált időszak végére.

Még egyszer hangsúlyozzuk, hogy az ellátások területi megoszlásában Budapest dominál. Ezt követik a keleti és déli határ menti megyék, valamint Pest megye. Feltűnő, hogy a nyugati megyékben (Győr-Moson-Sopron és Zala) mennyire kevés harmadik országbelit láttak el. Ehhez képest is kuriózumnak számít, hogy a vizsgált öt évben, Vas és Nógrád megyékben egyáltalán nem láttak el sürgősségi úton harmadik államokbeli állampolgárt.

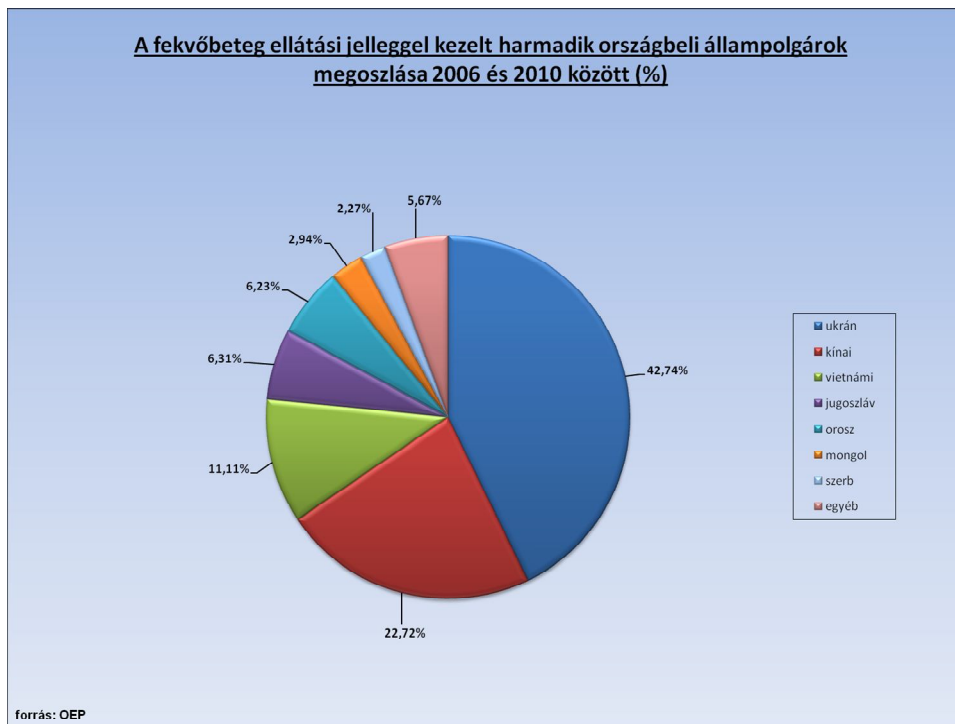
Fekvőbeteg ellátás

Állampolgárság szerinti megoszlás

A 2006 és 2010 közötti öt évben 9414 fő harmadik országbeli állampolgár részesült fekvőbeteg ellátásban Magyarországon. Az ellátottak állampolgárság szerinti megoszlása nagyon erős koncentrációt mutat. Az ellátottak 94 százaléka mindösszesen hét ország állampolgára, nevezetesen ukrán, kínai, vietnami, jugoszláv, szerb, orosz és mongol. Az ukrán állampolgárok száma messze kiemelkedik ebből a sokaságból 4166 fővel. A kínaiak követik őket 2215 fővel, tehát az ukrán ellátottak több mint a felével. A kínaiakat harmadik helyen a vietnami állampolgárságú ellátottak követik 1083 fővel. A még mindig elfogadott jugoszláv útlevelel rendelkezők adják a negyedik legnagyobb csoportot 615 fővel. Nagy valószínűséggel, a Magyarországgal határos területekről érkezhettek, illetve menedékes státusból bevándorlók lettek. A szerb állampolgárok közül összesen 221

fő részesült fekvőbeteg jellegű ellátásban, mely mennyiséggel a hét nemzet közül az utolsó helyre szorultak. A szerbekhez képest több mint két és félszer annyi orosz állampolgár részesült fekvőbeteg ellátásban, pontosan 607 fő. Ennél talán csak az a meglepőbb, hogy a távoli Mongólia állampolgárai közül 287 fő részesült fekvőbeteg ellátásban. Észre kell vennünk ugyanakkor azt az összefüggést, hogy mind a hét fentebb tárgyalt harmadik ország az egykori szocialista tömbhöz tartozott. Tehát a közel fél évszázados múlt örökségének hatásával állhatunk szemben ezen országcsoport esetén.

2. ábra



Amennyiben a pusztán számokat igyekszünk magyarázni, akkor az ukrán állampolgárok nagyságrendje kielégítően indokolható a harmadik országbeliek Magyarországon belül betöltött legjelentősebb részarányukból. Ugyanez a magyarázat már nem érvényes a kínai és még inkább a vietnami állampolgárok esetében. A harmadik országbeli bevándorlókon belül elfoglalt részarányukhoz képest jelentősen felülreprezentáltak a fekvőbeteg ellátottak között. Már ezen a helyen előrebocsátjuk azt a következtetésünket, hogy a kínai ellátottak döntő része és a vietnamiak egészének ellátása a fővárosban, Budapesten történt meg. További érdekes jelenség, hogy mintha a kínai és vietnami férfiaknak nagyon kevés fekvőbeteg ellátást igénylő egészségügyi problémájuk lenne. Minkét nációnál a nőgyógyászati kezelések és a csecsemőellátás dominanciája kiemelkedően magas. Az urológiai problémákkal kezelték száma viszont elenyésző. Az egykori Jugoszlávia állampolgárai és főleg az egyik utódállam Szerbia állampolgárai, a

harmadik országbeli bevándorlókon belül betöltött részarányukhoz képest jelentősen alulreprezentáltak az ellátottak között. Az orosz és még inkább a mongol állampolgárok alkotják az újabb jellegzetes csoportot. A felül-reprezentáció az ő esetükben a legjelentősebb a bevándorlókon belül betöltött arányukhoz képest. Az orosz állampolgárok esetén a fekvőbeteg ellátások esetén is valószínűsíthető az egészségturizmussal kapcsolatos jelenségek szövevényes együttese. A mongol állampolgárok esetében viszont sokkal inkább a vendégmunkások magyarországi megbetegedései adják a rejtély megoldásának kulcsát. A lentebb tárgyalandó területi összefüggések meg fogják erősíteni az orosz és mongol állampolgárokkal kapcsolatos magyarázatokat.

A terület szerinti megoszlás

Az ellátottak megyék szerinti megoszlása nem független a fentebb tárgyalt állampolgárság szerinti megoszlásoktól. Sőt, a fekvőbeteg ellátottak között már kifejezetten erősnek tekinthetők a tárgyalt szomszédos országok és a velük határos magyar megyék kapcsolatai. A szomszédos országok polgárait a határ menti megyékben látták el, ha eltekintünk a főváros, Budapest, minden egyéb összefüggést elnyomó, domináns hatásától. A távoli országok polgárait pedig majdnem kizárólagosan a fővárosban Budapesten és az azt övező Pest megyében kezelték. A 2006 és 2010 közötti öt évben 9414 fő harmadik országbeli állampolgár részesült fekvőbeteg jellegű ellátásban Magyarországon. Az ellátottak állampolgárság szerinti megoszlásához képest az ellátás megyéje szerinti megoszlás egy árnyalatnyival erősebb koncentrációt mutat. Az ellátottak 95 százalékát a fővárossal együtt mindösszesen hat megyében látták el. Ezek a megyék az alábbiak: Budapest, Szabolcs-Szatmár-Bereg, Pest, Csongrád, Bács-Kiskun és Hajdú Bihar megyék. A fővárosban, Budapesten ellátott harmadik országbeli állampolgárok száma kiemelkedik ebből a sokaságból 6165 fővel. Ez az összes ellátottak közel kétharmadát, pontosan 63 százalékát jelenti. Ez az arány jelentősen meghaladja a fővárosban tartózkodó harmadik országbeli állampolgárok arányát. Valószínűsíthető, hogy a mobilitás egyéb csatornáit sem hagyhatjuk figyelmen kívül, amikor a főváros szerepét értékeljük. A magyarországi viszonylatban elsőrangú nemzetközi turisztikai desztinációként szereplő Budapest kiemelkedő részaránya a fekvőbeteg ellátottak között már nem is olyan meglepő, mintha csak felületesen szemlélnénk a kétharmadhoz közeli részarányt. Azonban nagy valószínűséggel feltételezhetjük, hogy a fekvőbetegek között jóval kevesebb turista státussal rendelkezőt láthatnak el, mint az akut kezelték között. A budapesti mennyiséghez képest több mint negyedrésszel, a megyék sorában második helyen állt Szabolcs-Szatmár-Bereg megye 1605 fő ellátottal. A szabolcsi ellátottak kevesebb, mint felét kezelték a fővárost körülölelő Pest megyében, pontosan 627 főt. Negyedik helyen Csongrád megye szerepel 387 fő ellátottal. Ebben a megyében nagyrészt Jugoszlávia és Szerbia állampolgárait látták el. Az ötödik helyet Bács-Kiskun megye foglalja el. Csongrád megyéhez hasonlóan nagyrészt Jugoszlávia és Szerbia állampolgárait látták el, azonban itt az állampolgárság szerinti megoszlásban az ukrán állampolgárok minden egyes évben megjelentek a statisztikában. A hatodik helyen, Hajdú-Bihar megyében már csak 207 főt láttak el az öt évben.

Amennyiben az abszolút számokat igyekszünk magyarázni, akkor logikai alapon is kikövetkeztethető, hogy a 4166 fő ukrán ellátott nagyobbik részét nem a határ menti megyében, nevezetesen Szabolcs-Szatmár-Beregben vagy az ahhoz közelielében látták el, hanem a fővárosban, Budapesten. Indokolásul annyi hozható fel, hogy a határos Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében 1605 fő harmadik országbelit láttak el összesen és a közeli Hajdú-Biharban mindösszen 207 főt. Következésképpen még az ukrán állampolgárok nagyobb részét is a fővárosban látták el, nem az országhatárhoz közeli egészségügyi centrumokban. Ugyanakkor meg kell jegyeznünk, hogy az akut ellátásokhoz képest a fekvőbeteg ellátottak arányai magasabbak voltak az Ukrajnához közeli megyékben. A főváros vonzáskörzetében, Pest megyében 627 főt láttak el. Pest megye mintegy átmeneti zónát képez a főváros és az ország többi területe között az ellátottak nagyságrendje (kivétel Szabolcs-Szatmár-Bereg megye) és a fekvőbeteg kezeléseket igénybe vevők állampolgárság szerinti összetételében is. Budapesten és Pest megyén kívül nagyon csekély számú kínait, oroszot és amerikaiat láttak el. Érdekes hogy mongolokat Fejér megyében láttak el 2008-ban. 12 fő részesült nőgyógyászati kezelésben. Mint fentebb említettük Csongrád megyében főleg jugoszláv és szerb állampolgárokat láttak el az ukrán állampolgárokkal kiegészülve. Hajdú Biharban viszont már az ukrán állampolgárokat láttak el.

Karakterisztikus jelenségek – jellegzetes folyamatok – egyedi esetek

Módszertani, elemzési és értékelési szempontokból újra fel kell hívnunk arra az Olvasó figyelmét, hogy az akut módon ellátott harmadik országbeliekhez hasonlóan a fekvőbeteg ellátottak idegenrendészeti státusa nem kizárólag csak bevándorló lehetett. A sürgősség okán az összes nemzetközi térbeli mobilitási formának megfelelő státusúak is szerepelhetnek az Országos Egészségbiztosítási Pénztár statisztikusai által leválogatott adatbázisban. Megkockáztathatjuk, hogy az akut formához képeset a fekvőbeteg módon ellátottak között kisebb valószínűséggel fordulhatnak elő turisták, egy évnél kevesebbet nálunk dolgozó vagy tanuló vendégmunkások és diákok.

A fekvőbeteg kezeléseket forintban kifejezett költségét is tartalmazza az összesített statisztikák. Átlagosan 34,4 ezer forint/fő/év árat figyelhettünk meg. Ettől az átlagértéktől való jelentős eltérést nem tapasztaltunk egyetlen megyében sem. Viszont rendkívül feltűnő, hogy az akut módon ellátottak és a fekvőbetegek egy főre eső költsége gyakorlatilag ugyanannyi volt.

Budapesten távoli, államok polgárai is hozzájutottak fekvőbeteg ellátáshoz. Ebben semmi meglepő sincs, hiszen Budapest multikulturális kapuvárosnak tekinthető. Az akut ellátásokban még szereplő japánok, thaiföldiek, grúzok már nem fordulnak elő a fekvőbetegek között, viszont 2007-ben irakiak előfordultak.

Érdekes, amerikaiak szinte minden évben előfordultak Budapesten, Pest megyében azonban csak a vizsgált időszak második felében 2009-ben tűntek fel, majd 2010-re el is tűntek. A sürgősségi ellátásokban még gyakran szereplő izraeliek mindössze csak 2006-ban láttak el a fekvőbetegek között. A rákövetkező négy évben már nem szerepeltek az adatbázisunkban izraeli állampolgárok. Karakteres terjedési folyamatokat figyelhettünk meg az ukrán, a jugoszláv, a szerb és a kínai

állampolgároknál is. Az ukrán állampolgárok esetében az időszak eleji két centrumterületről (Budapest, Szabolcs-Szatmár-Bereg megye) kiindulva az ország sok megyéjében vették igénybe a fekvőbeteg ellátást a vizsgált időszak végére. A Dunán innen az időszak végére már csak Nógrád megyében nem fordultak elő. A Dunántúlon pedig Fejér és Győr-Moson-Sopron megyei intézményekben gyógyultak. A jugoszláv állampolgársággal rendelkezők közül minden egyes évben Csongrád megyében kezelték a legtöbbet. Budapest is állandó célpont volt a vizsgált időszakban. Az időszak második felében, a köztes megyékben Bács-Kiskunban és Pest megyékben is megjelentek a jugoszláv állampolgárok. Szerb állampolgárok csak 2008-tól jelentek meg Csongrád és Bács-Kiskun megyékben és a többi évben is folyamatosan jelen voltak. 2010-re még nem érték el Pest megyét és a fővárost, de valószínűsíthető, hogy a legfrissebb adatok alapján már erről is beszámolhatnánk. Kevésbé volt látványos az egy centrumból (Budapest) kiinduló kínai állampolgárok terjedési folyamata, mert a terjedés itt egyirányú volt kelet felé Szabolcs-Szatmár-Bereg megye irányába, illetve a fővárost körülölelő Pest megyébe.

Még egyszer hangsúlyozzuk, hogy az ellátások területi megoszlásában Budapest dominál. Ezt követik a keleti és déli határ menti megyék, valamint Pest megye. Feltűnő, hogy a nyugati megyékben (Győr-Moson-Sopron, Fejér és Baranya) mennyire kevés harmadik országbelit láttak el. Ehhez képest is kuriózumnak számít, hogy a vizsgált öt évben, Vas, Zala, Veszprém, Komárom-Esztergom és Nógrád megyékben egyáltalán nem láttak el fekvőbetegként harmadik államokbeli állampolgárt.

További figyelemre méltó összefüggés, hogy az 1083 fő vietnami ellátottat teljes egészében Budapesten látták el és nem figyelhető meg a kínaiaknál kimutatott terjedési folyamat megjelenése.

Az orosz állampolgárokat is döntően Budapesten látták el, azonban minden egyes évben, Pest megyében is kezelték őket. Más megyékben nem fordultak elő.

Mongol állampolgárokat is döntően Budapesten látták el a 2008-as évet kivéve, amikor 12 nő részesült fekvőbeteg ellátásban Fejér megyében.

Budapesten amerikai állampolgárok szórányosan fordultak elő (2006, 2010). Még ennél is ritkábban izraeliek (2006). A fejlett államok polgáraihoz képest több szegény országból vagy válság sújtotta térségből származókat gyógyítottak Budapesten. Egyiptomiakat, szíriaiakat, törököket minden egyes évben, afgánokat és irakiakat 2008-tól kezdődően.

Pest megyében a vietnamiakon és mongolokon kívül minden részletesen tárgyalt náció polgárait ápolták. 2008-ban e sokaság 10 fő amerikaival egészült ki.

Mint fentebb kifejtettük, Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében az ukrán dominanciát kínai jelenlét színesítette. Ugyanez mondható el Csongrádról, ahol a jugoszláv és szerb állampolgárok mellett, csak kevés számú ukránt találunk.

Bács-Kiskun megyében állandó volt a jugoszláv és az ukrán jelenlét, melyet 2008-tól növekvő számú szerb állampolgár egészített ki.

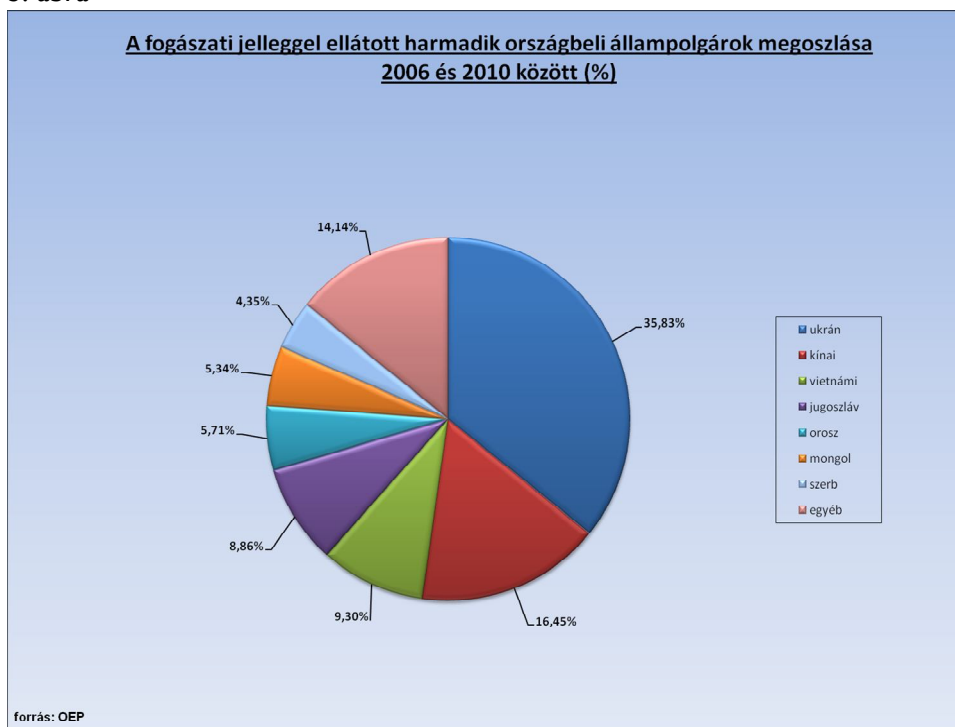
Hajdú Bihar megyében csak ukrán állampolgárokat kezelték, ahogy Baranyában csak horvátokat. A horvátok száma az években 10 fő körül mozgott. Pontosan 2006-ban 11 fő, 2007-ben 13 fő, 2008-ban 0 fő, 2009-ben 10 fő, 2010-ben 11 fő.

Fogászati ellátás

Állampolgárság szerinti megoszlás

A 2006 és 2010 közötti öt évben 11 776 fő harmadik országbeli állampolgár részesült akut ellátásban, 9414 fő harmadik országbeli állampolgár kapott fekvőbeteg ellátást és messze a legtöbben pontosan 18 123-en részesültek fogászati ellátásban Magyarországon.

3. ábra



A fogászati ellátottak állampolgárság szerinti megoszlása is erős koncentrációt mutat, azonban köztes helyzetet foglal el a fekvőbetegek (94%) és a sürgősségi ellátottak között (82%). A fogászati ellátottak 86 százaléka mindösszesen hét ország állampolgára, nevezetesen ukrán, kínai, vietnami, jugoszláv, orosz, mongol és szerb. Az ukrán állampolgárok száma messze kiemelkedik ebből a sokaságból is 6617 fővel. Az eddigi viszonyoknak megfelelően a kínaiak követik őket 3038 fővel, tehát az ukrán ellátottak alig kevesebb mint a felével. A kínaiakat harmadik helyen a vietnami állampolgárságú ellátottak követik 1718 fővel. A még mindig használt és elfogadott jugoszláv útlevéllel rendelkezők adják a negyedik legnagyobb csoportot 1636 fővel. Magyarán az annyi hozható fel, hogy nagy valószínűséggel, a Magyarországgal határos területekről érkezhettek, illetve menedékes státusból bevándorlók lettek.

A szerb állampolgárok közül összesen 804 fő részesült fogászati jellegű ellátásban, mely tömeggel a hét nemzet közül az utolsó helyre szorultak. A szerbekhez képest alig több orosz állampolgár részesült fogászati ellátásban, pontosan 1055 fő. Ennél talán csak az a meglepőbb, hogy a távoli Mongólia állampolgárai közül 987 fő részesült fogászati ellátásban, tehát gyakorlatilag az orosz állampolgárokkal azonos nagyságrendben. Észre kell vennünk ugyanakkor azt az összefüggést, hogy mind a hét fentebb tárgyalt harmadik ország az egykori szocialista tömbhöz tartozott. Egyrészt a közel fél évszázados múlt örökségének hatásával állhatunk szemben ezen országcsoport magyarázatakor, másrészt a rendszerváltást követő új típusú nemzetközi vándorlások Magyarországon tartózkodó résztvevői jelennek meg ezek a számok mögött, a nagyságrendbeli súlyuknak megfelelően.

Amennyiben az abszolút számokat igyekszünk magyarázni, akkor az ukrán állampolgárok nagyságrendje kielégítően indokolható a harmadik országbeliek Magyarországon belül betöltött legjelentősebb részarányuk alapján. Ugyanez a magyarázat már nem érvényes a kínai és még inkább a vietnami állampolgárok esetében. A harmadik országbeli bevándorlókon belül elfoglalt részarányukhoz képest jelentősen felülreprezentáltak a fogászaton, hasonlóan, mint a sürgősségi és fekvőbeteg ellátottak között. E három ellátotti csoport alapján nagy biztonsággal előrebecsüljük azt a végkövetkeztetésünket, hogy a kínai ellátottak döntő része és a vietnamiak egészének ellátása a fővárosban, Budapesten történt meg. Az egykori Jugoszlávia állampolgárai és főleg az egyik utódállam Szerbia állampolgárai, a harmadik országbeli bevándorlókon belül betöltött részarányukhoz képest jelentősen alulreprezentáltak az ellátottak között, annak ellenére, hogy a körükben nyelvi problémák nem merülhetnek fel, hiszen döntő többségük Vajdaságból származó magyar nemzetiséggel bíró egyén. Az orosz és még inkább a mongol állampolgárok alkotják az újabb jellegzetes csoportot. A felül-reprezentáció az ő esetükben a legjelentősebb a bevándorlókon belül betöltött arányukhoz képest. Az orosz állampolgárok esetén a fogászati ellátások esetén is valószínűsíthető az egészségturizmussal kapcsolatos jelenségek szövevényes együttese. A mongol állampolgárok esetében viszont sokkal inkább a Tolna és Fejér megyékben dolgozó vendégmunkások magyarországi megbetegedései vagy hozott egészségügyi problémáiknak a kezelése adják a rejtély megoldásának kulcsát. A lentebb tárgyalandó megyei szintű területi összefüggések meg fogják erősíteni az orosz és mongol állampolgárokkal kapcsolatos fenti magyarázatkísérleteket.

A terület szerinti megoszlás

Az ellátottak megyék szerinti megoszlása szorosan összefügg az előző alfejezetben tárgyalt állampolgárság szerinti megoszlásokkal. Sőt, a fogászati ellátottak között kifejezetten erősnek tekinthetők a tárgyalt szomszédos országok és a velük határos magyar megyék kapcsolatai, ha eltekintünk a Budapesten ellátottaktól. A távoli országok polgárait pedig majdnem kizárólagosan a fővárosban Budapesten és az azt övező Pest megyében kezelték. A 2006 és 2010 közötti öt évben 18 123 fő harmadik országbeli állampolgár részesült fogászati jellegű ellátásban Magyarországon. Az ellátottak állampolgárság szerinti megoszlásához képest az ellátás megyéje szerinti megoszlás ugyanakkora koncentrációt mutat. Az

ellátottak 86 százalékát a fővárossal együtt mindösszesen hat megyében látták el. Ezek a megyék az alábbiak: Budapest, Szabolcs-Szatmár-Bereg, Pest, Csongrád, Bács-Kiskun és Fejér megyék. A sürgősségi és a fekvőbeteg ellátottak területi megoszlásához képest Hajdú Bihar megye leszorult a hatodik helyről, mert az ottani 361 főhöz képest 429 főt láttak el Fejér megyében a vizsgált öt naptári év alatt. A fővárosban, Budapesten ellátott harmadik országbeli állampolgárok száma kiemelkedik ebből a sokaságból 10 237 fővel. Ez az összes ellátottak közel felét, pontosan 55 százalékát jelenti. Ez az arány már közelebb van a fővárosban tartózkodó harmadik országbeli állampolgárok arányához, mint az akut és fekvőbeteg ellátottaknál. Valószínűsíthető, hogy a mobilitás egyéb csatornáit sem hagyhatjuk figyelmen kívül, amikor a főváros szerepét értékeljük. A magyarországi viszonylatban elsőrangú nemzetközi turisztikai desztinációként szereplő Budapest messze kiemelkedő részaránya (a következő Szabolcs-Szatmár-Bereg megyéhez képest ötször annyi beteget kezeltek) a fogászati ellátottak között már nem is olyan meglepő, mintha csak felületesen szemlélnénk a felerésztt meghaladó részarányt. Azonban nagy valószínűséggel feltételezhetjük, hogy a fogászaton regisztrált betegek között arányaiban legalább annyi turista státussal rendelkezőt láthatnak el, mint az akut kezelték között. A budapesti mennyiséghez képest kevesebb mint ötödrésszel, a megyék sorában második helyen állt Szabolcs-Szatmár-Bereg megye 1838 fő ellátottal. A Szabolcsban ellátottak mennyiségéhez hasonló beteget kezeltek a fővárost körülölelő Pest megyében, pontosan 1712 főt. Negyedik helyen Csongrád megye szerepel 1094 fő ellátottal, ami a budapesti érték tizedének felel meg. Ebben a megyében nagyrészt Jugoszlávia és Szerbia állampolgárait látták el. Bár az ukrán és kínai ellátottak száma is jelentős volt. Kuriózusként meg lehet említeni, hogy 2010-ben 11 grúz állampolgárt is elláttak a megyében. Az ötödik helyet Bács-Kiskun megye foglalja el. Csongrád megyéhez hasonlóan nagyrészt Jugoszlávia és Szerbia állampolgárait látták el, azonban itt az állampolgárság szerinti megoszlásban az ukrán állampolgárok minden egyes évben megjelentek a statisztikában. A hatodik helyen, Fejér megyében már csak 429 főt láttak el az öt évben. Fejér megyében folyamatosan láttak el mongol állampolgárokat. Az ő jelenlétük továbbá a masszív ukrán és szerb-jugoszláv jelenlét okozta azt, hogy Hajdú-Bihar megyét leszorították a hatodik helyről.

Amennyiben az abszolút számokat igyekszünk magyarázni, akkor logikai alapon is kikövetkeztethető, hogy a 6617 fő ukrán ellátott nagyobbik részét nem a határ menti megyében, nevezetesen Szabolcs-Szatmár-Beregben vagy az ahhoz közeliekben látták el, hanem a fővárosban, Budapesten. Indokolásul annyi hozható fel, hogy a határos Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében 1938 fő harmadik országbelit láttak el összesen és a közeli Hajdú-Biharban mindösszen 361 főt. Következésképpen még az ukrán állampolgárok nagyobb részét is a fővárosban látták el, nem az országhatárhoz közeli egészségügyi centrumokban. Ugyanakkor meg kell jegyeznünk, hogy ukrán állampolgárokat szinte minden megyében kezeltek, igaz tízes nagyságrendekben. A főváros vonzáskörzetében, Pest megyében 1712 főt láttak el. Pest megye mintegy átmeneti zónát képez a főváros és az ország többi területe között az ellátottak nagyságrendje (kivételesen Szabolcs-Szatmár-Bereg megye) és a fogászati kezeléseket igénybe vevők állampolgárság szerinti összetételében is.

Mint fentebb említettük Csongrád megyében főleg jugoszláv és szerb állampolgárokat láttak el az ukrán állampolgárokkal kiegészülve. Érdekességként meg kell említeni, hogy Csongrád megyében több jugoszláv állampolgárságút és szerb állampolgárt láttak el, mint Budapesten. Ez tehát a ritka kivételek egyike. Hajdú Biharban többségében ukrán állampolgárokat láttak el, de az utolsó két évben még relatíve jelentős számú kínai ellátott is előfordult, a Budapestről szétáramlás egyik példjaként.

Karakterisztikus jelenségek – jellegzetes folyamatok – egyedi esetek

A fogászati kezelések forintban kifejezett költségét is tartalmazzák az összesített statisztikák. Átlagosan 1,1 ezer forintot fizetett a társadalombiztosítás fejenként évre vetítve, ami például töredéke az egy akut ellátottra és fekvőbetegre költött 34,4 ezer forintnak. Ettől az átlagértéktől való jelentős eltérést nem tapasztaltunk egyetlen megyében sem.

Budapesten távoli, államok polgárai is igénybe vették a fogászati kezeléseket. Ebben semmi meglepő sincs, hiszen Budapest multikulturális kapuvárosnak tekinthető. Az akut ellátásokban szereplő japánok, thaiföldiek, grúzok a fogászaton is előfordulnak szinte minden egyes évben. Az iraki állampolgárok szintén jelentős számban részesültek fogászati kezelésben.

Érdekes, hogy amerikaiak minden évben előfordultak Budapesten. A sürgősségi ellátások keretében gyakran szereplő izraeliek a fogászatokon is minden évben szerepeltek. Térbeli terjedési folyamatokat figyelhettünk meg az ukrán állampolgároknál keletről nyugati irányba, illetve Budapestről kiindulva az ország egészébe. A jugoszláv, a szerb állampolgárok dél felől haladtak észak-északnyugati irányba a keleti megyéket elkerülve. A kínaiak Budapestről szóródtak szét. Esetükben Pest megye nem volt közvetítő terület.

Még egyszer hangsúlyozzuk, hogy az ellátások területi megoszlásában Budapest dominál. Ezt követik a keleti és déli határ menti megyék, valamint Pest megye. Feltűnő, hogy a dunántúli megyékben (Győr-Moson-Sopron, Fejér és Baranya) mennyire kevés harmadik országbelit láttak el. Ehhez képest is kuriózumnak számít, hogy a vizsgált öt évben, Vas megyében egyáltalán nem kezeltek fogászatot harmadik államokbeli állampolgárt. A Dunától keletre, Nógrád megyében mindössze 10-10 ukrán állampolgárt kezeltek 2008-ban és 2010-ben.

További figyelemre méltó összefüggés, hogy az 1718 fő vietnami ellátottat teljes egészében Budapesten látták el és még nyoma sincsen a kínaiaknál kimutatott terjedési folyamatnak.

Az orosz állampolgárokat is döntően Budapesten látták el.

Mongol állampolgárokat is döntően Budapesten látták el, azonban Fejér és Tolna megye mellett még Heves megyében is kezelték őket.

A fejlett államok polgáraihoz képest több szegény országból vagy válság sújtotta térségből származókat gyógyítottak Budapesten. A korábban tárgyalt ellátástípusokat igénybe vevők jelentek meg legnagyobb számban a fogászati kezeléseken is: afgánok, szíriaiak, törökök, irakiak és egyiptomiak. Kisebb számokat produkáltak a következő országok polgárai: Algéria, Grúzia Horvátország. India, Irán, Jemen, Jordánia, Kuba, Libanon Nigéria, Pakisztán és Örményország.

Pest megyében mongolokon kívül 2009-től jelentős mennyiségi ugrás keretében afgán amerikai és török állampolgárokat is elláttak.

Mint fentebb kifejtettük, Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében az ukrán dominanciát kínai jelenlét színesítette. Ugyanez mondható el Csongrádról, ahol a jugoszláv, szerb és kínai állampolgárok mellett, csak kevés számú ukránt találunk. 2010-ben 10 fő grúz állampolgárt is kezeltek itt.

Bács-Kiskun megyében állandó volt a jugoszláv és az ukrán jelenlét, melyet szerb állampolgárok egészítettek ki.

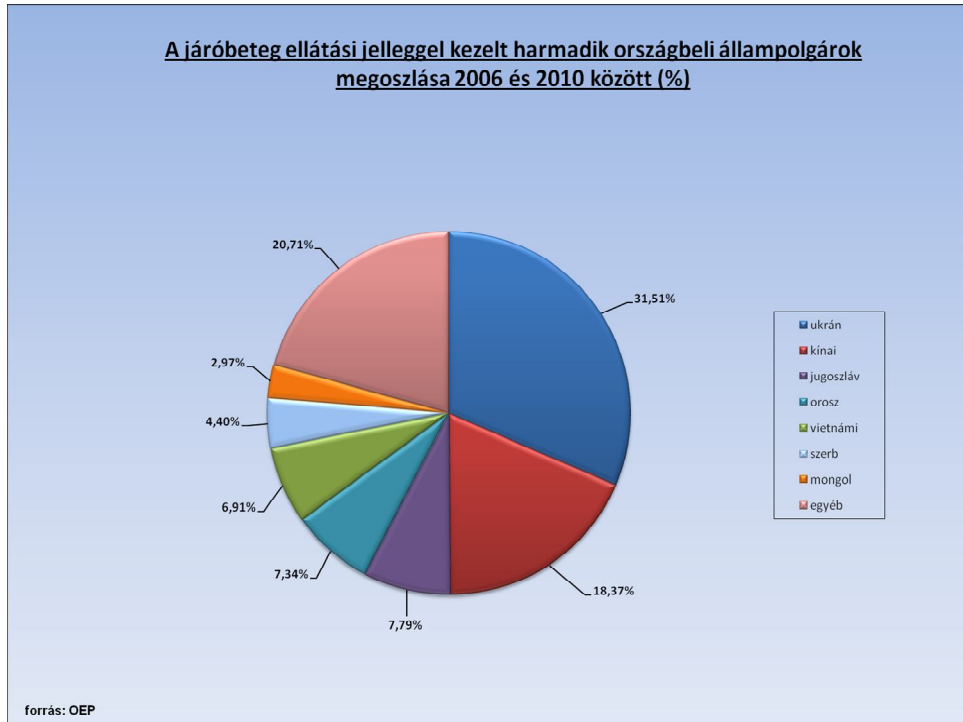
Hajdú Bihar megyében döntően ukrán állampolgárokat kezeltek, ahogy Baranyában horvátokat és az időszak első két évében bosnyákokat.

Járóbeteg ellátás

Állampolgárság szerinti megoszlás

A 2006 és 2010 közötti öt évben 72 306 fő harmadik országbeli állampolgár részesült járóbeteg jellegű ellátásban Magyarországon. Ez messze a legnagyobb mennyiség az eddig tárgyalt ellátási formák között. Az ellátottak állampolgárság szerinti megoszlása viszont a legkisebb koncentrációt mutatja. Az ellátottak 79 százaléka mindösszesen hét ország állampolgára, nevezetesen ukrán, kínai, jugoszláv, orosz, vietnami, szerb, és mongol. Az ukrán állampolgárok száma messze kiemelkedik ebből a sokaságból 23 095 fővel. A kínaiak követik őket 13 466 fővel, tehát az ukrán ellátottak több mint a felével. A jugoszláv útlevelel rendelkezők adják a harmadik legnagyobb csoportot 5709 fővel. Nagy valószínűséggel, a Magyarországgal határos területekről érkezhettek, illetve menedékes státusból bevándorlók lettek. A jugoszlávokat negyedik helyen az orosz állampolgárságú ellátottak követik 5382 fővel. A vietnami állampolgárok, akik eddig stabilan a harmadik helyen voltak az akut, a fekvő és a fogászati ellátottak között, most az ötödik helyre szorultak vissza 5062 fővel a kezelték között. A szerb állampolgárok közül összesen 3228 fő részesült járóbeteg jellegű ellátásban, mely mennyiséggel a hét nemzet közül az utolsó előtti helyre szorultak. A sort a mongol állampolgárok zárják 2178 fővel. A szerbekhez képest jóval több orosz állampolgár részesült járóbeteg ellátásban, pontosan 5382 fő. Ennél talán csak az a meglepőbb, hogy a távoli Mongólia állampolgárai közül több mint kétezer fő részesült járóbeteg ellátásban.

4. ábra



Amennyiben a pusztán számokat igyekszünk magyarázni, akkor az ukrán állampolgárok nagyságrendje kielégítően indokolható a harmadik országbelieken belül betöltött legjelentősebb részaránnyal. Ugyanez a magyarázat már nem érvényes a kínai és még inkább a vietnámi állampolgárok esetében. A harmadik országbeli bevándorlókon belül betöltött részarányukhoz képest jelentősen felülreprezentáltak a járóbeteg ellátottak között is. Lassan már levonhatjuk azt a következtetést, hogy a kínai ellátottak döntő része és a vietnamiak kevés kivételtől eltekintve az egészségének teljes (tehát jellegtől független) ellátása a fővárosban, Budapesten történt meg. Az egykori Jugoszlávia állampolgárai és főleg az utódállam Szerbia állampolgárai, a harmadik országbeli bevándorlókon belül betöltött részarányukhoz képest jelentősen alulreprezentáltak a járóbeteg ellátottak között. Az orosz és még inkább a mongol állampolgárok alkotják az újabb jellegzetes csoportot. A felül-reprezentáció az ő esetükben a legjelentősebb. Az orosz állampolgárok esetén valószínűsíthető a családi kapcsolatokkal és az egészségturizmussal kapcsolatos jelenségek szövevényes együttese. A mongol állampolgárok esetében viszont sokkal inkább a vendégmunkások magyarországi megbetegedéseire gyanakodhatunk, bár a korábbi területi koncentrációhoz képest, mongol járóbetegeket már sokkal több megyében regisztráltak.

A terület szerinti megoszlás

Az ellátottak megyék szerinti megoszlása nem független a fentebb tárgyalt állampolgárság szerinti megoszlásoktól. A szomszédos országok polgárait a határ menti megyékben látták el. A távoli országok polgárait pedig főleg a fővárosban Budapesten és az azt övező Pest megyében kezelték. A 2006 és 2010 közötti öt évben 72 306 fő harmadik országbeli állampolgár részesült járóbeteg jellegű ellátásban Magyarországon. Az ellátottak állampolgárság szerinti megoszlásához képest az ellátás megyéje szerinti megoszlás még kifejezettebb koncentrációt mutat. A legkisebb területi koncentrátságot mutatva, az ellátottak 85 százalékát a fővárossal együtt mindösszesen hat megyében látták el. Ezek a megyék az alábbiak: Budapest, Szabolcs-Szatmár-Bereg, Pest, Csongrád, Bács-Kiskun és Hajdú Bihar megyék. A fővárosban, Budapesten ellátott harmadik országbeli állampolgárok száma messze kiemelkedik ebből a sokaságból 41 470 fővel. Tehát a járóbeteg kezelésre szorultak 57 százaléka a fővárosban talált orvosra. Ez az arány már nagyvonalakban reprezentálja a fővárosban tartózkodó harmadik országbeli állampolgárok súlyát. Ha viszont a mobilitás egyéb csatornáit is figyelembe vesszük, akkor az elsőrangú nemzetközi turisztikai desztinációként szereplő Budapest magas részaránya a járóbetegek között már nem is olyan meglepő, mintha csak felületesen szemlélnénk e jelenséget. A budapesti mennyiséghez képest kevesebb, mint hetedrészszel, a megyék sorában második-harmadik helyen állt Szabolcs-Szatmár-Bereg megye 6387 fő ellátottal. A szabolcsi ellátottakkal megegyező nagyságrendet kezeltek a fővárost körülölelő Pest megyében, pontosan 6831 főt. Negyedik helyen Csongrád megye szerepel 3572 fő ellátottal. Ebben a megyében nagyrészt Jugoszlávia és Szerbia állampolgárait látták el. Az ötödik helyet Bács-Kiskun megye foglalja el 1940 fővel. Csongrád megyéhez hasonlóan nagyrészt Jugoszlávia és Szerbia állampolgárait látták el, azonban itt az állampolgárság szerinti szóródás jóval magasabb volt. A hatodik helyen, Hajdú-Bihar megyében már csak 1840 főt láttak el az öt évben.

Amennyiben az abszolút számokat igyekszünk magyarázni, akkor logikai alapon is kikövetkeztethető, hogy a 23 095 fő ukrán ellátott nagyobbik részét nem a határ menti megyében, vagy az ahhoz közeliekben látták el, hanem a fővárosban, Budapesten. Indokolásul annyi hozható fel, hogy a határos Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében 6387 fő harmadik országbelit láttak el összesen és a közeli Hajdú-Biharban is mindössze 1840 főt. Következésképpen még az ukrán állampolgárok nagyobb részét is a fővárosban látták el, nem az országhatárhoz közeli egészségügyi centrumokban. A főváros vonzáskörzetében, Pest megyében 6831 főt láttak el. Pest megye mintegy átmeneti zónát képez a főváros és az ország többi területe között az ellátottak nagyságrendje (kivételet Szabolcs-Szatmár-Bereg megye képez) és a járóbeteg kezeléseket igénybe vevők állampolgárság szerinti összetételében is. Budapesten és Pest megyén kívül nagyon csekély számú kínait, vietnamit, orosz és mongolt láttak el. Mint fentebb említettük Csongrád megyében főleg jugoszláv és szerb állampolgárokat láttak el, Hajdú Biharban viszont már az ukrán állampolgárok domináltak.

Karakterisztikus jelenségek – jellegzetes folyamatok – egyedi esetek

A járóbeteg kezelések forintban kifejezett költségét is tartalmazzák az összesített statisztikák. Évente átlagosan 3,0 ezer forintot fizetett a társadalombiztosítás fejenként, ami például töredéke az egy akut ellátottra és fekvőbetegre költött 34,4 ezer forintnak, de több mint az átlagos fogászati költség (1,1 ezer Ft). Ettől az átlagértéktől való jelentős eltérést nem tapasztaltunk egyetlen megyében sem.

Budapesten a távoli államok polgárai is igénybe vették a járóbeteg kezeléseket. Ebben semmi meglepő sincs, hiszen Budapest multikulturális kapuvárosnak tekinthető. Az akut és a fogászati ellátásokban szereplő japánok, thaiföldiek, grúzok a járóbeteg ellátáson is előfordulnak szinte minden egyes évben. Az iraki állampolgárok szintén jelentős számban részesültek járóbeteg kezelésben.

Érdekes, hogy amerikaiak minden évben előfordultak Budapesten. A sürgősségi ellátások keretében és a fogászaton gyakran szereplő izraeliek a járóbeteg ellátásokon is minden évben szerepeltek. Térbeli terjedési folyamatokat figyelhettünk meg az ukrán állampolgároknál keletről nyugati irányba, illetve Budapestről kiindulva az ország egészébe. A jugoszláv, a szerb állampolgárok dél felől haladtak észak-északnyugati irányba a keleti megyéket elkerülve. A kínaiak Budapestről szóródtak szét. Esetükben Pest megye nem volt közvetítő terület, mert ott relatíve kevés kínait kezeltek.

Még egyszer hangsúlyozzuk, hogy az ellátások területi megoszlásában Budapest dominál. Ezt követik a keleti és déli határ menti megyék, valamint Pest megye. Feltűnő, hogy a dunántúli megyékben (Győr-Moson-Sopron, Vas és Baranya) mennyire kevés harmadik országbelit láttak el. A Dunától keletre, Nógrád megyében kezeltek a legkevesebb harmadik államokbeli polgárt.

További figyelemre méltó összefüggés, hogy az 5062 fő vietnami ellátottat szinte teljes egészében Budapesten látták el és még nyoma sincsen a kínaiaknál kimutatott terjedési folyamatnak.

Az orosz állampolgárokat is döntően Budapesten látták el.

Mongol állampolgárokat is döntően Budapesten látták el, azonban Fejér, Tolna és Heves megye mellett elszórva még Győr-Moson-Sopron megyében is kezelték őket.

A fejlett államok polgáraihoz képest több szegény országból vagy válság sújtotta térségből származókat gyógyítottak Budapesten. A korábban tárgyalt ellátástípusokat igénybe vevők jelentek meg legnagyobb számban a járóbeteg kezeléseken is: afgánok, szíriaiak, törökök, irakiak és egyiptomiak. Kisebb számokat produkáltak a következő országok polgárai: Albánia, Algéria, Grúzia, Etiópia, Ghána, India, Indonézia, Irán, Jemen, Jordánia, Kazahsztán, Kuba, Libanon, Líbia, Makedónia, Moldávia, Nigéria, Palesztina, Pakisztán, Örményország és Szudán.

Pest megyében arányaiban kevés kínait és vietnamit láttak el.

Mint fentebb kifejtettük, Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében az ukrán dominanciát kínai jelenlét színesítette. Ebben a megyében közel annyi ukrán állampolgárt kezeltek, mint Budapesten. Ugyanez mondható el Csongrádról, ahol a

jugoszláv, szerb és kínai állampolgárok mellett, csak kevés számú ukránt találunk. Bács-Kiskun megyében állandó volt a jugoszláv és az ukrán jelenlét, melyet szerb állampolgárok egészítettek ki. Csongrádban közel azonos nagyságrendű szerb és jugoszláv állampolgárt láttak el, mint a fővárosban.

Hajdú Bihar megyében döntően ukrán állampolgárokat kezeltek, ahogy Baranyában horvátokat és bosnyákokat.

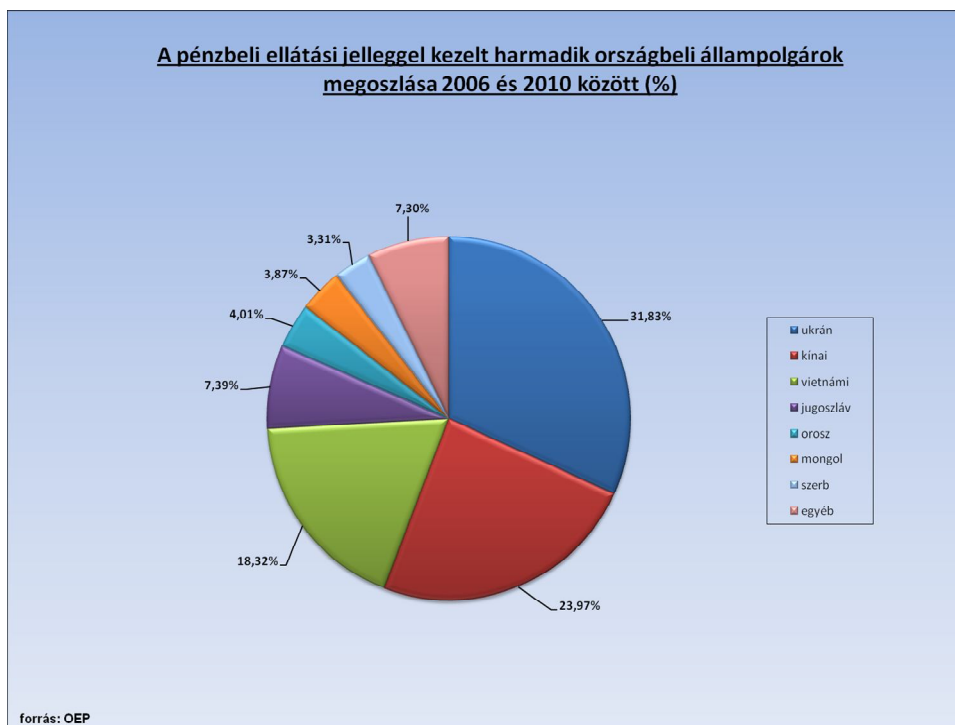
A járóbetegek mindössze 15 százalékát kezelték Budapesten és a tárgyaló öt megyén kívül. Ebből a sokaságból Fejér megye emelkedik csak ki 1658 kezelttel. A maradék hozzávetőlegesen 10 ezer főt a nem tárgyaló 14 megyében kezelték, rendkívül nagy szóródással. Terjedelmi korlátok miatt azonban ennek tagolásába nem foghatunk bele.

Pénzbeli ellátások

Állampolgárság szerinti megoszlás

A 2006 és 2010 közötti öt évben 3961 fő harmadik országbeli állampolgár részesült pénzbeli ellátásban Magyarországon. Ez az abszolút szám mesze a legalacsonyabb az eddig vizsgált ellátások közül. Még a fekvőbeteg ellátásban részesülők száma is több mint a duplája (9747 fő) volt a táppénzben részesültekének.

5. ábra



Az ellátottak állampolgárság szerinti megoszlása nagyon erős koncentrációt mutat. Egy százalékponttal azonban elmaradt a fekvőbetegek állampolgárság szerinti koncentrációjának megfelelő mutatójától. Az ellátottak 93 százaléka mindösszesen hét ország állampolgára, nevezetesen ukrán, kínai, vietnami, jugoszláv, szerb, orosz és mongol. Az ukrán állampolgárok száma 1317 fővel a legmagasabb. A kínaiak követik őket 992 fővel, tehát az ukrán ellátottaktól nem sokkal elmaradva. A kínaiakat harmadik helyen a vietnami állampolgárságú ellátottak követik 758 fővel. A még mindig elfogadott jugoszláv útlevelel rendelkezők adják a negyedik legnagyobb csoportot 306 fővel. Nagy valószínűséggel, a Magyarországgal határos területekről érkezhettek, illetve menedékes státusból bevándorlók lettek. A szerb állampolgárok közül összesen 137 fő részesült fekvőbeteg jellegű ellátásban, mely mennyiséggel a hét nemzet közül az utolsó helyre szorultak. A szerbekhez képest alig több orosz állampolgár részesült fekvőbeteg ellátásban, pontosan 166 fő. Ennél talán csak az a meglepőbb, hogy a távoli Mongólia állampolgárai közül 160 fő részesült pénzügyi ellátásban. E helyen is meg kell ismételnünk azt az összefüggést, hogy mind a hét fentebb tárgyalt harmadik ország az egykori szocialista tömbhöz tartozott. Tehát a közel fél évszázados múlt örökségének hatásával állhatunk szemben ezen ország csoport nagyságrendjének a magyarázatokor.

Amennyiben a pusztán számokat igyekszünk magyarázni, akkor az ukrán állampolgárok nagyságrendje kielégítően indokolható a harmadik országbeliek Magyarországon belül betöltött legjelentősebb részarányukból. Ugyanez a magyarázat már nem érvényes a kínai és még inkább a vietnami állampolgárok esetében. A harmadik országbeliek bevándorlókon belül elfoglalt részarányukhoz képest jelentősen felülreprezentáltak a fekvőbeteg ellátottak között. Megerősítve látjuk azt a következtetésünket, hogy a kínai ellátottak döntő része és a vietnamiak egészének táppénzes ellátása a fővárosban, Budapesten történt meg. Az egykori Jugoszlávia állampolgárai és főleg az egyik utódállam Szerbia állampolgárai, a harmadik országbeliek bevándorlókon belül betöltött részarányukhoz képest jelentősen alulreprezentáltak az ellátottak között. Az orosz és még inkább a mongol állampolgárok alkotják az újabb jellegzetes csoportot. A felül-reprezentáció az ő esetükben a legjelentősebb a bevándorlókon belül betöltött arányukhoz képest. Az orosz állampolgárok esetén a táppénzes ellátások esetén nem valószínűsíthető az egészségturizmussal kapcsolatos jelenségek szövevényes együttese. Az ő esetükben is – valamint az összes többi tárgyalt állampolgár esetén – döntő mértékben munkavállalókról lehet szó. A mongol állampolgárok esetében is a vendégmunkások magyarországi megbetegedései adják a rejtély megoldásának kulcsát.

A terület szerinti megoszlás

Az ellátottak megyék szerinti megoszlása nem független a fentebb tárgyalt állampolgárság szerinti megoszlásoktól. Sőt, a táppénzen levők esetében már kifejezetten erősnek tekinthetők a tárgyalt szomszédos országok és a velük határos magyar megyék kapcsolatai. A szomszédos országok polgárait, a munkavégzés helyén, a határ menti megyékben látták el, ha eltekintünk a főváros, Budapest, minden egyéb összefüggést elnyomó, domináns hatásától. A távoli országok polgárait pedig majdnem kizárólagosan a fővárosban Budapesten és az azt övező

Pest megyében kezelték. A 2006 és 2010 közötti öt évben 3961 fő harmadik országbeli állampolgár részesült pénzbeli ellátásban (valószínűleg döntően táppénzben) Magyarországon. Az ellátottak állampolgárság szerinti megoszlásához képest az ellátás megyéje szerinti megoszlás egy árnyalatnyival erősebb koncentrációt mutat. Az ellátottak 94 százalékát a fővárossal együtt mindösszesen hat megyében látták el. Ezek a megyék az alábbiak: Budapest, Szabolcs-Szatmár-Bereg, Pest, Csongrád, Bács-Kiskun és Hajdú Bihar megyék. A fővárosban, Budapesten ellátott harmadik országbeli állampolgárok száma kiemelkedik ebből a sokaságból 2745 fővel. Ez az összes ellátottak pontosan kétharmadát jelenti. Ez az arány jelentősen meghaladja a fővárosban tartózkodó harmadik országbeli állampolgárok arányát. Valószínűsíthető, hogy munkaerő-áramlás mellett a mobilitás egyéb csatornáit sem hagyhatjuk figyelmen kívül, amikor a főváros szerepét értékeljük. A budapesti mennyiséghez képest kevesebb, mint hatodrésszel, a megyék sorában második helyen állt Szabolcs-Szatmár-Bereg megye 412 fő ellátottal. A szabolcsi ellátottakhoz képest alig volt kevesebb a fővárost körülölelő Pest megyében. Ez pontosan 346 főt. Negyedik helyen egy újabb nagyságrendi zuhanás után Csongrád megye szerepel 199 fő ellátottal. Itt nagyrészt Jugoszlávia és Szerbia állampolgárai kaptak táppénzt. Az ötödik helyet Bács-Kiskun megye foglalja el (105 fő). Csongrád megyéhez hasonlóan nagyrészt Jugoszlávia és Szerbia állampolgárait látták el. A hatodik helyen, Hajdú-Bihar megyében áll, ahol már csak 75 főt láttak el az öt évben.

Amennyiben az abszolút számokat igyekszünk magyarázni, akkor logikai alapon is kikövetkeztethető, hogy a 1317 fő ukrán táppénzes ellátott nagyobbik részét nem a határ menti megyében, nevezetesen Szabolcs-Szatmár-Beregben vagy az ahhoz közeliekben látták el, hanem a fővárosban, Budapesten. Indokolásul annyi hozható fel, hogy a határos Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében 412 fő harmadik országbelit láttak el összesen és a közeli Hajdú-Biharban mindösszen 75 főt. Következésképpen még az ukrán állampolgárok nagyobb részét is a fővárosban dolgozott és betegedett meg, nem az országhatár mentén. A főváros vonzáskörzetében, Pest megyében 346 főt láttak el. Pest megye mintegy átmeneti zónát képez a főváros és az ország többi területe között az ellátottak nagyságrendje (kivételesen Szabolcs-Szatmár-Bereg megye). Budapesten és Pest megyén kívül nagyon csekély számú kínait, orosz és amerikaiakat láttak el. Érdekes hogy mongolok Tolna megyében kaptak táppénzt 2007-ban. Mint fentebb említettük Csongrád megyében főleg jugoszláv és szerb állampolgárokat láttak el az ukrán állampolgárokkal kiegészülve. Hajdú Biharban viszont már az ukrán állampolgárokat láttak el.

Karakterisztikus jelenségek – jellegzetes folyamatok – egyedi esetek

A táppénz forintban kifejezett költségét is tartalmazzák az összesített statisztikák. Évente átlagosan 81,6 ezer forint/fő kifizetést figyelhettünk meg, ami messze a legmagasabb egy főre jutó költség volt. Ettől az átlagértéktől való jelentős eltérést nem tapasztaltunk egyetlen megyében sem.

Budapesten a távoli államok polgárai is hozzájutottak pénzbeli ellátáshoz. Ebben semmi meglepő sincs, hiszen Budapest a külföldiek leginkább foglalkoztató területnek tekinthető az országban..

Érdekes, amerikaiak szinte minden évben előfordultak Budapesten. A sürgősségi ellátásokban még gyakran szereplő izraeliek viszont nem kaptak táppénzt. Karakteres terjedési folyamatokat figyelhattunk meg az ukrán, a jugoszláv, a szerb és a kínai állampolgároknál is. Az ukrán állampolgárok esetében az időszak eleji két centrumterületről (Budapest, Szabolcs-Szatmár-Bereg megye) kiindulva az ország sok megyéjében kaptak táppénzt. A Dunán innen az időszak végére már csak Nógrád megyében nem fordultak elő. A Dunántúlon pedig Komárom-Esztergom és Vas megyékben nem voltak táppénzes kifizetések.

A jugoszláv állampolgársággal rendelkezők közül minden egyes évben, Csongrád megyében kezeltek a legtöbbet. Budapest is állandó célpont volt a vizsgált időszakban. Szerb állampolgárok csak 2007-től jelentek meg Csongrád és Bács-Kiskun megyékben és azt követően a többi évben folyamatosan jelen voltak.

Kevésbé volt látványos az egy centrumból (Budapest) kiinduló kínai állampolgárok terjedési folyamata, mert a terjedés itt egyirányú volt kelet felé Szabolcs-Szatmár-Bereg megye irányába, illetve a fővárost körülölelő Pest megyébe.

Még egyszer hangsúlyozzuk, hogy az ellátások területi megoszlásában Budapest dominál. Ezt követik a keleti és déli határ menti megyék, valamint Pest megye. Feltűnő, hogy a nyugati megyékben (Győr-Moson-Sopron, Fejér és Baranya) mennyire kevés harmadik országbelit láttak el. Ehhez képest is kurióznak számít, hogy a vizsgált öt évben, Vas, Veszprém, Komárom-Esztergom és Nógrád, valamint Jász-Nagykun-Szolnok megyékben egyáltalán nem kaptak pénzbeli ellátást a harmadik államokbeli állampolgárok.

További figyelemre méltó összefüggés, hogy a 758 fő vietnami ellátottat teljes egészében Budapesten látták el és nem figyelhető meg a kínaiaknál kimutatott terjedési folyamat megjelenése.

Az orosz állampolgárokat is döntően Budapesten látták el.

Mongol állampolgárokat is döntően Budapesten látták el a 2006-os évet kivéve, amikor Tolna megyében is kaptak táppénzt.

A fejlett államok polgáraihoz képest több szegény országból vagy válság sújtotta térségből származók Budapesten munkát végzők is kaptak táppénzt. Legjellemzőbben szíriaiak és törökök voltak.

Pest megyében a vietnamiakon és mongolokon kívül minden részletesen tárgyalt náció polgárait ápolták.

Mint fentebb kifejtettük, Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében az ukrán dominanciát kínai jelenlét színesítette. Ugyanez mondható el Csongrádról, ahol a jugoszláv és szerb állampolgárok mellett, csak kevés számú ukránt találunk.

Bács-Kiskun megyében állandó volt a jugoszláv és az ukrán jelenlét, melyet 2008-tól növekvő számú szerb állampolgár egészített ki.

Hajdú Bihar megyében csak ukrán állampolgárok, Baranyában viszont a jellegzetesnek számító horvátok mellett az időszak második felében bosnyákok is kaptak táppénzt.

Összefoglalás

Az OEP szolgáltatta unikális adatbázis a 2006 és 2010 közötti éveket fogja egybe. Az adatok a hazánkban tartózkodó harmadik államokbeli polgárok közegészségügyi

szolgáltatásokkal kapcsolatos fogyasztásának döntő hányadát teszik ki. Újra hangsúlyozzuk, hogy a magánpraxisok keretében történő ellátás nem került bele az OEP adatkörbe, így erre jelen tanulmány nem térthetett ki. Teljes körű regiszterből származó adminisztratív jellegű adatokkal dolgoztunk, melyeknek már archív állományai is vannak. További jellemzőjük, hogy viszonylag frissek, és személyi azonosításra alkalmatlan módon kerültek átadásra. Az akut, a fekvőbeteg, a járó beteg a fogászati és a pénzbeli ellátásokról kaptunk máshonnan be nem szerezhető információkat. Sajnos, az elemzési lehetőségeinket korlátozta, a demográfiai, munkapiaci, jogi státusbeli és egyéb releváns információkat tükröző változók szerint, az adatok nem voltak részletezve. Elemzésünket ezért az állampolgársággal kapcsolatos és a területi összefüggések feltárására összpontosítottuk.

I. tábla

Az ellátottak állampolgárság szerinti megoszlása nagyon erős koncentrációt mutatott. Az összes ellátási típus esetén, a betegek több mint háromnegyede hét ország állampolgára volt, nevezetesen ukrán, kínai, vietnami, jugoszláv, szerb, orosz és mongol. Nem volt nehéz észrevenni azt az összefüggést, hogy mind a hét fentebb tárgyalt ország az egykori szocialista tömbhöz tartozott. Valószínűsíthető, hogy nem vegytisztán recens folyamatokat ragadtunk meg, hanem a közel fél évszázados múlt örökségének hatásával állhatunk szemben ezen ország csoport esetén.

Az ukrán állampolgárok száma messze kiemelkedett a sokaságokból. Az ellátások többségében a kínaiak követték őket, igaz nagyságrendekkel lemaradva. Igen sok esetben a kínaiakat harmadik helyen a vietnami állampolgárságú ellátottak követték, ami meglepő eredmény volt. Sajátos módon a kínai ellátottak döntő többsége és a vietnamiak szinte egészének ellátása a fővárosban történt meg. A szomszédos országok polgárainak nagy részét is a fővárosban látták el ugyan, azonban esetükben a határ menti megyék egészségügyi központjai is jelentékeny szerepre tettek szert. Kiemelendő Csongrád megye az egykori jugoszláv és szerb, valamint Szabolcs-Szatmár-Bereg megye az ukrán állampolgárok kezelésében. Pest megye mintegy átmeneti zónaként funkcionált a főváros és az ország többi területe között az ellátottak nagyságrendje (kivéve Csongrád és Szabolcs-Szatmár-Bereg megyéket) tekintetében. További általános összefüggés, hogy - kínaiakon és vietnamiakon kívül - Budapest és Pest megye területén túl, nagyon csekély számú orosz és mongol állampolgárt láttak el. Meg kell említenünk, hogy Budapesten a távoli, gyakran egzotikusnak tekinthető államok polgárai is hozzájutottak ellátáshoz, amit Budapest multikulturális kapuváros jellege magyaráz. Valószínűsíthető, hogy munkaerő-áramlás mellett a mobilitás egyéb csatornáit sem hagyhatjuk figyelmen kívül, amikor a főváros szerepét értékeljük.

Hangsúlyozzuk, hogy az ellátások területi megoszlásában Budapest dominált. Ezt követték a keleti és déli határ menti megyék, valamint Pest megye. Feltűnő volt, hogy a nyugati megyékben (Győr-Moson-Sopron és Zala) mennyire kevés harmadik országbelit láttak el. Ehhez képest is kuriózumnak számított, hogy a vizsgált öt évben, Vas és Nógrád megyékben egyáltalán nem láttak el sürgősségi úton vagy fekvőbetegként harmadik államokbeli állampolgárt, sőt még pénzbeli ellátásban sem részesültek ezeken a területeken. A vizsgált öt éves periódus nagysága lehetővé tette, hogy jellegzetes térbeli terjedési folyamatokat figyelhettünk meg az ukrán

állampolgároknál keletről nyugatra tartva, illetve Budapestről kiindulva az ország egészébe. A jugoszláv, a szerb állampolgárok dél felől haladtak észak-északnyugati irányba. A keleti megyéket azonban messze elkerülték. A kínaiak Budapestről szóródtak szét. Esetükben Pest megye nem volt közvetítő terület.

Sajnos csak a fekvőbeteg ellátottakról volt információnk nemek szerinti bontásban. Érdekes jelenségként tapasztaltuk, hogy a kínai és vietnami férfiaknak nagyon kevés fekvőbeteg ellátást igénylő egészségügyi problémájuk volt. Még az urológiai problémákkal kezelték száma is elenyésző volt a körükben. Ennek ellenpólusaként azonban mindkét náció betegei között a nőgyógyászati kezelések és a csecsemőellátás dominanciáját mutathattuk ki a hölgyeknél.

Harmadik országbeli állampolgár ellátottak összefoglaló adatai Magyarországon 2006-2010 között

Ellátás típusa	Ellátottak száma	Egy főre eső átlagos költség (ezer Ft/év)	A legjelentősebb 6 állampolgárságú ellátottak aránya (%)	A legjelentősebb 6 megyében kezelték aránya (%)	Budapest részaránya (%)
Akut	11 776	34,4	82	94	61
Fekvőbeteg	9 414	34,4	94	95	63
Fogászat	18 123	1,1	86	86	55
Járóbeteg	72 306	3,0	79	85	57
Pénzbeli	3 961	81,6	93	94	66

Forrás: OEP

Harmadik országbeli állampolgárok a magyar egészségügyben

Bevezetés

Előjáróban annyit szükséges megjegyezni, hogy a szakirodalom feltárása alapján arra a következtetésre lehetett jutni, hogy nem övezi nagy érdeklődés a migránsok megjelenését a magyar egészségügyi ellátórendszerben. Az egyetlen tényszerű tanulmány az EIA(2009)3.1.3. projektben született 2009-ben, 2008-as adatok alapulvételével.¹ A kisebbségi csoportok hozzáférést a szakirodalom szinte kizárólag a roma tematikában taglalja, és ennek mellékágaként jelenik meg a földrajzi elhelyezkedés, mint releváns faktor. Kutatásunk tehát – előzetes várakozásainknak megfelelően – mindenképpen egy nem frekvenciált területet fed le.

Fokozottan szükséges ezért a nemzetközi szakirodalmi kitekintés, hogy mely konkrét témák uralják a vizsgálatokat azokban az országokban, ahol több anyag lelhető fel a migránsokkal kapcsolatosan.

Lényeges előjáróban leszögezni, hogy a migránsok egészségügyi ellátása komplex kérdésnek minimálisan két elágazása azonosítható. Az egyik az a csatorna, amelyen keresztül a migráns hozzáférhet az állami ellátórendszer ellátásaihoz, a másikat pedig maguk azok a rendszerszerű elemek alkotják, amelyek az állami ellátórendszer működését *per se* befolyásolják (betegutak, ellátási területek stb.). Utóbbiak esetében szintén további alszintként mutatkozik a migráns-specifikus kérdéskör, nevezetesen: a rendszeren belül milyen elemek segítik, vagy inkább gátolják meghatározó jelleggel a migránsok ellátásban részesülését (pl. nemzetközi szerződések).

Ennek a két kérdésnek az elemzése után merül fel az a további kutatási szegmens, amely az általános rendszerben a migráns szempontból tipikus ellátási területeket kívánja feltárni. Ilyenek lehetnek bizonyos konkrét témakörök (pl. szülészet, nőgyógyászat vagy baleseti sérülések).

A tanulmány következetes metodikája, hogy elsőként bemutatja a témakör különböző (nemzetközi) szakirodalmi aspektusait,² majd a magyar egészségügyi rendszerhez történő hozzáférési szabályokat, végül az ellátórendszer működési elveit, amelynek során (amennyire ennek létjogosultsága van) reflektálni igyekeznek a szakirodalmi megállapításokra.

¹ Lengyel Balázs, A harmadik országbeli állampolgárok egészségbiztosítási helyzete Magyarországon, IN Gellérné Lukács Éva (szerk.), A harmadik országbeli állampolgárok szociális jogai, Tullius Kiadó, Budapest, 2009, 51-116. o

² Lásd Illés Sándor tanulmányát a magyar szakirodalmi hiátusról (ezen kötet VIII. fejezete).

I. Releváns kérdéskörök a nemzetközi szakirodalomban

Általánosnak tekinthető a témával foglalkozó szakirodalomban, hogy a migránsok egészségügyi ellátásának három fő csomópontját lehet azonosítani: hozzáférési problémák (i), limitált (korlátozott) kommunikáció (ii) és a helyzetet érintő jogi problémák (iii).³ Egy Európát érintő kutatás során összesen 240 egészségügyi szakdolgozót és kórházi vezetőt (az összes megkérdezett 16,5%-a) kérdeztek meg a migránsokkal kapcsolatos véleményükről.⁴ A kutatás megerősítette ezen általános kihívások létét, ugyanakkor differenciáltabb megközelítést adott a problémák konkrét megjelenését illetően, az elkülönült egészségügyi területek vonatkozásában. Megállapították, hogy a sürgősségi ellátások esetében ezek a különbségek alig jelentkeztek, itt a tapasztalatok nem tértek el jelentősen a nem migránsok esetén érzékeltektől. Az alapellátás és a pszichés gondozás terén azonban a különbségek jóval markánsabbak voltak, megfigyelték, hogy a betegeket nyomasztotta, hogy nem tudtak megfelelően kommunikálni az egészségügyi szakdolgozókkal.

Egy másik kutatás⁵ már nemcsak a hozzáférés kérdéseit vizsgálja, hanem árnyaltabban közelíti meg a migránsok egészségügyi ellátását, és a nehézségeket differenciáltabban tárja fel. Emellett jó gyakorlatokat elemez. A tanulmány az egészségügyi szakdolgozók, főként orvosok megkérdezésével próbálta összegyűjteni a legjellemzőbb válaszokat. 16 országban ugyanannyi ellátó helyet kerestek fel (9 alapellátási intézményt, 3 baleseti és sürgősségi osztályt és 3 közösségi szolgálatot, összesen 240 helyszínt). Olyan ellátó helyet kellett kijelölni, ahol a migráns betegek száma relatíve magas volt (az országos átlaghoz képest). Mindenhol egy olyan orvossal (az esetek 10 %-ában más dolgozókkal, így igazgatásszervezőkkel, menedzserekkel) vették fel az interjút, akit az intézmény vezetője jelölt ki, akiről feltételezték, hogy van gyakorlata-tapasztalata a migránsok ellátását érintően. A teljes kutatás 3 évig tartott.

A kutatás eredményeképpen megjelöltek nyolc problémakört és hét jó gyakorlatot, amelyeket – logikusan párba állítva - az alábbi táblázat foglalja össze:

³ lásd pl. Pilar Carrasco-Garrido, Rodrigo Jiménez-García, Valentin H Barrera, Ana L de Andrés, Ángel G de Miguel, Significant differences in the use of healthcare resources of native-born and foreign born in Spain, *BMC Public Health* 2009, 9:201. Norredam M, Mygind A, Nielsen AS, Bagger J, Krasnik A.; Motivation and relevance of emergency room visits among immigrants and patients of Danish origin. *European Journal of Public Health*, 2007 Oct;17(5):497-502. Epub 2007 Jan 27.

⁴ Marie Dauvrin et al, Health care for irregular migrants: pragmatism across Europe. A qualitative study, *BioMed Central Ltd. Research Notes* 2012, 5:99 (doi:10.1186/1756-0500-5-99).

⁵ Priebe Stefan Priebe, Sima Sandhu, Sónia Dias, Andrea Gaddini, Tim Greacen, Elisabeth Ioannidis, Ulrike Kluge, Allan Krasnik, Majda Lamkaddem, Vincent Lorant, Rosa P Riera, Attila Sarvary, Joaquim JF Soares, Mindaugas Stankunas, Christa Straßmayr, Kristian Wahlbeck, Marta Welbel, Marija Bogic, Good practice in health care for migrants: views and experiences of care professionals in 16 European countries, *BMC Public Health* 2011, 11:187 doi:10.1186/1471-2458-11-187.

<i>Felvetett probléma</i>	<i>Jó gyakorlat</i>
	Szervezeti rugalmasság, megfelelő idő és forrás allokálása a kérdéskörre
Egészségügyi hozzáférés nehézségei	Világos útmutatók kidolgozása a migránsok hozzáféréseinek kérdéseiről
Nyelvi akadályok	Jó tolmácsolási szolgáltatások
Páciens hátrányos szociális helyzete	Családsegítő, szociális szolgálatokkal való együttműködés
Az ellátórendszer ismeretének hiánya	Oktatási programok és információs anyagok a migránsok számára
Kulturális különbségek	A dolgozók kulturális tudatosságának növelése
Eltérő betegségtudat	
Az egészségügyi szakdolgozók negatív hozzáállása	Pozitív és stabil kapcsolat kiépítése a dolgozókkal
Egészségügyi előzményének hiánya	

Forrás: Szerző, Priebe (2011) 6-14. alapján.

Megállapítható, hogy az egyes problémákhoz működő jó gyakorlatokat sikerült társítani, amelyeket azonban áthat az első számú, konkrét problémához nem kötött 'jó gyakorlat': az egészségügyi szolgáltató képessége arra, hogy koncentrált (szervezett) módon, megfelelő időt és anyagi forrást áldozzon a migránsok egészségügyi ellátásának javítására.

Hozzáférés

Az egészségügyi ellátásokhoz való hozzáférést általában a jogosultság kérdéskörével azonosítják. Noha az egészséghez való jog általában alapjog (Magyarországon is az Alaptörvény részét képezi), az ellátási vagy hozzáférési jog nem értelmezhető korlátlanként, nem abszolutizálható, hanem függvénye a nemzetgazdasági teherbíró képességnek.⁶ Ergo, államonként különbözik, hogy az ellátási jogosultság kiket illet meg. Ugyanakkor, a hozzáférés nem értelmezhető ebben az egyszerű kontextusban, fontos tekintettel lenni a földrajzi és a pénzügyi hozzáférésre is.

Magyarországon az egészségügyi ellátórendszerhez való hozzáférés terén főszabály szerint két csoportot különböztetünk meg. Egyrészt azokat, akik valamilyen jogosultsággal rendelkeznek az ellátások igénybeviteléhez. Ez a jogosultság többféle lehet (TAJ kártya, kétoldalú megállapodás alapján kiállított speciális nyomtatvány, kétoldalú megállapodás alapján elfogadott dokumentum, tipikusan útlevel). A jogosultságok minden esetben jogszabályi felhatalmazáson alapulnak, gazdasági tevékenységhez vagy egyéb státushoz (pl. hontalan) kapcsolódnak.

⁶ Lásd még Dauvrin (2012) 7.o.

A másik csoportot azok alkotják, akiknek nincsen konkrét jogosultságuk. Az ő esetükben az állami rendszerhez való hozzáférés csak sürgősség esetén lehetséges a jogosultság igazolása nélkül, de az ellátást követően, ha kiderül, hogy az érintettnek nem volt megfelelő jogosultsága, az ellátás összegét a betegnek ki kell fizetnie. Ezekben az esetekben, ha nem sikerül a tartozás behajtása, akkor finanszírozás kérhető az állami egészségbiztosítótól, vagy kárként kell azt az egészségügyi intézménynek elkönyvelnie.

Ha tehát a megfelelő jogosultsággal nem rendelkező migráns vállalja az egészségügyi ellátás igénybevételét, ezzel vállalja a pénzügyi kötelezettséget is.

Rendezett státusú, 'biztosított' migránsok

A Priebe kutatás – a fent elemzett eredményeken túl – arra a megállapításra is jutott, hogy a megkérdezett személyek szerint a migránsok ellátása – az első kapcsolatfelvételen túl – nem tért el szignifikánsan a nem-migráns orvos-beteg kapcsolattól. Továbbá, még markánsabban, a munkavállaló migráns személyek esetében pedig az orvosi ellátás teljes folyamatát azonosnak ítélték meg egy nem-migráns helyzetével.⁷

Hangsúlyozni kell, hogy a munkahelyi egészségvédelmi és munkahelyi biztonságról szóló uniós szabályok előírják, hogy a munkáltatónak megfelelő intézkedéseket kell hozniuk a munkavállalók egészségének védelmére (elsősegély, munkavállalók egészségének folyamatos monitorozása). Az irányelv szerint munkavállaló nemcsak a legálisan foglalkoztatott munkavállaló, hanem minden munkavállaló, tehát a nem rendezett státusú, de munkavállaló migránst védik ezek a szabályozások.

Rendezett státusú, de nem a céltagállamban biztosított migránsok

Ebben a körben felmerülhet az útlevel vagy egyéb dokumentum alkalmazása, utasbiztosítás bemutatása és használata az egészségügyi szolgáltatónál, végül egyéb szerződéses konstrukciók. Ilyen szerződéses konstrukció lehet egy szervezettel vagy állammal való megállapodás megkötése betegek küldéséről.

Illegális (rendezetlen státusú, dokumentumokkal nem rendelkező, be nem jelentett) migránsok

Már az alcímből is látható, hogy nehéz megfelelő összefoglaló kifejezést találni a megfelelő papírokkal nem rendelkező migráns személyekre. Ezek a fogalmak az idegenrendészet fogalomtárából vett tartalmakat közvetítenek, amelyek természetesen integráns kapcsolatot mutatnak az egészségügyi ellátórendszerhez való hozzáféréssel. Akinek ugyanis nincsen megfelelő tartózkodási papírja, annak nincsen bejelentett munkahelye vagy lakóhelye sem az érintett országban, amely viszont szinte kivétel nélkül előfeltétele az egészségügyi ellátórendszerhez való hozzáférésnek.

⁷ Priebe (2011) 6. o.

Szinte minden releváns kutatás leírta, hogy a rendezett státusú migránsokkal ellentétben, akiknél az ellátás folyamata szinte teljes lefedettséget mutatott a nem migránsokkal, alapvető változást mutatott az ún. nem dokumentált (irreguláris) migránsokéhoz képest. Esetükben a megkérdezettek nagyobb %-ban ítélték meg úgy a helyzetet, hogy az orvosi ellátás folyamata nem lenne azonos a nem-migráns személyekhez viszonyítva.⁸

Jelentkezhet persze olyan eset, amikor az illegális migráns a privát ellátórendszerhez hozzáfér, azonban ez költséges megoldás, és nem tekinthető a tipikus helyzetnek.

Nyelvi akadályok

Nem vitatott, hogy kritikus az egészségügyi ellátásokhoz való hozzáférés szempontjából, hogy a beteg megfelelően tudjon kommunikálni az egészségügyi szolgáltatóval.⁹ A kommunikáció magában foglalja az információ cserét, lehetőséget ad a betegnek arra, hogy tájékozott bejegyzését adja a kezeléshez, és szükséges ahhoz is, hogy létrejöjjön az az orvos-beteg kapcsolat, ami bizalmi viszonyon alapul. Kutatások arra utalnak, hogy ha fennállnak a nyelvi akadályok, akkor a betegek nem az alapellátást és a megelőző intézkedéseket veszik igénybe, hanem sokkal gyakrabban jelennek meg a sürgősségi ellátások igénybevevőiként.¹⁰ Amikor viszont megjelennek az egészségügyi ellátórendszerben, akkor is előfordulhat, hogy a nyelvtudás hiánya korlátozza az elérhető gyógyítási metódusokat, ami alacsonyabb szintű ellátáshoz vezethet, és veszélyeztetheti az ellátás folyamatosságát is.¹¹

Az Egyesült Államokban spanyol származású (döntően spanyolul beszélő) gyerekek egészségügyi ellátásokhoz való jogát vizsgálva megállapították, hogy sokkal kevésbé vették igénybe az egészségügyi ellátásokat, kivéve azokat a gyerekeket, akiknek a szülői megfelelő szinten beszéltek angolul. Hasonlóan, Kanadában egy felmérés kimutatta, hogy a nyelvtudás fejlődése hozzájárul egyrészt a saját egészségről alkotott kép (*self-related health*) javulásához, másrészt segíti a migránst az ellátásokhoz való hozzáférésben.¹²

Egy másik kutatás egyik megállapítása volt, hogy a migránsok általában nem használták ki megfelelően az ellátórendszer által nyújtott lehetőségeket, mert nem ismerték azokat.¹³ Itt kapcsolódást lehet felfedezni egy másik kutatás azon

⁸ Priebe (2011) 7.o.

⁹ lásd pl. Jane Perkins, J.D., M.P.H., Ensuring linguistic access in healthcare settings: an overview of current legal rights and responsibilities, Henry J Foundation, Washington, 2003.

¹⁰ Ibid, 7.o.

¹¹ Dauvrin (2012) 7.o.

¹² <http://www.cbc.ca/news/health/story/2011/10/19/immigrant-health-language.html> (Letöltés: 2012.06.16.) Idézet: "This suggests that the benefits of acquiring official language skills may not only be social and economic, but may also be associated with the maintenance of health."

¹³ Priebe (2011) 8.o.

állításával, hogy a sürgősségi ellátások körében gyakrabban jelentek meg a migránsok (viszont a megelőzésről szóló szolgáltatásokat alig használták).¹⁴

Alapvetően a megfelelő nyelvi környezet kialakítása több szinten történhet. Az egyik szint, amikor a migránsok viszonylag alacsony száma miatt közvetítő nyelven keresztül (pl. angol, német, francia) történik a kommunikáció. Egy másik szint, amikor a migránsok sajátos igényeinek megfelelően megtörténik az igényfelmérés, elkészülnek egy vagy több nyelven a megfelelő színvonalú, alapvető egészségügyi információkat tartalmazó anyagok. A személyes kontaktus, illetve az orvosi dokumentáció azonban nem feltétlenül zajlik a beteg anyanyelvén. Ilyenkor szükséges és ajánlatos lehet tolmács igénybevétele, mert gyakran mulasztásokhoz és későbbi problémákhoz vezet, ha egy családtag vagy barát vállalja a fordítást. Ugyanakkor a tolmácsolás sem mindig elérhető, hiszen költséges, adott esetben elképzelhető, hogy színvonala sem megfelelő (pl. telefonos fordítási szolgáltatások). Egy további szint, amikor a nagyobb számú migráns ellátása már azt is szükségessé teszi, hogy az egészségügyi szakdolgozók – adott esetben - a migránsok kultúrköréből kerüljenek ki, tehát mind nyelvileg, mind kulturálisan le tudják reagálni a migránsok panaszait (ez Amerikában Mexikóban jelentős). Ez a szint a szakdolgozók folyamatos továbbképzését is feltételezi.

Gyakorlati kérdések

A migránsok érezhetik úgy, hogy hiába van jogosultságuk az egészségügyi ellátórendszerhez való hozzáférésre, a gyakorlatban ez nem működik megfelelően, illetve a rendszer belső működése vezet ellentmondásos helyzetekhez, amelyek akadályt képeznek az ellátásokhoz való hozzáférésnek. Ilyen akadályozó tényező lehet:¹⁵ a jogosultságok ismeretének hiánya a migráns oldaláról; költségek és megtérítés, illetve a szolgáltató részéről a diszkrecionális döntés joga, illetve az ellátás minősége, folyamatossága.

Jogosultságok és az egészségügyi ellátórendszer

A migránsok esetében előfordulhat, hogy a többségi lakossághoz képest kevesebb és rosszabb információval rendelkeznek a lehetőségeikről. Ugyanakkor, mint azt egy ghánai migránsok által Amszterdamban igénybe vett egészségügyi ellátásokat elemző tanulmány megállapítja,¹⁶ a migráns csoportokon belül speciális

¹⁴ Ibid.

¹⁵ European Observatory on Access to Healthcare of Médecins du Monde (2009), *Access to healthcare for undocumented migrants in 11 European countries. c. tanulmány alapján.* Részletesen elemzi: European Union Agency for Fundamental Rights (FRA), *Migrants in an irregular situation: access to healthcare in 10 European Union Member States*, Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2011., 42. oldal.

¹⁶ Linda Boateng, Mary Nicolaou, Henriëtte Dijkshoorn, Karien Stronks and Charles Agyemang, *An exploration of the enablers and barriers in access to the Dutch healthcare system among Ghanaians in Amsterdam*, *BMC Health Services Research* 2012, 12:75 doi:10.1186/1472-6963-12-75.

belső mechanizmusok működnek. Ezek az emberek összejárnak, szoros kapcsolatot tartanak egymással, és a saját kulturális elvárásaiknak megfelelően igyekeznek a legjobb tapasztalatokat összegyűjteni és közvetíteni a közösségen belül. Ez a konkrét kutatás rámutatott, hogy ezekben a közösségekben is ugyanúgy megtárgyalják az egyes ismerősök betegségeit, amely fontos indikációja annak, hogy végül tudatosan orvoshoz fordulnak, illetve mindig vannak olyanok a közösségben, akik képzettek, és képesek megtalálni az egészségügyi ellátórendszer igénybevételének megfelelő módját.¹⁷

A migránsok egészségügyi ellátását érintő szakirodalom általában úgy épül fel, hogy a migránsok jó színvonalú ellátást nyújtó országokba érkeznek (tehát nagy többségében a származási országukhoz képest jóval magasabb minőségi elvárásoknak megfelelő ellátásban részesülhetnek), és ennek tudatában is vannak. Ugyanakkor ez egy általános benyomás, és szükséges a konkrét ellátás igénybevételét érintő információ megerősítése. Erről szólnak bizonyos közösségi programok, közösségi kezdeményezések, amelyeknek lényege, hogy a migránsok szélesebb spektrumú képet kaphassanak az ellátórendszer számukra fontos aspektusairól.

Az egészségügyi ellátórendszerrel kapcsolatban ebben a kutatásban elhangzottak olyan megállapítások, amelyek egyáltalán nem voltak migráns-specifikusak, ugyanakkor a migránsok ezeket a problémákat így élték meg. Ilyen volt, amikor a ghánai betegek arról panaszkodtak, hogy az orvosi vizsgálatok során mindig másik orvos vizsgálta meg és kezelte őket, akik gyakran fiatal (rezidens) orvosok voltak, nem ismerték az előzményeket, és néha az volt az érzésük, hogy nem feltétlenül a megfelelő gyógyszert írták fel.¹⁸ A ghánai betegek panaszkodtak az egészségügyi ellátórendszert érintő gyakori változásokra is, amelyek – szerintük - egyre-másra a betegek jogainak csorbítását eredményezték. Problémaként jelölték meg a rövid (alig 5 perces) orvosi vizsgálatokat, és hogy a betegnek el kell mondania az általa tapasztalt tüneteit, nem pedig az orvos állapítja meg azokat hosszabb fizikai vizsgálatok után. Nehezményezték, hogy az orvosok vonakodnak felírni a drága gyógyszereket, sőt, néha egyáltalán nem is írnak fel orvosságot.

Összességében az látszik, hogy – mivel a kutatás első generációs migránsokat érintett – a kutatásban megkérdezett interjúalanyok a holland egészségügyi ellátórendszer általános jellemzőit úgy élték meg, mintha az kizárólag rájuk nézve lett volna előnytelen, miközben számos esetben egyszerűen a rendszer a maga teljességében került alkalmazásra a migránsra. A sztereotípiák tehát ellentétesen is érvényesülhetnek: a migráns a rendszer reguláris jellemzőit migráns-specifikus hátrányként élte meg.

Költségek és megtérítés

Az egészségügyi hozzáféréshez jogosultsággal nem rendelkező migráns esete komoly problémát okoz a szolgáltatóknak is és a finanszírozóknak is (legtöbbször a biztosítóknak). A legfőbb dilemma, hogy az állam vonakodik a jogosultsággal nem

¹⁷ Ibid, 5. o.

¹⁸ Ibid., 7. o.

rendelkező személyek által generált költségek megtérítésétől, az egészségügyi szolgáltatók viszont szeretnék, ha - végső esetben – az állam helytállna a költségekért. Egy kutatás azt írta le, hogy a belga, a francia, a görög, a magyar és az olasz egészségügyi szolgáltatók jelezték, hogy nagyon bonyolult és időigényes a megtérítési eljárása annak, hogy egy megfelelő nemzeti azonosítóval (pl. TAJ) nem rendelkező személy egészségügyi ellátásának díját behajtsák (akár az egyéntől, akár a biztosítótól vagy az államtól).¹⁹ Speciális dokumentumokat kell általában kiállítani, különböző igazolásokkal kísérve, a megtérítési procedúra sok adminisztrációval jár, a megtérítés pedig általában időben késéssel követi az ellátás nyújtását. Felmerül, hogy az egészségügyi szolgáltatók az ellátást inkább nem nyújtják vagy nyújtják, de nem adminisztrálják.

Ellátás minősége

Az ellátás minősége a legfontosabb szempont a beteg számára, amikor túljut a hozzáférési procedúrán. Noha a hozzáférés kérdéseit és problematikáját több tanulmány is vizsgálja, ritkább az olyan elemzés, amely azt kívánja megragadni, hogy milyen az ellátás minősége, ha már a migráns bekerült az egészségügyi ellátórendszerbe. Egy milliók számára kardinális kérdésről van szó, amely főként azt jelenti, hogy a migráns olyan helyzetbe kerül-e, mintha egy saját állampolgár lenne, a diagnózis felállítása, a javasolt terápia előírása, a kezelés lefolytatása és az utógondozás terén.²⁰

A legfontosabb megállapítás, hogy nem létezik generális válasz, a migráns által elérhető szolgáltatás minősége attól függ, hogy a migráns személy milyen kategóriába tartozik. Egy kutatás²¹ az alábbi személyi csoportok helyzetét elemezte: illegális bevándorló, menekült és migráns munkavállaló. Ezen három személyi kör esetében vizsgálták az egészségügyi ellátás minőségét, elkülönítetten az ellátás különböző szintjei között, éspedig alapellátás, sürgősségi ellátás és mentális egészségügyi szolgáltatások terén. A fellépő betegség kezelése terén kifejezetten az egészségügyi szolgáltatók álláspontjára voltak kíváncsiak, nevezetesen, hogy a migránsokkal kapcsolatba kerülő egészségügyi szakdolgozók (orvosok) hogyan közelítik meg ezt a kérdést.

Az első és legfontosabb tanulság az volt, hogy a konkrét orvosok (tehát nem az igazgatási kérdésekért felelős, a hozzáférést és a későbbi megtéríthetőséget szem előtt tartó kórházi ügyintézők) nem különösebben foglalkoztak a beteg származásával, jogi státusával. Sőt, a 16 országban, reprezentatív módon kiválasztott, összesen 240 orvost túlnyomórészt jellemezte az a hozzáállás, hogy a migránsokat egyedi betegségük alapján próbálták meg kezelni, mindennemű migránsokat érintő sztereotípiától mentesen. Az egyéni orvos-beteg kapcsolatot tartották fontosnak, és azt sem erősítették meg, hogy a migránsoknak a nem

¹⁹ European Union Agency for Fundamental Rights (FRA), Migrants in an irregular situation: access to healthcare in 10 European Union Member States, Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2011.

²⁰ Priebe (2012) 3. o.

²¹ Ibid., 14. o.

migránsoktól nagyban eltérő szükségleteik lennének. Az orvosok Hippokratesz-i esküjüknek megfelelően próbálták kezelni a betegeket mindhárom fent említett csoportban (illegális bevándorló, menekült, migráns munkavállaló), akár még akkor is, ha ehhez bizonyos szabályoknak nem feleltek meg (tehát nyilvánvaló volt számukra, hogy az érintett beteg valaki másnak az azonosítóját használja, mégis ellátták). Amikor azonban az a kérdés merült fel, hogy az egyes csoportok közül melyekben kapják meg a migránsok leggyakrabban ugyanazt a minőségű ellátást, mint a hazai betegek, egyértelműen az volt a többségi álláspont, hogy a migráns munkavállalók. Ők voltak azok, akik – rendezett jogi státusuknak köszönhetően – képesek voltak arra, hogy bemutassák (elmondják) korábbi orvosi leleteiket, végigvigyék a javasolt terápiát, és részt vegyenek a kontrollon, tehát megtegyék a gyógyuláshoz szükséges lépéseket. Megállapítható volt ebből a kutatásból is, hogy az ellátás minősége egyértelműen a jogi hozzáférésre vezethető vissza.

Igénybevett egészségügyi ellátások

Külön kérdésként merül fel, hogy a migránsok a hazai populációhoz képest milyen típusú ellátásokat vesznek igénybe. Egy erről szóló kutatás²² Olaszországban, Lazio tartományban vizsgálta a 2005 során ellátott, kevésbé fejlett országokból érkezett (Less Developed Countries) migránsokat ebből a szempontból. Egyrészt megállapították, hogy az 56.610 külföldinek a 88 %-a legális migráns volt, tehát rendezett jogi státussal bírt. Másrészt, megállapították, hogy korösszetételük fiatalabb volt a saját betegeknél. A kutatás fő megállapítása az volt, hogy a férfiak megközelítőleg ugyanolyan eloszlásban vették igénybe a kórházi egészségügyi ellátásokat, mint az olasz férfiak, azzal, hogy a sürgősségi ellátások esetén a fiatalabbak enyhén sűrűbben, az idősebbek ritkábban részesültek ilyen ellátásban. A sürgősségi ellátásoknál a baleseti ellátások domináltak, az összes beavatkozás 25 %-a daganatos eredetű megbetegedésre volt visszavezethető. A nőknél a kórházi egészségügyi ellátások igénybevételénél egyértelműen domináltak a terhességgel és gyermekszüléssel kapcsolatos ellátások, a beavatkozások több, mint felét ezek tették ki. A kutatás végeredményben megállapította, hogy a migráns férfiak esetében a baleseti ellátások, a nőknél pedig a terhesség ellátása (vagy terhességmegszakítás) jelentkeztek gyakori ellátásokként.²³

Terhesség-, szülés-, gyermekgondozás

A terhességmegelőzés és terhességgondozás vizsgálata a nem dokumentált (undocumented) migránsok és az egyéb, jogszerűen tartózkodó migránsok körében

²² Giovanni Baglio, Catherine Saunders, Angela Spinelli, John Osborn, Utilisation of Hospital Services in Italy: A Comparative Analysis of Immigrant and Italian citizens, *Journal of Immigrant and Minority Health*, 2010: (12) 598-609.

²³ *Ibid.*, I.

összehasonlító kutatás tárgyát képezte Svájc genfi kantonjában.²⁴ (A kontroll csoportot tehát a jogszerűen tartózkodók képezték.) A vizsgálat kiindulópontját az adta, hogy Svájcban nagyon nehéz harmadik országbeli állampolgárként legálisan letelepedni, ezért a turistaként beérkező és illegálisan ott maradó személyek ki vannak zárva az egészségügyi ellátásokból, amely szerint vélhetően jobban ki vannak téve egészségügyi kockázatoknak. Ebből a feltevésből kiindulva végeztek vizsgálatot 161 illegális (84%-ban latin-amerikai) és 233 legális migráns nő körében, 20 hónapon keresztül. A felmerülések gyakoriságát vizsgálták a terhességmegelőzés, terhesség tervezettsége, egészségügyi állapot, erőszaknak való kitettség, a szülések lefolyása és a daganatos megbetegedés megelőzését szolgáló vizsgálaton való részvétel terén. Az eredmények azt mutatták, hogy a terhességmegelőzésről az illegális migránsok nagyon keveset tudtak, azt kevésbé alkalmazták, ezért több volt a nem tervezett terhesség (75%), és az általános szociális környezet is nehezebb volt (az anyák 71%-a egyedülálló volt). Az első terhességi vizsgálaton átlagosan 4 héttel később jelentek meg, mint a jogszerűen tartózkodó társaik. Emellett az illegális bevándorlók 18%-a soha nem vett részt preventív vizsgálaton.

Mindebből a svájci tanulmány azt a következtetést vonta le, hogy a rendezetlen jogi státus egészségügyi sérülékenységhoz vezet. Különös fontos ezért a nők jobb hozzáféréseinek biztosítása a terhességgondozáshoz és a megelőző vizsgálatokhoz. Javasolja továbbá, hogy az egészségügyi ellátórendszerben több nyelven és az adott kultúrának megfelelően szervezzenek oktatást a terhesség megelőzéséről, a családtervezésről és a daganatos megbetegedéseket megelőzni hivatott vizsgálatokról.²⁵

A FRA jelentés²⁶ részletesen foglalkozik a szabályozatlan helyzetben lévő migráns nők, anyák és gyermekek jogosultságaival az egészségügyi ellátások területén. Ennek a tematikus jelentésnek az első része rámutat arra, hogy négy ország (Belgium, Franciaország, Olaszország, Spanyolország) egészségügyi ellátást biztosít a legális migránsoknak, beleértve az alap- és szakellátást. A megmaradó hat ország (Németország, Lengyelország, Magyarország, Görögország, Írország, Svédország) a hozzáférést csak sürgősségi ellátás esetén teszi lehetővé. Az utóbbi országokban különösen a terhességi, anyasági- és a gyermekeknek járó ellátásokra vonatkozik a hozzáférés. Az anyasági gondozás és reprodukció eljárás vonatkozásában a gyermekek jogairól szóló ENSZ-egyezmény és a Nők elleni diszkrimináció felszámolásáról szóló bizottsági dokumentum is tartalmaz rendelkezéseket az ellátásokkal kapcsolatban. Az ENSZ-egyezmény 24. cikke kötelezi az államokat arra, hogy tegyenek megfelelő intézkedéseket annak érdekében, hogy az anyák terhesség alatti és szülés utáni egészségügyi ellátását megfelelően biztosítani tudják. A jelentés

²⁴ Wolff et al, Undocumented migrants lack access to pregnancy care and prevention, *BioMed Central Ltd. Research Notes* 2008, 8:93. (doi:10.1186/1471-2458-8-93). ('Background', 2.o.)

²⁵ Ibid, 'Conclusion', 10.o.

²⁶ European Union Agency for Fundamental Rights (FRA), *Migrants in an irregular situation: access to healthcare in 10 European Union Member States*, Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2011.

rámutat arra, hogy a szülés minden vizsgált országban veszélyhelyzetnek minősül, így nem tagadható meg a migráns nők ellátása ebben a helyzetben.

A CEDAW 12. cikkének (2) bekezdése megköveteli az államoktól, hogy megfelelően biztosítsák a nők hozzáférését a szolgáltatásokhoz a terhességgel, szüléssel és szülés utáni periódussal kapcsolatosan. A hozzáférés legyen költségmentes, ahol az szükséges, valamint a terhesség alatti megfelelő táplálkozást és a szoptatást is biztosítsa.

A nők által igénybe vehető ellátások országról országra megváltozhatnak, és függhetnek az átfogó egészségügyi rendszerben a terhes nőknek és anyáknak felajánlott általános szolgáltatásoktól. Az alábbi táblázat átfogó képet ad a migráns nők egészségügyi ellátásokhoz való hozzáféréséről terhesség és szülés utáni időszakban. Tipikusan az ilyen ellátások közé tartozik terhesség alatti és a szülés utáni tanácsadás, a vizsgálatok elvégzése, úgy mint ultrahang, vér- és vizeletvizsgálat, a rendszeres nőgyógyászati vizsgálatok, valamint a szülésben való támogatás. A táblázat azonban a sürgősségi ellátást nem tartalmazza.

Ország	Hozzáférés és feltételek
Belgium	ha jogosult AMU-ra
Franciaország	AME vagy PASS útján
Németország	ellátás adott, de a kockázatot jelentenek az engedélyek
Görögország	a járóbeteg-elsősegély ellátása, de a tesztek és vizsgálatokat normál esetben nem adják ingyen
Magyarország	nem
Írország	nem
Olaszország	ha rendelkezik STP kóddal
Lengyelország	nem
Spanyolország	igen
Svédország	nem

A táblázatból kitűnik, hogy Belgiumban, Franciaországban, Olaszországban és Spanyolországban biztosított a teljes ellátáshoz való hozzáférés, Magyarországon, Írországban, Lengyelországban és Svédországban azonban csak sürgősségi ellátást kapnak a migráns terhes nők. Németországban és Görögországban a gyakorlatban speciálisan érvényesülnek a szabályok. Németországban kockázatot jelent a bevándorlási hivatal esetleges korlátozása, míg Görögországban annak ellenére, hogy a jogszabályok szerint csak sürgősségi ellátásra jogosultak a migráns terhes nők, a klinikákon többlet ellátást kaphatnak. Az ellátásért való fizetés jelenti a fő akadályt jelenleg.

A FRA véleménye szerint a szabályozatlan helyzetben élő nőknek hozzá kellene férnie a szükséges alap-és szakellátáshoz a szüléskor, valamint a reprodukív- és anyasági ellátáshoz is ugyanazokkal a feltételekkel, mint az állampolgároknak. Ennek tartalmaznia kellene a terhesség alatti és szülés utáni alap-és szakellátást, úgy mint a

nőgyógyászati vizsgálatok lehetőségét, az alapvető tesztekhez való hozzáférést, a családtervezés támogatását vagy a tanácsadást.

A gyermekek jelentik az egyik legsebezhetőbb szociális csoportot, akiknek speciális védelemre van szükségük. A gyermekeknek szükségük lenne a legmagasabb színvonalú, elérhető egészségügyi ellátásra, és kezelésekre betegség vagy rehabilitáció esetén. A valóságban a migráns gyermekek egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférése nem szisztematikusan elérhető.²⁷ Az alábbi táblázat széles rálátást biztosít a nemzeti intézkedésekre. A megkérdezett 10 országból csak kettő, Spanyolország és Görögország biztosít jogosultságot a szabályozatlan helyzetben lévő migráns gyermeknek legalább egy bizonyos életkorig ugyanazokkal a feltételekkel, mint az állampolgár gyermekeknek. Három országban, Franciaországban, Belgiumban és Olaszországban megkülönböztetik az irreguláris helyzetben lévő egyedüli gyermekeket és azokat a gyermekeket, akik családban élnek, feltéve, hogy a korábbi magasabb szinthez való hozzáférés összehasonlítható a nemzetihez.²⁸ Franciaországban a szabályozatlan helyzetben lévő, kíséret nélküli gyermekek általában hozzáférnek az általános egészségügyi rendszerhez,²⁹ míg a családban élő gyermekeknek jogosultnak kell lenni az egészségügyi ellátásra. Belgiumban a kíséret nélküli migráns gyermekeknek biztosítják az ellátást az egészségügyi biztosítás által, ha a befogadónál vagy a jóléti központban maradnak. Olaszországban a szabályozatlan helyzetű, családban élő migráns gyermekek az alapvető kezeléshez és védőoltásokhoz hozzáférnek, de nem engedélyezett a gyermekorvossal való konzultáció. Ezzel ellentétben a kíséret nélküli, szabályozatlan helyzetű migráns gyermekek ugyanarra jogosultak, mint az olasz gyermekek. Németországban a legális migránsok ugyanolyan feltételekkel férnek hozzá az egészségügyi ellátáshoz, mint a menedékkérők. Svédországban csak azok a 18 év alatti, rendhagyó helyzetben lévő migráns gyermekek jutnak a nemzeti egészségügyi rendszer (TB) keretei között egészségügyi ellátáshoz, akiknek menedékkérelmét elutasították. Lengyelországban csak azok rendhagyó helyzetben lévő migráns gyerekek igényelhetnek egészségügyi ellátást, akik közoktatási intézményt látogatnak.³⁰ A tanulmány rámutat arra, hogy Magyarországon és Írországban nincsenek speciális védelmi mechanizmusok az irreguláris helyzetben lévő migráns gyermekek egészségügyi ellátáshoz való hozzáféréseire, ha nem sürgősségi ellátásról van szó.

²⁷ A menedékkérő szeparált gyermekek helyzetéről, lásd FRA (2010) Separated, asylum-seeking children in European Union Member States – Comparative Report pp. 45-49.

²⁸ lásd FRA (2010) Separated, asylum-seeking children in European Union Member States – Comparative Report

²⁹ Code de l'action sociale et des familles Article L111-2

³⁰ lásd HUMA Hálózat (2011) Az egészségüghöz való hozzáférés és életfeltételek a menedékkérők és dokumentálatlan migránsok tekintetében Cipruson, Máltán, Lengyelországban és Romániában p.101, Az oktatási rendszer joga (1991. szeptember 7.) 92. cikk (1)-(2), Regulation of the Minister of Health on the organisation of the prophylactic healthcare for children and youngs of 28 August 2009

	Ugyanolyan hozzáférés, mint az állampolgároknak	Néhány szolgáltatásnál ugyanolyan hozzáférés, mint az állampolgároknál	Az állampolgárokéhoz hasonló a kísérő nélküli kiskorúak tekintetében	A sürgősségi ellátás feletti hozzáférés a speciális kategóriákban	Csak sürgősségi ellátás
Belgium		-	igen		
Franciaország		-	igen		
Németország		-		gyerekek tolerálva	
Görögország	ok	-			
Magyarország		-			igen
Írország		-			igen
Olaszország		-	igen		
Lengyelország		-		az iskolás gyerekeknek	
Spanyolország	ok	-			
Svédország		-		sikertelen menedékkérő	

Védőoltások

Számos országban a kisgyermekkorú immunizálás az alapvető egészségügyi ellátás részét képezi. A FRA kutatás kimutatta, hogy a 10 vizsgált országból nyolcban – így Belgiumban, Franciaországban, Görögországban, Magyarországon, Írországban, Olaszországban, Spanyolországban és Svédországban – az immunizálás ingyenes. Írországban nincs speciális intézkedés az oltásokra. Lengyelországban az immunizáció csak akkor elérhető, ha a szülők fizetnek az oltásokért, bár a legális helyzetben lévő migráns gyermekek hozzáférnek az oltásokhoz az iskolás gyermekekre vonatkozó szabályoknak köszönhetően.³¹

³¹ ugyanaz mint a 4-es lábjegyzet

Összefoglalás

A migránsok egészségügyi ellátáshoz való hozzáférése terén az alábbiak emelhetők ki a szakirodalmi elemzés alapján:

1. A migránsok egészségügyi ellátásának három fő csomópontját lehet azonosítani: hozzáférési problémák (i), limitált (korlátozott) kommunikáció (ii) és a helyzetet érintő jogi problémák (iii).

2. Az ellátási vagy hozzáférési jog nem értelmezhető korlátlanként, nem abszolútizálható, hanem függvénye a nemzetgazdasági teherbíró képességnek.

3. A migráns által elérhető szolgáltatás minősége attól függ, hogy a migráns személy milyen kategóriába tartozik. A rendezett státusú migránsok esetében az egészségügyi ellátás folyamata szinte teljes lefedettséget mutatott a nem migránsokkal a szakirodalomban, ellentétben a nem rendezett státusú migránsokkal.

3.a. A sürgősségi ellátások esetében ezek a különbségek alig jelentkeztek, itt a tapasztalatok nem tértek el jelentősen a nem migránsok esetén érzékeltektől.

3.b. A hozzáférési problémák miatt a migránsok gyakrabban jelennek meg a sürgősségi ellátások terén.

4. Ha fennállnak a nyelvi akadályok, akkor a páciensek nem az alapellátást és a megelőző intézkedéseket veszik igénybe. A nyelvtudás hiánya korlátozhatja az elérhető gyógyítási metódusokat, ami alacsonyabb szintű ellátáshoz vezethet, és veszélyeztetheti az ellátás folyamatosságát is.

5. A migránsok általában nem használták ki megfelelően az ellátórendszer által nyújtott lehetőségeket, mert nem ismerték azokat.

6. Előfordult, hogy a migránsok az egészségügyi ellátórendszer általános jellemzőit úgy élték meg, mintha az kizárólag rájuk nézve lett volna előnytelen, miközben számos esetben egyszerűen a rendszer a maga teljességében került alkalmazásra a migránsra.

7. Noha a hozzáférés kérdéseit és problematikáját több tanulmány is vizsgálja, ritkább az olyan elemzés, amely azt kívánja megragadni, hogy milyen az ellátás minősége, ha már a migráns bekerült az egészségügyi ellátórendszerbe. Ez azt jelenti, hogy a migráns olyan helyzetbe kerül-e, mintha egy saját állampolgár lenne a diagnózis felállítása, a javasolt terápia előírása, a kezelés lefolytatása és az utógondozás terén.

8. A migráns férfiak esetében a baleseti ellátások, a nőknél pedig a terhesség ellátása (vagy terhességmegszakítás), szülés és gyermekgondozás jelentkeztek gyakori ellátásokként.

9. A gyermekek egészségügyi ellátáshoz való hozzáférése sem általános, az ő helyzetüket is érik korlátozások, kivéve a sürgősségi ellátásokat, amelyeket az államok biztosítanak.

10. A konkrét ellátást nyújtó orvosok (tehát nem az igazgatási kérdésekért felelős, a hozzáférést és a későbbi megtéríthetőséget szem előtt tartó kórházi ügyintézők) nem különösebben foglalkoztak a beteg származásával, jogi státusával.

II. Harmadik országbeli állampolgárok hozzáférési jogai

A bevezető fejezetben azokat a kérdéseket gyűjtöttem össze a nemzetközi szakirodalomból, amelyek a leglényegesebbnek tűnnek a migránsok szempontjából. Ugyanakkor nem csupán az bír jelentőséggel, hogy a migráns milyen módon férhet hozzá az ellátórendszerhez, hanem az is, hogy mi a lényegi tartalma az igénybe vehető ellátásoknak. A nemzetközi szakirodalom egyik nagy tanulsága ugyanis (fenti 5-7. pontok) éppen az, hogy nem elégséges a hozzáféréssel foglalkozni, fontos, hogy az ellátórendszer lényegi elemei is ismertetésre kerüljenek. Szükségesnek tartom éppen ezért, hogy vázlatosan bemutassam a magyar egészségügyi ellátórendszer ellátásait és az igénybevételükre vonatkozó szabályokat is. Szeretném jelezni, hogy a tanulmány fókuszát azok a harmadik országbeli állampolgárok alkotják, akik legálisan és megfelelő dokumentumokkal ellátva tartózkodnak Magyarországon.³² A tanulmány keretei között az alábbiakat vizsgálom:

- jogosultság az egészségügyi ellátórendszerhez való hozzáférésre,
 - általános szabályok,
 - nemzetközi egyezmények eltérő szabályai,
- az ellátórendszer természetbeni ellátásai,
 - az ellátórendszer progresszivitási szintjei
 - méltányossági elemek az egészségügyben
- az ellátórendszer pénzbeli ellátásai.

Jogosultság az ellátórendszerhez való hozzáférésre

Egy adott társadalombiztosítási rendszer célja általában, hogy egy társadalmi szintű, kötelező kockázatközösséget hozzon létre, amelynek alapja a szolidaritás és 'generációs szerződés'. Jellemzően akkor vezetnek be ilyen rendszert, ha a társadalmi javak újraelosztásában prioritásként tud megjeleníteni egy szociális védelmi háló működtetése. Általában ez a társadalmi fejlettség egy adott szintjén kerül bevezetésre.³³ Fontos éppen ezért, hogy egy állam mennyiben kívánja kiterjeszteni szociális védelmi rendszerét azokra a személyekre, akik nem az állampolgárai.

A társadalombiztosítási rendszerek korántsem ugyanazokon az elméleti alapokon nyugszanak. Különböző konkurens elképzelések határozzák meg a felépítését. Vannak rendszerek, amelyekben (legalábbis rendszerszintű célként) minden állampolgár/lakos taggá válik, nagyjából vagy teljesen azonos csomagok mentén. Más rendszerekben a befizetett hozzájárulás arányában való részesülés a

³² Lásd a pályázati kiírás szerint.

³³ Lásd a társadalombiztosítás elméleti rendszeréről pl. Hajdú József, Kommentár, Magyar Közlöny Kiadó, elektronikus változat.

szabály (adott esetben keresőtevékenységhez kötve), vagy egyfajta lépcsőzetes megoldás (amelyben vannak olyanok is, akik nem tagjai a rendszernek). Elképzelhető, hogy más szempontok (is) érvényesüljenek a rendszerben (egészséges életmód, családi integritás pl.).

A szociális védelem körének meghatározása is különböző lehet. Elképzelhető, hogy adott kockázatokon alapul, de az is, hogy nincsenek ilyen bontások. Európai szinten – főszabályként - a védelem minden kockázatot felölel (öregség, rokkantság, munkanélküliség, betegség, baleset, gyermeknevelés, halál). A finanszírozási megoldások sem egységesek, vannak járulékokból vagy adókból, illetve vegyes forrásból finanszírozott rendszerek.

A Magyar Köztársaság Alkotmányáról szóló 1949. évi XX. törvényt 2012. január 1-jével felváltotta Magyarország Alaptörvénye (2011. április 25.). Az Alaptörvénynek a szociális biztonság szempontjából jelentős rendelkezéseit a XIX. cikk (Szabadság és Felelősség rész) tartalmazza. Eszerint Magyarország törekszik arra, hogy minden állampolgárának szociális biztonságot nyújtson. Fenti cikk (1) bekezdése alapján – beleértve a munkavégzéssel összefüggésben keletkezett - betegség esetén minden magyar állampolgár törvényben meghatározott támogatásra jogosult. Továbbá (2) Magyarország a szociális biztonságot az (1) bekezdés szerinti és más rászorulóknak esetében a szociális intézmények és intézkedések rendszerével valósítja meg.

A magyar tb. rendszer részletesebb filozófiai megközelítése kiolvasható a társadalombiztosítás ellátásaira és a magánnyugdíjra jogosultakról, valamint a szolgáltatások fedezetéről szóló 1997. évi LXXX. törvény (a továbbiakban Tbj.) alapelveiből. Eszerint a magyar rendszer:

1. széles kört átfogó, kötelező kockázatközösség (magyarok és mások),
2. alapja a járulékfizetési kötelezettség, amelyben a biztosított,
3. saját maga és meghatározott hozzátartozó javára jogot szerez egyes tb ellátásokra,
4. a pénzbeli ellátás – ha törvény kivételt nem tesz – arányban áll a járulék alapjául szolgáló jövedelemmel,
5. és a szolidaritás jegyében olyan fizetési kötelezettséget is meg lehet állapítani, ami ellátásra jogot nem keletkeztet (2. §.).

Fontos rendszerszintű elem, hogy adminisztratív szabályok sokaságán alapszik (bejelentés, járulékfizetés és adatszolgáltatás), és jelen van az állam mögöttes kockázatvállalása (amely szerint kiegészíti az Alapok költségvetését, ha azok kiadásai meghaladják a bevételeket, Tbj. 3. §.).

A szolidaritáson alapuló magyar egészségbiztosítási rendszer egyik alapvető célja tehát, hogy a Magyarországon lakó személyek lehetőség szerint kivétel nélkül – járulékfizetéssel, vagy ha arra nem képesek, akkor járulékfizetés nélkül – jogosultak legyenek az egészségügyi szolgáltatásokra. A rendszer sajátossága, hogy lehetőség szerint kerüli az állampolgárság szerinti megkülönböztetést, mivel az ellátásokra való jogot a biztosított jogviszony meglétéhez köti, ugyanakkor a külföldi

állampolgárok tekintetében számos kivételes, illetve az általánostól eltérő szabály került rögzítésre.³⁴ Az eltérő szabályok részben Magyarország EU tagságából, részben kétoldalú szociálpolitikai, szociális biztonsági egyezményekből következik, másrészt azon idegenrendészeti szabályok alkalmazásából, amelyek meghatározzák a migránsok tartózkodásának hosszát, lakóhely létesítésének lehetőségét.

A Tbj. az ellátásokra való jogosultság szempontjából alapvetően évek óta négy kategóriát különböztet meg. Az első kategóriába a biztosítottak (Tbj. 5. §) tartoznak, akik valamely keresőtevékenységük és az ehhez kapcsolódó járulékfizetésük miatt az egészségbiztosítás valamennyi ellátására jogosultak. A második kategóriába az un. egészségügyi szolgáltatásokra jogosultak (Tbj. 16. §) tartoznak, akik nem végeznek kereső tevékenységet, de nem kell külön járulékot fizetniük (pl. kiskorúak, tanulók, gyermeket nevelő szülők, nyugdíjasok stb.). Ezek a személyek csak a természetbeni ellátásokat vehetik igénybe. A harmadik kategóriába azok tartoznak, akik egészségügyi szolgáltatási járulékot fizetnek, és ők is csak a természetbeni ellátásokra jogosultak. Végül a negyedik kategóriába az egészségbiztosításhoz önkéntes döntésük alapján csatlakozó, un. megállapodást kötők (Tbj. 34. § (10) bekezdés) tartoznak, akik havi járulékfizetés mellett - néhány speciális korlátozó szabály alkalmazásával - a természetbeni ellátásokra szerezhetnek jogosultságot.

A fenti négyes megosztást összegzi az alábbi táblázat:

Személy státusa	Egészségügyi természetbeni ellátások	Pénzbeli ellátások
Biztosított	X	X
Egészségügyi szolgáltatásra jogosult (külön járulékfizetés nélkül)	X	-
Egészségügyi szolgáltatási járulék fizetésére kötelezett	X	-
Megállapodást kötő	X nem jogosult azonban külföldi gyógykezelés igénylésére, stb.	-

Biztosítottak

Azok a személyek minősülnek biztosítottnak, akik olyan jogviszonyban vannak, hogy utánuk járulékfizetés történik. Elmondható, hogy jelenleg nincsen olyan gazdaságinak minősülő tevékenység – ellenértékhez kötött tevékenység -, amely után ne kellene valahol járulékot fizetni (vagy Magyarországon, vagy más országban a nemzetközi jog szabályai szerint). A magyar törvény szellemisége olyan, hogy

³⁴ Lengyel (2011), 51-116. o.

akkor is járulékot von a bevételből, ha a foglalkoztatónak nincsen semmilyen kötődése Magyarországgal (pl. egy itt élő szobrász fizetett megbízásból egy szobrot készít külföldre). Ebből adódóan, ha gazdasági tevékenységre kerül sor Magyarországon, mindenképpen felmerül a járulékfizetés kérdése. A járulékot a foglalkoztató fizeti a Nemzeti Adó- és Vámhivatal (NAV) részére. Foglalkoztató hiányában a munkavállaló vagy megbízott maga (ún. vélelmezett megbízottként) fizeti a járulékot (Tbj. 56/A. §. szerint).

A biztosítottaknak számos kategóriája van a magyar jog szerint (a Tbj. 5. §-a pontja alapján). Ezek közül azonban a legtöbb kategóriában nem életszerű a harmadik országbeli állampolgárok nagyszámú megjelenése, így például a szövetkezet tagja, egyházi személy, tanulószervezővel foglalkoztatott stb. Tanulmányomban ezért különösen azokról a – főként munkavégzési vagy egyéb gazdasági tevékenységekről - ejtek szót, amelyekben a harmadik országbeli állampolgárok előfordulása jelentősebb. Ilyenek főként a munkavégzés rendes és atipikus formái (részmunkaidő, szezonális munkavégzés vagy segítő családtagként való megjelenés).

A munkaviszonyban (esetleg közalkalmazotti, illetve közszolgálati jogviszonyban) álló személyek biztosítottak minősülnek, ha az ebből származó jövedelmük meghaladja a minimálbér 30%-át. Ez attól függetlenül igaz, hogy az érintett magyar állampolgár vagy belföldi-e, illetve hogy a munkaszerződés teljes vagy részmunkaidőre szól-e. A kizárólag részmunkaidőben foglalkoztatott munkavállalók a pénzügyi ellátások összegének kiszámításánál arányosan kevesebbet kapnak a teljes munkaidőben foglalkoztatottaknál, hiszen az ellátásokat a járulékalapot képező jövedelem alapján számítják ki, de a természetbeni ellátásokra való joguk megegyezik a teljes munkaidőben foglalkoztatottakkal. A jelenlegi társadalombiztosítási szabályozás azonos feltételeket biztosít a részmunkaidős és a teljes munkaidőben dolgozó munkavállalóknak a megfogalmazott alapelvek tekintetében.³⁵

A munkavégzés keretében 2010. augusztus 1-eje óta van hatályban az egyszerűsített foglalkoztatásról szóló 2010. évi LXXV. (Eftov.) törvény. Az egyszerűsített foglalkoztatás lehetősége lényegében az alkalmi típusú munkavégzés életszerűbb, alkalmazhatóbb szabályozását jelenti. Jellemzője az egyszerűsített adminisztráció és az alacsony közteher befizetési kötelezettség a munkáltató részéről. A jelenleg hatályos törvény az egyszerűsített foglalkoztatás három fajtáját különbözteti meg: mezőgazdasági idénymunka, turisztikai idénymunka, és alkalmi munka., a következő felsorolás szerint:

o *mezőgazdasági idénymunka*: a növénytermesztési, erdőgazdálkodási, állattenyésztési, halászati ágazatba tartozó olyan munkavégzés, amely az előállított áru vagy a nyújtott szolgáltatás természete miatt - a munkaszervezés körülményeitől függetlenül - évszakhoz, az év adott valamely időszakához vagy időpontjához kötődik, feltéve,

³⁵ Erre kötelezi Magyarországot pl. a részmunkaidős foglalkoztatásról szóló 1994. évi 175. SZ. ILO egyezmény (magyarországi ratifikálásának nyilvántartásba vétele: 2010. április 9.) 6. cikke is.

hogy azonos felek között a határozott időre szóló munkaviszony egybefüggő időtartama nem haladja meg a harmincegy napot, egy naptári éven belül pedig a kilencven napot,

o *turisztikai idénymunka*: a kereskedelemről szóló törvényben meghatározott kereskedelmi jellegű turisztikai szolgáltatási tevékenységet folytató munkáltatónál végzett idénymunka, feltéve, hogy azonos felek között a határozott időre szóló munkaviszony időtartama nem haladja meg egy naptári éven belül a százhusz napot,

o *3. alkalmi munka*: a munkáltató és a munkavállaló között

1) összesen legfeljebb öt egymást követő naptári napig, és

2) egy naptári hónapon belül összesen legfeljebb tizenöt naptári napig, és

3) egy naptári éven belül összesen legfeljebb kilencven naptári napig

létesített, határozott időre szóló munkaviszony.

A mezőgazdasági és turisztikai idénymunka, illetve az alkalmi munka keretében alkalmazott munkavállaló nem minősül a Tbj. szerinti biztosítottnak (Eftv. 10. § (1) bekezdés). Az általános társadalombiztosítási szabályok alapján azonban van rá lehetősége, hogy megállapodás alapján vegye igénybe az e törvényben nem nevesített ellátásokat. Az Eftv. szerint foglalkoztatott munkavállaló nyugellátásra, álláskeresési ellátásra, valamint a baleseti ellátások közül kizárólag a baleseti egészségügyi szolgáltatásra jogosult (Eftv. 10. § (1) bekezdés b) pontja).

A társadalombiztosítás rendszerének átalakításával összefüggő változásként 2012. január 1-jétől a Tbj. 5. § (1) bekezdés g) pontjának módosulása következtében megszűnt a segítő családtag, mint biztosított kategória. Ezáltal megszűnt a segítő családtag, mint önálló tb-kategória, amelynek következménye, hogy az ilyen személyek csak egy másik kategóriában szerezhetik meg – és csak a természetbeni egészségbiztosítási ellátásokra – való jogosultságot.

Egészségügyi szolgáltatásra jogosultak

A belföldinek minősülő személyek – állampolgárságtól függetlenül – jogosultak az egészségügyi szolgáltatások teljes körére. Amennyiben az adott személy nem folytat kereső tevékenységet, számos lehetősége van, hogy járulékfizetési kötelezettség nélkül részesüljön az egészségügyi szolgáltatásokban. Ilyen jogcímekeket tartalmaz a Tbj. 16. §-a, amely jellemzően – kereső tevékenység hiányában – valamilyen rendszeres pénzbeli ellátás (nyugdíj, szociális ellátás stb.) folyósításához, vagy szociális rászorultsághoz köti a jogosultságot.

Belföldi a törvény szerint az a személy, aki lakóhellyel rendelkezik Magyarországon. A harmadik államok polgárai közül az rendelkezhet lakóhellyel Magyarországon, aki bevándorolt, letelepedett, vagy egy EGT-állampolgár közeli

hozzátartozójaként tartózkodik Magyarországon, és erre tekintettel kapott tartózkodási kártyát. Az a harmadik állambeli polgár tehát, aki életvitelszerűen tartózkodik Magyarországon huzamosabb ideje, illetve egy EGT-állampolgár (ami akár magyar állampolgár is lehet) hozzátartozója, tipikusan házastársa vagy felmenője, belföldinek tekintendő a magyar társadalombiztosítási szabályok alkalmazásában.

Fontos hangsúlyozni, hogy bizonyos kategóriák nem minősülnek egészségügyi szolgáltatásra jogosultnak. Az eltartott hozzátartozói státus önmagában nem ellátásra jogosultságot keletkeztető státus Magyarországon, ezért a biztosított külföldiek - egyéb jogcím hiányában sem - jogosult közeli hozzátartozói megállapodás alapján válhatnak egészségügyi ellátásra jogosulttá.

Hasonlóképpen, egészségügyi szolgáltatásra a diákok közül csak az az itt tanuló külföldi állampolgár jogosult, aki nemzetközi szerződés vagy az oktatásért felelős miniszter által adományozott ösztöndíj alapján létesített tanulói, hallgatói jogviszonyban áll. Azok a külföldi tanulók, akik akár az alapképzésben, akár a felsőoktatási képzésben, akár posztgraduális képzésben vannak jelen hallgatóként, csak megállapodás alapján válhatnak egészségügyi ellátásra jogosulttá.

A biztosítottak és egészségügyi szolgáltatásra jogosultak számát és az igénybevett pénzbeli egészségbiztosítási ellátásokat az alábbi táblázat tartalmazza.

Biztosítottak és egészségügyi szolgáltatásra jogosultak száma
(2009-2011)

Időszak	Egészségügyi szolgáltatásra jogosultak ezer fő/hó	Biztosítottak száma, ezer fő / hó	átlagos
2009	9 681.0	3 809	
2010	9 681.7	3 844	
2011	9 617.7	3 893	

Egészségbiztosítás által folyósított – nem baleseti – táppénz
(2009- 2011)

Időszak	Egyéb táppénzkiadás*, (millió Ft)	Egyéb táppénzes esetek száma*, (ezer)	Egy esetre jutó egyéb táppénzkiadás*, (Ft)
2009	79 404.1	783.1	101 394
2010	59 748.2	725.2	82 388
2011	49 084.9	619.3	79 256

* A táppénzes adatok nem tartalmazzák a fegyveres erők, rendvédelmi szervek, valamint a polgári nemzetbiztonsági szolgálatok hivatásos állományú munkavállalóinak a statisztikai adatait. Az egyéb táppénzes adatok nem

tartalmazzák a biztosítási jogviszony megszűnése utáni (passzív), a gyermekápolási és a baleseti táppénz adatait (KSH).

Egészségügyi szolgáltatási járulékfizetésre kötelezettek

A Tbj. 39. § (2) bekezdése előírja, hogy minden belföldinek egészségügyi szolgáltatási járulékot kell fizetnie, aki az egészségügyi szolgáltatásokra nem rendelkezik egyéb, a magyar jogszabály vagy nemzetközi egyezmény, illetve európai közösségi rendelet által rögzített jogosultsággal.

Ennek oka, hogy a Tbj. elvei alapján minden Magyarországon élő – lakóhellyel rendelkező – személyt integrálni kell a társadalombiztosítás rendszerébe, aki nem rendelkezik a törvény által meghatározott jogosultságok valamelyikével. Aki tehát Magyarországon lakik (a polgárok személyi adatainak és lakcímének nyilvántartásáról szóló 1992. évi LXVI. törvény szerint lakóhellyel rendelkezik), de nincs egyéb jogosultsága, havonta kötelezően fix összegű járulékot fizet (2012-ben havi 6390 forintot), amely biztosítja számára a jogosultságot az egészségügyi ellátások igénybevételéhez.

Előzetes tartózkodási időtartam

A harmadik állampolgárok esetén némileg árnyalja a teljesség elvét, hogy a Tbj. 39. § (3) bekezdése megszorítást tartalmaz: az egészségügyi járulékfizetés feltétele, hogy a természetes személy a bejelentkezését megelőzően megszakítás nélkül legalább egy éve a polgárok személyi adatainak és lakcímének nyilvántartásáról szóló 1992. évi LXVI. törvény szerint bejelentett lakóhellyel rendelkezzen Magyarország területén. A törvény szerint az egyéves időtartamba beszámít az a legfeljebb kilencven napos időszak is, amely alatt a belföldi személy nem rendelkezett Magyarország területén bejelentett lakóhellyel. Ha az állami adóhatóság az egy éves időtartamra vonatkozóan a saját nyilvántartásában nem rendelkezik adattal, a járulékfizetési kötelezettség elbírálása céljából megkeresi a polgárok személyi adatainak és lakcímének nyilvántartását kezelő központi szervet, a lakcímről vonatkozó adatok közlése érdekében.

Fontos azonban kiemelni, hogy vannak olyan tartózkodási időszakok, amelyeket – különböző jogalapon – Magyarországon azonosnak ismernek el a magyarországi tartózkodási időszakokkal. Ilyen az EGT területen való tartózkodás (a 883/2004/EK rendelet 6. cikke szerint), illetve egyes nemzetközi kétoldalú megállapodások alapján egyezményes ország területén való tartózkodás (pl. Ukrajna). Az ezekben az országokban való tartózkodás tehát a lakcímnnyilvántartásban való megjelenés nélkül is olyan, mintha azt Magyarországon teljesítették volna, tehát egészségbiztosítási ellátásra való jogosultságot megalapozó tényező.

Mentesülés a járulékfizetésétől, ha az érintett más tagállamban dolgozik, de fenntartja a lakóhelyét

Az európai uniós szabályok (a szociális biztonsági koordinációról szóló rendeletek) és egyes, hatályos kétoldalú szociális biztonsági megállapodások kimondják ugyanakkor, hogy egy személy egyszerre csak egy államban lehet biztosított. Amennyiben tehát az a személy, aki a magyar szabályok szerint belföldinek minősül, de egy olyan államban végez kereső tevékenységet, amely az EGT tagja, vagy Magyarországgal a munkavégzés helye szerinti biztosítást előíró egyezményt kötött, az egészségügyi szolgáltatási járulék befizetésének kötelezettsége nem alkalmazható.

Az egészségbiztosítási törvény (Ebtv.) 80. §-ának (5) bekezdése ilyen esetben előírja a bejelentési kötelezettséget, hogy a másik államban kereső tevékenysége alapján biztosított személy mentesülhessen az egészségügyi járulékfizetés alól. További következménye ennek, hogy az adott személy egészségügyi szolgáltatást sem vehet igénybe TAJ alapján.

Amennyiben a belföldi harmadik állambeli polgár keresőtevékenységét az Európai Gazdasági Térség államaiban, Svájcban, Horvátországban, Montenegróban, Bosznia-Hercegovinában, Dél-Koreában végzi, és ott rendelkezik biztosítással, akkor biztosításának létrejöttét, illetve annak megszűnését be kell jelentenie az erre rendszeresített bejelentőlapon a lakóhelye szerint illetékes kormányhivatal egészségbiztosítási pénztári szakigazgatási szervének a biztosítási jogviszony létrejöttét, illetve megszűnését követő 15 napon belül. Ilyen esetben a TAJ érvénytelenítésre kerül.

Amennyiben a belföldi személy a fent felsoroltaktól eltérő államban végez kereső tevékenységet, de Magyarországon állandó lakóhellyel rendelkezik, akkor havonta 6390 Ft egészségügyi szolgáltatási járulékfizetésre köteles, amely járulékfizetést a lakóhely szerint illetékes Nemzeti Adó- és Vámhivatal (NAV) felé történő bejelentéssel teljesíthet. Tekintve, hogy az egészségügyi szolgáltatási járulék fizetése kötelezettség, az alól csak akkor mentesülhet az adott személy, ha már nem belföldi, tehát magyarországi lakóhelyét megszünteti.

A belföldi személy részére a TAJ-t tartalmazó hatósági igazolványt a Kormányhivatalnak ki kell adnia, és a belföldi személynek rendelkeznie kell olyan jogcímmel, amely alapján jogosult az egészségügyi szolgáltatásokra.

Megállapodást kötők

A Tbj. 34. § (10) bekezdése szerint a nem biztosított és egészségügyi szolgáltatásra egyéb jogcímen sem jogosult természetes személy megállapodást köthet a saját, valamint a vele együtt élő gyermeke egészségügyi szolgáltatásának biztosítására. Fontos hangsúlyozni, hogy nem belföldi személyről van szó! A megállapodásnak tehát nem feltétele, hogy az érintett személy lakhellyel rendelkezzen Magyarországon. A megállapodás alapján fizetendő járulék havi összege nagykorú állampolgár esetén a minimálbér 50 százaléka, a 18 évesnél fiatalabb gyermek esetén a minimálbér 30 százaléka. Hasonlóképpen, a Magyarország területén oktatási intézményben nappali rendszerű oktatás keretében tanulmányokat folytató külföldi állampolgár egészségügyi szolgáltatására minimálbér

30 százalékanak megfelelő havi összegű egészségbiztosítási járulék megfizetésének vállalása esetén köthet megállapodást.

A megállapodást a külföldiek a tartózkodási helyük szerint illetékes megyei (fővárosi) kormányhivatal egészségbiztosítási pénztári szakigazgatási szervénél kezdeményezhetik.

Jogviszony ellenőrzés

A fentiek alapján jogosult személyek részére az egészségbiztosítási szakigazgatási szerv társadalombiztosítási azonosító jelet (TAJ) ad ki. A Tbj. szerint külföldinek minősülő biztosított részére a foglalkoztatója a foglalkoztatás megkezdése előtt kéri a TAJ kiadását az egészségbiztosítási szakigazgatási szervtől. Az egészségbiztosítási szakigazgatási szerv a TAJ-t az „Igazolás az egészségügyi szolgáltatásra való jogosultságról” elnevezésű nyomtatvány (a továbbiakban: igazolás) kiállításával igazolja. A kiállított igazolást a foglalkoztató a kézhezvételt követően haladéktalanul átadja a foglalkoztatottnak. A jogosultsági jogviszony utolsó napján a foglalkoztató bevonja az igazolást, a jogviszony megszűnése időpontjának feltüntetésével. A bevont igazolást 8 napon belül a foglalkoztató az egészségbiztosítási szakigazgatási szervnek megküldi. Ha a foglalkoztató az igazolást nem tudja bevonni, öt napon belül erről írásban értesíti az egészségbiztosítási szakigazgatási szervet. Az értesítés elmulasztásából eredő kárért a foglalkoztató az Ebtv. 66. §-ának (3) bekezdése szerint felel.

Az orvosi ellátások körében Magyarországon megvalósul az ún. előzetes jogviszony ellenőrzés, amelynek hosszú távú célja, hogy az egészségbiztosítás természetbeni ellátásait csak az arra ténylegesen jogosultak vehessék igénybe. Ennek során az OEP nyilvántartásában szereplő jogviszony adatokat ellenőrzik, hogy az ellátást igénybe venni kívánó beteg szerepel-e az OEP nyilvántartásában. Az ellenőrzés eredménye az egészségügyi szolgáltatás nyújtását viszont nem érinti, tehát a betegeket akkor is el kell látni, ha az ellenőrzés eredménye alapján a beteg (aktuálisan) nem szerepel az egészségügyi ellátásra jogosultakról vezetett OEP nyilvántartásban.

Ha a beteg állapota az ellátás sürgősségét alapozza meg, akkor az ellenőrzést közvetlenül az egészségügyi szolgáltatás igénybevételét követően, fekvőbeteg-szakellátás esetén legkésőbb az annak kezdetét követő első munkanapon kell elvégezni. Ismeretlen, az ellenőrzéshez szükséges adatokat igazolni nem tudó személynél - fekvőbeteg szakellátás esetén - legkésőbb az intézményből történő elbocsátás napján kell teljesíteni a jogviszony ellenőrzési kötelezettséget.

A közfinanszírozott egészségügyi szolgáltatások igénybe vételéhez a betegnek be kell mutatnia a TAJ kártyát. Az Ebtv. 29. § (4) bekezdés szerint, ha ezt elmulasztja, akkor 15 napon belül ő vagy hozzátartozója utólag is bemutathatja. Önmagában azért nem lehet tehát fizettetni a beteggel, mert nincs nála a TAJ kártya. Ez az ún. „15 napos szabály”. Sőt, semmilyen kaució vagy egyéb pénzügyi biztosíték sem

kérhető a betegől annak biztosítására, hogy a TAJ kártyát később bemutassák.³⁶ Amennyiben nem szerepel valaki az OEP nyilvántartásában, az a beteg ellátását nem érinti, mert az ellenőrzés eredményétől függetlenül – az egyéb feltételek fennállása esetén – el kell látni a beteget, ezért térítési díj nem kérhető, és az ellátás sem tagadható meg az OEP nyilvántartás adataira hivatkozással. Az előzetes jogviszony ellenőrzés a betegek tájékoztatását szolgálja, ennek érdekében a beteg a jogosultsága tisztázása céljából az OEP-nél vagy a kormányhivatal egészségbiztosítási pénztári szakigazgatási szervénél eljárást kezdeményezhet, ahol okirattal valószínűsítheti a jogviszonya fennállását. Ennek során felhasználható minden olyan közokirat és teljes bizonyító erejű magánokirat, vagy más, a bizonyításra alkalmas eszköz, amely a biztosítással járó jogviszony fennállását, illetve az egészségügyi szolgáltatásra való jogosultságot valószínűsíti, pl. az érintettek a Nemzeti Adó- és Vámhivatalhoz, vagy az egészségbiztosítóhoz való bejelentéséről kiállított igazolás, munkaszerződés vagy megbízási szerződés, a munkabérről, illetve a megbízási díjról szóló írásbeli elszámolással együtt, érvényes diákigazolvány, valamint a jogosultságot megalapozó ellátást (pl. nyugdíjat) megállapító jogerős határozat, stb.

Nemzetközi jogi dokumentumok

A nemzetközi egyezmények lényege, hogy a magyar jogot ezek fényében kell alkalmazni, ezek tehát személyi és tárgyi hatályukban felülírják a magyar jog rendelkezéseit. Az egyezmények alapján egy olyan személy is hozzáférhet a magyar ellátórendszerhez, aki enélkül erre nem lenne jogosult (pl. rövid ideig itt tartózkodó harmadik országbeli állampolgár turista). Az egyezmények lényege tehát, hogy kedvezményeket biztosítsanak a hatályuk alá tartozó személyek részére.

A más államokkal megkötött szerződések eltérő mélységben szabályozzák a kérdéskört. Az egyezmények között vannak modern típusú egyezmények, amelyek az uniós joghoz hasonlóak, és elszámolás alapján állnak.³⁷ Ebben az esetben a tényleges teherviselő az érintett személy biztosítója származási országában. A régi típusú egyezmények viszont a területiség talaján állnak, tehát a Magyarországon tartózkodó személy – önmagában állampolgársága okán – jogosult igénybe venni az ellátásokat.

A hatályos – modern típusú - egyezmények az alábbiak:

- Magyar-kanadai egyezmény (2003. évi LXIX. törvény),
- Magyar-horvát egyezmény (2005. évi CXXV. törvény)
- Magyar-koreai egyezmény (2006. évi LXXIX. törvény)
- Magyar-québeci egyezmény (2006. évi XVII. törvény)
- Magyar-montenegrói egyezmény (2008. évi LXXII. törvény)
- Magyar-bosnyák egyezmény (2009. évi II. törvény)

³⁶ Ezt erősítette meg az Egészségbiztosítási Felügyelet 5-10/ESZOLG/EF/2007. EBF határozata. Lásd Dósa Ágnes / Kovácsy Zsombor (szerk.), A vállalkozó orvos nagy kézikönyve, Complex Kiadó, Budapest, 2011.. 130. oldal.

³⁷ Lengyel Balázs (2009), 74. oldal.

A régi típusú, még hatályos egyezményeink az alábbiak:

- Magyar-szovjet szociálpolitikai egyezmény (1963. évi 16. sz. törvényerejű rendelet)
- Magyar-jugoszláv szociálpolitikai egyezmény (1959. évi 20. sz. törvényerejű rendelet)
- Jordánia [15/1981. (V. 23.) MT rendelet]
- Kuvait [33/1979. (X. 14.) MT rendelet]
- Angolai Népi Köztársaság [17/1984. (III. 27.) MT rendelet]
- Irak [47/1978. (X. 4.) MT rendelet]
- Mongólia [29/1974. (VII. 10.) MT rendelet]
- Koreai Népi Demokratikus Köztársaság [14/1975. (V. 14.) MT rendelet]

Megjegyezzük, hogy modern típusú egyezmények nem mindegyike tartalmaz rendelkezéseket az egészségbiztosításra, ilyen a Kanadával, Québec-kel és Koreával megkötött egyezmény. Továbbá, a két szociálpolitikai egyezmény nem alkalmazandó minden olyan utódállamra, amelyek a korábbi államot alkották. A magyar-szovjet egyezmény hatálya nem terjed ki a Balti-államokra, a Belarusz Köztársaságra, a Moldovai Köztársaságra, Azerbajdzsánra és Üzbegisztánra.³⁸ Az egyezményekkel ezen fenntartásokar figyelembe véve foglalkozunk.

Modern típusú egyezmények

Az érintett egyezmények a Montenegróval, Horvátországgal és Bosznia-Hercegovinával megkötött egyezmények. Más-más szabályok vonatkoznak a sürgősségi ellátásokra, illetve a Magyarország területén huzamosan tartózkodó személyek egészségügyi ellátására.³⁹

A montenegrói biztosított magyarországi tartózkodása során az illetékes intézmény által kiadott CG/HU III jelű nyomtatvánnyal veheti igénybe a magyar egészségbiztosítás sürgősségi szolgáltatásait, amelyet közvetlenül az egészségügyi szolgáltatónak kell bemutatni. Amennyiben a Montenegróban biztosított személy az ellátás igénybevételekor nem mutatja be a jogosultság igazolást, de arra szükség van, akkor a magyar szakigazgatási szerv a nyomtatványt megkéri az illetékes montenegrói intézménytől. Amennyiben a montenegrói biztosított Magyarországon gazdasági tevékenységet végez, amely alatt viszont Montenegróban marad biztosított (kiküldött munkavállalóként vagy önálló vállalkozóként), akkor az illetékes montenegrói intézmény a CG/HU IIIA jelű nyomtatványt adja ki. Ezzel az

³⁸ OEP tájékoztató anyag, 4. oldal. Letöltés időpontja: 2012. november 1.

http://www.oep.hu/pls/portal/docs/PAGE/LAKOSSAG/OEPHULAK_EBELLAT/ELLATA_SMO/KULFOLDIEK_MOI_ELLATASRA_JOG_2012_01.PDF

³⁹ Lásd pl. Lengyel (2009), 76. oldal és Hódi Sándor – Ötvös Péter, Társadalombiztosítás az Európai Unióban, IN Dósa Ágnes / Kovácsy Zsombor (szerk.), A vállalkozó orvos nagy kézikönyve, Complex Kiadó, Budapest, 2011. 183-267. o.

érintett igazolja, hogy – családtagjaival együtt - jogosultak a magyar egészségügyi szolgáltatásokra. Az igénybe vehető ellátások köre megegyezik az E-Kártyával igénybe vehető szolgáltatásokkal. Az egészségügyi szolgáltató az ellátást E térítési kategóriában jelenti, amely alapján az OEP-től ugyanolyan mértékű finanszírozást kap, mintha TAJ azonosítóval rendelkező személyt látott volna el. Garantált tehát az egyenlő bánásmód elve. Az ilyen ellátás finanszírozására a teljesítményvolumenkorlát sem vonatkozik, így a finanszírozási díjra a szolgáltató teljes összegben jogosult. A montenegrói nyomtatvány alapján támogatott gyógyszer, illetve gyógyászati segédeszköz nem írható fel.

A bosnyák biztosított Magyarországon az illetékes bosnyák intézmény által kiadott BH/HU III jelű nyomtatvánnyal veszi igénybe a sürgősségi egészségügyi szolgáltatásokat, amelyet közvetlenül az egészségügyi szolgáltatónak kell bemutatni. Amennyiben a Bosznia-Hercegovinában biztosított személy az ellátás igénybevételekor nem mutatja be a jogosultság igazolást, de arra szükség van, akkor a magyar szakigazgatási szerv a nyomtatványt megkéri az illetékes bosnyák intézménytől. Az igénybe vehető ellátások köre megegyezik az E-Kártyával igénybe vehető szolgáltatásokkal. Az egészségügyi szolgáltató az ellátást E térítési kategóriában jelenti, amely alapján az OEP-től ugyanolyan mértékű finanszírozást kap, mintha TAJ azonosítóval rendelkező személyt látott volna el. Garantált tehát az egyenlő bánásmód elve. Az ilyen ellátás finanszírozására a teljesítményvolumenkorlát sem vonatkozik, így a finanszírozási díjra a szolgáltató teljes összegben jogosult. A bosnyák nyomtatvány alapján támogatott gyógyszer, illetve gyógyászati segédeszköz nem írható fel.

Jelenleg (2012. december) ugyanez a rendszer érvényes Horvátországgal szemben is, azzal, hogy Horvátországnak az Európai Unióhoz történő (várhatóan közeli) csatlakozásával a magyar-horvát viszonyrendszert már az uniós jog fogja szabályozni, tehát a szociális biztonsági koordinációról szóló 883/2004/EK rendelet és végrehajtási rendelete (987/2009/EK rendelet).

A horvát, montenegrói és bosnyák állampolgárok egészségügyi ellátása magyarországi állandó tartózkodás esetén általános szabályként úgy történik, hogy az érintettek TAJ azonosítóval integrálódnak a magyar ellátás folyamatába. A montenegrói biztosító a magyar lakóhellyel rendelkező személy részére kiállítja a CG/HU 106 jelű igazolást, amellyel az érintett igénybe veheti az egészségügyi ellátások teljes körét Magyarországon. A nyomtatvány alapján a magyar egészségbiztosítási pénztári szakigazgatási szerv a munkavállalók és igényjogosult családtagjaik részére TAJ azonosítót adnak ki. A TAJ alapján az érintettek a magyar biztosítottakra irányadó szabályok szerint vehetik igénybe Magyarországon az egészségügyi szolgáltatásokat. A költségeket – az OEP-pel való elszámolás alapján - a montenegrói biztosító megtéríti. Ugyanígy kell eljárni a magyarországi munkavégzésre kiküldött horvát munkavállalók és családtagjaik estén. Az ő részükre a HR/HU 128 jelű nyomtatvány alapján kell kiadni a TAJ-t. A bosnyák állampolgárokra irányadó nyomtatvány pedig a CG/HU 106. Fontos megjegyezni, hogy ezekkel a nyomtatványokkal közvetlenül nem lehet ellátást igénybe venni, először szükséges azokkal a magyar TAJ szám kiváltása.

Nyugdíjas személyek esetében is ez az eljárás, azzal, hogy az illetékes horvát, montenegrói és bosnyák intézmény a HR/HU, a CG/HU, illetve a BH/HU 121 jelű nyomtatványokat állítja ki. Ezzel igazolják, hogy a náluk biztosított nyugdíjas vagy hozzátartozója Magyarországon lakik, és ezzel egyidejűleg hozzájárulnak a teljes körű természetbeni ellátásra való jogosultságához, illetve a költségek megtérítésének vállalásához. Amennyiben a nyugdíjas személy még nem rendelkezik TAJ-jal, akkor a nyugdíjas a 121-es formanyomtatvány alapján a másik állam intézményének terhére bejegyezhető. Ez úgy történik, hogy a szakigazgatási szerv a Magyarországon élő horvát, montenegrói vagy boszniai nyugdíjas részére TAJ-t ad ki. Fontos megjegyezni, hogy ezekkel a nyomtatványokkal közvetlenül nem lehet ellátást igénybe venni, először szükséges azokkal a magyar TAJ szám kiváltása. A jogosultság kezdete a TAJ kiadásának a napja. Ha a Magyarországon élő horvát, montenegrói vagy boszniai nyugdíjas már rendelkezik érvényes TAJ-jal valamely korábbi jogosultságból kifolyólag, akkor a nyugdíjast a nyomtatványon megjelölt naptól kezdve be kell jegyezni a horvát intézmény terhére (kivéve, ha az érintettnek van más jogcíme is, pl. dolgozik Magyarországon, mert akkor nem jegyezhető be a másik állam teherviselőjének a terhére). Amennyiben a családtagok nem biztosítottak, és a magyar jogszabályok, valamint nemzetközi egyezmény vagy közösségi rendelet alapján sem rendelkeznek jogosultsággal, a szakigazgatási szerv őket is bejegyzi a másik állam intézményének terhére.

Régi típusú egyezmények

A régi típusú egyezmények nem a másik tagállami biztosítás talaján állnak, és folyamatos, minden ügyre kiterjedő együttműködés sincs előírva a másik ország szerveivel. Ebben az esetben a személyazonosság (ezzel együtt az állampolgárság) igazolása elégséges a jogosultsághoz. A jogosultság kiterjedhet a sürgősségi ellátásokra vagy az ellátások teljes körére.

A szociálpolitikai egyezmények (magyar - jugoszláv és a magyar - szovjet) az egészségbiztosítás területén, a sürgősségi ellátáson kívül rendelkeznek az áttelepülő nyugdíjasok egészségügyi ellátásáról is. E szabályok értelmében, az egyik országban nyugdíjjal rendelkezők, amennyiben a másik államba áthelyezik a lakóhelyüket, akkor ebben a másik államban válnak jogosulttá a teljes körű egészségügyi ellátások igénybevételére. Mindkét egyezmény előírja a nyugdíjasok esetében az illetékes hatóságok jóváhagyásával történő lakóhely áthelyezést. Ez a magyar jogszabályok értelmében az állandó lakóhelyet jelenti, amely megegyezik a Tbj. belföldi fogalmával. A két egyezmény és az ahhoz kapcsolódó végrehatásban azonban különbségek vannak. A jugoszláv egyezmény értelmében az áttelepülő nyugdíjasnak megmarad a korábbi nyugdíja, míg a szovjet egyezménnyel érintett nyugdíjasnak az áttelepülést követően az egyezmény értelmében magyar nyugdíj kerül megállapításra. A belföldiek részére megállapított és folyósított nyugellátás pedig már önmagában megadja a jogot a teljes körű egészségügyi ellátások igénybe vételére Magyarországon.

Az angolai állampolgárok a magyarországi sürgősségi ellátásokat útleveleikkel vehetik igénybe. Az ellátást a magyar szolgáltató 3-as térítési kategóriában köteles

jelenteni, és a magyar finanszírozási tételeknek megfelelő térítést kap az OEP-től. Az angolai állampolgárok részére gyógyszer és gyógyászati segédeszköz támogatással nem írható fel. Ugyanez a helyzet az iraki, a jordániai, a kuvaiti és a mongol állampolgárok esetében.

A magyar-észak-koreai egyezmény szerint viszont nem csak sürgősségi ellátások nyújthatók. Az észak-koreai állampolgárok tehát útlevelükkel Magyarországon bármilyen egészségügyi szolgáltatást igénybe vehetnek.

A hozzáférés nyelvi szempontból

Nemzetközi kitekintés

A Regionális vagy Kisebbségi Nyelvek Európai Kartáját 1992. június 25-én fogadta el az Európa Tanács Miniszteri Bizottsága. A Magyar Köztársaság az aláírások előtti megnyitásának napján, 1992. november 5-én aláírta a dokumentumot. A 35/1995. (IV. 7.) OGY határozattal került sor a ratifikációra, és a megfelelő számú (öt) ratifikáció megtörténtét követően a Nyelvi Karta 1998. március 1-jén hatályba lépett. Az érintett nyelvek körébe az alábbiak tartoznak: német, horvát, román, szerb, szlovén, szlovák. A magyar jogban az 1999. évi XL. törvény hirdette ki. A kötelezettségvállalások cigány (romani és beás) nyelvekre történő kiterjesztése 2008. június 28-án léptek hatályba.⁴⁰

A Nyelvi Karta 13. cikke (2) bekezdésének c) pontja foglalkozik az egészségügy területével. Eszerint:

„2. A gazdasági és társadalmi tevékenység tekintetében, a regionális vagy kisebbségi nyelvek használatának területein, abban a terjedelemben, ahogy a hatóságok hatáskörrel bírnak, és az ésszerűen lehetséges mértékben, a Felek vállalják, hogy ... c) gondoskodnak arról, hogy az olyan létesítmények, mint a kórházak, nyugdíjasházak, otthonok, lehetőséget biztosítsanak arra, hogy az egészségügyi, életkori vagy egyéb okból gondozásra szorulókat regionális vagy kisebbségi nyelvükön fogadják és kezeljék.”⁴¹

A Nyelvi Karta nem bír jogi kötelező erővel, tehát csak az 'ésszerűen lehetséges' mértékig várja el az aláíró államoktól a regionális vagy kisebbségi nyelvek használatát az egészségügyi intézményekben. Az egészségügy területén elkészült egy nemzetközi tervezet is, az Európai Betegjogi Karta, amelyet számos szakértő és egy civil szervezet jegyez,⁴² és amely az információhoz való jog és a hozzájáruláshoz való jog körében különös hangsúlyt fektet a nyelvhasználatra. Előbbi esetében kiemeli, hogy a betegellátásban dolgozóknak kötelességük a betegek megfelelő módon való tájékoztatása, tekintetbe véve azok vallási és etnikai hovatartozását, továbbá nyelvi

⁴⁰ A 2008. évi XLIII. törvény 2-4. §-ai hatálybalépéséről szóló 3/2009. (I. 10.) KüM határozat alapján.

⁴¹ A következő linken olvasható és letölthető a Nyelvi Karta ötödik időszaki jelentésének szövege magyarul:
<http://www.kormany.hu/download/7/10/80000/Magyarorsz%C3%A1lg%20korm%C3%A1lny%C3%A1nak%2020id%C5%91szaki%20jelent%C3%A9se.pdf>

⁴² Active Citizenship Network,

képességeit, míg utóbbi esetében kimondja, hogy a betegellátóknak kötelességük a páciens felé irányuló világos nyelvhasználat.

Nyilvánvaló, hogy a megfelelő kommunikáció javítja az ellátáshoz való hozzáférést, Ausztriában pl. on-line tolmácsszolgálatot építenek ki a németül nem vagy nem megfelelő szinten beszélő páciensek kommunikációjának elősegítésére.⁴³

⁴³ http://www.sg.hu/cikkek/90502/online_tolmacsszolgalat_az_osztrak_korhazakban
(Letöltés: 2012. augusztus 25.)

Magyar jogi megközelítés

Felmerül, hogy vajon a betegjogok és a szociális jogok körében megjelennek-e nyelvhasználati szabályok? Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény *expressis verbis* nem szól az idegen nyelvű beteg és az egészségügyi dolgozó közötti kommunikációt érintő kötelezettségekről. Ugyanakkor több helyen *implicite* szabályokat tartalmaz.

Az Eütv. 8. § (2) bekezdése az orvosválasztás körében deklarálja, hogy „(...) a betegnek joga van az ellátását végző olyan orvos megválasztásához, akivel az állapotának, illetve az egészségügyi szolgáltatás jellegének megfelelő, magyar nyelven történő kapcsolattartásra képes”.

Az Eütv. 13. §-a a tájékoztatáshoz való jogról szól. Ebben a körben alapelv, hogy a beteg jogosult a számára egyéniesített formában megadott teljes körű, részletes tájékoztatásra. Ennek körében kimondja az Eütv. 13. § (8) bekezdése, hogy „(...) a betegnek joga van arra, hogy számára érthető módon kapjon tájékoztatást, figyelemmel életkorára, iskolázottságára, ismereteire, lelkiállapotára, e tekintetben megfogalmazott kívánságára, valamint arra, hogy a tájékoztatáshoz szükség esetén és lehetőség szerint tolmácsot vagy jelnyelvi tolmácsot biztosítsanak.” A (7) bekezdés szerint a tájékoztatáshoz fűződő jogok gyakorlásához szükséges feltételeket a fenntartó biztosítja.

Főszabály szerint tehát a betegnek magyar nyelven kommunikáló orvosválasztáshoz biztosít jogosultságot a jogszabály, ugyanakkor megállapítja annak a lehetőségét is, hogy tolmácsot vagy jelnyelvi tolmácsot kérjen. Erről a fenntartónak kell gondoskodnia.

A szakirodalomban felmerül, hogy idegen nyelv használata még attól sincsen megkövetelve, aki egyértelműen hatósági eljárást végez, így a láttelelet kiadó orvostól, miközben ebben a körben hatósági döntésekkel és intézményi szolgáltatásokkal kell számolni.⁴⁴ Ugyanakkor, figyelembe kell venni az intézmények elsődleges kötelezettségét, amely a szakszerű betegellátás, illetve az egészségügyi források szűkösségét.

Természetesen, sok gyakorlati példa van arra is, hogy maguk az orvosok beszélnek egy adott nyelvet, különösen a klinikákon.⁴⁵

⁴⁴ Kántás Péter – Tóth Judit, *Nyelvhasználati jogok a hatósági eljárásban*, IN *Kisebbségkutatás* - 2005. 2. szám, Lucidus Kiadó, Budapest, 2005., 13. oldal. (Letöltés: 2012. augusztus 26.)

Letölthető: http://www.hhrf.org/kisebbssegkutatasi/kk_2005_02/cikk.php?id=1262

⁴⁵ Pl. a SOTE Transzplantációs és Sebészeti Klinikájának bemutatkozásában az szerepel, hogy a munkatársak 11 nyelven beszélnek, köztük oroszul, románul és szerbül, illetve hindu és bengáli nyelven.

III. Az egészségügyi ellátórendszer lényegi elemei

A magyar egészségügyi ellátórendszernek folyamatosan változó igényeket kell kielégítenie (előregedő társadalom kihívásai), folyamatosan változó környezetben (elég a gazdasági világválságra gondolni). A 2011-es és a 2012-es év alapvető változásokat hozott az ellátórendszer szervezeti felépítésében, amelynek kiindulópontja a 2010-ben nyilvánosságra hozott Semmelweis Terv volt. A Semmelweis Terv kiinduló megállapítása szerint „A koncepcionális és stratégiai szemléletű rendszerdiagnosztika legfontosabb megállapítása, hogy a magyar egészségügyi rendszer központi teljesítményproblémája az erőforrás-allokáció és az ezzel összefüggő jövedelemelosztás torzulásaiból eredő hatékonysági deficit, amely egyúttal rontja a hozzáférést és az ellátás minőségét is.”⁴⁶ A Semmelweis Tervben egy kilenc pontos célkitűzés-listát irányoztak elő (lásd az I.sz. mellékletben).⁴⁷ A szervezeti változások kulcsszava az integráció volt, mely szerint a betegek számára az ellátást jól tervezett beteg-utak segítségével, meghatározott fajta ellátás biztosításával, koncentrált forrásokkal gazdálkodó szolgáltatóknak kell nyújtaniuk. Ennek érdekében intézmény konszolidáció valósult meg, 2012-ben a megyei és fővárosi kórházak, illetve a települési önkormányzatok kórházai állami tulajdonba kerültek, és kerülnek (összesen több, mint 100 intézményt érint az átvétel). Működik továbbá a területi ellátási kötelezettség (TEK) szerinti betegellátás.

A TEK keretében minden település lakóinak egy adott, előre meghatározott intézményben kell igénybe vennie egy adott, tervezett ellátást (a sürgősségi esetekre eltérő szabályok vonatkoznak, azokban az esetekben bármely intézmény felkereshető). Az ellátás nyújtására területileg illetékes egészségügyi intézmények listáját, szakterületek szerinti bontásban a GYEMSZI által működtetett honlap naprakészen tartalmazza.⁴⁸

Meg kell jegyezni, hogy a külföldiek ugyanebben a rendszerben érhetik el az ellátásokat, tehát főszabály szerint a lakóhelyük szerinti területileg illetékes egészségügyi intézményben (illetve sürgősség esetén bármelyik intézményben). Azok a harmadik országbeli állampolgár külföldiek, akiknek van TAJ kártyájuk, de nincsen lakóhelyük, mert a rájuk vonatkozó idegenrendészeti szabályok alapján lakóhellyel nem rendelkezik, a tartózkodási helyük szerinti egészségügyi intézmény illetékességi körébe tartoznak.⁴⁹

Vhr. 3/A. § (1) A biztosítottat – az Ebtv. 18. § (4) bekezdésében foglalt figyelembevételével és a (2) bekezdésben meghatározott kivétellel – a biztosított választása alapján ahhoz a – progresszivitási szintnek megfelelő – járóbeteg-

⁴⁶ Semmelweis Terv, 4. oldal.

⁴⁷ A Semmelweis Tervben meghatározott egészségügyi struktúra-átalakítással járó feladatokról, a kiemelt feladatok végrehajtásához szükséges intézkedésekről szóló 1208/2011. (VI. 28.) Korm. határozat.

⁴⁸ <http://tek2012.gyemshi.hu/tek1/index.php> (Letöltés: 2012. augusztus 26.)

⁴⁹ Ebtv. Vhr. (217/1997. (XII. 1.) Korm. rendelet a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény végrehajtásáról) 3/A. § (2) bekezdés.

szakellátást nyújtó szolgáltatóhoz, illetve abba a fekvőbeteg-gyógyintézetbe kell beutalni, amelyik ellátási területéhez a beutaló szerinti ellátás tekintetében

a) a biztosított bejelentett lakóhelye,

b) a biztosított bejelentett tartózkodási helye, vagy

c) ha a beutaló orvos háziorvos (ideértve a hajléktalanok ellátására külön jogszabály alapján szerződött háziorvosi ellátást nyújtó szolgáltatót is), akkor a háziorvos telephelye (ennek hiányában székhelye)

tartozik.

'Biztosított' minősül ebből a szempontból minden személy, aki jogosult az ellátásokra, az Ebtv. 5/B. § a) bekezdés szerint (a hozzáférésről lásd az előző fejezetet).⁵⁰

A szociális ellátórendszer 2012. január 1-jével újjászerveződött, és több ellátás került egészségbiztosítási ellátásként minősítésre.⁵¹ A Tbj. hatályos megfogalmazása (14. §.) szerint az egészségbiztosítás keretein belül járó ellátások az alábbiak:

- Egészségügyi szolgáltatás,
- Pénzbeli ellátások,
 - * terhességi-gyermekágyi segély
 - * gyermekgondozási díj
 - * táppénz
- Baleseti ellátások,
 - * baleseti egészségügyi szolgáltatás
 - * baleseti táppénz
 - * baleseti járadék
- Megváltozott munkaképességű személyek ellátásai
 - * rokkantsági ellátás
 - * rehabilitációs ellátás

A fenti sorrendben mutatom be az ellátások körét, azzal, hogy mivel a nemzetközi szakirodalom vizsgálata és a hazai statisztikai elemzés is arra az eredményre jutott, hogy a külföldiek egészségügyi ellátórendszerben való megjelenésének egyik kulcspontja a szülészet és a csecsemőgondozás, ennek a kérdéskörnek külön fejezetet rendelünk a magyar helyzet elemzése során.

⁵⁰ 5/B. § E törvény alkalmazásában

a) *biztosított*:

aa) az egészségbiztosítás egészségügyi szolgáltatásainak tekintetében a Tbj. 5. §-a szerinti biztosított, valamint a Tbj. 13. §-a és 16. §-ának (1) bekezdése szerint egészségügyi szolgáltatásra jogosult személy,

⁵¹ Változás következett be az egészségügy magánfinanszírozásának ösztönzésében is 2012 januárjától, mivel a vállalkozások béren kívüli juttatásként, adómentesen adhatnak munkavállalóik számára visszavásárlási értékkel nem rendelkező egészségbiztosítási termékeket. Szja. Tv. I. melléklet 6.3. pont.

Egészségügyi szolgáltatások

Ahogy azt az előzőekben hangsúlyoztam, az egészségbiztosítási ellátások fedezetét elsősorban az E-Alap bevételeinek kell biztosítania, amelynek fő forrásalapja a foglalkoztatók által fizetendő szociális hozzájárulási adó, illetve a foglalkoztató által a biztosított bruttó béréből vagy díjazásából levonandó egészségbiztosítási- és munkaerőpiaci járulék, valamint a központi költségvetés. 2012-ben a járulék mértéke 8,5 %-ra (ezen belül az egészségbiztosítási járulék rész 4 + 3 %), és a befolyt szociális hozzájárulási adó 7,41 százalékát kapja meg az E. Alap.⁵² Ugyanakkor a finanszírozás nem szűkíthető le a járulékokra és a költségvetési hozzájárulásokra, egyéb bevételek is bővítik a forrás-oldalt (pl. a térítési díjak).⁵³ A mindenkori költségvetés – azontúl, hogy a legfontosabb természetbeni és pénzübeli ellátások költségét tervezi – iránymutatást is ad az ágazat adott évi prioritásairól.⁵⁴

Alapelve, hogy egyensúlyban kell tartani a bevételeket és a kiadásokat, azzal, hogy a Tbj. szerint az államnak biztosítani kell az ellátások szükséges fedezetét akkor is, ha azokra a bevételek nem elegendőek.

Az ellátórendszer által nyújtott ellátásokat alapvetően két módon finanszírozza az állam. Vannak a jogosultaknak az ún. alapsomag részeként nyújtott ellátások, amelyek fedezete a központi költségvetés. Vannak továbbá az E-Alap által a jogosultaknak biztosított szolgáltatások és pénzübeli ellátások. Vannak továbbá olyan ellátások, amelyeket még részlegesen sem térít a költségvetés, ezek a térítési díjhoz kötött ellátások, amely díjat a betegnek kell viselnie.

Fontos itt hangsúlyozni, hogy az alapsomag és a biztosítási csomag is csak abban az esetben vehető igénybe térítésmentesen, ha az I. részben említett jogosultság fennáll, egyéb esetben annak a költségeit a betegnek vagy az ellátás igénybevétele előtt, vagy azt követően, utólag meg kell térítenie (az ellátástól függően). Az Eütv. 13. § (9) szerint erről a beteget tájékoztatni is kell: "Az orvos a vizsgálatot megelőzően köteles a beteget – amennyiben állapota lehetővé teszi – arról tájékoztatni, hogy a vizsgálat és az azt követő ellátás térítési díját meg kell téríteni, ha a vizsgálat eredménye szerint sürgős szükség nem áll fenn és az ellátás költségének fedezete a központi költségvetésben és az Egészségbiztosítási Alapon keresztül sincs biztosítva." Ennek megfelelően az egészségügyi szolgáltatónak

⁵² A Magyarország 2012. évi központi költségvetéséről szóló 2011. évi CLXXXVIII. törvény 55. § (3) bekezdésében meghatározottak szerint a szociális hozzájárulási adó megfizetett összegének 7,41 %-a illeti meg az E-Alapot, 3,7 százaléka (1%/27%) a Nemzeti Foglalkoztatási Alapot, a többi pedig a Nyugdíjbiztosítási Alapot. A szociális hozzájárulási adó megfizetett összegéből az Alapokat megillető részt a Nemzeti Adó- és Vámhivatal alapítja meg és utalja át.

⁵³ Lásd a 2012. évi előirányzatokat, OEP költségvetés, letöltés (2012. augusztus 19.): http://www.oep.hu/pls/portal/docs/PAGE/LAKOSSAG/OEPHULAK_UVEGZSEB/KOLTSEG_VETESEK/OEP%20KINCST%C3%81RI%20K%C3%96LTS%C3%89GVET%C3%89S%202012.PDF

⁵⁴ http://www.weborvos.hu/egeszsegpolitika/vesztesek_nyertesek_jovo/19336/ Letöltés: 2012. augusztus 2.

kötelezettsége, hogy az ellátás igénybevevőjét tájékoztassa az ellátás nyújtásának esetleges financiai következményeiről.

Az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételeket külön jogszabály tartalmazza.⁵⁵ Ez a rendelet határozza meg az egészségügyi szolgáltatásnyújtás kötelező személyi és tárgyi feltételrendszerét, ennek értelmében csak az a szolgáltató kaphat működési engedélyt, amely biztosítja a minimumfeltételeket. Vannak általános feltételek és csak a szolgáltatások bizonyos körére vonatkozó elvárások. Általános követelmény például, hogy legyen a szolgáltatónál rendelőhelyiség, váróhelyiség, kézmosási lehetőséggel ellátott mellékhelyiség, illetve hogy biztosított legyen az egészségügyi dokumentáció megfelelő kezelése.

Az egészségügyi szolgáltatás nyújtása csak akkor lehetséges, ha a szolgáltató rendelkezik az annak végzésére feljogosító hatósági engedéllyel. Az engedélyt az Országos Tisztiorvosi Hivatal vagy a fővárosi és megyei kormányhivatal kistérségi népegészségügyi szakigazgatási szerve) adja ki. Ez a szerv bír hatáskörrel a működéshez szükséges feltételek meglétének ellenőrzésére. A működési engedély kiadásához szükséges az egészségügyi szolgáltatás során okozott kár megtérítésére kiterjedő felelősségbiztosítási szerződés is.⁵⁶

Fontos alapelv, hogy az egészségügyi szolgáltatások – egyes esetekben finanszírozási, vizsgálati, terápiás eljárási rendek keretei között – csak az egészségi állapot által indokolt mértékben vehetők igénybe.⁵⁷ Tehát a beteg olyan kéréseit, amelyek nem ütköznek sem jogszabályba, sem kifejezetten szakmai szabályba, de amelyeket adott szituációban a közfinanszírozott ellátásban szakmailag indokolatlan lenne elvégezni, térítésszámításához lehet kötni. Ebből következik, hogy az ügyeleti ellátáshoz pl. a beteg bármilyen enyhe panasszal is fordulhat, a szolgáltató orvosának el kell jutnia a diagnózis felállításáig díjfizetés nélkül, de amennyiben a megállapított kórkép nem minősül sürgősséginek, az ellátás nem minősül közfinanszírozott szolgáltatásnak. Ekkor az orvosnak két lehetősége van: megtagadhatja a beteg további ellátását (a kezelést), mint ügyeleti ellátást nem igénylő, indokolatlan ellátási igényt (Eütv. 131. § (3) bekezdés d) pont); vagy folytatja a kezelést, mint ügyeletben nem sürgős, azaz nem finanszírozott szolgáltatást, és teljes térítési díjat számol fel. Ügyeletben a sürgősséget nélkülöző eset a vizsgálatot követően elutasítható és háziorvoshoz irányítható.⁵⁸

⁵⁵ a 60/2003. (X.20.) ESzCsM rendelet.

⁵⁶ Eütv. 108. § (2) bekezdés; továbbá 96/2003. korm. rendelet az egészségügyi szolgáltatás gyakorlásának általános feltételeiről, valamint a működési engedélyezési eljárásról 6. § (3) bekezdés; 2003. évi LXXXIV. törvény az egészségügyi tevékenység végzésének egyes kérdéseiről 7. § (1) bekezdés e) pont.

⁵⁷ Lásd. Ebtv. 2. § (1) bekezdés, Ebtv. 11. § (1) bekezdés b) pont, 4/2000. (II.25.) EüM rendelet 4. § (7) bekezdés, 47/2004. (V.11.) ESzCsM rendelet 11. § (5) bekezdés.

⁵⁸ Dósa Ágnes / Kovács Zsombor (szerk.), 2011. 76-1/2009. EBF határozat, 147. o.

Alapcsomag

Minden betegnek joga van – a jogszabályokban meghatározott keretek között – az egészségi állapota által indokolt, megfelelő, folyamatosan (napi 24 órában) hozzáférhető és az egyenlő bánásmód követelményének megfelelő egészségügyi ellátáshoz. Az az ellátás a megfelelő, amely az adott egészségügyi szolgáltatásra vonatkozó szakmai és etikai szabályok, illetve irányelvek megtartásával történik.

A Magyarország területén tartózkodó személyeknek az igénybevétel alapjául szolgáló jogviszony (pl. biztosítás) előzetes igazolása nélkül, az alapcsomag részeként a következő egészségügyi ellátások járnak:

1. a járványügyi ellátások közül
 - a kötelező védőoltás (kivéve a külföldre történő kiutazás miatt szükséges védőoltást),
 - a járványügyi érdekből végzett szűrővizsgálat,
 - a kötelező orvosi vizsgálat,
 - a járványügyi elkülönítés,
 - a fertőző betegek szállítása,
2. azonnali ellátásra szoruló személy mentése, és
3. sürgős esetén a jogszabályban meghatározott ellátások.

Emellett az állam biztosítja az alábbiak költségeit, ha azok máshonnan nem térülnek meg:

1. a Magyarországon tartózkodó személy elhalálozását követően a halottvizsgálat, illetve a halottakkal kapcsolatos orvosi eljárásokkal összefüggő ellátások,
2. a vérellátás megszervezése, valamint a vér rendelkezésre állása,
3. a népegészségügyi feladatok,
4. az egészség fejlesztése, az egészségnevelés szervezése, a családtervezési tanácsadás,
5. a katasztrófa-egészségügyi ellátás,

Az állam a központi költségvetésből biztosítja a következő ellátások támogatását a belföldi státussal rendelkezőknek:

1. a Magyarországon lakóhellyel rendelkező várandós és gyermekágyas anya részére a család- és nővédelmi gondozás keretében az egészségi állapotának védelmét és magzata egészséges fejlődésének ellenőrzését szolgáló szűrővizsgálatokat, a magzat egészséges fejlődését biztosító életmódról való tájékoztatást, a szülésre, szoptatásra és csecsemőgondozásra való felkészítést,
2. a Magyarországon lakóhellyel (tartózkodási hellyel) rendelkező magyar állampolgár és a nemzetközi egyezmény alapján ellátásra jogosultak részére az állami érdekből végzett orvosbiológiai kutatások keretén belüli gyógyító célú eljárások alkalmazásával kapcsolatos ellátásokat,

3. a Magyarországon lakóhellyel rendelkező személy részére nyújtott, a pszichiátriai betegek intézeti sürgősségi és kötelező gyógykezelését,

ha máshonnan nem térülnek meg a költségei.

Az alapsomag részeként járó ellátások közül kiemelten fontos a sürgős szükség és az ehhez kapcsolódó mentés esetköre, amelyek a migránsok szempontjából is fontos területnek minősülnek.

A Magyar Köztársaság területén tartózkodó, egészségügyi szolgáltatásra a társadalombiztosítás keretében nem jogosult személyek egészségügyi ellátásának egyes szabályairól szóló 87/2004. (X.4.) ESzCsM rendelet 3. § (3) bekezdése szerint az Eütv.-ben meghatározott sürgős szükség, illetve veszélyeztető állapot fennállása, vagy ezek gyanúja esetén nyújtott egészségügyi szolgáltatásért csak utólagos díjfizetés írható elő. A rendelkezés alkalmazásában alapvető fontosságú, hogy mit jelent a sürgős szükség és a veszélyeztető állapot fogalma. Sürgősség alatt egészségbiztosítási szempontból egy szűkebb és egy tágabb fogalmat is értünk. A tágabb értelemben vett sürgősséget az Eütv. 3. § i) pontja definiálja: „sürgős szükség: az egészségi állapotban bekövetkezett olyan változás, amelynek következtében azonnali egészségügyi ellátás hiányában a beteg közvetlen életveszélybe kerülne, illetve súlyos vagy maradandó egészségkárosodást szenvedne”. Ehhez képest egy szűkebb kört fektet le az 52/2006. (XII.28.) EüM rendelet, mely mellékletében meghatározza, hogy mely kórállapot tartozik a sürgősség fogalmába (lásd a tanulmány 2. sz. mellékletét). Mindennek elvi jelentősége lehet, mert egyes jogszabály rendelkezések minden, míg mások csak a szűken vett sürgősséghez fűznek jogkövetkezményeket, pl. térítési díj fizetés szempontjából is.

Sürgős szükség (sürgősségi ellátások)

Az Eütv. definiálja, hogy mely állapot tekinthető sürgős szükségnek: sürgős szükségnek minősül az egészségi állapotban bekövetkezett olyan változás, amelynek következtében azonnali egészségügyi ellátás hiányában a beteg közvetlen életveszélybe kerülne, illetve súlyos vagy maradandó egészségkárosodást szenvedne. A sürgős szükség körébe tartozó állapotokat és betegségeket külön jogszabály sorolja fel (a konkrét ellátásokat a 2. sz. melléklet tartalmazza).⁵⁹ A sürgősségi ellátás körébe tartozik az életet veszélyeztető állapotok és betegségek szakszerű ellátása, valamint az azok maradandó egészségkárosító hatásának megelőzése érdekében – a beteg állapotának stabilizálásáig – végzett beavatkozások. Ez a diagnózis felállításától a tisztázott kórállapot első alkalommal történő szakszerű ellátásáig terjed.

A sürgős szükség körébe tartozó ellátásokat bármely egészségügyi intézményben igénybe lehet venni, tehát az egyébként beutalóköteles ellátásokhoz sem szükséges beutaló, illetve azokat a beutalási rendtől eltérően lehet igénybe venni. A beteg

⁵⁹ A sürgős szükség körébe tartozó egyes egészségügyi szolgáltatásokról szóló 52/2006. (XII. 28.) EüM rendelet.

orvosi beutaló nélkül akkor kérheti az ellátást, ha azt feltételezi, hogy egészségi állapota az azonnali ellátását indokolja és a beutalásra jogosult orvos felkeresése az ellátását jelentősen késlelteti. Az ellátó intézményben a beteg vizsgálatát követően az ellátó orvos dönt az azonnali ellátás szükségességéről. Ha döntése szerint a beteg állapota nem indokolja az azonnali ellátását, az egészségügyi szolgáltató orvosa a biztosítottat a beutalására jogosult orvoshoz irányítja, ha pedig a beteg ennek közlése ellenére is kezdeményezi az azonnali ellátását, tájékoztatni kell az orvosi beutaló nélkül indokolatlanul igénybe vett egészségügyi ellátásért fizetendő térítési díjról.

Mentés

Az Eütv. 95. §-a szerint a mentés igénybevételéhez való jog Magyarország területén – állampolgárságra vagy egészségbiztosítási jogviszony fennállására való tekintet nélkül – mindenkit megillet.

Az Eütv. 94. §-a szerint a mentés az azonnali egészségügyi ellátásra szoruló betegnek a feltalálási helyén, mentésre feljogosított szervezet által végzett sürgősségi ellátása, illetve az ehhez szükség szerint kapcsolódóan - az egészségi állapotának megfelelő ellátásra alkalmas - legközelebbi egészségügyi szolgáltatóhoz történő szállítása, valamint a szállítás közben végzett ellátása. Mentésnek minősül például:

1. személyi sérüléssel járó baleset, tömeges baleset, egészségügyi válsághelyzet,
2. ha életveszély vagy annak gyanúja áll fenn,
3. heveny vagy riasztó tünetekkel járó esetek, ha a sürgősségi ellátás elmaradása életveszélyhez, maradandó egészségkárosodáshoz vagy a gyógyulás elhúzódásához vezethet,
4. a szülészeti esemény,
5. ha az erős fájdalom vagy egyéb súlyos heveny tünet csillapítása sürgős orvosi beavatkozást igényel,
6. heveny tudatzavar, beleértve az ittasság miatt bekövetkezett tudatzavar is,
7. veszélyeztető állapot vagy annak gyanúja.

Ezekben az esetekben bárki jogosult mentőt hívni. A továbbiakban részletezett esetekben a mentőt a kezelőorvos jogosult kihívni.

Mentésnek minősül továbbá – a sürgősség igényétől függetlenül – az orvos által rendelt olyan mentőfeladat, amely során a beteget legalább mentőápolói felügyelettel a feltalálási helyéről egészségügyi intézménybe szállítják (mentőszállítás), vagy a beteg legalább mentőápolói felügyeletét igénylő - gyógyintézetből gyógyintézetbe történő - őrzött szállítása annak érdekében, hogy a beteg szállítása közben szükség esetén azonnali egészségügyi ellátásban részesülhessen.

Mentésnek tekintjük még az életmentő orvosi eszköz és gyógyszer, valamint átültetésre kerülő szerv sürgős szállítását, sőt, az életmentést végző orvosok

helyszínre szállítását is. E témához tartozónak kell tekinteni az ún. mozgóőrséget, azaz a balesetek helyszínén, továbbá tömeges balesetek és rendkívüli esetek kárhelyén a helyszín biztosításának, illetve a veszélyhelyzet elhárításának idejére meghatározott helyen és ideig biztosított mentési készenléteket is, illetve a rendezvény helyszínén, térítés ellenében, meghatározott helyen és ideig tartó rendezvénybiztosítást is.

A közterületen vagy nyilvános helyen tartózkodó, magatehetetlen ittas személyt is a mentőszolgálat szállítja az egészségügyi szolgáltatóhoz – legfeljebb 24 óráig tartó – megfigyelésre vagy ellátásra, kijózanítás céljából.

Az egészségügyi intézménynek az életveszélyes állapotban lévő beteget haladéktalanul, más beteget a mentőegység megérkezésétől számított 10 percen belül kell átvenni a mentőegységtől, vagy további 15 percen belül kell dönteni a beteg továbbküldéséről.

A biztosítási csomag részeként igénybe vehető ellátások

A magyar egészségügyi ellátórendszer piramis-rendszerűen egymásra épülő, hierarchizált szintekből áll. Ezeket progresszivitási szinteknek nevezzük, ami azt jelenti, hogy az általános szintű ellátásokra ráépül a szakellátási szint, amely a páciensek specializált, fókuszált ellátását biztosítja. Az ellátási szintek a következők: háziorvosi ellátás, járóbeteg ellátás és fekvőbeteg ellátás. A legalsó szint tehát az alapellátás, amely keretében a beteget a lakóhelyéhez közel látják el. Ezt követik a járóbeteg- és fekvőbeteg intézetek, a legfelsőbb progresszivitási szintet pedig az országos intézetek és egyetemi klinikák jelentik. Az egészségügyi térségek olyan egységek, amelyeken belül minden alapellátási és szakellátási szintű vizsgálat, beavatkozás elérhető.

Az Ebtv. 19. § (1) bekezdése az elérhető egészségügyi ellátások alapszabályát az alábbiakban összegzi „Az egészségügyi ellátás keretében a biztosított a kezelőorvos által gyógyító céllal rendelt, az egészségbiztosításért felelős miniszter által az adott ellátásra meghatározott finanszírozási eljárási rend, valamint a vizsgálati és terápiás eljárási rend szerinti szolgáltatásokra jogosult.” További alapelv, hogy (Ebtv. 3. § (1) bekezdés) „Az egészségügyi szolgáltatások azonos szakmai tartalommal illetik meg az egészségbiztosítás egészségügyi szolgáltatásaira jogosult személyeket.” Fontos hangsúlyozni, hogy az egészségügyi ellátások nyújtása egységesen elfogadott szakmai protokollok szerint zajlik, amelyeket a Szakmai Kollégiumok fogadnak el egy adott ellátás vonatkozásában. A szakmai protokollok elérhetőek, megjelennek az egészségügyi közlönyben.⁶⁰

Alapellátás

⁶⁰ Az egészségügyi szakterületek közel 400 szakmai irányelvet, szakmai protokollt és módszertani levelet készítettek, mely az Egészségügyi Közlönyben és ezt követően a minisztérium honlapján (www.eum.hu-egeszsegpolitika-minosegjelesztés címszó alatt) megjelentetésre került. A szakmai anyagok nagy részének 2012.12.31-el lejár az érvényességi ideje.

Az Eütv. 88. §-a szerint „A beteg lakóhelyén, illetve annak közelében biztosítani kell, hogy választása alapján igénybe vehető, hosszú távú, személyes kapcsolaton alapuló, nemétől, korától és betegsége természetétől függetlenül folyamatos egészségügyi ellátásban részesüljön.” Ezt alapellátásnak nevezzük, amelynek fő célja, hogy figyelemmel kísérjék az egyén egészségügyi állapotát, és megvalósuljon az egészségtudatos életmódra nevelés.

Az Eütv. 152. § (1) bekezdése szerint az egészségügyi alapellátás körében a települési önkormányzat feladata gondoskodni a) a háziorvosi, házi gyermekorvosi ellátásról, b) a fogorvosi alapellátásról, c) az alapellátáshoz kapcsolódó ügyeleti ellátásról, d) a védőnői ellátásról és e) az iskola-egészségügyi ellátásról. Hangsúlyozni kell, hogy nemcsak a háziorvosi feladatok tartoznak tehát az alapellátásba, az ennél szélesebb körű.

a) Háziorvosi (ideértve házi gyermekorvosi) ellátás

A magyar egészségügyi ellátórendszer kiemelt jelentőséget tulajdonít a háziorvosok által végzett orvosi feladatoknak. Ezt az ún. kapuőr (*gatekeeper*) funkciónak nevezik.⁶¹ Ezen megközelítés szerint „(...) A háziorvos olyan informált tanácsadó lehet, aki csökkentheti a szakorvosi, illetve a kórházi ellátásra nehezedő nyomást, és, amennyiben ez indokolt, útbaigazíthatja a beteget az alapellátáson túli szolgáltatások között.”⁶² Nagyon fontos ezért a háziorvosi ellátások jól működő rendszerének biztosítása, hogy a háziorvos „(...) nem egyszerűen kapuőr legyen, hanem a betegút felügyelője. (...) a háziorvos egyben a kórházi ellátás legfontosabb minőségi ellenőre is.”⁶³

A háziorvos feladatai közé tartozik az egészséges ember számára tanácsadás, a szűrővizsgálatok elvégzése (közreműködés a népegészségügyi célú, célzott szűrővizsgálatokban), a beteg ember vizsgálata, gyógykezelése, kézi gyógyszertár kezelése, a beteg ember egészségi állapotának ellenőrzése, rehabilitáció, gondozás, ha szükséges, beutalás az ellátórendszer magasabb szintjére (szakrendelések, gondozóintézetek, kórházak, klinikák), a beteg keresőképtelenségének igazolása, védőoltással kapcsolatos teendők, fertőző betegségek bejelentése és gyógykezelése, kórokozó hordozókkal kapcsolatos teendők és az egészségnevelésben, az egészségügyi felvilágosításban való részvétel.⁶⁴

⁶¹ Lásd pl. Csaba Iván–Gál Róbert Iván: Ulysses a kórházban: Betegutak az egészségügyben és a háziorvos kapuőr-szerepe, <http://www.tarki.hu/adatbank-h/kutjel/pdf/a875.pdf> (letöltés: 2012. augusztus 26.)

⁶² Ibid., 3. o.

⁶³ Dr. Szócska Miklós miniszter beszéde (2012. január 31. Letöltés: 2012. augusztus 4.) <http://www.kormany.hu/hu/emberi-eroforrasok-miniszteriuma/egeszsegugyvert-felelos-allamtitkarsag/hirek/szocska-miklos-adta-at-az-ev-praxisa-dijakat>

⁶⁴ Lásd a háziorvosi, házi gyermekorvosi és fogorvosi tevékenységről szóló 4/2000. (II. 25.) EüM rendelet 4. §-át.

Jelenleg 6700-6800 háziorvosi körzet működik Magyarországon.⁶⁵ Ebbe beleértendőek a felnőtt háziorvosi praxisok (18 éven felüliek ellátása), a házi gyermekorvosi praxisok (ellátottak legfeljebb 18. életévüket betöltött személyek). A 14-18 év közöttiek esetében – választás szerint – házi gyermekorvos vagy (felnőtt) háziorvos is lehet az ellátó. Léteznek vegyes háziorvosi körzetek, ahol a háziorvos gyerekkorúak (14 év alattiak) ellátását is végzi. Ez előfordulhat olyan helyzetben, amikor a gyermekek száma nem éri el a körzetalakításhoz szükséges létszámot, és a környező településeken sem működik olyan házi gyermekorvosi szolgálat, amely megfelelően biztosítaná az érintett gyermekek ellátását. Új házi gyermekorvosi szolgálat akkor finanszírozható (vagyis a kötelező egészségbiztosítási finanszírozás igényével akkor hozható létre), ha az ellátott (14 év alatti) létszám 600 és 800 fő közé esik. Amennyiben választott háziorvosát felkeresni nem tudja, annál a finanszírozott szolgáltató háziorvosánál veheti igénybe, amelynek ellátási területén tartózkodási helye van.⁶⁶

Magyarországon a beteg-orvos találkozások aránya a második legmagasabb 14 vizsgált európai ország viszonylatában, ami a háziorvosok kiemelt fontosságát mutatja.⁶⁷

A háziorvos tevékenységét ápoló közreműködésével végzi. Az ápoló tevékenységét a háziorvos irányíthatja, de természetesen az ápoló a szakképzettségének megfelelő feladatokat önállóan is elláthat.

b) Fogászati ellátások

A társadalombiztosítás nem minden fogászati ellátást támogat. Az Ebtv. 12. §-a szerint a beteg életkorától függetlenül támogatott fogászati ellátások: sürgősségi ellátás, szűrővizsgálat (meghatározott gyakorisággal, pl. 18 éves kor felett évente egyszer), szakorvosi beutaló alapján góckutatás és más alapbetegségekhez kapcsolódó fog és szájbetegségek kezelése, fogmegtartó kezelés, fogsebészeti ellátás, fogkőeltávolítás, ínyelváltozások kezelése.

Külön jogszabály határozza meg a fogászati sürgősségi ellátás körébe tartozó beavatkozásokat.⁶⁸ Ilyen pl. a fogak friss baleseti sérüléseinek primer ellátása, akut gyulladás ellátása, tályog megnyitása, szájüregbe került idegentest eltávolítása. A beteg életkora/állapota alapján támogatott fogászati ellátások ennél szélesebb körűek, ide tartozik a beteg 18 éves koráig, a középiskola, szakképző iskola nappali tagozatán folytatott tanulmányok ideje alatt, a terhesség megállapításától a szülést

⁶⁵ Adatokat lásd, ÁSZ jelentés a háziorvosi ellátás működésének és pénzügyi feltételrendszerének ellenőrzéséről, 2011. november, <http://www.asz.hu/jelentes/1126/jelentes-a-haziorvosi-ellatas-mukodesenek-es-penzugyi-feltelrendszerenek-ellenorzeserol/1126j000.pdf>, 16. oldal

⁶⁶ Ebtv. 11. § (2) b) pont.

⁶⁷ Dr. Karner Cecília PhD, A háziorvosi ellátás jelene Magyarországon, Egészségügyi Gazdasági Szemle, 49. évfolyam 2. szám, 2011. április, 12.o. http://www.weborvos.hu/adat/files/EGSZ_2011/EGSZ_2011_02.pdf

⁶⁸ A kötelező egészségbiztosítás keretében igénybe vehető fogászati ellátásról szóló 48/1997. (XII. 17.) NM rendelet 2. számú melléklete. Lásd a 2000. évi II. törvényt.

követő 90 napig, 60 éves életkora felett a teljes körű alap és szakellátás térítésmentes.

Két megjegyzést kell fűzni a leírtakhoz. Egyrészt, hogy azok a jogosultak, akik megállapodást kötöttek az OEP-pel, és ennek révén váltak jogosulttá egészségügyi ellátásokra, kizárólag a sürgősségi ellátás körébe tartozó beavatkozásokra tarthatnak igényt.

Másrészt, a fent említett teljes körű alap és szakellátás nem foglalja magában a fogtechnikai költségeket, és ellenőrizni kell, hogy a fogorvosi ellátás körében használt gyógyászati segédeszközök (fogpótlások és egyéb protetikai eszközök, például a fogszabályozók) árának mekkora részét vállalja át az OEP. Az ezekhez nyújtott támogatást az OEP határozza meg és közleményben teszi közzé.

b) Ügyeleti ellátás

Az ügyeleti rendszer a munkaidőn kívül bekövetkező sürgősségi esetekben biztosítja az alapellátás, illetve a járóbeteg- és fekvőbeteg- egészségügyi ellátás folyamatos igénybevételének lehetőségét. Az ügyeleti ellátás célja az egészségügyi intézményekben a napi munkaidő befejezésének időpontjától a következő napi munkaidő kezdetéig terjedő időben a beteg vizsgálata, alkalmoszerű és azonnali sürgősségi beavatkozások elvégzése, a fekvőbeteg-gyógyintézetbe történő sürgősségi beutalása, stb.

Az Eütv.-ben garantált folyamatosan hozzáférhető egészségügyi ellátáshoz való jog szakmai szervezési elveiből fakad, hogy az egészségügyi ellátás során meg kell szervezni az ügyeletet.⁶⁹ A háziorvosi, házi gyermekorvosi feladatok rendelési időn kívüli ellátása biztosítható ügyeleti szolgálattal, amely egyfajta összevont háziorvosi ügyelet a háziorvos telephelyén, illetve lehet központi ügyelet, amikor az érintett háziorvosi körzetek alapellátási szintű sürgősségi ellátása a mentőszolgálattal együttműködve történik. Az ügyeleti rendet a rendelőben, illetve azon kívül kifüggesztett, jól olvasható tájékoztatón szükséges közzétenni. Ha az ügyeletet megfelelő szakvizsgával még nem rendelkező orvos látja el, akkor a szakmai felügyeletet ellátó orvosnak, szükség esetén 1 órán belül képesnek kell lennie az ügyelet telephelyén történő személyes megjelenésre.⁷⁰ A háziorvosi ügyeleti ellátásban az ápolói feladatok ellátását is folyamatosan biztosítani kell.

c) Védőnői ellátás és iskola-egészségügyi ellátás

A magyar védőnői rendszer alapjait 1915-ben rakták le, célja volt az anyai halandóság csökkentése,⁷¹ amely az I. Világháborúig is már számos egyéb feladattal

⁶⁹ Ezt a 47/2004. (V.II.) ESzCsM rendelet határozza meg.

⁷⁰ 4/2000. (II.25.) EüM rendelet.

⁷¹ Lásd: Magyar Védőnők Egyesülete, <http://www.mave.hu/?q=webpage/106> Letöltés: 2012. november 30.

bővült (iskola-egészségügy, szociális gondozás).⁷² Jelenleg is sokrétű a védőnők feladata, elsőrendű fontossággal bír, hogy részt vesznek a terhesgondozásban, amely olyan komplex egészségügyi szolgáltatás, amely a szülész-nőgyógyász szakorvos, a házi orvos, a védőnő és a gyermeket váró nő együttműködésén alapul.⁷³ A terhesgondozás keretében a védőnői szolgálat – többek között - :

- vezeti az állapotos nők nyilvántartását, összegyűjti és megőrzi a vizsgálati eredményeket, illetve azokat rávezeti a terhesgondozási törzslapra, kiállítja és kiadja a terhesgondozási könyvet, a leleteket és saját megállapításait rögzíti a terhesgondozási könyv megfelelő rovataiban;

- a nyilvántartásba vett személyeket otthonukban, illetőleg a lehetőségek szerint a terhesgondozóban folyamatos gondozásban részesíti, amelynek során havonta legalább egy alkalommal terhestanácsadást nyújt;

- közreműködik a terhes nő egészségi állapotát ellenőrző alapvető vizsgálatok elvégzésében,

- figyelemmel kíséri az állapotos nő szociális, családi és munkahelyi körülményeit, egészségi és pszichés állapotát, szükség esetén - az állapotos nő beleegyezésével - kezdeményezi ezek megváltoztatását a munkaadónál vagy az érdekképviselői szerveknél;

- tájékoztatja az állapotos nőt a rá vonatkozó jogosultságokról;

- tájékoztatja az állapotos nő kezelőorvosát azokról a körülményekről, amelyek befolyásolhatják a magzat egészséges fejlődését. Kezdeményezheti az állapotos nő kórházba utalását sürgős esetekben, valamint szociális segélyezését, illetőleg anyaotthonba történő elhelyezését, a születendő gyermek állami gondozásba vételét.⁷⁴

Hangsúlyozni kell, hogy a védőnő a területén tartózkodók vonatkozásában látja el a feladatait.

Emellett az óvodákban és az iskolában is gondoskodni kell a 3-18 éves korosztály, valamint a 18 év feletti, középfokú nappali rendszerű oktatásban részt vevők megelőző jellegű ellátásban való részvételéről. Az iskola-egészségügyi ellátást az iskolaorvos és a védőnő együttesen látják el.⁷⁵ Az iskola-egészségügyi ellátás megszervezhető egyes intézményenként vagy több intézmény összevonásával. Az orvos, illetve a védőnő teljes vagy részmunkaidőben is elláthatja az iskola-egészségügyi feladatot, viszont amennyiben a tanulói létszám eléri a 800 (gyógypedagógiai intézményben 400) főt, kötelező teljes munkaidőben dolgozó iskola-védőnő foglalkoztatása. Egy iskola-védőnő legfeljebb 1000 tanulót láthat el, azonban lehetőség szerint 800 főre kell jutni egy védőnőnek. Részfoglalkozás (egyébként házi orvosként, házi gyermekorvosként működő) iskolaorvos legfeljebb 800 gyermeket, tanulót láthat el. Az iskolaorvos (munkaidejére vonatkozóan nincs kitétel) legfeljebb 2400 főt láthat el, ám ehhez több teljes munkaidejű védőnő

⁷² Ibid., <http://www.mave.hu/?q=webpage/109> Letöltés: 2012. november 30. Érdekes adalékok tudhatóak meg Kahlichné prof. dr. Simon Márta: A védőnői hivatás története c. megjelenés alatt lévő könyvéből.

⁷³ 33/1992. (XII. 23.) NM rendelet a terhesgondozásról, 2. § (1) bekezdés.

⁷⁴ Ibid., 3. § (1)-(2) bekezdések.

⁷⁵ 26/1997. (IX.3.) NM rendelet szabályai szerint.

alkalmazása szükséges. Az iskola-egészségügyi szakembereknek az adott intézmény(ek)ben eltöltendő idejét nyilvánosságra kell hozni. Az iskola-védőnői feladatot főiskolai végzettséggel rendelkező védőnő láthatja el.

A foglalkozás-egészségügyi szolgáltatásnyújtás szakmai szabályai a 27/1995. (VII.25.) NM rendelet határozza meg. A foglalkozás-egészségügyi szolgáltatás a következő formákban működhet:

- a./ foglalkozás-egészségügyi alapszolgáltatást nyújtó szolgálat,
- b./ foglalkozás-egészségügyi központ,
- c./ foglalkozás-egészségügyi szakellátási szolgáltatást nyújtó központ.

A járóbeteg-szakellátás

Az általános járóbeteg-szakellátás a beteg folyamatos ellátását, gondozását végző orvos beutalása vagy a beteg jelentkezése alapján, szakorvos által végzett egyszeri, illetve alkalmyszerű egészségügyi ellátás, továbbá fekvőbeteg-ellátást nem igénylő krónikus betegség esetén a folyamatos szakorvosi gondozás. Az általános járóbeteg-szakellátást a beteg egészségi állapotának veszélyeztetése nélkül, rendszeres tömegközlekedés igénybevételével megközelíthetően (lakóhelyének közelében) kell biztosítani. Az egyes betegségek gyakorisága alapján meghatározott lakosságszámra, területi egységenként (általában az egészségügyi térségekben) biztosítják a járóbeteg-szakellátás különféle formáit (pl. bőrgyógyászat, általános sebészet stb., ezek részletes felsorolását lásd a 3. sz. mellékletben).

A járóbeteg-szakellátás rendelési időben biztosított, ahol az orvos mellett asszisztens, ápolónő is tevékenykedik. A járóbeteg-szakellátást nyújtó intézmények tevékenységüket önállóan, vagy más intézményekkel együtt, működési engedély alapján végzik.

Fekvőbeteg-szakellátás

A fekvőbeteg-szakellátás a járóbetegként el nem látható, ágyhoz kötött betegek gyógyintézeti ellátása. Az általános fekvőbeteg-szakellátás a betegnek a lakóhelye közelében, fekvőbeteg-gyógyintézeti keretek között végzett egészségügyi ellátása. A fekvőbeteg-ellátás folyamatos benntartózkodás mellett végzett diagnosztikai, gyógykezelési, rehabilitációs vagy ápolási célú fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátás (ideértve a hosszú ápolási idejű ellátásokat is), vagy ilyen célokból meghatározott napszakokban történő ellátás, illetve, olyan egyszeri vagy kúraszerű beavatkozás, amelyet követően meghatározott idejű megfigyelés szükséges, illetve a megfigyelési idő alatt –szükség esetén – a további azonnali egészségügyi ellátás biztosított.

A fekvőbeteg szakellátás különféle formáit a kórházak, klinikák, országos intézetek, szanatóriumok és egyéb intézmények látják el, alábbiak szerint:

Kórház – a progresszív ellátás I. (alap) szintjének megfelelő belgyógyászati, sebészeti és még legalább egy szakterületen nyújtott ellátás, valamint ultrahang, EKG, radiológiai és klinikai laboratóriumi diagnosztika,

Szakkórház – valamely egészségügyi szakma, valamint ahhoz szorosan kapcsolódó társszaktmák tekintetében legalább a progresszivitás 2. szintének

megfelelő teljes körű ellátás és az ehhez szükséges diagnosztikai háttér helyszíni biztosítása,

Mátrixkórház – az ellátás nem osztályszerkezet szerint, hanem az egyes szakterületek összevonásával nyújtó kórház, szakkórház,

Klinika – orvos-, illetve egészségtudományi egyetem szervezeti egységeként működő fekvőbeteg ellátás,

Nappali kórház – valamely szakterületen járóbeteg-ellátás mellett legalább 5 napon keresztül, napi 8 órában a fekvőbeteg-ellátásnak megfelelő elhelyezési körülményeket, étkeztetést biztosító intézmény,

Krónikus kórház – hosszú ápolási idejű megbetegedésekre szakosodott intézmény,

Ápolási intézet – ápolási, szakápolási szolgáltatás folyamatos orvosi felügyelet nélkül.⁷⁶

Ezeket az egyes betegségek gyakorisága alapján, meghatározott lakosságszámra, területi egységenként, általában városokban biztosítják.

A fekvőbeteg-ellátás – az eltérő személyi és tárgyi feltételek alapján – az alábbi progresszivitási szinteken történik:

I. ellátási szint, a progresszív ellátás alapszintje, amelyet az adott ellátást nyújtó valamennyi egészségügyi szolgáltatónál biztosítani kell,

II. ellátási szint, a progresszív ellátás középszintje, amelyet a legalább egy megye, illetve főváros lakosságának adott ellátását végző egészségügyi szolgáltatónál biztosítani kell,

III. ellátási szint, a progresszív ellátás felső szintje, amelyet az adott ellátást regionális vagy országos szinten végző egészségügyi szolgáltatónak biztosítani kell.

A beteg az egészségi állapota által indokolt szintű fekvőbeteg-szakellátás során a következő ellátások igénybevételére jogosult (Ebtv. 14. § (2) bekezdés szerint):

- a betegség megállapításához szükséges vizsgálatokra,
- az orvos előírása szerinti gyógykezelésre (ideértve a műtéti beavatkozásokat, az annak során felhasznált gyógyászati anyagokat, protetikai eszközöket) és gyógyászati ellátásra,
- a gyógykezeléséhez szükséges gyógyszerre, vérkészítményekre, kötszerre, ideiglenes gyógyászati segédeszközre,
- a gyógyászati segédeszköz használatának betanítására,
- a gyógykezeléséhez szükséges ápolásra, szakápolásra,
- a beteg otthonába történő távozását követő időre vonatkozó életvezetési és diétás tanácsadásra,
- étkezésre, orvos által rendelt diétára,
- a rendelkezésre álló, az ellátás szakmai és etikai követelményeinek megfelelő színvonalú elhelyezésre arra az időtartamra, amíg az ellátás fekvőbeteg-gyógyintézeti körülmények között indokolt.

⁷⁶ Dósa Á. – Kovácsy Zs. (szerk.) 2011, 41. oldal.

- A beteg – a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló törvényben meghatározott feltételek megvalósulása esetén – jogosult még a fekvőbeteg-gyógyintézeti kezelés alatt számára rendelt végleges gyógyászati segédeszköz árához nyújtott egészségbiztosítási támogatásra, illetve a gyógyászati segédeszköz javítási és kölcsönzési díjához nyújtott támogatásra is.

A kórházakban, klinikákon a fekvőbeteg ellátás módja többféle lehet, például benttartózkodás mellett diagnosztikai, gyógykezelési, rehabilitációs vagy ápolási célú kórházi ellátás. Ezek kiszolgálhatók folyamatosan vagy csak meghatározott napszakokban, lehet egyszeri vagy kúraszerű a beavatkozás, amelyet meghatározott ideig még megfigyelés is követhet.

Megkülönböztethetjük még az úgynevezett egynapos beavatkozást is, amelyet főként aktív fekvőbeteg-ellátó intézményben végeznek, úgy, hogy a beteget a felvétel napján, de legkésőbb 24 órán belül hazabocsátják.

Beutalás

Kulcsfontosságú eleme minden egészségügyi ellátórendszernek, hogy egy adott országban működik-e, és ha igen, milyen beutalási rendszer, másképpen fogalmazva: ki jogosult az ellátások nyújtásának a kezdeményezésére. A beutalás rendszerét gyakran közelítik meg adminisztratív korlátozásként (főként a nem szakmai megközelítés ez), hiszen célja szerint előírja a betegnek, hogy melyik egészségügyi intézményben kell igénybe vennie az ellátásokat. Ugyanakkor, látni kell, hogy a meghatározott elvek szerinti, kiszámítható beutalási rendszer stabilá is tesz egy egészségügyi ellátórendszert, hiszen jobban tervezhetővé válik a betegforgalom nagyságrendje. A jobb tervezés lehetősége pedig költséghatékonyság-növelést jelenthet. A beutalónak nincs érvényességi lejárat ideje. Előfordul, hogy a szolgáltató nem fogad el például 3 hónapnál régebben kiállított beutalót. Mivel azonban nincs jogszabályi alapja a beutaló érvényvesztésének, azt időhatár nélkül köteles elfogadni a szakellátóhely.⁷⁷

a) Beutalásra jogosult orvosok

Beutalásra főszabályként az egészségbiztosító által finanszírozott intézmények orvosai jogosultak, de szűkebb körben erre a magánorvosok is jogosultak.

Az egészségbiztosító által finanszírozott, jogosult orvosok:

- házi orvos, házi gyermekorvos,
- fogorvos szakkonzílium céljából,
- járóbeteg-szakellátás (ideértve a gondozókat és a genetikai tanácsadókat is) orvosa,
- pszichiátriai betegek és a fogyatékosok otthonánál, illetve rehabilitációs intézménynél foglalkoztatott orvos,

⁷⁷ Lásd 2543-9/HAT/JHF/2007. EBF határozatot. Idézi Dósa Á.- Kovácsy Zs. (szerk.) (2011), 125. oldal.

- fekvőbeteg-gyógyintézetek orvosa,
- iskola- és ifjúság-egészségügyi szolgálat orvosa,
- a rendészetért felelős miniszter, valamint a katasztrófák elleni védekezésért felelős miniszter által vezetett és irányított szervek orvosa,
 - a honvédelemért felelős miniszter irányítása és vezetése alá tartozó szervek orvosa,
 - a büntetés-végrehajtás és a Nemzeti Adó- és Vámhivatal orvosa,
 - orvosszakértői szerv szakértői bizottságai orvosa,
 - az OEP ellenőrző főorvosi hálózatának orvosa,
 - a személyes gondoskodást nyújtó bentlakásos szociális intézmény orvosa.
- országos sportegészségügyi hálózat orvosa a hivatásos sportolók vizsgálatának kivételével a sportegészségügyi vizsgálatok keretében,
- az egészségügyi szakképesítést szerzett személyek alanyilvántartásában szereplő orvos saját magát és közeli hozzátartozóját jogosult beutalni egészségügyi szakellátásra, ha pro familia rendelésre jogosító szerződést kötött az egészségbiztosítóval.

Az egészségbiztosítóval kötött finanszírozási szerződéstől függetlenül, beutalásra jogosult:

- a foglalkozás-egészségügyi szolgálat orvosa e feladata keretében jogosult a járóbeteg ellátásra beutalni.
- A magánorvos a fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátásra beutalhatja a tb ellátásra egyébként jogosult betegét, ha az orvos megállapítása szerint közvetlen életveszély áll fenn, és az életveszély csak fekvőbeteg-gyógyintézetben alkalmazható gyógymóddal hárítható el. Ebben az esetben a magánorvos a beteget azonnal fekvőbeteg-gyógyintézetbe szállíttatja és a magánorvosi rendelvényen feltünteti a kórismét, valamint az azonnali felvétel szükségességének indokait.

b) Beutaló-köteles ellátások rendszere

Az alapellátás körébe tartozó ellátások igénybevételéhez beutaló nem szükséges.

A járóbeteg-szakellátás igénybevételének általában az a feltétele, hogy a beteget a beutalásra jogosult orvos oda beutalja. A Tbj. Vhr. 3/A. § (1) bekezdése szerint a biztosítottat a biztosított választása alapján ahhoz a – progresszivitási szintnek megfelelő – járóbeteg-szakellátást nyújtó szolgáltatóhoz, illetve abba a fekvőbeteg-gyógyintézetbe kell beutalni, amelyik ellátási területéhez a beutaló szerinti ellátás tekintetében a biztosított bejelentett lakóhelye, a biztosított bejelentett tartózkodási helye van. Ha a beutaló orvos háziorvos (ideértve a hajléktalanok

ellátására külön jogszabály alapján szerződött háziorvosi ellátást nyújtó szolgáltatót is), akkor a háziorvos telephelye (ennek hiányában székhelye) tartozik.

A beutalónak tartalmaznia kell a beutaló orvos és munkahelyének azonosítására szolgáló, valamint az ellátás tényét igazoló adatokat. A beutaló szerinti ellátást nyújtó egészségügyi intézmény pedig megvizsgálja az orvos beutalásra jogosultságát. Alapelv, hogy az egészségügyi ellátásra jogosult beteg ellátását a beutaló szerinti (területileg illetékes) szolgáltató nem tagadhatja meg. A beutalás szerinti egészségügyi szolgáltató abban az esetben utalhatja tovább magasabb progresszivitási szintű ellátást nyújtó egészségügyi szolgáltatóhoz a beteget, ha az ellátásához szükséges feltételekkel nem rendelkezik.

Ha a járóbeteg-szakellátás orvosa a beteg további szakorvosi vizsgálatát tartja szükségesnek, orvosi konzíliumot kérhet, illetőleg a beteget továbbutalja a szakmailag illetékes másik szakrendelésre. Amennyiben a járóbeteg-szakellátás orvosa a beteg fekvőbeteg-gyógyintézeti elhelyezését tartja szükségesnek, a beteget fekvőbeteg-gyógyintézetbe utalja.

Ha a beutaló szerinti fekvőbeteg-gyógyintézet orvosa a gyógyintézet szolgáltatásait meghaladó vizsgálat szükségességét állapítja meg, a beteget átutalja a vizsgálatok, illetőleg a gyógykezelés elvégzéséhez megfelelő személyi és tárgyi feltételekkel rendelkező szakellátást végző intézetbe.

Egyes speciális diagnosztikai vizsgálatok – a kivizsgálási sorban meghatározott helyükre illetve a vizsgálattal járó veszélyekre tekintettel – csak szakorvosi beutalóval vehetők igénybe. Az MRI (mágneses magrezonancia), CT (komputertomográfia) és DSA (digitális szubtrakciós angiográfia) vizsgálatra kizárólag a járó- és fekvőbeteg-szakellátás szakorvosa jogosult beutalni. A PET-CT (pozitronemissziós tomográfia- komputertomográfia) vizsgálat várólistájára való felvételre a járóbeteg-szakellátás és a fekvőbeteg-gyógyintézet klinikai onkológus, hematológus, idegsebész, valamint neurológus szakorvosa tehet javaslatot a vonatkozó, jogszabályban meghatározott indikáció esetén.

A szülészeti ellátás keretébe tartozó genetikai tanácsadást és az ehhez szükséges diagnosztikai vizsgálatokat, illetve a meddőség tényének és okának megállapításához szükséges vizsgálatokat a beteg szülész-nőgyógyász vagy urológus szakorvos beutalása alapján veheti igénybe.

c) Beutalás a területileg nem illetékes intézménybe

A beteget saját kérésére be lehet utalni a beteg ellátására területileg (lakó/tartózkodási helye szerint) nem kötelezett intézménybe is, ha a választott intézmény – az erre feljogosított személy – a beutaló orvos vagy a beteg részére írásban előzetesen nyilatkozatot tett, hogy a beteget fogadni fogja. A beutaló orvosnak kell megkeresnie az érintett egészségügyi intézményt, amelynek 48 órán belül írásban (postai vagy elektronikus úton) nyilatkoznia kell arról, hogy fogadja-e a beteget. Az ellátást a kötelezett intézmény csak akkor tagadhatja meg, ha a területi ellátási kötelezettségű feladatainak folyamatos ellátását az ellátási területén kívüli betegek fogadása veszélyezteti, és a feladat ellátására az egészségbiztosító által lekötött szabad kapacitással nem rendelkezik.

Hangsúlyozni kell, hogy - a sürgős szükség esetét kivéve -, ha a beteg beutaló nélkül, vagy a beutalási rendtől eltérve, nem a beutalón megnevezett egészségügyi szolgáltatónál veszi igénybe a fekvőbeteg szakellátást, részleges térítés fizetésére kötelezhető. A fizetendő részleges térítési díj összege nem haladhatja meg a 100 000 forintot.⁷⁸

d) Beutalóhoz nem kötött ellátások

Néhány, jogszabályban meghatározott járóbeteg-ellátás beutaló nélkül is igénybe vehető, illetve természetesen nem kell beutaló az orvosszakmai szempontból indokolt ismételt ellátáshoz sem. Az ismételt ellátás indokoltságáról az orvos írásban tájékoztatja a beteget is.

A beteg közvetlenül – beutalás nélkül – jogosult igénybe venni a kúraszerű ellátás keretében gondozásba vett betegek részére nyújtott ellátást, továbbá a szakorvosi rendelő által nyújtott bőrgyógyászati, pszichiátriai és addiktológiai, nőgyógyászati, urológiai, fül-, orr- gégeészeti, szemészeti, általános sebészeti és baleseti sebészeti, illetve onkológiai szakellátást.

Nem szükséges beutaló a különböző tb vagy szociális ellátásokra való jogosultság megállapításához szükséges vizsgálatok igénybevételéhez sem.

Várólista

Vannak olyan betegségek, amelyek gyógykezelése orvos-szakmai szempontok alapján összeállított várólista, a betegellátás sorrendjét előzetes betegbesorolás útján meghatározó jegyzék szerint vehető igénybe. Erre akkor kerülhet sor, ha a betegség nem igényel azonnali ellátást. Ilyen esetekben a beteg a – legalább naptári nap pontossággal – megállapított sorrendben jogosult az ellátásra. A várólista szerinti sorrendet még térítési díj megfizetésével és méltányosságból sem lehet megelőzni. Állapot rosszabbodás esetén indokolt az újbóli vizsgálatok kezdeményezése és elvégzése, melynek eredményétől függően a várólista módosulhat, ennek érdekében a beteg jogosult a kezelőorvosánál mindazon vizsgálatok kezdeményezésére és – a kezelőorvos javaslata alapján – elvégeztetésére, amelyek a várakozás sorrendjét befolyásoló egészségi állapotváltozás megállapításához szükségesek.

Ha az orvos várólista alapján nyújtható ellátásra kívánja beutalni a beteget, a beteg az ellátásra a várólistára felkerülés időpontja szerint jogosult, ettől eltérni az ellátás szakmai indokoltsága, az ellátás várható eredménye, továbbá a beteg kérése alapján lehet.

Központi és intézményi várólistát kell megkülönböztetni. A központi várólistával érintett ellátásokat és a kapcsolódó eljárási szabályokat a várólista alapján nyújtható ellátások részletes szabályairól szóló 287/2006. (XII. 23.) Korm. rendelet határozza meg. Központi várólista az olyan ellátások esetében működik, amelyek

⁷⁸ A térítési díj ellenében igénybe vehető egyes egészségügyi szolgáltatások térítési díjáról szóló 284/1997. (XII. 23.) Korm. rendelet I. sz. melléklete.

nagyköltségűek, illetve szervátültetéssel függenek össze: szívatültetés, májátültetés, tüdőátültetés, veseátültetés, kombinált vese- és hasnyálmirigy-átültetés és csontvelő átültetés (transzplantációs várólista). Nagyköltségű beavatkozásnak minősül a PET/CT, a gamma sugársebészet, amelyet csak néhány helyen biztosítanak az országban (utóbbit csak a Debreceni Egyetemen).

A várólistát az Országos Vérellátó Szolgálat Központja működteti. A nagy költségű ellátás, illetve a transzplantációs várólista szerinti ellátásokat kizárólag a központi várólistára lehet felvenni, és a központi várólistán elfoglalt hely szerint lehet a beteg számára az egészségügyi szolgáltatást nyújtani. A transzplantációs várólistára a biztosítottak, a kizárólag egészségügyi ellátásra jogosult személyek, illetve azok a külföldiek kerülhetnek fel, akiknek EU szabály vagy nemzetközi egyezmény alapján a saját egészségbiztosítója az ellátás igénybevételét előzetesen engedélyezte.

Az intézményi várólistát az egészségbiztosítóval kötött finanszírozási szerződés szerinti ellátásra kötelezett fekvőbeteg-ellátó intézménynek kell kialakítania. A 287/2006. (XII.23) Korm. rendelet 5. sz. mellékletében meghatározott ellátások elvégzését intézményi várólista alapján teljesíti az egészségügyi ellátások meghatározott sorrend szerinti elvégzése érdekében, továbbá, azokra az ellátásokra, amelyekben a beteg ellátására tartós kapacitáshiány miatt nincs lehetőség (lásd az 4. sz. mellékletet az érintett ellátások listájáról). A tartós kapacitáshiány akkor állapítható meg, ha a fekvőbeteg szakellátást a beteg jelentkezését követő 60 napon belül nem tudják részére biztosítani. A várólistás ellátásokról rendszeres jelentést kell küldeni az Országos Egészségbiztosítási Pénztárnak.

Az intézményi várólistára kerülést a beteg kezelőorvosa kezdeményezheti. A várólista szerinti időponttól eltérni az ellátás szakmai indokoltsága, az ellátás várható eredménye, illetve a beteg kérése alapján lehet. Külön szabályok vonatkoznak a várólistáról való törlésre. Az intézményi várólista vezetésén túl a fekvőbeteg-ellátást nyújtó intézmény a többi – a kötelező intézményi várólistát nem érintő – ellátás vonatkozásában is alkalmazhat ütemezett betegellátási rendszert.

A várólisták adatait személyazonosításra alkalmatlan módon nyilvánossá kell tenni. Az intézményi várólista az ellátást nyújtó egészségügyi szolgáltató honlapján, a központi várólista pedig az Országos Vérellátó Szolgálat Központjának honlapján szerepel, de az OEP honlapjáról is elérhető. A várólista adatait úgy kell vezetni - a változásokat 3 napon belül át kell vezetni -, hogy a beteg számára egyértelműen megállapítható legyen a várólistán elfoglalt saját helye.

A várólistától meg kell különböztetni a betegfogadási listát, amelyet az egészségbiztosítóval kötött finanszírozási szerződés szerinti ellátásra kötelezett, járóbeteg-szakellátást nyújtó intézmény vezet. A betegfogadási lista az adott egészségügyi szolgáltatónál – amennyiben a beteg egészségi állapota nem indokolja az azonnali ellátást – a betegellátás sorrendjét szakrendelésenként, az ellátás igénybevételének időpontjával legalább naptári nap pontossággal meghatározó lista.

Külföldön igénybevett gyógykezelés

Az egészségügyi ellátások igénybevételéhez jogosultsággal rendelkező személyek – kivéve a megállapodást kötőket – jogosultak arra, hogy meghatározott feltételek fennállása esetén támogatást igényeljenek az OEP-től egészségügyi ellátás külföldön történő igénybevételére. Ezt a mechanizmust az Ebtv. 28. §-a vetíti előre, és a külföldi gyógykezelésekkel kapcsolatos egyes kérdésekről szóló 227/2003. (XII. 13.) Korm. rendelet írja le részleteiben. Az Ebtv. 28. §-ának (1) bekezdése szerint: „A Magyarországon nem hozzáférhető gyógyító eljárások más országban való igénybevételéhez a biztosítottaknak - ide nem értve a megállapodás alapján egészségügyi ellátásra jogosultakat - az E. Alap terhére támogatás nyújtható.”

Az OEP engedélyezi a magyar biztosítottak tervezett külföldi gyógykezelése költségeinek támogatását. Az OEP a külföldi gyógykezelés költségeihez támogatást akkor nyújthat, ha a biztosított rendelkezik a Korm. rendeletben meghatározott országos szakmai intézet, vagy a Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet (GYEMSZI) támogató javaslatával.⁷⁹ A támogatáshoz szükséges javaslat megadását a biztosított, illetve kezelőorvosa a szakmai intézet főigazgatójánál kezdeményezheti. A kérelemhez mellékelni kell a külföldi gyógykezelésre jogosult személy egészségügyi dokumentációját. A külföldön történő gyógykezelés indokoltságát egy szakmai bizottság állapítja meg, a kérelem benyújtásától számított 30 napon belül. A jogszabály értelmében a külföldi gyógykezelés akkor indokolt, ha

- a külföldön már alkalmazott gyógmód a gyakorlatban is eredményesnek bizonyult, és
- esélye van a beavatkozás sikerességének, továbbá
- hazai egészségügyi intézményben a gyógmód alkalmazásának nincsenek meg a feltételei, és azok külföldi szakember meghívásos közreműködésével sem teremthetők meg.

Ha a beteg megkapja a szakmai intézet támogató javaslatát, az OEP a támogatás mértékének megfelelő összeg kifizetéséről rendelkezik a gyógykezelést nyújtó külföldi gyógyintézet felé. Az OEP az útiköltségét is megelőlegezi a külföldi gyógykezelésre jogosult személynek, és – orvosi javaslat esetén - a kísérőnek vagy kísérőknek. Gondoskodik – orvosi javaslat alapján – a mentőszállítás biztosításáról is. A külföldi gyógykezelésre jogosult személy külföldi gyógykezelése után a hazatérését követő 30 napon belül köteles eljuttatni az OEP-nek a zárójelentése egy példányát, a számlákat, és el kell számolnia a felvett útiköltséggel. A rendelet szerint az OEP, illetve a külföldi gyógykezelésre jogosult személy vagy hozzátartozója a zárójelentés másolatát 30 napon belül megküldi a külföldi gyógykezelés indokoltságát megállapító szakmai bizottságának is, , amely a hazatért beteget - a területileg és szakmailag illetékes intézet bevonásával - gondozásba veszi.

Az engedélyezett külföldi gyógykezeléshez kapcsolódó, a külföldi egészségügyi intézmény által elrendelt kontrollvizsgálat költségének vállalásáról - külön kérelemre - az OEP dönt. Egy éven belüli kontrollvizsgálati kérelemhez nem szükséges a szakmai bizottság javaslatának ismételt beszerzése.

⁷⁹ 227/2003. (XII. 13.) Korm. rend. 3. § (2) bekezdése.

Térítés ellenében igénybe vehető ellátások

Bevezetésként elmondható, hogy egy közfinanszírozott egészségügyi szolgáltatónál nyújtott ellátás a finanszírozás szempontjából lehet:

1. Kötelezően elvégzendő és

- teljes mértékben finanszírozott (a beteg számára az ellátás ebben az esetben térítésmentes, ilyen az Ebtv. alapján járó ellátások többsége) vagy
- részben finanszírozott (a betegtől részleges vagy kiegészítő térítési díjat lehet beszédni – a jogszabályban meghatározott esetekben, pl. fogászati beavatkozás anyagköltsége, orvosválasztás, ápolási osztályon történő elhelyezés) vagy
- nem finanszírozott (a betegtől teljes térítési díj kérhető – pl. a beteg által igényelt fakultatív védőoltás beadása, extrém sporttevékenységből fakadó ellátási igény, különböző alkalmassági vizsgálatok);

vagy

2. Kötelezően el nem végzendő (amely egyetlen esetben sem finanszírozott, tehát a betegtől a teljes térítési díj beszédhető, és többségében az ellátás elvégzése előtt, tehát előre fizetéssel, pl. szépészeti plasztikai műtétek).

A biztosítási csomagban nem járnak térítésmentesen a jogosultak részére bizonyos ellátások. Ilyenek az alábbi, az egészségügyi ellátórendszerben dolgozó szakdolgozók által nyújtott ellátások:

- munkahigiénés szűrő- és ellenőrző vizsgálatok, illetve, ennek keretében/részeként kezdeményezett további járóbeteg-szakellátások,
- foglalkozás-egészségügyi alapszolgáltatások, amennyiben azok nem az ellátást igénybevevő biztosított foglalkozási megbetegedése, illetőleg üzemi balesete miatt váltak szükségessé, illetve, ennek keretében/részeként kezdeményezett további járóbeteg-szakellátások,
- a gondnokság alá helyezési eljárás során a beteg elmeállapotára vonatkozó szakorvosi véleményezés, továbbá a jogszabály által elrendelt orvosszakértői vizsgálatok és szakvéleményezés, kivéve, ha a vizsgálatra és szakvéleményezésre társadalombiztosítási vagy szociális juttatásra, kedvezményre, illetve egészségbiztosítási ellátásra való jogosultság megállapítása céljából kerül sor, illetve, ennek keretében/részeként kezdeményezett további járóbeteg-szakellátások,
- különösen veszélyes sportolás (pl. jet-ski, sárkányrepülés), szórakoztató-szabadidős tevékenység közben bekövetkezett baleset miatt szükségessé vált ellátások, illetve, ennek keretében/részeként kezdeményezett további járóbeteg-szakellátások,
- hivatásos sportolók sportegészségügyi ellátása, illetve, ennek keretében/részeként kezdeményezett további járóbeteg-szakellátások,
- a nem gyógyító célú, kizárólag esztétikai vagy rekreációs célból nyújtott egészségügyi szolgáltatás, és a következményeinek elhárítására,

illetve az eredeti állapot visszaállítására irányuló egészségügyi szolgáltatások, illetve, ennek keretében/részeként kezdeményezett további járóbeteg-szakellátások,

- a nem egészségügyi indokból végzett művi meddővé tétel, és a következményeinek elhárítására, illetve az eredeti állapot visszaállítására irányuló egészségügyi szolgáltatások, illetve, ennek keretében/részeként kezdeményezett további járóbeteg-szakellátások,

- az egészségi állapotot pozitív irányban alapvetően nem befolyásoló, szakmailag nem bizonyítottan hatásos ellátás, és a következményeinek elhárítására, illetve az eredeti állapot visszaállítására irányuló egészségügyi szolgáltatások, illetve, ennek keretében/részeként kezdeményezett további járóbeteg-szakellátások,

- a Magyarországon szakmailag elfogadott, de a finanszírozásba/támogatásba még be nem fogadott eljárás, gyógyszer, gyógyászati segédeszköz alkalmazása, illetve a befogadott egészségügyi szolgáltatás befogadástól eltérő alkalmazása, kivéve a méltányosságból támogatható ellátásokat, illetve, ennek keretében/részeként kezdeményezett további járóbeteg-szakellátások,

- a kizárólag orvostudományi kutatás keretében nyújtott ellátások, illetve, ennek keretében/részeként kezdeményezett további járóbeteg-szakellátások,

- a fogyatékos beteg kivételével a beteg kísérőjének részére az egészségügyi intézményben biztosított szállás és étkezés (nem minősül kísérő személynek, így nem térítésköteles a 14. évesnél fiatalabb beteg gyermekkel a kezelés idején lévő szülője/törvényes képviselője és közeli hozzátartozója sem),

- a járművezetői alkalmassági vizsgálatok, illetve, ennek keretében/részeként kezdeményezett további járóbeteg-szakellátások,

- a lőfegyvertartásra vonatkozó orvosi alkalmassági vizsgálatok, illetve, ennek keretében/részeként kezdeményezett további járóbeteg-szakellátások,

- alkohol, illetve kábítószer hatása alatt állás esetén a detoxikálás,

- hatósági eljárásban alkohol, illetve kábítószer szintjének kimutatása érdekében végzett vérvizsgálatok, vizeletvizsgálatok,

- alkohol, illetve kábítószer szintjének kimutatása érdekében végzett vérvizsgálatok, illetve, ennek keretében/részeként kezdeményezett további járóbeteg-szakellátások,

- láttelel kiadása, illetve, ennek keretében/részeként kezdeményezett további járóbeteg-szakellátások,

- a nem kötelező védőoltással a beteg immunizálása, illetve, ennek keretében/részeként kezdeményezett további járóbeteg-szakellátások (a térítésmentes védőoltás kivételével).

Az egészségbiztosítás kertében igénybe nem vehető egyes ellátások térítési díj képzésének szabályait, illetőleg több esetben pontos összegét jogszabály 284/1997.

(XII. 23.) Korm. rendelet a térítési díj ellenében igénybe vehető egyes egészségügyi szolgáltatások térítési díjáról 2. sz. melléklete meghatározza.

A részleges térítési díj, illetve a kiegészítő térítési díj képzésének szabályai, illetőleg több esetben pontos összege a térítési díj ellenében igénybe vehető egyes egészségügyi szolgáltatások térítési díjáról szóló 284/1997. (XII. 23.) Korm. rendelet 1. sz. melléklete meghatározott, attól érvényesen eltérni nem lehet. Részleges térítés megfizetése mellett a beteget pl. orvosválasztási jog illeti meg, ennek keretében joga van az egészségügyi intézmény munkarendje szerint a beteg ellátására beosztott orvos helyett másik orvost választani. Az orvos megválasztásáért a terhesgondozás és a szülészeti ellátás során nem kell részleges térítési díjat fizetni. Ahogy azt korábban említettem, a beteg csak az egészségi állapota által indokolt ellátásokat veheti igénybe. Ennélfogva, ha valaki kényelmi okból hív háziorvost, a helyszínrre kiszálló háziorvos jogszerűen kiegészítő térítési díjat érvényesíthet.

A nem gyógyító célú, kizárólag esztétikai vagy rekreációs célból nyújtott – OENO-kóddal (Orvosi Eljárások Nemzetközi Osztályozása) nem rendelkező – egészségügyi eljárásokat külön rendelet sorolja fel, melyek szintén nem vehetők közfinanszírozottan ingyenesen igénybe.⁸⁰

Elszámolási nyilatkozat

A térítési díjaktól meg kell különböztetni az egészségügyi szolgáltató által kiállított, ún. elszámolási nyilatkozatot.

A járóbeteg-szakellátás és a fekvőbeteg-szakellátás keretében igénybevett ellátásokról, az ellátást követően az egészségügyi szolgáltató ún. elszámolási nyilatkozatot ad a betegnek, amennyiben azt a beteg kéri. Ebben az elszámolási nyilatkozatban a szolgáltató tájékoztatást nyújt a beteg által igénybe vett ellátásról (közérthetően, magyar nyelven, OENO kóddal együtt), az ellátásért fizetendő – az ellátás igénybevételének feltételéül szolgáló – térítési díjról, illetve az igénybevett ellátásért az egészségbiztosítótól igényelhető legmagasabb finanszírozási összeg mértékéről, illetve, ha valamely ellátásért külön térítési díjat kellett fizetni, akkor a térítési díj összegét is.

Az elszámolási nyilatkozatot egy példányban kell kiállítani, amelyet a beteg kap meg, és azon a kiállító orvos aláírásával igazolja, hogy az adott ellátást a beteg igénybe vette. Nem kell elszámolási nyilatkozatot kiállítani a beteg közvetlen jelenlétét nem igénylő diagnosztikai vizsgálat, a mozgó szakorvosi szolgálat által végzett ellátás, a szövettani és citológiai vizsgálat, illetve az iskola- és ifjúság-egészségügyi ellátás keretében nyújtott szolgáltatás esetén.

Méltányosság (segély) elemek az egészségügyben

A bevezetésben hangsúlyoztam, hogy a magyar társadalombiztosítási rendszer a szolidaritás talaján áll, amely egy bizonyos szintig magában foglalja a méltányossági

⁸⁰ Ebtv. 18. § (6) bekezdés h) pont, 46/1997. (XII. 17.) NM rendelet.

alapon történő ellátás vagy szolgáltatás nyújtását. A külföldiek egy jól körülhatárolt csoportja tekintetében a segély különleges jelentőséggel bír.

Általános segély az egészségügyi állapot romlásának enyhítésére

A szolidaritás megfelelő érvényesülése érdekében, az Ebtv. 26. §-a szerint bizonyos esetekben az egészségügyi szolgáltatásokra jogosult beteg méltányossági kérelmet adhat be a lakóhely szerint illetékes fővárosi, illetve megyei kormányhivatal egészségbiztosítási pénztári szakigazgatási szervéhez. A segély megállapításának elsődleges feltétele, hogy az anyagi problémát eredményező élethelyzet összefüggésben álljon az egészségbiztosítás által nyújtott és finanszírozott ellátásokkal. Az elbírálás során vizsgálni kell a kérelmező jövedelmi helyzetét. Feltétel, hogy a közös háztartásban élők I főre jutó havi nettó jövedelme nem éri el a mindenkori öregségi nyugdíj legkisebb összegének (28.500-Ft) kétszeresét (2012-ben 57.000 Ft), egyedülálló esetében a két és félszeresét (2012-ben 71.250 Ft), amelytől különös méltánylást érdemlő esetben el lehet térni. A segély egy éven belül csak egyszer adható, kivéve, ha az előző kérelem benyújtását követően kimutatható egészségi állapotrosszabbodás következik be. A kérelemről a kérelem hiánytalan beérkezését követő naptól számított 30 napon belül dönt az egészségbiztosító.

Méltányosságból kérelmezhető az egészségbiztosítónál támogatás gyógyszerköltségre, természetbeni ellátás térítési díjának csökkentésére és pénzbeli ellátás.

Gyógyszerköltség támogatás akkor adható, ha érintett egészségi állapotának javításához, vagy szinten-tartásához olyan nagyobb mennyiségű, vagy magas költségű gyógyszer szükséges, amely havi rendszerességgel jelentkezik, ha orvos-szakmai szempontok alapján indokolt gyógyszereinek rendszeres havi költsége a társadalombiztosítási támogatás ellenére is meghaladja az I főre jutó nettó jövedelem 15%-át. Természetbeni ellátások térítési díjának csökkentésére akkor van lehetőség, ha az egyes egészségügyi, természetbeni ellátások (pl. a magas költségigényű különböző implantátumok, lézer kezelések térítési díjához, illetve a nagyértékű, és/vagy nem támogatott gyógyszerek- és a gyógyászati segédeszközök árához) méltányossági alapú támogatását kérelmező esetén valamely oknál fogva (pl. ha a kért ellátást a kérelem elbírálása előtt igénybe vették, a vényt már kiváltották) nincs lehetőség a kérelemnek megfelelő méltányossági támogatás megállapítására. Pénzbeli ellátásokra nem jogosult anyagi nehézségeinek átmeneti enyhítésére akkor kerülhet sor, ha a táppénz, terhességi-gyermekágyi segély és a gyermekgondozási díj folyósítása méltányosságból sem engedélyezhető.

Közgyógyellátás

A rosszabb egzisztenciális helyzetben lévő betegek nem biztos, hogy meg tudják venni pl. az orvosságukat, ennél fogva viszont a gyógyulási esélyeik is csökkenhetnek. Éppen ezért szociális szempontok is érvényesülnek a gyógyszer- és gyógyászati-segédeszköz ellátásban, amelynek az alapja a közgyógyellátási-rendszer. Ennek

részleteit egy teljesen másik jogszabály rendezi, és pedig a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény.⁸¹ A közgyógyellátás a szociálisan rászorultak részére az egészségi állapotuk megőrzéséhez és helyreállításához kapcsolódó kiadásaik csökkentése érdekében biztosított hozzájárulás. A közgyógyellátás nem normatív alapon működik, hanem minden esetben egyedi igényeken alapul.

A jogszabály szerint vannak olyan betegek, akiknek szociális helyzete indokolja a közgyógyellátást, amelyet abból lehet vezetni, hogy az érintett már részesül valamilyen intézeti ellátásban vagy szociális transzferben. A jogszabály erejénél fogva tartoznak a támogatottak körébe az alábbiak:

- az átmeneti gondozott, az átmeneti és tartós nevelésbe vett kiskorú;
- a rendszeres szociális segélyben részesülő;
- a pénzellátásban részesülő hadigondozott és a nemzeti gondozott;
- a központi szociális segélyben részesülő;
- a rokkantsági járadékos;
- az, aki I., II. csoportú rokkantsága alapján részesül nyugellátásban, baleseti nyugellátásban;
- az, aki, vagy aki után szülője vagy eltartója magasabb összegű családi pótlékban részesül.

Az egyedi szociális helyzet alapján is jogosulttá válhatnak egyes betegek, erről az illetékes helyhatóságnak kell döntést hoznia (jelenleg a jegyzőnek). A közgyógyellátásra való jogosultságot a fent említett esetekben 2 évre, míg az egyedi szociális állapot alapján fennálló jogosultságot 1 évre állapítja meg. Az egyéni gyógyszerkeret összege a jogosult egyéni havi rendszeres gyógyszerköltsége, de legfeljebb az éves központi költségvetésről szóló törvény által meghatározott összeg. 2011-ben az egyéni gyógyszerkeret legmagasabb havi összege 12.000 Ft lehet. Amennyiben az egyéni rendszeres gyógyszerköltség a havi 1.000 Ft-ot nem éri el, egyéni gyógyszerkeret nem kerül megállapításra.

Határon túli magyaroknak adható egészségügyi segély

A határon túli magyarok egészségügyi ellátásának támogatásáról szóló 59/2007. (XII. 29.) EüM rendelet szabályozza a jogosultak támogatásának igénybevételi rendjét, feltételeit és elszámolási rendjét. A jogosultak körét a rendelet konkrétan meghatározza: a Szerb Köztársaságban, illetve Ukrajnában lakóhellyel rendelkező, magukat magyar nemzetiségűnek valló személyekre terjed ki (határon túli magyarok).

A rendelet pontosan leírja azt az eljárást, amelynek során az illetékes minisztérium (jelenleg EMMI) a jogosultak magyarországi egészségügyi ellátások költségeihez támogatást biztosít az OEP közreműködésével. A kérelmeket a minisztérium finanszírozásában működő Értékelő Bizottság bírálja el, amely 3 orvosból és az elnökből áll, de szükség esetén szakértőket is igénybe vehet. A

⁸¹ A szociális törvény 43-53. §-ai foglalkoznak a közgyógyellátással.

döntést a kérelem beérkezésétől számított 60 napon belül hozza meg. A rendelet 4. § (3) bekezdése szerint az Értékelő Bizottság főszabályként csak a rendelet mellékletében felsorolt magyarországi egészségügyi ellátások igénybevételéhez nyújthat támogatást (lásd az 5. sz. mellékletet). Ugyanakkor a konkrét egészségügyi ellátáshoz kapcsolódóan nyújthat támogatást az Országos Mentőszolgálat által biztosított szolgáltatás költségére, a fekvőbeteg-gyógyintézeti kezelés során megkezdett gyógyszeres kezelés legfeljebb 1 hétre való gyógyszeradagjának biztosítására, a kórházi ellátás befejezését követően, illetve a beteget kísérő személy részére az egészségügyi szolgáltató általi szállás és étkezés biztosítására. Kivételes esetben (4. § (4a) bekezdés) támogatás nyújtása az egészségügyi szolgáltatás igénybevételét követő 90 napon belül utólag is engedélyezhető, akár a rendelet mellékletében nem szereplő ellátásokhoz is, ide nem értve a krónikus hemodialízist és a cadaver szerv transzplantációt.

Az Értékelő Bizottság dönt az ellátás várható időpontjáról, az ellátást nyújtó egészségügyi szolgáltatóról és a támogatás mértékéről. A támogatott ellátást nyújtó szolgáltató csak finanszírozási szerződéssel rendelkező egészségügyi szolgáltató lehet. Lehetőség van arra is, hogy az eredetileg tervezettekhez képest növekedjen a támogatás összege, ha ez a kezelés során felmerülő probléma miatt válik szükségessé, erről az Értékelő Bizottságnak új döntést kell hoznia.

Hangsúlyozandó, hogy az ellátás nyújtása nem vet fel diszkriminációt érintő problémát, nevezetesen, hogy Magyarország egy adott országcsoporthoz tartozó állampolgárainak kedvezményesen ad egészségügyi ellátást, míg ugyanezt más országok állampolgárainak (pl. uniós államok) nem biztosítja. Az uniós polgárok egyenlő bánásmódját előíró, a szociális biztonsági koordinációról szóló 883/2004/EK rendelet 3. cikkének (5) bekezdése kimondja ugyanis, hogy nem tartoznak a rendelet tárgyi hatálya alá az egészségügyi segélyek. Mivel az EüM rendelet hatálya alá tartozó mechanizmus egyértelműen egészségügyi segélynek tekinthető, annak a megadásáról minden uniós tagállam saját szuverenitásának keretei között dönthet.

Természetgyógyászat

A természetgyógyászati (és nem konvencionális gyógyító) tevékenység gyakorlásának egyes kérdéseiről szól a 11/1997. (V.28.) NM rendelet. Eszerint a betegség megállapítása és a terápiás terv elkészítése, a beteg egészségi állapotának figyelemmel kísérése orvosi feladat. Az orvos vagy a beteg kezdeményezésére, a tevékenység végzésére képesített - nem orvos - személy részt vehet a beteg ellátásában, és a nem-konvencionális gyógymódot – kivételekkel - a természetgyógyászati képesítésének megfelelően előzetes orvosi vizsgálat, illetve szakellátás után vagy azzal párhuzamosan, a beteg rendszeres orvosi ellenőrzése mellett - kiegészítő tevékenységként - önállóan végezheti. Amennyiben a nem orvos, tevékenység végzésére képesített személy bevonását az orvos kezdeményezi, ehhez a beteg beleegyezése szükséges. A tevékenység megkezdése előtt az azt alkalmazni kívánó orvos is elvégezheti az előzetes szakorvosi vizsgálatot, amennyiben rendelkezik olyan szakorvosi képesítéssel, amely feljogosítja a beteg

szakorvosi vizsgálatára és ellátására. A szakorvos - gyógyítói szabadságával élve - saját szakterületén belül megválaszthatja, hogy azon nem-konvencionális tevékenységek közül, amelyek elvégzésére jogosult, melyiket alkalmazza kiegészítő, és melyiket helyettesítő gyógymódként. Ha a beteg saját gyógykezelésébe természetgyógyászt kíván bevonni, azt a kezelőorvos nem akadályozhatja meg. A tevékenység végzésére képesített nem orvos személy az orvos által felállított diagnózissal kapcsolatos terápiát nem módosíthatja, a beteget nem kezelheti előzetes orvosi vizsgálat nélkül, illetve az orvosi kezelés alatt álló személy esetén köteles konzultálni a kezelést végző orvossal; továbbá nem rendelhet és nem végezhet szervekbe, szövetekbe hatoló beavatkozást és akupunktúrát, kivéve a szenvedélybetegek leszoktatására alkalmazott fülakupunktúrát. A tevékenységet végző személyek és szervezetek az egészségügyi dolgozókra vonatkozó jogszabályok és etikai normák szerint működnek. Természetgyógyászati szakképzések pl. akupresszór, alternatív mozgás- és masszázsterapeuta, életmódtanácsadó és terapeuta, reflexológus, alternatív fizioterápiás továbbképzés, bioenergetikus továbbképzés, fitoterápia továbbképzés, fülakupunktúrás addiktológiai továbbképzés, kineziológiai továbbképzés, szemtréning továbbképzés.

Pénzbeli ellátások

A kötelező egészségbiztosítás nemcsak gyógyító eljárásokat, gyógyszereket biztosít, hanem működtet egy ún. jövedelempótló funkciót is. Ezek a biztosítottak részére kifizetett pénzösszegek, amelyeket a munkabér 'helyett' kap meg a biztosított, és amellyel azt honorálja az egészségbiztosítás, hogy az érintett korábban meghatározott ideig dolgozott és járulékokat fizetett. Legfontosabb az a megállapítás, hogy a pénzbeli ellátásokra kizárólag a biztosított személyek jogosultak, tehát azok, akik csak természetbeni ellátást vehetnek igénybe, értelemszerűen semelyik ellátásra sem tarthatnak igényt. A legfontosabb ellátás a táppénz (illetve a gyermekápolási táppénz), a baleseti ellátások, a megváltozott munkaképességhez kapcsolódó ellátások és a gyermekszületéshez kapcsolódó ellátások.

Táppénz

Betegség, keresőképtelenség időtartama alatt az egészségbiztosítás a kieső jövedelem egy részét pénzbeli ellátással pótolja. A keresőképtelenség első 15 munkanapja után nem jár táppénz, ez a betegszabadság ideje, amelyből minden munkavállalót naptári évenként 15 nap illet meg. A betegszabadság idejére a távolléti díj 70 százaléka jár, ezt a munkáltató fizeti. A keresőképtelenséget a kezelő orvos (általában háziorvos vagy kórházi orvos) igazolja. A betegszabadság tizenötödik napja utáni naptól beszélhetünk táppénzről, amely már az egészségbiztosítás ellátása. A jogosultságnak két együttes feltétele van. Az első, hogy az érintettnek a keresőképtelenség bekövetkeztének pillanatában biztosítási jogviszonya legyen, a második, hogy ezen jogviszonya után a foglalkoztató pénzbeli egészségbiztosítási járulék fizetésére kötelezett legyen (Ebtv. 43. § (1) bekezdés).

Baleseti ellátások

Baleseti ellátásokra az jogosult, aki üzemi balesetet szenved, vagy foglalkozási megbetegedés következtében szenved maradandó egészségkárosodást. Üzemi baleset esetén a munkavállaló (vagy halála esetén hozzátartozói) különféle ellátásokat vehetnek igénybe, amelyek költségeihez mind a munkáltató, mind a munkavállaló előzetes, kötelező biztosítás keretében hozzájárul. Ha az üzemi baleset a munkavállaló közrehatása révén valósul meg, akkor is járnak neki az ellátások, tehát önhibája ebben az esetben nem róható a terhére, a társadalombiztosítás helytállási kötelezettsége objektív. Ez alól kivétel, ha a munkavállaló a balesetet szándékosan okozta, ebben az esetben neki baleseti ellátások nem járnak.⁸²

Üzemi baleset fogalma

Az üzemi balesetnek a társadalombiztosítás szempontjából megállapított fogalmát az Ebtv. tartalmazza. Eszerint (52-53. §-ok) társadalombiztosítási szempontból üzemi balesetnek minősül az olyan baleset, amely

- a biztosítottat a foglalkozása körében végezett munka közben, vagy azzal összefüggésben éri (*munkabaleset*), illetőleg
- munkába menet vagy onnan a lakására (szállására) menet közben éri (*munkavégzéssel összefüggő úti baleset*), továbbá
- amely a biztosítottat közérdekű, vagy közcélú munka végzése közben, valamint
- amely a biztosítottat keresőképtelenségének, vagy rokkantságának, továbbá az egészségkárosodás mértékének, rehabilitálhatóságának elbírálása céljából elrendelt, illetőleg a keresőképesse váláshoz szükséges egyéb vizsgálaton vagy kezelésen történt megjelenésével összefüggésben érte.

Nem üzemi a baleset, ha kizárólag a sérült ittassága miatt következett be, ha munkahelyi rendbontás következménye, a munkahelyi feladatokhoz nem tartozó, engedély nélkül végzett munka esetén, az úti balesetek körében, ha nem a legrövidebb útvonalon történt a közlekedés, illetve a baleset az utazás indokolatlan megszakítása miatt következett be.

Munkabaleset

A baleset üzemi jellegének megállapításánál irreleváns, hogy a baleset forrása a munkáltató működésében rejlő ok vagy a munkáltató működési körén kívül eső valamilyen külső ok, elháríthatatlan erő (pl.: árvíz, tűzvész, stb.) volt-e. Ez megközelítésében különbözik a munkáltató kártérítési felelősségének munkajogi kérdéskörétől, ahol az elháríthatatlanság a felelősség alóli mentesülést eredményezi. Általában az üzemi baleset annak folyamánként következik be, hogy a munkavédelmi előírásokat nem tartották be. Üzeminek minősül a baleset akkor is, ha azt a munkavállaló figyelmetlensége, felelőtlenége, gondatlansága okozta, hiszen

⁸² Gellénné Lukács Éva – Ötvös Péter – Szenczi Erika, *Ellátják a baját. Az üzemi baleset társadalombiztosítási megítélése*, Humán Saldo folyóirat, 2009/01, 2009/02.

ezzel a munkáltató elmulasztotta a megfelelő ellenőrzési feladatai ellátását. Továbbá a munkavégzéssel összefüggésben következik be a baleset, ha a munkavállalót a foglalkozás körében végzett munkához kapcsolódó anyagvételezés, anyagmozgatás, tisztálkodás, szervezett üzemi étkeztetés, foglalkozás-egészségügyi szolgáltatás és a munkáltató által nyújtott egyéb szolgáltatás stb. igénybevétele során éri.

Úti baleset

Úti üzemi balesetnek minősül a munkába menet vagy onnan a munkavállaló lakására (szállására) menet közben bekövetkezett baleset. Ha a baleset munkába menet vagy onnan jövet éri a biztosítottat, akkor az üzemi baleset megállapításához további tények meglétét kell vizsgálni. Az úti üzemi baleset minősítésénél fontos szerepet játszik az eltelt időtartam, mert a sérülés üzemi baleseti jellege csak akkor állapítható meg, ha a sérülés bekövetkezése során a munkával való kapcsolat tartósan nem szakad meg. Tartós marad a kapcsolat, ha a munkába, illetve hazafelé menetelkor az emberek mindennapi életvitelükhöz szükséges cselekményeket végzik (bevásárlás, gyermek elkísérése az iskolába). Meg kell vizsgálni azt is, hogy a balesetet szenvedett személy a szokásos úton haladt-e hazafelé és az útközben tett kitérő szükségesnek tekinthető-e. A szükségtelennek, vagyis már nem a munkavégzéssel összefüggőnek minősülő kitérő esetén bekövetkezett baleset nem tekinthető üzemi balesetnek, ekkor az ellátások kizárólag az általános szabályok alapján állapíthatók meg.

Fontos hangsúlyozni, hogy baleseti ellátások nemcsak üzemi baleset, hanem egyes foglalkozási megbetegedések esetén is járnak. Foglalkozási betegség az a betegség, amely a munkavállaló foglalkozásának a különös veszélye (pl. sugárzás) folytán keletkezett. A foglalkozási betegség általában hosszabb tartamú behatás következtében kialakuló egészségi állapotromlás. A foglalkozási megbetegedés speciális esetei például:

- A hosszabb ideig végzett bányászati tevékenység során bekövetkező megbetegedések: a szilikózis, amely esetén külső anyag részecskék, gázok okozzák a tüdő megbetegedését.
- Vibráció, ahol a géppel, légkalapáccsal végzett munka közvetlen hatása során alakul ki a betegség.
- A mezőgazdasági és erdőgazdálkodási területen dolgozók esetében előforduló fertőzőes megbetegedések foglalkozási megbetegedésnek minősülnek.
- Vitatott kérdés volt, hogy a kullancs által okozott encephalitis (agyvelőgyulladás) és a Lyme kór foglalkozási megbetegedésnek, vagy balesetnek minősül-e. A joggyakorlat a kullancscsípést balesetnek tekinti, és ha az üzemi baleseti jellege megállapítható, a csípés nyomán annak következményeként fellépő agyvelőgyulladás alapján a csípést elszenvedett személy baleseti ellátásra való jogosultságát el kell ismerni.

A foglalkozási megbetegedés kivizsgálása a munkavédelmi felügyelőség és a Nemzeti Munkaügyi Hivatal hatáskörébe tartozik. Foglalkozási megbetegedés esetén a Nemzeti Munkaügyi Hivatal orvosa kiállítja és a munkavédelmi felügyelőségen keresztül megküldi a foglalkozási megbetegedés bejelentésére

szolgált, „Értesítés” elnevezésű nyomtatványt az illetékes társadalombiztosítási kifizetőhelynek vagy az egészségbiztosítónak.

A munkavállaló részére járó ellátások

Az ellátások megállapításának feltétele a baleset üzemi jellege, továbbá az, hogy a munkaképesség csökkenése, a munkaképtelenség vagy a halál az üzemi balesettel okozati összefüggésben álljon. A baleseti ellátás megállapításának tehát nem feltétele, hogy a balesetért esetleg fennálló felelősség megállapítást nyerjen. A társadalombiztosítást az azonnali helytállás kötelezettsége terheli a biztosítottal szemben, függetlenül attól, hogy a baleset bekövetkezéséért más személy felelőssé tehető.⁸³ A társadalombiztosítás tehát akkor sem mentesül a baleseti ellátás folyósításának kötelezettségétől, ha a munkáltatóval szemben őt megillető megtérítést egyáltalán nem tudja behajtani. Mindebből az következik, hogy egy üzemi balesetet szenvedett munkavállaló semmiképpen sem marad természetbeni és pénzbeli ellátások nélkül.

Amennyiben tehát megállapítást nyer, hogy a baleset társadalombiztosítási tekintetben üzeminek minősül, a munkavállaló részére a baleset által okozott sérülés súlyosságától függően különböző ellátások járnak. Az üzemi balesetből eredő egészségkárosodásokra nyújtott társadalombiztosítási ellátásokra speciális, az általános szabályoknál kedvezőbb szabályok vonatkoznak. Az ellátások forrása vagy az egészségbiztosítás, ennek megfelelően a folyósító szerv az OEP megfelelő dekoncentrált szerve, forrása pedig az E-Alap. A baleseti ellátások rendszere lépcsőzetes felépítésű, kiindulópontja az üzemi balesettel okozott egészségkárosodás foka és helyreállíthatóságának esélye.⁸⁴

A Tbj. 15. §-a szerint baleseti egészségügyi szolgáltatásra jogosultak a biztosítottak, az, aki egyéni, illetve társas vállalkozóként kiegészítő tevékenységet folytató minősül, vagy saját jogú nyugdíjasként az 5. § (1) bekezdés a), b), g) pontjában foglalt tevékenységet folytatja. Emellett a következő jogviszonyban álló személyek, akik munkát végeznek, de nem minősíthetők biztosítottaknak:

- a nevelési-oktatási és felsőoktatási intézmény, iskola, iskolarendszeren kívüli oktatásban, gyakorlati képzésben részesülő magyar állampolgár tanulója, hallgatója, aki a gyakorlati képzés közben, vagy ezzel összefüggésben balesetet szenved (nem vonatkozik ez a bekezdés a külföldi állampolgárra!),
- A szocioterápiás intézetben gyógykezelt elmebeteg, illetőleg szenvedélybeteg. Ide tartozik az ideg- és elmegyógyászat, valamint az alkohol és drogbetegek gyógykezelése. A szenvedélybetegek, valamint az elmebetegek foglalkoztatása történhet a foglalkoztatást végző intézet területén lévő munkaterápiás műhelyben, más egészségügyi intézményben, illetve a betegek állapotának megfelelő erre kijelölt egyéb munkahelyen. A

⁸³ Vö: 2183/B/1991. AB határozat máig érvényes megállapításaival.

⁸⁴ Megjegyezzük, hogy az egészségkárosodott személyek szociális járadékairól szóló 387/2007. (XII. 23.) Korm. rendelet további ellátásokat sorol fel (átmeneti járadék, rendszeres szociális járadék), amelyek vegyes jellegűek.

jogosultság akkor éled fel, ha munka közben vagy azzal összefüggésben balesetet szenvednek.

- Az őrizetbe vett, az előzetesen letartóztatott elzárásra utalt, illetőleg szabadságvesztés büntetését töltő személy, ha a fogvatartás ideje alatt végzett munka közben, vagy azzal összefüggésben, valamint a fogvatartást foganatosító szerv által adott utasítás teljesítése közben, vagy azzal összefüggésben szenvedett balesetet.

- A közcélú munkát végző személy, például, ha valaki a közösség érdekében, ellenszolgáltatás nélkül végez tevékenységet – pl.: életmentés, baleset-, illetőleg katasztrófa-elhárítás, vagy véradás – és ennek során szenved balesetet vagy egészségkárosodást. Ilyennek tekinthető az állami szerv vagy önkormányzat, a munkáltató által kezdeményezett, irányított vagy jóváhagyott társadalmi munka is.

- A közérdekű munkát végző személy. A közérdekű munkát a büntetőbíróság főbüntetésként szabja ki. Az erre ítélt személy köteles a részére megállapított munkát elvégezni, de ezzel munkaviszony nem jön létre, ezért biztosítottak nem tekinthető.

- Az ún. közérdekű önkéntes tevékenységet végző személy is jogosultságot szerez baleseti egészségügyi szolgáltatásra. A közérdekű önkéntes tevékenység 2005. október 1-jével bevezetett jogintézmény (részletes szabályt lásd a 2005. évi LXXXVIII. tv-ben). A közérdekű önkéntes tevékenységet, mint az az elnevezéséből is következik, önkéntesen, ellenszolgáltatás nélkül folytatják, többek között pl. az önkormányzatok közszolgáltatási feladatai körében, illetve az egészségügyi-, oktatási intézmények, a könyvtárak, közlekvéltárak, mint fogadóintézmények többletszolgáltatásainak elősegítése érdekében.

- Az egyszerűsített közteherviselési hozzájárulást (ekho-t) fizető személyek (pl: írók, művészek, újságírók) e befizetésük alapján baleseti egészségügyi szolgáltatásra jogosultságot szereznek.

Az alábbi táblázatban mutatjuk be a Magyarországon dolgozó külföldi állampolgárral történt, 3 napon túli keresőképtelenséget okozó munkabalesetek számának alakulását.

	2007	2008	2009	2010	2011
<i>Összes munkabaleset</i>	20922	22217	18454	19948	17295
<i>Magyarországon külföldi állampolgárral történt munkabaleset</i>	300	285	186	174	155

A számadatok alapján megállapítható, hogy külföldi állampolgárságú munkavállalók folyamatosan csökkenő számban, az összes munkabalesethez képest minimális arányban szenvednek munkabalesetet magyarországi munkavégzés során.

Baleseti táppénz annak a biztosítottak és baleseti ellátásra jogosultak jár, aki a biztosítás fennállása alatt vagy a biztosítás megszűnését követő legkésőbb harmadik

napon üzemi baleset következtében válik keresőképtelenné (ide értve az alkalmi munkavállalói könyvvel foglalkoztatottakat is). Ebben az esetben a társadalombiztosítási ellátás célja a rehabilitáció és a mielőbbi munkába való visszatérés elősegítése. Ennek megfelelően az ellátás időtartama főszabályként 1 év, összege a biztosított pénzbeli egészségbiztosítási járulékalapot képező jövedelmének összege, vagyis a baleseti táppénz alapját képező jövedelem 100%-a. Amennyiben a munkaképesség helyreállítására az egy év nem elegendő, akkor ennek kimerítését követően a baleseti táppénz folyósítása az Országos Rehabilitációs és Szociális Szakértői Intézet szakvéleménye alapján, maximum egy évvel meghosszabbítható. A baleseti táppénzben részesülő munkavállaló keresőtevékenységet nem folytathat, hiszen éppen azért kapja meg korábbi átlagkeresetének 100%-át, mert betegsége miatt nem tudja ellátnia munkáját.

A baleseti sérült háziorvosa a keresőképtelenségét igazolja baleset címén (majd az üzemi balesetet megállapító OEP határozat kézhezvételét követően üzemi baleset címén), a baleseti táppénz folyósítására havonta utólag (a gyakorlatban a tárgyhónapot követő 10. napig) sor kerül, tehát az üzemi balesetet szenvedett munkavállalót nem éri jövedelem-kiesés. Ezt követően lezajlanak azok az orvosszakértői vizsgálatok, amelyek megállapítják az egészségkárosodás mértékét, és ezt követően kerülhet sor más ellátás (pl. baleseti járadék) igénylésére.

Baleseti járadékra az jogosult, akinek üzemi baleset következtében 13% százalékot meghaladó egészségkárosodása keletkezett, de az egészségkárosodás az 50 %-ot nem éri el, vagyis az érintett munkavállalót már a nyugdíjbiztosítás rendszeréből igénybe vehető rehabilitációs járadék vagy baleseti rokkantsági nyugdíj még nem illeti meg. A baleseti járadék mértéke az üzemi baleset okozta egészségkárosodás fokától függ. A baleseti járadék esetén az ellátás alapja az üzemi balesetet közvetlenül megelőző utolsó egy éven belül elért kereset. A baleseti járadék alapjául szolgáló keresetet a nyugdíjakra vonatkozó szabályok szerint kell kiszámítani, azzal a különbséggel, hogy a képzett adó összegével a keresetet nem kell csökkenteni. Ebből következően a baleseti járadék összegek számítása viszonylagosan magasabb összegű ellátásokat eredményez, mint a nyugellátások. A baleseti járadék mellett az érintett dolgozhat, nincsen olyan jövedelem-plafon, amelynek elérésével az érintett elesik a társadalombiztosítási ellátásától. A baleseti fokozatokat és járadék-összegeket az alábbi táblázat mutatja be.

<i>Fokozat</i>	<i>Egészségkárosodás mértéke</i>	<i>Havi átlagkereset %-a</i>
1. baleseti fokozat	14-20 százalék	8
2. baleseti fokozat	21-28 százalék	10
3. baleseti fokozat	29-39 százalék	15
4. baleseti fokozat	39-50 százalék	30

A baleseti járadékra való jogosultság attól a naptól nyílik meg, amikortól a 13 %-os mértéknél magasabb baleseti eredetű egészségkárosodást megállapították. Ha ezen a napon a munkavállaló baleseti táppénzben részesül, akkor a táppénz lejártát követő naptól jár neki a baleseti járadék.

Megváltozott munkaképességű személyek ellátásai

Magyarországon 2012. január 1-jével az öregségi és rokkantsági kockázat bekövetkezése esetén járó ellátások rendszere átalakult. 2012. január 1-jét követően azok a személyek, akik betöltik a rájuk érvényes nyugdíjkorhatárt, öregségi nyugdíjat kaphatnak. Öregségi nyugdíjra az jogosult, aki 62. életévét betöltötte és a szükséges 20 év szolgálati időt megszerezte. Öregségi résznyugdíjra az jogosult, aki – az életkor elérése esetén – 15 év szolgálati időt szerzett. A nyugdíj adómentes. Azok a nők, akik 40 év szolgálati időt szereztek, életkortól függetlenül öregségi nyugdíjat igényelhetnek (ún. nagymama nyugdíj).

Azok a személyek, akik 2012. január 1-eje előtt korhatár előtti nyugdíjra szereztek volna jogosultságot, korhatár előtti ellátást kaphatnak. A korhatár elérése előtti nyugdíj, mint ellátási forma egyebekben kivezetésre kerül, tehát 2012. január 1-eje után nem lesz lehetőség az öregségi nyugdíjkorhatár elérése előtt nyugdíjban részesülni.

A megváltozott munkaképességű személyek (akiknek munkaképessége 60 % vagy kisebb) a Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal komplex minősítése keretében megállapított rehabilitációs javaslatról függően rehabilitációs ellátást (ha rehabilitálható) vagy rokkantsági ellátást (ha rehabilitációja nem javasolt) igényelhetnek. A rehabilitációs ellátás havi összege a rehabilitációtól függően legalább a minimálbér 30 %-a, legfeljebb 50 %-a (46.500 Ft). A rokkantsági ellátás összege az egészségkárosodás függvényében legalább a minimálbér 30%-a és legfeljebb a minimálbér 150%-a

Rehabilitációs járadékot 2012. január 1-eje után már nem állapítanak meg, de az ebben részesülő személyek ellátásának folyósítása megmarad. Az ellátás legfeljebb 3 évig tart. A rehabilitációs járadék mellett lehet kereső tevékenységet folytatni, de a rehabilitációs járadék összegét 50%-kal csökkentik, ha az elért kereset eléri az éves összeghatárt. Összege az öregségi nyugdíjminimum 120 %-a. A korábban megállapított rokkantsági járadék is továbbfolyósításra került, de 2012. január 1-eje után nem állapítható meg.

Fontos kiemelni, hogy a korhatár előtti ellátás, a szolgálati járandóság, az átmeneti bányásznyugdíj és a balettművészek életjáradéka ellátások esetén, ha az ellátásban részesülő személy a minimálbér 18-szorosát meghaladó jövedelmet szerez (éves összeghatár: 1,674.000 Ft), akkor a tárgyév végéig szüneteltetik az ellátást.

Nők és gyermekek védelme

Tekintettel arra, hogy a nemzetközi szakirodalom vizsgálata, és a hazai statisztikai elemzés is arra az eredményre jutott, hogy a külföldiek egészségügyi ellátórendszerben való megjelenésének egyik kulcspontja a terhes- és csecsemőgondozás, ennek a kérdéskörnek külön fejezetet is rendelünk a magyar helyzet elemzése során.

A várandósság – főszabály szerint – nem betegség. Erre utal az is, hogy a várandósság során elvégzendő feladatok az Ebtv.-től elkülönülten is megjelennek.⁸⁵ Az állam a központi költségvetésből biztosítja a belföldi státussal rendelkezőknek a Magyarországon lakóhellyel rendelkező várandós és gyermekágyas anya részére a család- és nővédelmi gondozás keretében az egészségi állapotának védelmét és magzata egészséges fejlődésének ellenőrzését szolgáló szűrővizsgálatokat, a magzat egészséges fejlődését biztosító életmódról való tájékoztatást, a szülésre, szoptatásra és csecsemőgondozásra való felkészítést. A terhesgondozás keretében járnak a szűrővizsgálatok és a terhestanácsadás. Továbbá, a védőnői hálózattal való együttműködés minden várandós anya részére nyitva áll, aki a védőnő illetékességi területén él. A szülés sürgősségi egészségbiztosítási ellátás, arra a korábban elmondottak vonatkoznak.

A szülést követően járó speciális ellátásokat az alábbiakban mutatom be.

Anyatej ellátás

Az újszülött gyermek (csecsemő) akár egészségügyi intézményben tartózkodása alatt, akár otthonában jogosult lehet a társadalombiztosítási támogatással nyújtott anyatejre, ha bizonyos feltételek fennállnak. Meg kell jegyezni, hogy a jelenlegi hatályos jogi megközelítés tág kereteket határoz meg az anyatejre való jogosultságra.⁸⁶ Először is, a gyermek jogosult az anyatejre, ha az anya saját tejével nem képes táplálni őt és a gyermek koraszülött vagy kis súlyú újszülött. Amennyiben az újszülött érett, akkor is jogosulttá válhat a támogatott anyatej ellátásra, ha súlyos táplálkozási allergiában, felszívódási zavarban, vagy hasmúttal járó fejlődési rendellenességben szenved és az anya nem tudja őt saját tejével táplálni. Továbbá, az a csecsemő is jogosulttá válhat a támogatott anyatej ellátásra, akinek az anyja

- fizikailag alkalmatlan az anyatejrel való táplálásra,
- olyan fertőző betegségben vagy mérgezésben szenved, amely a csecsemő egészségét veszélyezteti,
- olyan gyógyszer szed, amely szedése a szoptatás időszakában ellenjavallt,
- súlyos, gyakori tudatvesztéssel járó állapotban van,
- pszichés állapota a szoptatást lehetetlenné teszi,
- a szoptatás időszakában meghalt, vagy
- a gyermeket elhagyta.

Végeredményben tehát minden anya, aki nem tudja szoptatni a gyermekét saját anyatej hiányában, jogosult az állami anyatej ellátásra. Az anyatej társadalombiztosítási támogatással akkor vehető igénybe, ha azt a rendelésre jogosult orvos (beleértve az anyatej rendelésére az egészségbiztosítási pénztárral –

⁸⁵ A magzati élet védelméről szóló 1992. évi LXXIX. törvényben és az annak alapján elfogadott, a terhesgondozásról szóló 33/1992. (XII. 23.) NM rendeletben.

⁸⁶ 47/1997. (XII. 17.) NM rendelet a kötelező egészségbiztosítás keretében járó anyatejellátás feltételeiről.

gyógyszerrendelésre –szerződést kötött házi orvos és a házi gyermekorvost is) vényen rendeli a csecsemő részére.

Az ellátáshoz biztosított anyatejet az állam gyűjti, az anyatejet szigorú feltételek betartásával lehet leadni, térítés ellenében, az Anyatejgyűjtő Állomásokon.⁸⁷ Az anyatejet adományozó személynek igazolnia kell a közegészségügyi feltételeknek való megfelelését. Ezt az igazolást az anyatejet adományozó anyuka háziorvosa, a gyermekorvos vagy a körzeti védőnő állítja ki. Az anyatejet adományozó nők életkoruktól függetlenül, térítésmentesen vehetik igénybe az anyatej adományozás feltételeként, a járványügyi érdekből kötelezően végzendő szűrővizsgálatokat. Anyatejet adományozó személy esetén a tárgyhónapra tb. támogatással rendelt elszámolásra benyújtott anyatej mennyisége nem haladhatja meg a napi 800 ml-t. Az anyatejet igénylő személy az anyatejet felveheti ezeken az állomásokon, de az anyatejet adományozó személytől közvetlenül is.

Tápszer árához nyújtott egészségbiztosítási támogatás

Az újszülött (csecsemő) speciális táplálkozási igényeinek kielégítésére lehetőség van egészségbiztosítási támogatással tápszert is vásárolni, az anyatej igénybevételén felül, amelyhez - az anyatejhez hasonlóan - vény ellenében lehet hozzájutni. (Nem minden tápszer árához jár támogatás, hanem – a gyógyszerek támogatásához hasonlóan – csak azokhoz, amelyeket az OEP a társadalombiztosítási támogatásba befogadott.) A babák részére támogatással felírható tápszer különleges táplálkozási igényt kielégítő (különleges táplálkozási célú) élelmiszernek minősül.⁸⁸ Két formája van: az anyatej helyettesítésére illetve az anyatej mellett, annak kiegészítésére szolgáló tápszer. Az anyatej-helyettesítő tápszer olyan különleges táplálkozási célú élelmiszer, amely önmagában kielégíti a csecsemők tápanyagszükségletét a születést követő első hónapokban, a megfelelő kiegészítő táplálás bevezetéséig, miközben az anyatej-kiegészítő tápszer olyan különleges táplálkozási célú élelmiszer, amely csecsemők táplálására szolgál a megfelelő kiegészítő táplálás bevezetésekor, és amely a fő folyadékelemet alkotja ezen csecsemők fokozatosan változatosabbá váló étrendjében.

Fontos kiemelni, hogy mind az anyatej, mind a tápszer elérhető térítési díjas formában, tehát támogatás nélkül is. Amennyiben tehát a külföldi személynek nincsen TAJ száma, illetve ha van, de az anyatejet és a tápszert háziorvosi vizit nélkül, sürgősen kívánja beszerezni, erre vény nélkül is lehetősége van – társadalombiztosítási támogatás nélküli térítési díj ellenében.

Pénzbeli ellátások

A gyermekvállalás természetes következménye, hogy az anya átmenetileg nem tud kereső tevékenységet folytatni. A magyar egészségügyi ellátórendszer erre az

⁸⁷ 8/2002. (X. 4.) ESzCsM rendelet az anyatej társadalombiztosítási támogatás alapját képező áráról, valamint a támogatás elszámolásának módjáról.

⁸⁸ 36/2004. (IV. 26.) ESzCsM rendelet a különleges táplálkozási célú élelmiszerekről

esetre biztosítja az anyának kieső jövedelme pótlását, abban az esetben, ha az anya megfelelő ideig biztosítottként járulékot fizetett.

A kieső jövedelem pótlásaként az egészségbiztosítás a gyermek születése esetén a jogosultsági feltételeknek megfelelő anyát (illetve jogszabályban meghatározott egyéb, gyermekenként egy személyt) terhességi-gyermekágyi segélyben vagy gyermekgondozási díjban részesíti, amelyek biztosítási jogviszonyhoz kötött egészségbiztosítási pénzbeli ellátások. Ha a munkába visszatért anya gyermeke megbetegszik, akkor a gyermek ápolására gyermekápolási táppénzt vehet igénybe. Ezeket részletezzük az alábbiakban.

Terhességi-gyermekágyi segély (TGYÁS)

A terhességi gyermekágyi segély a 168 napos szülési szabadság időtartamára jár, mértéke az igénylő jövedelme napi átlagának 70%-a, és amelynek nincsen felső határa. A terhességi-gyermekágyi segély annak jár, aki a szülést megelőző két éven belül 365 napon át biztosított volt, és

- a biztosítás fennállása alatt, vagy
- a biztosítás megszűnését követő 42 napon belül szül, vagy
- a biztosítás megszűnését követően 42 napon túl baleseti táppénz folyósításának ideje alatt (vagy a folyósítás megszűnését követő 28 napon belül) szül.⁸⁹

Terhességi-gyermekágyi segélyre jogosult

- az a nő, aki a csecsemőt örökbefogadási szándékkal nevelésbe vette, a gondozásba vétel napjától,
- az a gyám, aki a csecsemőt jogerős döntés alapján gondozza, a kirendelés napjától,
- a csecsemőt gondozó vér szerinti apa, ha a szülő nő az egészségügyi szolgáltató által igazoltan, az egészségi állapota miatt kikerül abból a háztartásból, ahol a gyermeket gondozzák, az igazoláson feltüntetett naptól ezen egészségi állapot fennállásáig,
- a csecsemőt gondozó vér szerinti apa, ha a szülő nő meghal, az elhalálozás napjától,
- az a férfi, aki a csecsemőt örökbefogadási szándékkal nevelésbe vette, ha a gyermeket vele együtt örökbe fogadni szándékozó nő az egészségügyi szolgáltató által igazoltan, az egészségi állapota miatt kikerül abból a háztartásból, ahol a gyermeket gondozzák, az igazoláson feltüntetett naptól ezen egészségi állapot fennállásáig,
- az a férfi, aki a csecsemőt örökbefogadási szándékkal nevelésbe vette, ha a gyermeket örökbe fogadni szándékozó nő meghal, az elhalálozás napjától,
- az a férfi, aki a csecsemőt egyedül vette örökbefogadási szándékkal nevelésbe, a gondozásba vétel napjától,

abban az esetben, ha a jogosultsági feltételekkel rendelkezik. Ilyen esetben a jogosultság napjától a szülési szabadság még hátralévő időtartamára jár a terhességi-gyermekágyi segély.

A jogosultsági feltételek fennállása esetén sem jár a terhességi gyermekágyi segély, ha nincsen jövedelem kiesés, amelyet az egészségbiztosítási ellátásnak kellene pótolni. Nem jár ezért terhességi-gyermekágyi segély a szülési szabadságnak arra a tartamára, amelyre a teljes keresetét megkapja, illetve ha bármilyen jogviszonyban díjazás – kivéve a szerzői jog védelme alatt álló alkotásért járó díjazást és a személyi jövedelemadó-mentes tiszteletdíjat, – ellenében munkát végez, vagy hatósági engedélyhez kötött keresőtevékenységét személyesen folytatja.

⁸⁹ Ebtv. 40. §.

Annak, aki a keresetét részben kapja meg, csak az elmaradt keresete után jár terhességi-gyermekágyi segély.

A terhességi gyermekágyi segélyre jogosult szülő körülményeiben bekövetkezett olyan változásokat, amelyek következtében e felsorolás szerint már nem lenne jogosult az ellátásra, a változást követő 5 napon belül a terhességi gyermekágyi segélyben részesülő személynek be kell jelenteni a folyósító szervhez.

A terhességi-gyermekágyi segély a szülési szabadságnak megfelelő időtartamra jár. A szülési szabadság szabályait a 2012. évi I. törvény (Munka Törvénykönyve) határozza meg. Ennek megfelelően a terhes, illetve szülő nőt 24 hét szülési szabadság illeti meg, amelyet úgy kell kiadni, hogy abból legfeljebb négy hét a szülés várható időpontja elé essen. A szülési szabadság tehát legkésőbb a szülés napjával kezdődik, ezért a terhességi-gyermekágyi segélyre jogosultság kezdő napja a szülés várható időpontját megelőző négy hét bármelyike lehet, de legkésőbb a szülés napja. A szülési szabadság kiadására, igénybevételére egyébként a munkáltató és a munkavállaló megállapodása az irányadó. Ha a gyermeket koraszülöttként egészségügyi intézetben ápolják, gondozzák, az anya megszakíthatja a szülési szabadságot és az igénybe nem vett részt a gyermek intézetből elbocsátása után is igénybe veheti, a szülést követő egy éven belül.

A Munka Törvénykönyvének a szülési szabadságra vonatkozó rendelkezése szerint kell a terhességi-gyermekágyi segély folyósításának időtartamát is megállapítani, abban az esetben is, ha a jogosult tevékenysége egyébként nem tartozik e törvény hatálya alá.

A terhességi-gyermekágyi segély összegének megállapítása attól függ, hogy a jogosultság kezdőnapját megelőző év január 1-jétől a terhességi-gyermekágyi segély kezdőnapjáig van-e 180 napi jövedelem. Ha van, akkor a terhességi-gyermekágyi segély összegének alapjául szolgáló jövedelem napi átlagát a táppénzre vonatkozó szabályok szerint kell megállapítani, és annak 70%-át kell venni.⁹⁰ Ha viszont a szülési szabadság kezdőnapját megelőző január 1-jétől a szülési szabadság kezdetéig nincs 180 napi jövedelem, akkor a terhességi-gyermekágyi segély napi összegének alapja a jogosultság kezdő napján érvényes minimálbér kétszeresének (2012-ben 186.000 Ft) harmincad része.

Abban az esetben, ha a biztosítottnak minősülő anya nem rendelkezik a terhességi-gyermekágyi segély folyósításához szükséges biztosítási idővel, az egészségbiztosítónak lehetősége van arra, hogy meghatározott keretek között méltányosságot gyakorolva, az általános szabályoktól eltérően megállapítsa a terhességi-gyermekágyi segélyre való jogosultságot annak is, aki arra a méltányossági jogcím nélkül nem lenne jogosult. A méltányosságból megállapított ellátás napi összege nem lehet magasabb a jogosultság kezdő napján érvényes minimálbér kétszerese harmincad részénél.

Fenti szabályok minden biztosítottra vonatkoznak, függetlenül az érintett állampolgárságától vagy magyarországi tartózkodásának jogcímétől.

⁹⁰ A terhességi-gyermekágyi segélyből a jogszabály szerint (megjelölt adókedvezményeket figyelembe véve) számított személyi jövedelemadó-előleget a folyósító szerv levonja. A terhességi-gyermekágyi segély után egészségbiztosítási és nyugdíj- járulékot nem kell fizetni.

Gyermekgondozási díj (GYED)

Gyermekgondozási díjra jogosult, aki gyermekét saját háztartásában neveli:⁹¹

- a biztosított, gyermeket szülő anyja, ha a szülést megelőzően két éven belül 365 napon át biztosított volt,

- a terhességi-gyermekágyi segélyben részesült anyja, akinek a biztosítási jogviszonya a terhességi-gyermekágyi segély igénybevételének időtartama alatt szűnt meg feltéve, hogy a terhességi-gyermekágyi segélyre való jogosultsága a biztosítási jogviszony fennállta alatt keletkezett és a szülést megelőzően két éven belül 365 napon át biztosított volt,

- a biztosított szülő, ha a gyermekgondozási díj igénylését megelőzően két éven belül 365 napon át biztosított volt.

Szülőnek kell tekinteni a vér szerinti és az örökbefogadó szülőt, továbbá a szülővel együtt élő házastársat, bejegyzett élettársat, azt a személyt, aki a saját háztartásában élő gyermeket örökbe kívánja fogadni és az erre irányuló eljárás már folyamatban van és a gyámat.

Mivel a gyermekgondozási díj célja is a kiesett jövedelem pótlása, nem jár, ha az érintett bármilyen jogviszonyban díjazás – kivéve a szerzői jog védelme alatt álló alkotásért járó díjazást – ellenében munkát végez, vagy hatósági engedélyhez kötött keresőtevékenységét személyesen folytatja, vagy munkavégzés nélkül is megkapja teljes keresetét. Aki a gyermek gondozása ellenére a keresetét részben megkapja, annak csak az elmaradt keresete után jár a gyed. Kizárja a folyósítást, ha az érintett egyéb rendszeres pénzellátásban részesül.⁹² Szükséges továbbá, hogy a gyermek a saját háztartásban maradjon, ezért a folyósítás szünetel, ha a gyermeket napközbeni ellátást biztosító intézményben (bölcsődében, családi napköziben, házi gyermekfelügyeletbe) helyezték el.

A gyermekgondozási díj legfeljebb a gyermek 2. életévének betöltéséig jár. Ha az ellátás igénybevételét időközben megszakítják, akkor az ellátás megszakítása a már megállapított gyed összegét nem érinti, a gyermek 2. életévének betöltéséig igényelhető. A gyermekgondozási díj alapjául szolgáló naptári napi átlagkeresetet a terhességi gyermekágyi segélynél bemutatott szabályok szerint kell megállapítani. A gyermekgondozási díj a figyelembe vehető jövedelem naptári napi átlagának 70 %-a, azzal, hogy a gyed maximálisan megállapítható összege igazodik a mindenkori minimálbérhez, a gyed legfeljebb havonta a mindenkori minimálbér kétszeresének 70 százaléka lehet. Ennek megfelelően a gyermekgondozási díj 2012. évi felső határa havi bruttó 130.200 Ft.⁹³

A gyermekgondozási díj összege akkor sem változik, ha a szülő munkahelyet változtat és az új munkáltatójánál ugyanazon gyermek után ismételten gyermekgondozási díjat kér.

⁹¹ Ebtv. 42/A. §.

⁹² Nem vonatkozik ez a kizáró ok arra, aki álláskeresési járadékot vagy álláskeresési segélyt, illetve aki vállalkozói- vagy munkanélküli járadékot, vagy álláskeresést ösztönző juttatást kap.

⁹³ A gyermekgondozási díj összegéből az adókedvezmények figyelembevételével a személyi jövedelemadó-előleget, a biztosítottat terhelő nyugdíjárulékot, magánnyugdíjpénztári tag esetén a magánnyugdíjpénztári tagdíjat a folyósító levonja.

Fenti szabályok minden biztosítottra vonatkoznak, függetlenül az érintett állampolgárságától vagy magyarországi tartózkodásának.

Noha a terhességi gyermekágyi segély és a gyermekgondozási díj is egészségbiztosítási ellátás, célja a családok bevételeinek biztosítása, tartalmát tekintve tehát családi ellátásnak is lehet minősíteni. Vannak nem az egészségbiztosítás által folyósított családi ellátások (gyermekgondozási segély –gyes - és gyermeknevelési támogatás gyet), amelyekkel nem lehetséges az együttfolyósítás. Ha tehát a szülő egyidejűleg gyermekgondozási segélyre/gyermeknevelési támogatásra és táppénzre/terhességi gyermekágyi segélyre /gyed-re is jogosult lenne, választása szerint csak az egyik ellátást veheti igénybe, és beadhatja kérelmét időközben is egy másik ellátásra. Ez szokott különösen akkor előfordulni, ha valaki a gyes folyósítása alatt válik jogosulttá gyed-re, amely magasabb összegű lehet, akkor érdemes a gyes-ről áttérnie.

Ha a szülők a közös háztartásban élő gyermek(ek) után egyidejűleg mindketten jogosultak lennének az egészségbiztosítási ellátásokra, akkor is – a szülők választása szerint – csak egy jogcímen és csak az egyik szülő részére lehet megállapítani az ellátást.

Statisztikai adatok a harmadik országbeli állampolgárok által igénybe vett tes/gyed ellátásokról

A 2006 és 2010 közötti öt évet ölelik át az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP) alább részletesen elemzendő adatai, melyek a hazánkban tartózkodó harmadik államokbeli polgárok gyermekgondozási díjjal (GYED), és a terhességi gyermekágyi segéllyel (TGYÁS) kapcsolatos igénybevételeinek, (fogyasztásának) döntő hányadát teszi ki a hét ország, nevezetesen Kína, Ukrajna, Vietnam, Oroszország, Jugoszlávia, Szerbia és Mongólia állampolgárainak vonatkozásában.⁹⁴

Az adatok típusa – migrációs statisztikai nézőpontból egyértelmű. Teljes körű regiszterből származó adminisztratív jellegű adatokat elemzünk, melyekre az alábbi szabályszerűségekkel bírunk. A legkülönfélébb típusú regiszterek folyamatos információt képesek szolgáltatni az aktuális helyzetről és a változásokról is. Magyarországon a regisztrációs rendszereknek már archív állományai is vannak, melyek az eseménytörténeti kutatások számára szolgálnak alapanyagul. Az OEP adatbázis e tulajdonságát tudtuk felhasználni a kutatásunk során.

Le kell szögeznünk, hogy az adatlekérésünk eredményeképpen kapott információk több szempontból is példa és előzmény nélküliek Magyarországon. Első különlegességük maguk a létük, tehát hogy felhasználói igény merült fel előállításukra, és azt az adatgazda ki is tudta elégíteni. Külsőnek tekinthető igényünk nélkül, nagy valószínűséggel nem alakult volna ki az adminisztráció belső kívánalma, ilyen típusú adatok aggregálására. hasonló adatbázis eddig nem készült Magyarországon, következésképpen az abból megállapított tények, összefüggések, folyamatok, következtetések, ajánlások különleges jelentőségre tesznek szert.

⁹⁴ A kutatáshoz lekértük az OEP hivatalos statisztikáit a külföldiek által igénybevett ellátásokról. Az elemzésért köszönet illeti Dr. Illés Sándor kollégát.

Igen érdekes, hogy ugyanez a hét ország polgárai vették legnagyobb mértékben igénybe az egészségügyi ellátórendszer egyes alrendszereit is (az akut, fekvőbeteg, járó beteg, fogászati és pénzbeli ellátások). Ez a megoszlások súlyaiban levő nagyfokú megegyezés arra utal, hogy az egészségügyi ellátórendszert igénybe vevő harmadik országbeli állampolgárok, hasonló mértékben és megoszlásokban veszik igénybe a szociális ellátórendszer alább tárgyalandó alrendszereit (TGYÁS, GYED).

Az adatok összevontan, személyi azonosításra alkalmatlan módon kerültek átadásra. A különböző típusú ellátásokat azonos változók mentén kértük le és kaptuk meg. Az egyes ellátási típusok változói az alábbiak voltak. A már tárgyalt év volt az időszak alapegysége. Az állampolgárság, mely esetünkben annyi problémát okozott, hogy jugoszláv állampolgárok minden egyes évben külön szerepeltek. Az utódállamokra szétbontásukra mód nyílhatott volna, ha ismerjük az eredetország szerinti szokásos lakóhelyük települését. Sajnos erre nem volt lehetőségünk. A 2006-os évre vonatkozóan román és bolgár állampolgárokat is kellett volna tartalmaznia az adatbázisnak, hiszen abban az egy évben még harmadik államokbelinek számítottak. Az idősor homogenitásának követelménye miatt azonban eltekintettünk a két náció adatbázisba kerülésétől.

A vizsgált öt évben összesen 1534 fő vette igénybe a gyermekágyi segílyt a hét harmadik államokbeli országok polgárai közül. A sokaság közel kétharmadát ukrán (457 fő) és kínai (437 fő) állampolgárok tették ki. Tőlük jelentősen lemaradva harmadik helyen a vietnami állampolgárok következtek 310 elláttal. Egy újabb mennyiségi ugrást követően, közel egytized-egytized részarányal Oroszország polgárai (123 fő) és az egykori Jugoszlávia és a mai Szerbia állampolgárai (124 fő) következnek. Ha Jugoszláviát és Szerbiát külön vettük volna, akkor Mongólia állampolgárai megelőzték volna őket a mennyiségi sorban 83 elláttal.

Az öt év vizsgált időszak alatt 2723 fő kapott gyermekgondozási díjat a 7 harmadik államokbeli országok polgárai közül. A gyermekgondozási díjat kapók magasabb számát indokolja az igénybevételének hosszabb időtartama, a gyermekágyi segílyhez képest. Ezt a szociális támogatást döntően (több mint háromnegyedük) három ország polgárai veszik igénybe Magyarországon. A kínai állampolgárok közül 828 fő, az ukrán állampolgárok közül 630 fő kapott gyermekgondozási díjat a 2006 és 2010 közötti öt évben. Oroszország polgárai a gyermekágyi segílyt kapókhöz hasonlóan negyedik helyen áll 190 fővel. Jugoszlávia és Szerbia összevont értékei (209 fő) nem csak Mongólia állampolgárainak gyermekgondozási díjat igénybe vevő részét (135 fő) haladják meg, hanem Oroszország állampolgárainak volumenét is.

Gyermekápolási táppénz

A gyermekápolási táppénzre jogosultság feltételei megegyeznek a táppénz általános jogosultsági feltételeivel. Gyermekápolási táppénzre azok a biztosítottak jogosultak, akik saját keresőképtelenségük esetén táppénzben részesülhetnek. A gyermekápolási táppénzre jogosultságnak ugyanaz a három alapfeltétele van (biztosítási jogviszony, a keresőképtelen személy pénzbeli egészségbiztosítási járulék fizetésére kötelezett, és az orvos igazolja a keresőképtelenséget). A keresőképtelenség körében viszont nem a saját betegség a mérvadó, mert a

keresőképtelenség alapja, hogy az anya a kórházi ápolás alatt álló egy évesnél fiatalabb gyermekét szoptatja, illetve a szülő a tizenkét évesnél fiatalabb beteg gyermekét ápolja.

A gyermekápolási táppénz folyósításának időtartama elsődlegesen a beteg gyermek életkorától függ, továbbá attól is, hogy a gyermekápolási táppénzt igénybe vevő szülő közös háztartásban, vagy egyedül neveli-e a gyermeket.

A gyermekápolási táppénz szempontjából egyedülállónak kell tekinteni, azt a személyt:

- aki hajadon, nőtlen, özvegy, elvált, vagy házastársától külön él, kivéve, ha élettársa van.
- azokat a házastársakat, akik a vakok személyi járadékában részesülnek, vagy arra egyébként jogosultak,
- akinek a házastársa munkaképtelen és a Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal szakvéleménye szerint I., vagy II. csoportos rokkant,
- akinek a házastársa előzetes letartóztatásban van, szabadságvesztés büntetését tölti.
- Az egyedülállóság szempontjából pedig különélőnek kell tekinteni azt is, aki házastársával ugyanabban a lakásban lakik, de a házasság felbontása iránt bírói eljárás van folyamatban.

Az egyévesnél idősebb gyermek betegsége esetén járó gyermekápolási táppénzes napok a gyermek életkorához igazodóan, a gyermek születésnapjától a következő születésnapig terjedő időtartamra járnak. Az 1 évesnél idősebb, de 3 évesnél fiatalabb gyermek ápolása címén évenként és gyermekenként 84 naptári nap gyermekápolási táppénz folyósítható. A 3 évesnél idősebb, de 6 évesnél fiatalabb gyermek ápolása címén évenként és gyermekenként 42, egyedülállónak 84 naptári nap gyermekápolási táppénz folyósítható. A 6 évesnél idősebb, de 12 évesnél fiatalabb gyermek ápolása címén évenként és gyermekenként 14, egyedülállónak 28 naptári nap gyermekápolási táppénz folyósítható.

Több gyermek egyidejű betegsége esetén a szülő választása szerint bármelyik gyermeke után igénybe veheti a gyermekápolási táppénzt. A gyermekgondozási segély folyósításának időtartamára gyermekápolási táppénz nem jár, kivéve ha a szülő a gyermekgondozási segély mellett munkát végez. A gyermekápolási táppénz összegét a táppénz összegének megfelelően kell kiszámítani.

Szervezetrendszer

Az egészségügyi ellátórendszer irányító szerve az Emberi Erőforrások Minisztériuma. Egyéb legfontosabb szervek: az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP), az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat (ÁNTSZ), a Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet (GYEMSZI), az Egészségügyi Engedélyezési és Közigazgatási Hivatal (EEKH) és az Országos Betegjogi, Ellátottjogi, Gyermekjogi és Dokumentációs Központ (OBDK).

Az OEP központi hivatal, Kormányrendelet által létrehozott, miniszter irányítása alatt működő központi államigazgatási szerv.⁹⁵ Az OEP-et az egészségbiztosításért felelős miniszter irányítja. Egészségbiztosítási szervek az OEP, valamint a fővárosi és megyei kormányhivatalok egészségbiztosítási pénztári feladatokat ellátó szakigazgatási szervei. A lakosság igényeinek kielégítését (pl. TAJ szám igénylése) a kormányhivatali szakigazgatási szervek, míg az egészségügyi szolgáltatókkal összefüggő feladatellátást, valamint az egészségbiztosítás makroszintű elemzési, nyilvántartási, feladatait az OEP látja el. Az OEP és a megyei kormányhivatali szakigazgatási szervek közötti kapcsolatrendszer meghatározza az OEP szakmai irányító szerepe, illetve hogy a szakigazgatási szervek döntései iránti fellebbezést az OEP bírálja el.

Az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat (ÁNTSZ) az Országos Tisztifőorvosi Hivatalból (OTH) és annak irányítása alatt álló országos intézetekből áll.⁹⁶ Az OTH-t az egészségügyért felelős miniszter irányítja. Az OTH központi hivatal székhelye Budapest. Az OTH irányítása alá tartoznak az ÁNTSZ országos intézetei. A működési engedélyek kiadására az OTH rendelkezik hatáskörrel, a következő szolgáltatások esetében: fekvőbeteg szakellátás, mentés, betegszállítás, vérellátás, hemodialízis, sejt- és szövetbank, biobank, intézeten kívüli szülészeti és újszülött ellátás. Egyéb ellátások tekintetében a működési engedélyezési eljárást a fővárosi és megyei kormányhivatal illetékes kistérségi népegészségügyi intézete folytatja le.

Az Egészségügyi Engedélyezési és Közigazgatási Hivatal (EEKH) önállóan működő és gazdálkodó országos közhatalmi költségvetési szerv.⁹⁷ Feladatai közé tartozik – többek között - az orvostechnikai eszközökkel kapcsolatos hatósági, ideértve a piacfelügyeleti hatósági feladatok ellátása; az egészségügyi felsőfokú szakirányú szakképzéssel kapcsolatos pályáztatás lebonyolításával és a szakképzés költségvetési forrásának a kezelésével kapcsolatos feladatok ellátása; a kábítószerekkel és pszichotróp anyagokkal, valamint az új pszichoaktív anyagokkal végezhető tevékenységek engedélyezési eljárásának lefolytatása.

A Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet (GYEMSZI) A GYEMSZI az egészségügyért felelős miniszter irányítása alatt álló központi hivatal, önállóan működő és gazdálkodó központi költségvetési szerv.⁹⁸ Székhelye Budapest, vezetője a főigazgató. Végzi – többek között - az egészségügyi minőségfejlesztési feladatok koordinálását, szakmai irányítását, illetve dokumentálását; ellátja a gyógyszerészeti hatósági, szakhatósági és ellenőrzési tevékenységeket; meghatározza a területi egészségügyi ellátás megszervezésének módszertanát, és irányítja annak megszervezését.

⁹⁵ 2010. évi XLIII. tv. 72. §.

⁹⁶ Lásd a 323/2010. (XII.27.) Korm. rendeletet.

⁹⁷ 295/2004. (X.28.) Korm. rendelet.

⁹⁸ 59/2011. (IV.12.) Korm. rendelet.

Az Országos Betegjogi, Ellátottjogi, Gyermekjogi és Dokumentációs Központ (OBDK) is az egészségügyért felelős miniszter irányítása alá tartozó központi hivatal.⁹⁹ Jogvédelmi, dokumentációs és tájékoztatási feladatai vannak.

⁹⁹ 214/2012. (VII. 30.) Korm. rendelet az Országos Betegjogi, Ellátottjogi, Gyermekjogi és Dokumentációs Központról.

Néhány záró gondolat

Kísérletet teszek arra, hogy a nemzetközi szakirodalom tanulságaira a magyar rendszer alapján reflektáljak. Előrebocsátom ugyanakkor, hogy Magyarországon a harmadik országbeli állampolgárok részvétele mérhetően alacsony az egészségügyi ellátórendszerben, ami önmagában nehézzé tenné általános megállapítások megtételét. A nehézséget nagyban fokozza, hogy a nemzetközi szakirodalom megállapításai felméréseken alapulnak, míg a tanulmány célkitűzése az ellátórendszer szabályainak az elemzése.

Az elemzés eredménye, hogy a szabályozás szintjén a kisebb létszámú nem magyar állampolgár csoportok főszabály szerint osztják a magyar állampolgárok sorsát a magyar ellátórendszerben. Ez azt jelenti, hogy a fő ellátotti csoportot érő hatások és kihívások megjelennek a migránsok szintjén is.

Az ellátórendszerhez való hozzáférés kapcsán elmondható, hogy Magyarországon egységes és kötelező társadalombiztosítási rendszer működik, amelynek célja, hogy integrálja mindazokat, akik az ország területén gazdasági tevékenységet folytatnak vagy huzamosan itt élnek. Ennek megfelelően léteznek különböző hozzáférési kategóriák: elsőként a biztosítottak és egészségügyi szolgáltatásokra jogosultak (akik esetében a csatlakozás kötelező, és szükséges a gazdasági tevékenység végzése vagy a belföldi lakhely). Aki tehát dolgozik vagy régóta él Magyarországon, egyenlő feltételekkel tud a rendszerhez csatlakozni. Fontos lehetőség a megállapodás kötésének lehetősége az OEP-pel. Esetükben nincs kötelező jelleg, és nincsen lakhely feltétel sem. Elmondható, hogy – ugyan eltérő feltételekkel és költségekkel – egy harmadik országbeli állampolgár csatlakozni tud a magyar egészségügyi ellátórendszerhez, akkor is, ha dolgozik, akkor is, ha huzamosabb ideje itt él, és akkor is, ha semmilyen korábbi vagy akár aktuális kötődése nincsen az országhoz.

Az ellátórendszerhez való hozzáférés tehát vagy járulékfizetéstől függ, vagy az érintettnek jogosultnak kell lennie egészségügyi szolgáltatásra, emellett csak a megállapodás megkötése lehetséges. Természetesen a hozzáférés költségigénye – pl. a megállapodás esetén a minimálbér 50 vagy 30 százaléka – nehezítheti a hozzáférést, ugyanakkor felmerül, hogy aki viszont dolgozik, az adói és járulékai révén ezzel összemérhető nagyságrendű bevételt generál a társadalombiztosítási alapoknak (pl. egy 200 ezer Ft-os bruttó fizetés szociális hozzájárulási adó tartalma 54 ezer Ft, az egészségbiztosítási járulék része pedig 14 ezer Ft, nem beszélve a nyugdíjjárulékról és a személyi jövedelmadóról). Mindez hozzájárul ahhoz, hogy az egészségügyi ellátórendszerhez való hozzáférés legfőbb meghatározó tényezője a magyar egészségügyi ellátórendszer finanszírozottsága és teljesítőképessége.

Fontos hangsúlyozni, hogy aki jogosultságot szerzett arra, hogy a magyar ellátórendszert igénybe vegye, az egyenlő bánásmód elve alapján jogosult részt venni az ellátás folyamatában, mind a sürgősségi, mint a tervezett ellátási körben. Alapelv, hogy (Ebtv. 3. § (1) bekezdés) „Az egészségügyi szolgáltatások azonos szakmai tartalommal illetik meg az egészségbiztosítás egészségügyi szolgáltatásaira jogosult személyeket.” A szakirodalom által kockázatként említett diszkrecionális

döntés joga a szolgáltató részéről ebben a kötelező, szabályozott rendszerben aligha érvényesülhet. A megállapodást kötők esetében van kivétel – pl. fogászati kezelésre nem jogosultak, és a külföldi gyógykezelés finanszírozását nem kérhetik az OEP-től -, de a fogászati kezelés szűk kivétel, a másik kivétel pedig nem a magyarországi ellátást érinti. Ennek fényében is érvényes az az állítás, hogy a rendszerszerű hozzáférésben nincsenek különbségek.

Ugyanez a helyzet a pénzbeli ellátásokkal, beleértve a keresőképtelenségnek azt az esetét is, amikor az érintett gyermek születése miatt van távol munkahelyétől.

Hasonlóan kiterjed a védelem a várandós és gyermekágyas nőkre, akik – többek között – a védőnői szolgálat terhesgondozási segítségét is igénybe vehetik.

Magyarországon minden település lakóinak egy adott, előre meghatározott intézményben kell igénybe vennie egy adott, tervezett ellátást (a sürgősségi esetekre eltérő szabályok vonatkoznak, azokban az esetekben bármely intézmény felkereshető). Az ellátás nyújtására területileg illetékes egészségügyi intézmények listáját, szakterületek szerinti bontásban a GYEMSZI által működtetett honlap naprakészen tartalmazza.¹⁰⁰

Meg kell jegyezni, hogy a külföldiek ugyanebben a rendszerben érhetik el az ellátásokat, tehát főszabály szerint a lakóhelyük szerinti területileg illetékes egészségügyi intézményben (illetve sürgősség esetén bármelyik intézményben). Azok a harmadik országbeli állampolgár külföldiek, akiknek nincsen lakóhelyük, mert a rájuk vonatkozó idegenrendészeti szabályok alapján lakóhellyel nem rendelkeznek, a tartózkodási helyük szerinti egészségügyi intézmény illetékességi körébe tartoznak.¹⁰¹

A magyar egészségbiztosítási rendszerben vannak szolidaritási (méltányossági elemek) is. Ezek mindegyike elérhető a nem magyar állampolgár jogosultaknak is (általános segély, közgyógyellátás). Ki kell emelni a kifejezetten határon túli magyarokra vonatkozó rendelkezéseket is. A Szerb Köztársaságban, illetve Ukrajnában lakóhellyel rendelkező, magukat magyar nemzetiségűnek valló személyek Magyarországon vehetnek igénybe egészségügyi szolgáltatásokat egy meghatározott eljárásrend szerint.

A nyelvi kérdések terén leszögezhető, hogy az egészségügyi jog a magyar nyelv használatát írja elő. Az Eütv. 8. § (2) bekezdése az orvosválasztás körében deklarálja, hogy „(...) a betegnek joga van az ellátását végző olyan orvos megválasztásához, akivel az állapotának, illetve az egészségügyi szolgáltatás jellegének megfelelő, magyar nyelven történő kapcsolattartásra képes”. Az Eütv. 13. §-a a tájékoztatáshoz való jogról szól. Ennek körében kimondja az Eütv. 13. § (8) bekezdése, hogy „(...) a betegnek joga van arra, hogy számára érthető módon kapjon tájékoztatást, figyelemmel életkorára, iskolázottságára, ismereteire, lelkiállapotára, e tekintetben megfogalmazott kívánságára, valamint arra, hogy a tájékoztatáshoz szükség esetén és lehetőség szerint tolmácsot vagy jelnyelvi tolmácsot biztosítsanak.”

¹⁰⁰ <http://tek2012.gyemszi.hu/tek1/index.php> (Letöltés: 2012. augusztus 26.)

¹⁰¹ Ebtv. Vhr. (217/1997. (XII. 1.) Korm. rendelet a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény végrehajtásáról) 3/A. § (2) bekezdés.

Melléklet

I. sz. melléklet

Semmelweis Terv célkitűzései (Koncepció 6. oldal):

az ágazat rövid-, és hosszabbtávú pénzügyi, gazdasági és szervezeti konszolidációját lehetővé tevő forrásjuttatásnak és a rendelkezésre álló fejlesztési források új prioritások mentén történő átcsoportosításának;

a nagyobb állami felelősségvállalást jelentő, az intézmények közötti együttműködést, a struktúra-átalakítást és a betegút-szervezést (BÚSz) támogató, új állami egészségügyi szervezési intézményrendszer kialakításának, és ennek segítségével a szükséges strukturális átalakítások megvalósításának;

a struktúra-átalakítás keretében az egészségügyi és a szociális ágazatban tervezett fejlesztések összehangolásának, az alapellátás és a járóbeteg-szakellátás megerősítésének illetve kompetenciáik tisztázásának, valamint a sürgősségi ellátás újjászervezésének;

a népegészségügyi program megújításának és az egészségügyi ellátórendszerhez, valamint az egészségügyi ellátórendszer népegészségügyi szempontokhoz való hatékony illesztésének;

a betegek jogainak hatékonyabb érvényesítését és a nemkívánatos események, műhibák megelőzését, számuk minél alacsonyabbra szorítását, korai felismerését, illetve az ezekkel kapcsolatos károk ellentételezését és a rendszerszintű minőségjavulást lehetővé tevő új intézményrendszer kialakításának;

az egészségügyi dolgozók számára reális és kiszámítható perspektívát jelentő, az egyes foglalkozási csoportokra kidolgozott egészségügyi életpálya-modelleknek, a szakképzési rendszer átalakításának;

az ágazati informatika újragondolásának, új alapokra helyezésének (adatstruktúrák átalakítása, közhiteles nyilvántartások megújítása, egységes kezelése, adatok elérhetővé tétele) és rendszerszintű fejlesztésének;

a gyógyszerpolitikában új prioritások kijelölésének, a hatékonyság növelésének, a befogadási rendszer transzparenciájának és rugalmasságának, a gyógyszerbiztonság növelésének és a gyógyszerterek egészségügyi ellátói szerepének visszaállítása, erősítése;

valamint a gazdasági fejlődés szempontjából is kitörési pontot jelentő egészségturizmus fejlesztésének, az egészségügyi képzésbe, illetve az egészségiparba történő beruházások rendszerszerű támogatásának.

2. sz. melléklet:

Sürgős szükség körébe tartozó, életet veszélyeztető állapotok és betegségek

1. Életet veszélyeztető, vagy maradandó egészségkárosodás veszélyével járó (külső vagy belső) vérzés

2. Átmeneti keringés- és/vagy légzésleállással járó állapotok (Pl. embolia, Adams-Stokes-Morgagni szindróma, syncope, fulladások, életet veszélyeztető ritmuszavarok, klinikai halál állapota)

3. Életveszélyes endokrin- és anyagcsere állapotok, a folyadék- és ion- háztartás életveszélyes zavarai

4. Központi idegrendszeri kompresszió veszélyével járó kórképek (Pl. agyödéma, fejfájás, szédülés, tumor, gyulladás, fejlődési rendellenesség, trauma)

5. Eszméletlen állapotok

6. Status epilepticus és tüneti görcsrohamok

7. Hirtelen fellépő látászavar, látásvesztés, „vörös szem”, szemsérülés

8. Szepszis

9. Magas halálozású, vagy súlyos szövődmények kialakulásának veszélyével járó hirtelen fellépő, vagy progrediáló, nem-sebészeti betegségek és érkatasztrófák ellátása

10. Szülés, koraszülés, lepényleválás, súlyos terhességi toxémia, eclampsia újszülött ellátása, akut nőgyógyászati vérzés

11. Sokk megelőző és sokkos állapotok, életveszélyes allergiás és anaphylaxiás állapotok, szisztémás és poliszisztémás autoimmun betegségek krízis-állapotai

12. Az immunrendszer fokozott, vagy kóros működésén, illetve a csontvelői vérsejtképzés elégtelenségén alapuló heveny vérsejthiány-állapot

13. Veleszületett, vagy szerzett véralvadási zavar alapján létrejövő heveny életveszély

14. Akut légzési elégtelenség, légút szűkület (Pl. gégeödéma, asthmás roham, idegentest, fulladás)

15. Mérgezések

16. Akut hasi katasztrófák és azok képében jelentkező, nagy fájdalommal, görcsökkel járó kórképek (Pl. bélelzáródás, appendicitis, perforatio, méhenkívüli terhesség, petefészek ciszta megrepedése, tuboovariális tályog, kocsánycsavarodott cysta, kizárt sérv, epegörcs, vesegörcs, vérvizelés)

17. Égés-fagyás (III.-IV. fokú és nagykiterjedésű I-II. fokú, és/vagy az életminőség szempontjából különösen veszélyeztetett testtájat vagy a légutakat érintő)

18. Elsődleges sebellátás
19. Testüregek (koponya, mellkas, has) és parenchymás szervek (szív, tüdő, lép, máj, vese) sérülése
20. Compartement szindrómák
21. Nyílt törések és decollement sérülések
22. Amputációk (replantációs lehetőségekkel vagy azok nélkül)
23. Súlyos medencegyűrű törések
24. Politraumatizáció, többszörös sérülések
25. Búvárbalesetek, magassági betegség, keszonbetegség, barotrauma
26. Áramütés, elektrotrauma
27. Hő- és hidegártalom, kihűlés, hypothermia, hyperthermia, napszúrás, hóguta
28. Súlyos akut sugárártalom és sugárbetegség
29. Öngyilkossági kísérlet és szándék, mentális állapottal összefüggő közvetlen veszélyeztető állapot
30. Heveny pszichés zavarok, pszichózisok
31. Infektológiai kórképek, melyek önmagukban vagy szövődményeik révén az életet veszélyeztető állapotot idéznek elő.

3. sz. melléklet

Az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről szóló 2006. évi CXXXII. törvény szerint a járóbeteg-szakellátás különféle formái

Bőrgyógyászat és nemibeteg-ellátás - gondozás
Neurológia - gondozás
Klinikai onkológia - gondozás
Pszichiátria - gondozás
Tüdőgyógyászat - gondozás
Gyermek- és ifjúságpszichiátria - gondozás
Alkohológia (pszichiátriai szakfeladat) - gondozás
Drogbetegellátás - gondozás
Addiktológia (pszichiátriai szakfeladat) - gondozás
Sürgősségi betegellátás
általános belgyógyászat
angiológia, phlebológia, lymphológia
Haematológia
endokrinológia, anyagcsere és diabetológia
Gastroenterológia
Nefrológia
Geriátria
belgyógyászati kardiológia
belgyógyászati tüdőgyógyászat (pulmonológia)
allergológia és klinikai immunológia
endokrinológia
diabetológia
általános sebészet
esztétikai plasztikai sebészet
tüdő- és mellkassebészet
Érsebészet
idegsebészet
szívsebészet
proktológia
csecsemő- és gyermekszívsebészet
általános traumatológia
plasztikai és égési sebészet
kézsebészet
arc- és állcsont-szájsebészet
általános szülészet-nőgyógyászat
terhesgondozás (orvosi)

általános csecsemő- és gyermekgyógyászat
neonatalógia
csecsemő- és gyermekkardiológia
gyermek-tüdőgyógyászat
gyermek-gasztroenterológia
gyermeksebészet
gyermeknőgyógyászat
gyermekszemészet
csecsemő és gyermek fül-, orr-, gégegyógyászat
gyermekradiológia
gyermekneuroológia
gyermek- és ifjúságpszichiátria
fejlődésneuroológia
általános fül-orr-gégegyógyászat
audiológia
foniátria
otoneuroológia
általános szemészet
általános bőr- és nemibeteg-ellátás
bőrgyógyászat
bőrgyógyászati allergológia
általános neurológia
fejfájás szakrendelés
neurológiai rehabilitáció
EEG és EMG diagnosztika
ortopédia
urológia
andrológia
urodinamia
klinikai onkológia
sugárterápia, onkoradiológia
fogászati ellátás (szakellátás)
dento-alveoláris sebészet (szájsebészet)
fogszabályozás
parodontológia
gyermekfogászat
fogászati röntgen
reumatológia és fizioterápia
reumatológia
fizioterápia (orvosi szakképesítéssel)
menopauza és oszteoporózis rendelés
aneszteziológia
fájdalomterápia
fertőzőbeteg-ellátás, infektológia
AIDS-ellátás és -gondozás

pszichiátria
addiktológia
pszichiátriai rehabilitáció
pszichoterápia (szakorvosi képesítéssel)
alkohológia
drogbetegellátás
tüdőgyógyászat
Pulmonológiai allergológia és immunológia
Pulmonológiai és légzésrehabilitáció
mozgásszervi rehabilitáció (rehabilitációs szakorvos
javallata szerint)
belgyógyászati rehabilitáció
foglalkozás-egészségügyi szakellátás
általános kardiológia (szakorvosi szakképesítéssel)
kardiológiai rehabilitáció
echokardiográfiai diagnosztika
EKG és Holterdiagnosztika
általános laboratóriumi diagnosztika
általános kémiai laboratóriumi diagnosztika
haematológiai laboratóriumi diagnosztika
mikrobiológiai laboratóriumi diagnosztika
biokémiai laboratóriumi diagnosztika
immungenetikai laboratóriumi diagnosztika
genetikai laboratóriumi diagnosztika
izotóp laboratóriumi diagnosztika
immunológiai laboratóriumi diagnosztika
általános röntgendiagnosztika
röntgenterápia (régi szolgáltatókra vonatkozik)
mammográfiás szűrés és diagnosztika
angiográfiás diagnosztika
intervenciós radiológia
neuroradiológia
CT
MRI
ultrahang-diagnosztika
echokardiográfia
nőgyógyászati ultrahang-diagnosztika
gasztroenterológiai ultrahang-diagnosztika
általános kórbonctan és kórszövettan
szövettan, kórszövettan
cytológia, cytopatológia
aspirációs cytológia
immunhisztológia
neuropatológia
thermographia

lézerdiagnosztika
általános fizioterápia-gyógytorna
hydroterápia
gyógytorna
gyógymasszázs
fizioterápia (asszisztensi tevékenységként)
transzfuziológia
izotópdiagnosztika és terápia
radioizotópos terápia
izotópdiagnosztika
klinikai genetikai tanácsadás
genetikai tanácsadás
általános pszichológia
klinikai szakpszichológia
gyermekpszichológia
pszichoterápia
szexológia
logopédia
gyógypedagógia (és annak szakágai)
konduktori tevékenység
Egészségbiztosítási Orvosszakértés

4. sz. melléklet

Kötelezően vezetendő intézményi várólisták köre

Szakma	Beavatkozás típusa
Szemészet	Szürkehályog műtétei
Fül-orr-gégegyógyászat	Mandula, orrmandula műtét
Orrmelléküregék, proc. mastoideus műtétei	
Ortopédia	Térdprotézis műtét
Csípőprotézis műtét	
Gerincstabilizáló műtétek, gerincdeformitás műtétei	
Gerincsérv műtétek	
Sebészet	Epekövesség miatti beavatkozás feltárás
Epekövesség miatti beavatkozás laparasztopia	
Katéteres epekőoldás	
Hasfali-, lágyék sérvműtét implantátum beültetésével	
Sérvműtétek (hasfali, lágyék-, köldök-, combsérv) implantátum beültetése nélkül	
Kardiológia	Diagnosztikus szívkatéterezés, elektrofiziológiai vizsgálat (külön várólistán vezetendő)
Radiofrekvenciás katéterabláció	
PTCA; Coronaria stent beültetés	
Urológia	Prosztata jóindulatú megnagyobbodásának műtétei I. (Prostatectomia)
Prosztata jóindulatú megnagyobbodásának műtétei II. (Transurethralis prostataműtét)	
Nőgyógyászat	Nőgyógyászati műtétek nem malignus folyamatokban

5. sz. melléklet

A határon túli magyarok részére az alábbiakban felsorolt magyarországi ellátások támogatására kerülhet sor:

a) daganatos megbetegedések műtéti megoldása a szükséges implantátumok alkalmazásával együtt, a sugárterápia és kemoterápia nélkül,

b) az idegrendszer organikus betegségeinek ellátása és idegsebészeti beavatkozások,

c) szemészeti műtéti beavatkozások,

d) a fül speciális műtéti beavatkozásai,

e) szájpadhasadék műtéti korrekciója,

f) gége-garat speciális műtéti beavatkozásai,

g) nyelőcső elváltozások műtéti beavatkozásai,

h) emésztőrendszer fejlődési rendellenességeinek műtéti megoldása,

i) mellkas- és gerinc deformitások műtéti megoldása,

j) mozgásszervek: a traumás csonttörés esetén a szakmailag indokolt további korrekciós műtétek végzése,

k) keringési rendszer veleszületett rendellenességeinek műtéti beavatkozásai,

l) szív ingerképzési és vezetési zavarok gyógyszeres és pacemakeres kezelése,

m) csont-ízületi fejlődési rendellenességek műtéti ellátása,

n) húgyivarszervek fejlődési rendellenességeinek, illetve egyéb elváltozásainak műtéti ellátása,

o) a szöveti transzplantációk közül a szaruhártya átültetés,

p) magas kockázatú terhességek, illetve a terhespatológiai esetek diagnosztikája, szükség szerinti gondozása, kezelése,

q) a beavatkozást követő hazaszállítás költségeinek határig történő biztosítása,

r) az a)–p) pont szerinti kórképek megállapítására irányuló, a beteg lakóhelye szerinti országban megkezdett diagnosztika kiegészítése a magyarországi szakmai irányelveknek megfelelően,

s) az a)–p) pont szerinti – e rendelet alapján engedélyezett és támogatott – ellátásokhoz kapcsolódó, szakmai irányelvek alapján indokolt kontroll végzése.

LEGFONTOSABB SZAKIRODALOM JEGYZÉKE

Linda Boateng, Mary Nicolaou, Henriëtte Dijkshoorn, Karien Stronks and Charles Agyemang, An exploration of the enablers and barriers in access to the Dutch healthcare system among Ghanaians in Amsterdam, *BMC Health Services Research* 2012, 12:75 doi:10.1186/1472-6963-12-75, Letölthető: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/12/75>, (Letöltés időpontja: 2012. május 27.)

Sarah Bowen, Language Barriers in Acces to Health Care, Health Canada, Ottawa, 2011 november, Letölthető: <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/acces/2001-lang-acces/index-eng.php> (Letöltés: 2012. június 23.)

Pilar Carrasco-Garrido, Rodrigo Jiménez-García, Valentin H Barrera, Ana L de Andrés, Ángel G de Miguel, Significant differences in the use of healthcare resources of native-born and foreign born in Spain, *BMC Public Health* 2009, 9:201 doi:10.1186/1471-2458-9-201. Letölthető: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/9/201> (Letöltés: 2012. június 24.)

Dr. Karner Cecília, Nemzetközi egészségügyi finanszírozási modellek és az állam szerepvállalása, Egészségügyi Gazdasági Szemle, Budapest, 2008/2., 3-12.o. Letölthető: <http://weborvos.hu/adat/egesz/2008maj/3-12.pdf> (Letöltés időpontja: 2012. április 16.)

Marie Dauvrin et al, Health care for irregular migrants: pragmatism across Europe. A qualitative study, *BioMed Central Ltd. Research Notes* 2012, 5:99 (doi:10.1186/1756-0500-5-99). Letölthető: <http://www.biomedcentral.com/1756-0500/5/99> (Letöltés: 2012. április 18.)

Dózsa Csaba László, A kórházak stratégiai válaszai a változó környezetre - Magyarországon a 2000-es években – Ph.D. értekezés, Budapesti Corvinus Egyetem, Budapest 2010. Letölthető: http://medecon.hu/phd_magyar.pdf (Letöltés időpontja: 2012. április 13.)

European Commission, Joint Report on Health Systems, European Economy: Occasional Papers. No. 74, European Commission and the Economic Policy Committee. Letölthető: http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/occasional_paper/2010/pdf/ocp74_en.pdf

European Observatory on Access to Healthcare of Médecins du Monde (2009), Access to healthcare for undocumented migrants in 11 European countries., Letölthető: <http://www.mdm-international.org/spip.php?article362> (Letöltés: 2012. június 23.)

European Union Agency for Fundamental Rights (FRA), Migrants in an irregular situation: access to healthcare in 10 European Union Member States, Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2011. Letölthető: http://fra.europa.eu/fraWebsite/attachments/FRA-2011-fundamental-rights-for-irregular-migrants-healthcare_EN.pdf (Letöltés: 2012. április 3.)

Gaál P, Szigeti S, Csere M, Gaskins M, Panteli D., Hungary: Health system review. *Health Systems in Transition*, European Observatory on Health Systems and Policies, 2011: 13(5): 1-266. Letölthető: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0019/155044/e96034.pdf (Letöltés időpontja: 2012. április 3.)

Giovanni Baglio, Catherine Saunders, Angela Spinelli, John Osborn, Utilisation of Hospital Services in Italy: A Comparative Analysis of Immigrant and Italian citizens, *Journal of Immigrant and Minority Health*, 2010: (12) 598-609.

Harris, Mark Fort, Access to Preventive Care by Immigrant Populations, *BMC Medicine* 2012, 10:55 doi:10.1186/1741-7015-10-55, Letölthető: <http://www.biomedcentral.com/1741-7015/10/55/abstract> (Letöltés: 2012. május 31.)

Hynek Pikhart, Dusan Drbohlav, Dagmar Dzurova, The self-reported health of legal and illegal/irregular immigrants in the Czech Republic, *International Journal of Public Health*, 2010: 55(5): 401-411.

Illés Sándor, Migráció és cirkuláció magyar nézőpontból. In Gellénné Lukács Éva (szerk.): *Kézikönyv - Harmadik országbeli állampolgár kutatók magyarországi integrációja*. Tullius Kiadó, Budapest, 127–142.

Józan Péter, Csökkenő kardiovaszkuláris mortalitás, javuló életkilátások, új epidemiológiai korszak kezdete Magyarországon, *IME*, 2009. május - VIII. évfolyam 4. szám, Letölthető: <http://imeonline.hu/index.php?kateg=archivum74> (Letöltés: 2012. április 19.)

Kaposvári, Cs. – Vitrai J, Snapshot of Health Inequities in Hungary: Small Area-Level and Social Inequities in Health Care Needs, HealthMonitor Research Consulting, Összefoglaló letölthető, Letöltés: 2012. április 18.

Letölthető: http://www.egeszsegmonitor.hu/dok/HU_mortality_inequity_en.pdf

Dr. Kereszty Éva Margit, Betegjogok másképpen - az állami szerepvállalás lehetőségei és formái a betegjogok és orvosi jogok érvényesítésében – Habilitációs monográfia, 2012. (kézirat)

Norredam M, Mygind A, Nielsen AS, Bagger J, Krasnik A.: Motivation and relevance of emergency room visits among immigrants and patients of Danish origin. *European Journal of Public Health*, 2007 Oct;17(5):497-502. Epub 2007 Jan 27.

OECD Economic Surveys: Hungary, March 2012, OECD Publishing, 2012. Letölthető: http://www.oecd-ilibrary.org/economics/oecd-economic-surveys-hungary-2012_9789264127272-en (Letöltés: 2012. április 3.)

Jane Perkins, J.D., M.P.H., Ensuring linguistic access in healthcare settings: an overview of current legal rights and responsibilities, Henry J Foundation, Washington, 2003. Letölthető: http://www.kff.org/uninsured/immigrantcare_linguisticaccess.cfm (Letöltés: 2012. június 16.)

Stefan Priebe, Sima Sandhu, Sónia Dias, Andrea Gaddini, Tim Greacen, Elisabeth Ioannidis, Ulrike Kluge, Allan Krasnik, Majda Lamkaddem, Vincent Lorant, Rosa P Riera, Attila Sarvary, Joaquim JF Soares, Mindaugas Stankunas, Christa Straßmayr, Kristian Wahlbeck, Marta Welbel, Marija Bogic, Good practice in health care for migrants: views and experiences of care professionals in 16 European countries, *BMC Public Health* 2011, 11:187 doi:10.1186/1471-2458-11-187, Letölthető: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/12/75>, (Letöltés: 2012. május 27.)

Kenan Topal, Erhan Eser, Ismail Sanber, Elizabeth Bayliss and Esra Saatci, Challenges in access to health services and its impact on quality of life: a randomised population-based survey within Turkish speaking immigrants in London, *Health and Quality of Life Outcomes* 2012, 10:11 doi:10.1186/1477-7525-10-11., Letölthető: <http://www.hqlo.com/content/10/1/11> (Letöltés: 2012. május 28.)

Újraélesztett egészségügy, gyógyuló Magyarország, Semmelweis terv az egészségügy megmentésére, letölthető, letöltés időpontja: 2012. április 16. <http://www.kormany.hu/download/3/c4/40000/Semmelweis%20Terv%20szakmai%20koncepti%C3%B3%202011.%20j%C3%BAnius%2027..pdf>

Wolff et al, Undocumented migrants lack access to pregnancy care and prevention, *BioMed Central Ltd. Research Notes* 2008, 8:93. (doi:10.1186/1471-2458-8-93). Letölthető: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/8/93> (Letöltés: 2012. április 18.)

JOGSZABÁLYOK

2012. évi I. törvény a Munka Törvénykönyvéről (új Mt.)
2011. évi CLXXXVIII. törvény Magyarország 2012. évi központi költségvetéséről
2011. évi CXCI. törvény a megváltozott munkaképességű személyek ellátásairól és egyes törvények módosításáról
2011. évi CLIV. törvény a megyei önkormányzatok konszolidációjáról, a megyei önkormányzati intézmények és a Fővárosi Önkormányzat egyes egészségügyi intézményeinek átvételéről
2011. évi XXXXX törvény a népegészségügyi termékadóról
2010. évi LXXV. törvény az egyszerűsített foglalkoztatásról
2009. évi LXXIX. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról
2009. évi XXIX. törvény a bejegyzett élettársi kapcsolatáról, az ezzel összefüggő, valamint az élettársi viszony igazolásának megkönnyítéséhez szükséges egyes törvények módosításáról
2008. évi IX. törvény a 2008. március 9-i országos ügyszavazásokon hozott döntések végrehajtásáról
2008. évi IV. törvény az 1 és 2 forintos címletű érmék bevonása következtében szükséges kerekítés szabályairól a társadalombiztosítási és szociális ellátások megállapítása során, továbbá a társadalombiztosítási nyugellátásról szóló 1997. évi LXXXI. törvény módosításáról
2008. évi III. törvény az 1 és 2 forintos címletű érmék bevonása következtében szükséges kerekítés szabályairól
2007. évi II. törvény a harmadik országbeli állampolgárok beutazásáról és tartózkodásáról
2007. évi I. törvény a szabad mozgás és tartózkodás jogával rendelkező személyek beutazásáról és tartózkodásáról
2006. évi CXXXII. törvény az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről
2006. évi XCVII. törvény az egészségügyben működő szakmai kamarákról
2005. évi CXX. törvény az egyszerűsített közteherviselési hozzájárulásról
2004. évi CXL. törvény a közigazgatási hatósági eljárás és szolgáltatás általános szabályairól
2003. évi LXXXIV. törvény az egészségügyi tevékenység végzésének egyes kérdéseiről
2000. évi II. törvény az önálló orvosi tevékenységről
1999. évi XLII. törvény a nemdohányzók védelméről
1998. évi LXXXIV. törvény a családok támogatásáról
1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről
1997. évi LXXXIII. törvény a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól
1997. évi LXXX. törvény a társadalombiztosítás ellátásaira és a magánnyugdíjra jogosultakról, valamint e szolgáltatások fedezetéről
1997. évi XLVII. törvény az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló

1996. évi XX. törvény a személyazonosító jel helyébe lépő azonosítási módokról és az azonosító kódok használatáról

1993. évi XCIII. törvény a munkavédelemről

1992. évi LXVI. törvény a polgárok személyi adatainak és lakcímének nyilvántartásáról

1992. évi XXII. törvény a Munka Törvénykönyvéről (régi Mt)

298/2012. (XII. 22.) Korm. rendelet a kötelező legkisebb munkabér (minimálbér) és a garantált bérminimum megállapításáról

59/2011. (IV. 12.) Korm. rendelet a Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézetről

331/2010. (XII. 27.) Korm. rendelet a Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatalról, valamint eljárásának részletes szabályairól

319/2010. (XII. 27.) Korm. rendelet az egészségbiztosítási szervekről

337/2008. (XII. 30.) Korm. rendelet az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről szóló 2006. évi CXXXII. törvény végrehajtásáról

322/2006. (XII. 23.) Korm. rendelet az Országos Mentőszolgálatról

287/2006. (XII. 23.) Korm. rendelet a várólista alapján nyújtható ellátások részletes szabályairól

227/2003. (XII. 13.) Korm. rendelet a külföldi gyógykezelésekkel kapcsolatos egyes kérdésekről

43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól

223/1998. (XII. 30.) Korm. rendelet a családok támogatásáról szóló 1998. évi LXXXIV. törvény végrehajtásáról

284/1997. (XII. 23.) Korm. rendelet a térítési díj ellenében igénybe vehető egyes egészségügyi szolgáltatások térítési díjáról

217/1997. (XII. 1.) Korm. rendelet a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény végrehajtásáról

195/1997. (XI. 5.) Korm. rendelet a társadalombiztosítás ellátásaira és a magánnyugdíjra jogosultakról, valamint e szolgáltatások fedezetéről szóló 1997. évi LXXX. törvény végrehajtásáról

168/1997. (X. 6.) Korm. rendelet a társadalombiztosítási nyugellátásról szóló 1997. évi LXXXI. törvény végrehajtásáról

20/2008. (V. 14.) EüM rendelet az anyatej-helyettesítő és anyatej-kiegészítő tápszerről

59/2007. (XII. 29.) EüM rendelet a határon túli magyarok egészségügyi ellátásának támogatásáról

14/2007. (III. 14.) EüM rendelet a gyógyászati segédeszközök társadalombiztosítási támogatásba történő befogadásáról, támogatással történő rendeléséről, forgalmazásáról, javításáról és kölcsönzéséről

52/2006. (XII. 28.) EüM rendelet a sürgős szükség körébe tartozó egyes egészségügyi szolgáltatásokról

5/2006. (II. 7.) EüM rendelet a mentésről

4/2000. (II. 25.) EüM rendelet a házi orvosi, házi gyermekorvosi és fogorvosi tevékenységről

19/1998 (VI.3.) NM rendelet a betegszállításról

50/1997. (XII.17.) NM rendelet a betegszállításra jogosító kúraszerű kezelésekről

48/1997. (XII. 17.) NM rendelet a kötelező egészségbiztosítás keretében igénybe vehető fogászati ellátásról

47/1997. (XII. 17.) NM rendelet a kötelező egészségbiztosítás keretében járó anyatejellátás feltételeiről

26/1997. (IX.3.) NM rendelet az iskola-egészségügyi ellátásról

11/1997. (V.28.) NM rendelet a természetgyógyászati (és nem konvencionális gyógyító) tevékenység gyakorlásának egyes kérdéseiről

27/1996. (VIII. 28.) NM rendelet a foglalkozási betegségek és fokozott expozíciós esetek bejelentéséről és kivizsgálásáról

9/1993. (IV. 2.) NM rendelet az egészségügyi szakellátás társadalombiztosítási finanszírozásának egyes kérdéseiről

33/1992. (XII. 23.) NM rendelet a terhesgondozásról

87/2004. (X.4.) ESzCsM rendelet a Magyar Köztársaság területén tartózkodó, egészségügyi szolgáltatásra a társadalombiztosítás keretében nem jogosult személyek egészségügyi ellátásának egyes szabályairól

36/2004. (IV. 26.) ESzCsM rendelet a különleges táplálkozási célú élelmiszerekről

32/2004. (IV. 26.) ESzCsM rendelet a törzskönyvezett gyógyszerek és a különleges táplálkozási igényt kielégítő tápszerek társadalombiztosítási támogatásba való befogadásának szempontjairól és a befogadás vagy a támogatás megváltoztatásáról

8/2002. (X. 4.) ESzCsM rendelet az anyatej társadalombiztosítási támogatás alapját képező áráról, valamint a támogatás elszámolásának módjáról

5/1993. (XII. 26.) MüM rendelet a munkavédelemről szóló 1993. évi XCIII. törvény végrehajtásáról

1208/2011. (VI. 28.) Korm. határozat a Semmelweis Tervben meghatározott egészségügyi struktúra-átalakítással járó feladatokról, a kiemelt feladatok végrehajtásához szükséges intézkedésekről

Harmadik országbeli állampolgárok részvétele a közfinanszírozott rendszerben esettanulmányok

Bevezető

A fejezet célja annak a kérdéskörnek a feltérképezése, hogy a harmadik országbeli állampolgárok mely rétege, hol, milyen gyakran, milyen típusú közfinanszírozott ellátórendszerbe tartozó egészségügyi szolgáltatást vesz igénybe. A fentiek vizsgálata különösen azért fontos, mert a rendszerváltozás óta évente átlagosan 25–30 millió külföldi lépi át az országhatárt, amely forgalom az ország területi és népességi viszonyaihoz mérten mind európai, mind világviszonylatban jelentősnek mondható. Magyarország egyrészt a Balkánt Nyugat-Európával összekötő tranzitforgalom egyik fontos útvonala. Másrészt, a trianoni döntés következményeként továbbra is figyelembe kell venni az elemzések során a határon túli magyarság hosszabb-rövidebb idejű itt tartózkodását (itt az Ukrajnában és Szerbiában élő külhoni magyarokra gondolunk). Nem feledkezhetünk meg továbbá a tengerentúlról érkező, magyar eredet nélküli külföldiekről sem, továbbá azon egykori emigránsokról, akik turistaútjaik során ismerkedtek meg hazánk vonzerejével, és úgy döntöttek, hogy itt kívánnak letelepedni vagy legalábbis átmenetileg tartózkodni. Végül, sokan érkeznek a távoli Ázsia országaiból, kifejezetten abból a célból, hogy itt kereső tevékenységet folytassanak, azaz hosszú távra berendezkedjenek.

A kutatás folyamatában világosság vált, különösen az OEP adatállományának beérkezését követően, hogy a demográfiai adatok alapján az ellátások területi megoszlásában Budapest dominál. Ezt követik a keleti és déli határ menti megyék, valamint Pest megye. A nyugati megyékben (Győr-Moson-Sopron, Fejér és Baranya) elvétve fordul elő harmadik országbeli ellátása. A vizsgált öt évben, Vas, Zala, Veszprém, Komárom-Esztergom és Nógrád megyékben egyáltalán nem láttak el fekvőbetegként harmadik államokbeli állampolgárt. Mindezekre figyelemmel a közfinanszírozott ellátásban a kutatás céljává az ellátások közel 90%-át biztosító Budapest és Pest megyei intézmények vizsgálata vált. Ebből a földrajzi egységből 19 klinika, és három kórház ellátási adatait dolgoztuk fel részletesen.

Az adatgyűjtés elsődleges bázisát a két leginkább súlypontinak tekintett intézmény által gyűjtött és rendelkezésre bocsátott adatok alkotják. Ezek a Semmelweis Egyetem (SE) és az Országos Mentőszolgálat. Ettől a két intézménytől megkaptuk a teljes anonimizált adatállományt, amelyek a harmadik országbeli állampolgárok által igénybevett ellátásokat tartalmazzák 2011-ben, illetve az OMSZ esetében 2011-2012 tekintetében.

Ezúton is szeretnénk megköszönni ezen intézmények segítségét, amely nélkülözhetetlen volt a kutatás számára, mert enélkül tanulmányunk szubsztantív magja hiányzott volna. Hálásak vagyunk azért, hogy a kutatásban nem veszélyt láttak, hanem lehetőséget arra, hogy ebben az ilyen szinten soha nem kutatott témában új eredményeket érhessünk el, úgy, hogy azok statisztikailag megalapozottak.

Szeretnénk köszönetet mondani továbbá azoknak a személyeknek is, akik vállalkoztak az interjúkra, hiszen minden egyes interjúban voltak új elemek, eltérő megközelítések, és ezekből állhatott össze ez az anyag, amelyben reméljük, hogy tudtunk szolid konklúziókra jutni, továbbgondolásra érdemes megállapításokat tenni.

Az intézmények adatelemzése nem tette lehetővé, hogy leválogassuk az Európai Integrációs Alap személyi hatályába nem tartozó személyeket (menekültek, hontalanok, menedékesek, oltalmazottak), azonban számuk olyannyira csekély (lásd I. sz. függelék az OEP adatai szerint az egész ország vonatkozásában), hogy bizony állíthatóan csak kismértékű változást generálnak a konklúzióink levonása során. Erre példa a Dél-Alföld mentőellátási statisztika, ahol a békéscsabai menekülttábor közelsége, úgy tűnik, a valóságban is megjelenik az adatokban.

Emellett másodlagos forrást jelentett a több tucat interjú, amelyet felvettünk az egészségügyi szolgáltatókkal, orvosokkal, szakszervezeti képviselőkkel.

Meggyőződésünk, hogy a segítőkészséget nagyban erősítette a megfelelő adatvédelmi nyilatkozat, amelyet a kutatásban használtunk (lásd 2. sz. függelék). Az adatvédelmi nyilatkozat szerint az interjúalanyok anonimak, kivéve, ha hozzájárulnak ahhoz, hogy az általuk adott interjú nyilvánosságra hozható.

Minden egészségügyi vonatkozású táblázat az anyagban saját szerkesztés és összesítés. Néhol talán túl részletesnek tűnik a statisztikai adatok feldolgozása, ugyanakkor, hangsúlyozni kell, hogy igazán akkor használhatóak az adatok, ha a feldolgozottság kellő részletességet mutat.

A fejezet elsőként a mentőellátással foglalkozik (általában és regionális szinten), ezt követik a központi régió járóbeteg és fekvőbeteg adatai, a regionális központokban felvett interjúk, mindezek megfelelő statisztikai alátámasztása, végül a teljes adatsorból folyó cizellált következtetések.

Mentőellátás

Kutatási eredményeink ismertetése körében a fejezeten belül kiemelt szerepet szánunk a helyszíni sürgősségi betegellátás – azaz mentés – hathatós vizsgálatának. Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény szerint a Magyarország területén sürgősségi ellátásra szoruló nem magyar állampolgárt haladéktalanul el kell látni, az orvosi segítségre szoruló nem magyar állampolgáron pedig ugyanolyan feltételek mellett kell elvégezni a beavatkozást, mint a magyar állampolgárokon. A mentési tevékenység jellegéből fakadóan nem tervezett tevékenység, így az e körben végzett statisztikai adatok elemzéséből leszűrte eredmények kellően reális képet adnak az egészségügyi szaksegítség igénybevételének alakulásáról. Reprezentatív az eredmény azért is, mert e tevékenység ellátása egyetlen hazai állami szerv feladata, és valamennyi sürgősségi helyszíni ellátás körébe eső tevékenység ide tartozik. A mentési feladatok ellátása, mint feladat bázis-finanszírozott, így nem torzítják az adatokat finanszírozási pontszám jelentési anomáliái. A kutatások során a mentőszolgálat 18 megyei és a fővárosi szervezetének adatait dolgoztuk fel teljeskörűen.

Az Országos Mentőszolgálat (a továbbiakban: OMSZ) által ellátott esetek vizsgálatának a kutatás során kiemelt figyelmet szenteltünk, hiszen az egyetlen olyan egységes állami egészségügyi intézmény, melynek feladata az életmentés, a sürgős ellátás biztosítása. Az OMSZ az ország hét régiójában összesen 230 állomással rendelkezik, így teljes, országos ellátási lefedettséget nyújt, így reális és átfogó képet tárnak elénk mind az ország területén egészségügyi ellátásra szoruló személyek származás szerinti megoszlásáról, mind az általuk igényelt ellátásról a felállított diagnózisokon keresztül.

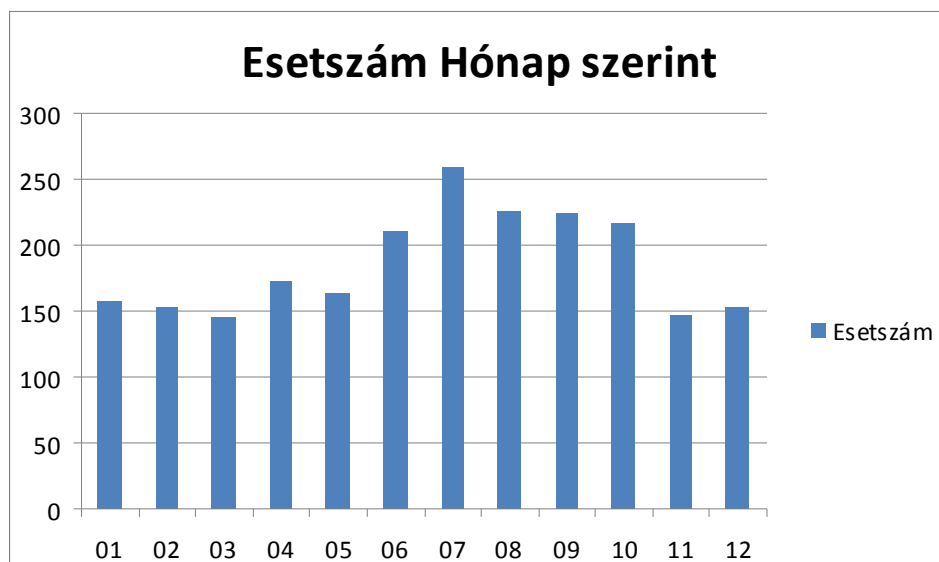
Esetszám és állampolgárság

A 2011. és 2012. évi esetszámokat mutatja az alábbi táblázat:

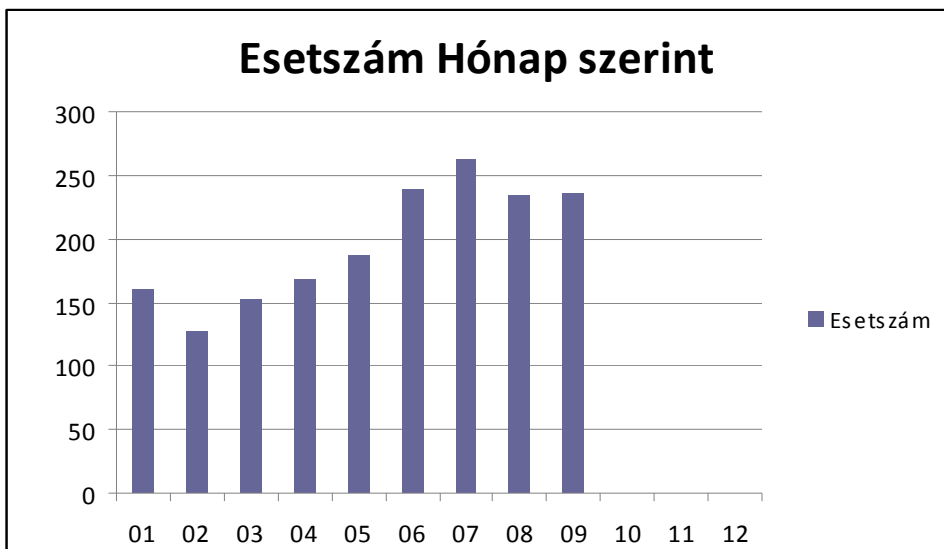
Hónap	2012 (fő)	2011 (fő)
01	160	158
02	127	153
03	153	145
04	168	172
05	187	164
06	238	211
07	263	259
08	234	226
09	235	225
10	0	217
11	0	147
12	0	153

1. ábra: 2011. és 2012. évi összesített esetszámok (OMSZ statisztika)

Látható, hogy az OMSZ tevékenységében a harmadik országbeli állampolgárok aránya csekély, havi szinten 100-200 fő között mozog.

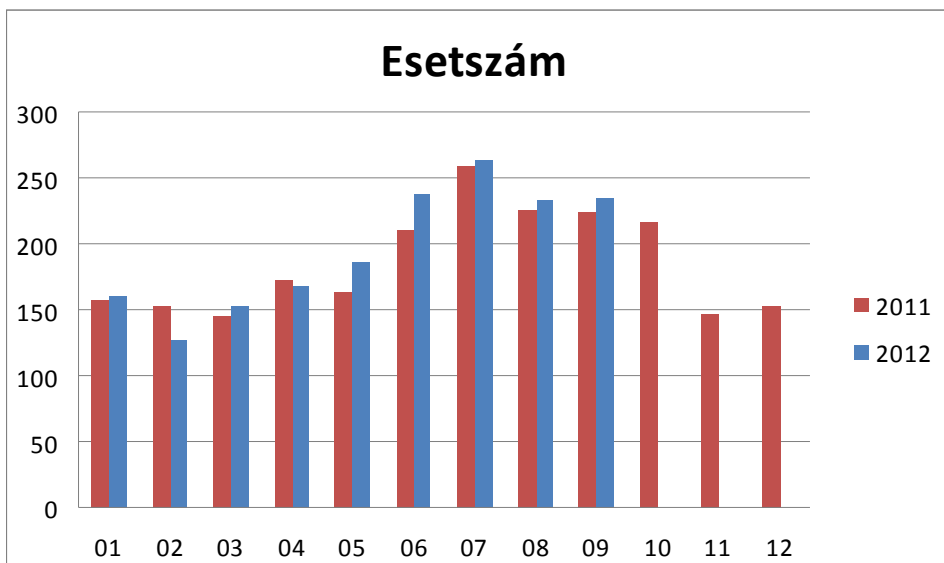


2. ábra 2011. évi adatok



3. ábra 2012. évi adatok

A fentiekből jól látható, hogy a harmadik országbeli állampolgárok Magyarországon igénybe vett egészségügyi ellátása a nyári hónapokban, illetve a kora őszi szezonban jelentősen megnő. Ez vélhetően a turistaszezonnak köszönhető, hiszen ebben az időszakban sok harmadik állampolgár tartózkodik az ország területén, elsősorban a Balatonon és környékén. Ez a szekvencia jól látható a két év adatainak egymásra vetítéséből.

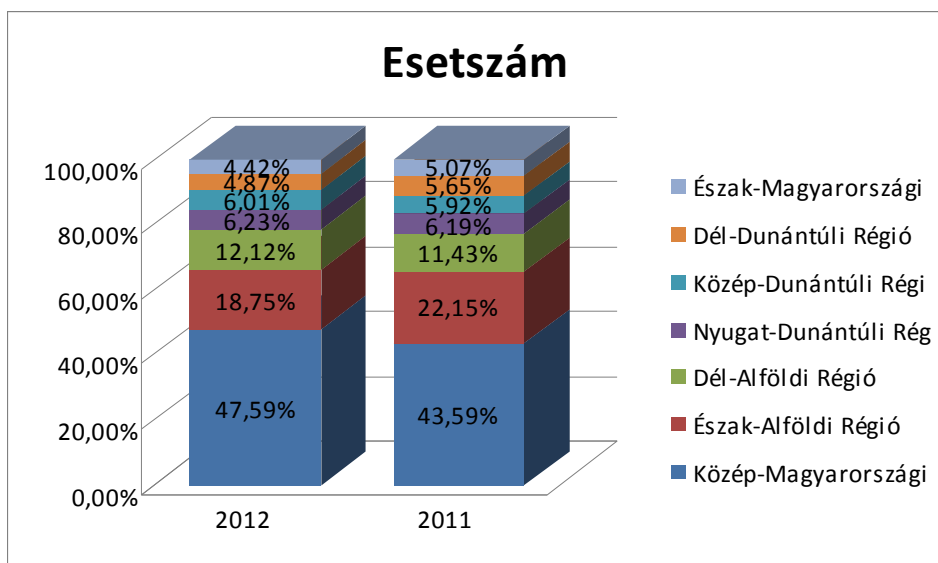


4. ábra

A 2011. és a 2012. év összevetését regionális bontásban az alábbi ábrák tartalmazzák (4-5. ábrák).

Régió	2012	2011
Közép-magyarországi R.	47,59%	43,59%
Észak-alföldi Régió	18,75%	22,15%
Dél-alföldi Régió	12,12%	11,43%
Nyugat-dunántúli Régió	6,23%	6,19%
Közép-dunántúli Régió	6,01%	5,92%
Dél-dunántúli Régió	4,87%	5,65%
Észak-magyarországi R.	4,42%	5,07%

4. ábra



5. ábra

A fenti összehasonlító táblázatból kitűnik, hogy a Közép-magyarországi régió már ismertetett specialitása és az Észak-Alföld sajátosságai mellett, a további régiókban a harmadik országbeliek ellátásának statisztikai adataiban csak minimális eltérések vannak.

A fenti grafikon alapján elmondható, hogy a Magyarországon ellátásban részesülő harmadik országbeliek egész évben jelen vannak az egészségügy területén, ugyanakkor az ország turisztikailag kiemelt területein a nyári hónapokban az éves átlagnál magasabb arányú külföldi állampolgárnak nyújtunk ellátást.

Az OMSZ adatai szerint az alábbi volt az állampolgársági megoszlás az ellátottak között 2011 és 2012 folyamán:

Ország	Esetszám
Ukrajna	15,11%
Volt-Jugoszlávia (Szerbia, Montenegró)	9,37%
Amerikai Egyesült Államok	8,52%
Oroszország	6,32%
Afganisztán	6,32%
Kína	5,78%
Egyéb	48,57%

6. ábra 2011. évi adatok

Ország	Esetszám
Ukrajna	14,39%
Oroszország	7,76%
Volt-Jugoszlávia (Szerbia, Montenegró)	7,54%
Amerikai Egyesült Államok	6,80%
Törökország	6,01%
Kína	6,01%
Afganisztán	5,33%
Egyéb	46,18%

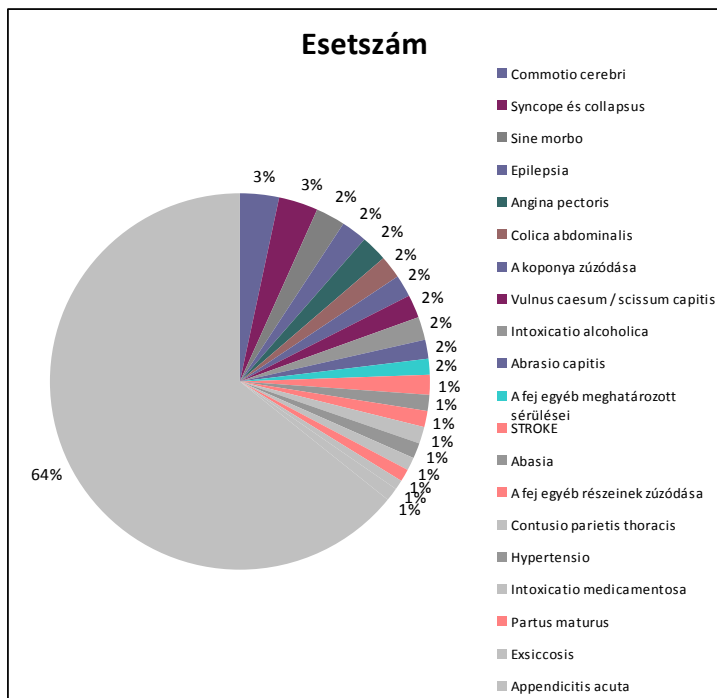
7. ábra 2012. évi adatok

A feldolgozott adatállományból kitűnik, hogy a két év ellátottjai között nincsen releváns különbség. Emellett, az országos mentőszolgálat által ellátott betegek származási ország szerinti megoszlása is összevethető az OEP országos adataival, mert ott is az ukrán, a szerb, illetve ezt követően az amerikai, az orosz és a kínai állampolgárok száma a legmagasabb.

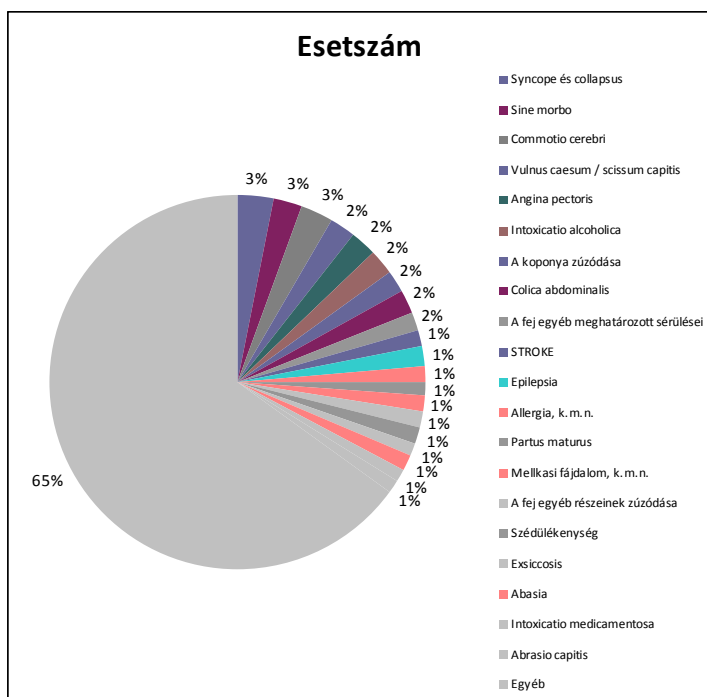
A számarányok mellett érdeklődésre tart számot, hogy mely betegségekkel szállították el az OMSZ egységei a harmadik országbeli állampolgárokat. A betegségek megoszlását a 8-9. ábrák tartalmazzák.

Az esetszámok áttekintése alapján látható, hogy az ellátott esetek kizárólag a sürgősségi ellátás körébe sorolható baleseti körből vagy heveny rosszullét, eszméletvesztés, illetve életveszélyes – vagy annak tűnő – állapot esetén igénybe vett mentőbetegellátások. Betegszállítás vagy gyógyturizmus során felmerülő ellátásra vonatkozó információt a statisztikai adatok nem tartalmazzák.

A sürgősségi mentőbetegellátás így igazolhatóan valódi feladatát tölti be, ellátási köre a heveny rosszullétekre szorítkozik. Megfigyelésünk mindkét évre vonatkozik, tehát mind 2011-ben, mind 2012-ben ezek az esetek adták a legfontosabb orvosi kategóriákat.



8. ábra 2011. évi adatok



9. ábra 2012. évi adatok

A külföldi betegszállítás – azaz a külföldi betegek hazaszállítása - általában a magán szolgáltatók szerződésen alapuló feladata, amelyet leggyakrabban nem az egészségbiztosítás, hanem az baleset-betegség-poggyász biztosítás terhére vesznek igénybe. A közfinanszírozott egészségügyi szolgáltatókat ez a tevékenységi kör nem érinti.

A harmadik országbeli ellátást igénybevevőknek az ellátás helye szerinti regionális megoszlása

Amint az az alábbi ábrán jól látható, az ellátások közel fele (2011-ben 44%, 2012-ben 48%) a Közép-Magyarországi Régióra, azaz lényegében a fővárosra és Pest megyére koncentrálódott (6-7. ábrák).

Régió	Esetszám
Közép-magyarországi Régió	43,59%
Észak-alföldi Régió	22,15%
Dél-alföldi Régió	11,43%
Nyugat-dunántúli Régió	6,19%
Észak-magyarországi Régió	5,92%
Dél-dunántúli Régió	5,65%
Közép-dunántúli Régió	5,07%

10. ábra 2011. évi adatok

Régió	Esetszám
Közép-magyarországi R.	47,59%
Észak-alföldi Régió	18,75%
Dél-alföldi Régió	12,12%
Nyugat-dunántúli Régió	6,23%
Közép-dunántúli Régió	6,01%
Dél-dunántúli Régió	4,87%
Észak-magyarországi R.	4,42%

11. ábra 2012. évi adatok

Ezen magas arányszám mögött értelemszerűen a régió magas népességszáma áll (közel 3 millió lakossal) szemben a többi magyarországi régió, egy és másfél millió közé eső népességszámával, de magyarázható az ellátásnyújtás központi jellegével egyaránt.

Figyelemreméltó továbbá, hogy nem csak a Közép-magyarországi, hanem az Észak-alföldi mutatók is magasabbak a népességarányhoz viszonyítottan. Ez vélhetően a szomszédos országból, azaz Ukrajnából érkezők magas számának tulajdonítható. Ezt látszik igazolni az a tény is Észak-alföldi régióban a legmagasabb az ukrán állampolgárok részaránya a harmadik országbeliek közül (36%).

Közép-Magyarország

A régiót Pest megye és Budapest főváros alkotja. Központja: Budapest. A statisztikai adatok szerint ez azz ország legfejlettebb régiója:

- Lakosság: 2 925 500 fő (2009)
- 0-14 éves korig terjedő lakosság: 14%
- 15-64 éves korig terjedő lakosság: 69%
- 65-X éves korig terjedő lakosság: 17%

Legnépesebb települései:

Város	Lélekszám
Budapest	1 740 041 fő (2012. jan 1.) ^[1] +/-
Érd	65 043 fő (2011. jan 1.) ^[2] +/-
Dunakeszi	39 446 fő (2011. jan 1.) ^[3] +/-
Cegléd	38 066 fő (2011. jan 1.) ^[4] +/-
Gödöllő	34 396 fő (2010. jan 1.) ^[5] +/-
Vác	34 513 fő (2011. jan 1.) ^[6] +/-
Szigetszentmiklós	34 331 fő (2011. jan 1.) ^[7] +/-
Budaörs	29 428 fő (2011. jan 1.) ^[8] +/-
Szentendre	25 963 fő (2011. jan 1.) ^[9] +/-
Nagykőrös	24 691 fő (2011. jan 1.) ^[10] +/-
Gyál	23 431 fő (2011. jan 1.) ^[11] +/-
Vecsés	20 830 fő (2010. jan 1.) ^[12] +/-
Dunaharaszti	20 112 fő (2010. jan 1.) ^[13] +/-

12. ábra

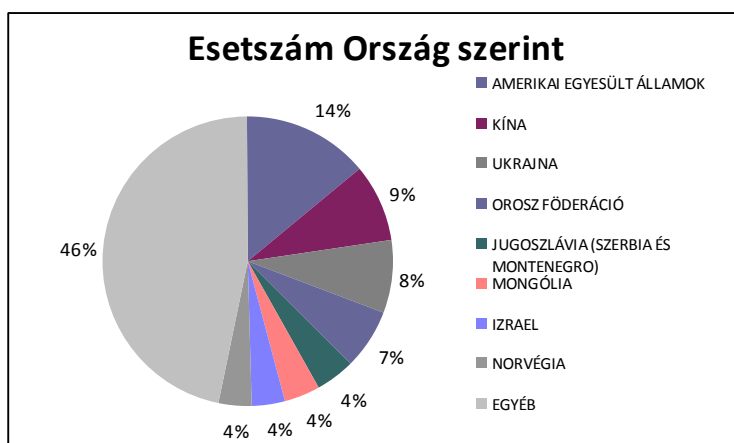
Az OMSZ adatai szerint a harmadik országbeli állampolgár ellátást igénybevevők származási ország szerinti megoszlása az alábbi (táblázatos formában, illetve diagramban a 13-16. ábrákon):

Ország	Esetszám
AMERIKAI EGYESÜLT ÁLLAMOK	14,20%
KÍNA	8,64%
UKRAJNA	7,92%
OROSZ FODERÁCIÓ	6,79%
JUGOSZLÁVIA (SZERBIA ÉS MONTENEGRO)	4,42%
MONGÓLIA	3,91%
IZRAEL	3,60%
NORVÉGIA	3,60%
EGYÉB	46,91%

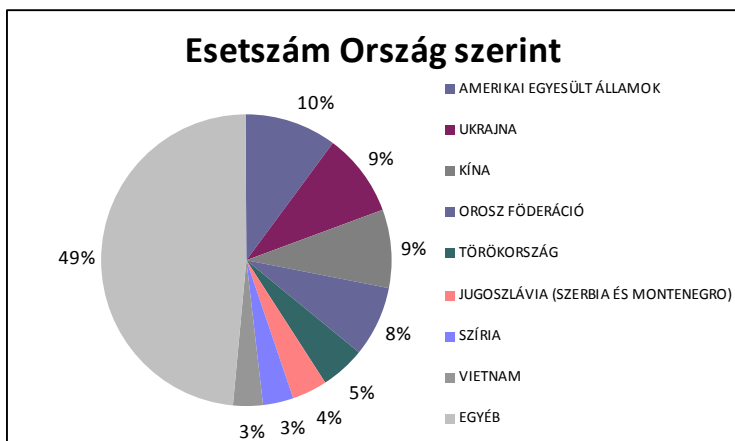
13. ábra 2011. évi adatok

Ország	Esetszám
AMERIKAI EGYESÜLT ÁLLAMOK	10,24%
UKRAJNA	9,29%
KÍNA	8,57%
OROSZ FODERÁCIÓ	7,62%
TÖRÖKORSZÁG	5,12%
JUGOSZLÁVIA (SZERBIA ÉS MONTENEGRO)	3,81%
SZÍRIA	3,45%
VIETNAM	3,33%
EGYÉB	48,57%

14. ábra 2012. évi adatok



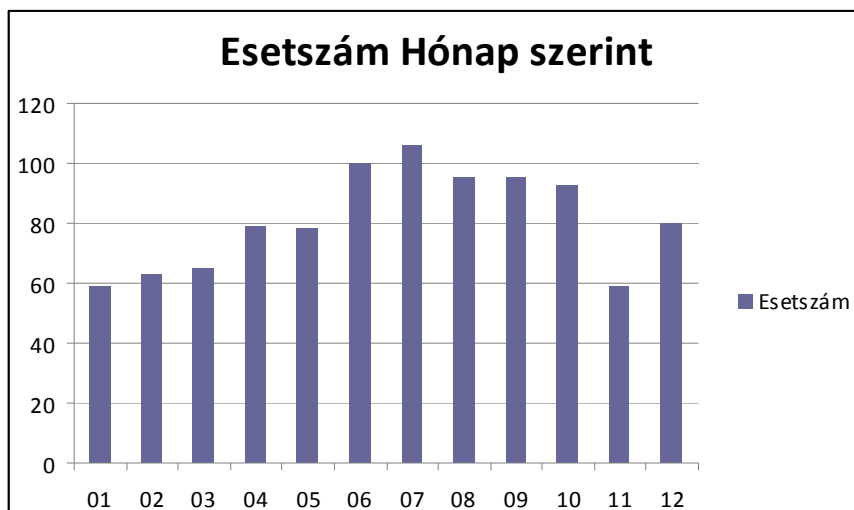
15. ábra 2011. évi diagram adatok



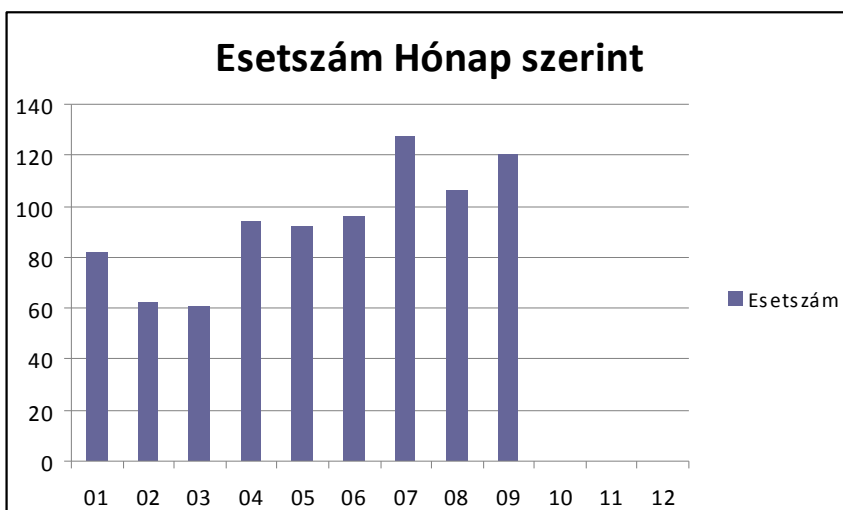
16. ábra 2012. évi diagram adatok

A Közép-magyarországi régióban kimagaslóan nagyarányú az amerikai állampolgárságú ellátottak száma. Ez minden bizonnyal az amerikai állampolgárok fővárosban és környékén való magas részarányának tulajdonítható, illetve annak, hogy amennyiben valamilyen konkrét kezelésért utaznak az országba (szociális turizmus), azt a központi intézményekben veszik igénybe. A kínai és vietnámi állampolgárok is szignifikáns számban vannak jelen a közép-magyarországi régióban, ez megmutatkozik az általuk igénybevett egészségügyi szolgáltatások számarányában is.

A harmadik országbelieknek nyújtott ellátások esetszáma havi bontásban a Közép-magyarországi régióban:



17. táblázat 2011. évi adatok



18. táblázat 2012. évi adatok

A Közép-magyarországi régióban közepesen kiegyenlített a havi bontás szerinti esetszám. Ez arra utal egyfelől, hogy sok külföldi állampolgár életvitelszerűen tartózkodik Budapesten és környékén (kínaiak, vietnámiak, másfelől, hogy azon vagyonosabb harmadik országbeliek (amerikai és orosz állampolgárok) száma, akik kifejezetten valamilyen egészségügyi ellátás igénybevétele céljából utaznak hazánkba, egész évben nagyjából konstans. Ugyanakkor a nyári hónapokban a turistaszezon miatt Budapesten és környékén értelemszerűen megugrik az ellátási esetszám.

Kiemelt ellátó intézmények:

Semmelweis Egyetem

Gottsegen György Országos Kardiológiai Intézet

Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet

Országos Onkológiai Intézet

Országos Orvosi Rehabilitációs Intézet

Országos Reumatológiai és Fizioterápiás Intézet

Igazságügyi Megfigyelő és Elmegyógyító Intézet

Honvédkórház Állami Egészségügyi Központ

Budapesti Szent Ferenc Kórház

Magyarországi Református Egyház Bethesda Gyermekkórháza

Fővárosi Önkormányzat Bajcsy-Zsilinszky Kórház és Rendelőintézet

Fővárosi Önkormányzat Jahn Ferenc Dél-Pesti Kórháza

Fővárosi Önkormányzat Károlyi Sándor Kórház és Rendelőintézet

Fővárosi Önkormányzat Nyírő Gyula Kórház

Fővárosi Önkormányzat Péterfy Sándor Utcai Kórház-Rendelőintézet és Baleseti Központ

Fővárosi Önkormányzat Szent Imre Kórház

Fővárosi Önkormányzat Egyesített Szent István és Szent László Kórház-
Rendelőintézet
MAZSIHISZ Szeretetkórház
Fővárosi Önkormányzat Szent János Kórháza és Észak-budai Egyesített Kórházai
Fővárosi Önkormányzat Uzsoki utcai Kórház
Fővárosi Önkormányzat Visegrádi Rehabilitációs Szakkórház és Gyógyfürdő
Fővárosi Önkormányzat Heim Pál Gyermekkórház
Szent Rókus Kórház és Intézményei
Jávorszky Ödön Városi Kórház
Toldy Ferenc Kórház-Rendelőintézet Egyszemélyes Nonprofit Közhasznú Kft
Pest Megyei Flór Ferenc Kórház
Nagykőrös Város Önkormányzat Rehabilitációs Szakkórháza és Rendelőintézete

Észak- Alföld

Az ország északkeleti részében helyezkedik el. Régióként Hajdú-Bihar, Jász-Nagykun-Szolnok és Szabolcs-Szatmár-Bereg megyéket foglalja magába. A régió szellemi, kulturális, gazdasági, idegenforgalmi és közlekedési központja Debrecen.

- Lakosság: 1 502 409 fő (2009)
- 0-14 éves korig terjedő lakosság: 17%
- 15-64 éves korig terjedő lakosság: 68%
- 65-X éves korig terjedő lakosság: 15%

Város	Lélekszám
Debrecen	207 594 fő (2012. jan 1.) ^[2] +/-
Nyíregyháza	117 658 fő (2012. jan 1.) ^[3] +/-
Szolnok	74 341 fő (2012. jan 1.) ^[4] +/-
Hajdúböszörmény	31 620 fő (2011. jan 1.) ^[5] +/-
Jászberény	26 965 fő (2011. jan 1.) ^[6] +/-
Hajdúszoboszló	23 282 fő (2010. jan 1.) ^[7] +/-
Törökszentmiklós	21 506 fő (2010. jan 1.) ^[8] +/-
Karcag	20 527 fő (2010. jan 1.) ^[9] +/-
Mátészalka	17 216 fő (2010. jan 1.) ^[10] +/-

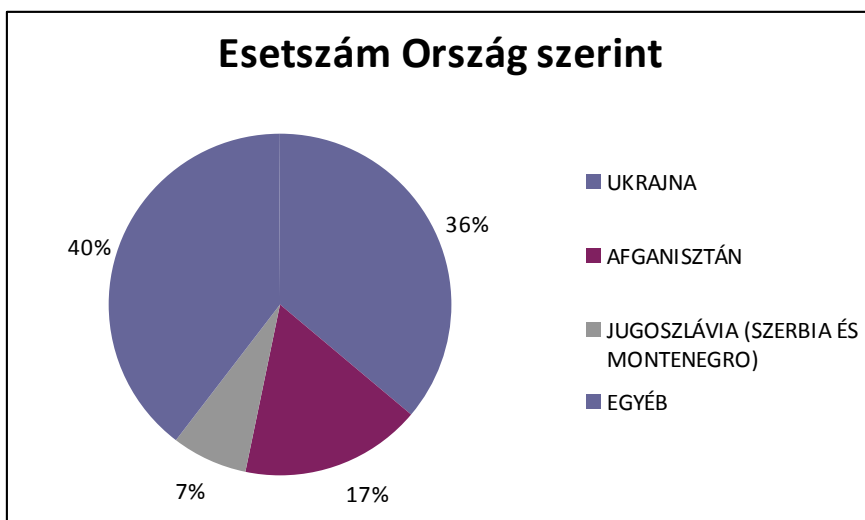
A harmadik országbeli ellátást igénybevevők származási ország szerinti megoszlását mutatják az alábbi ábrák (19-22. ábrák).

Ország	Esetszám
UKRAJNA	36,23%
AFGANISZTÁN	16,80%
JUGOSZLÁVIA (SZERBIA ÉS MONTENEGRO)	7,29%
EGYÉB	39,68%

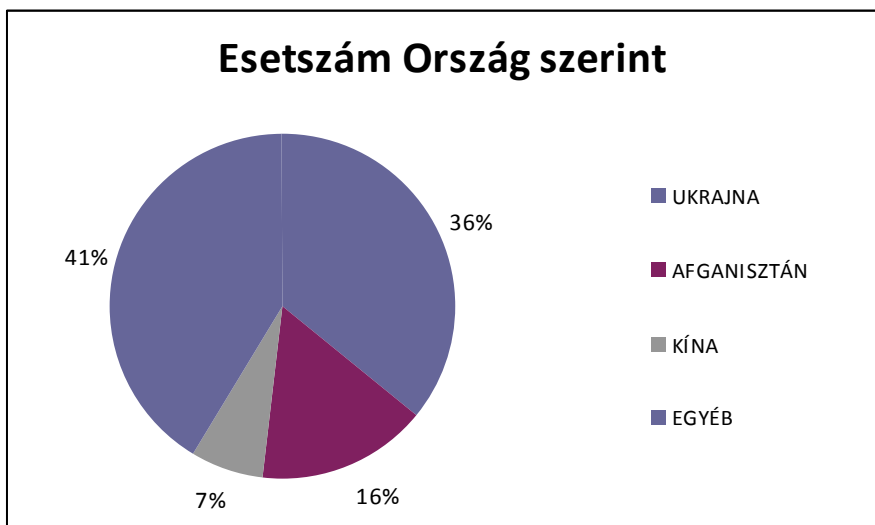
19. tábla 2011. évi adatok

Ország	Esetszám
UKRAJNA	35,95%
AFGANISZTÁN	15,71%
KÍNA	6,95%
EGYÉB	41,39%

20. tábla 2012. évi adatok



21. tábla 2011. évi adatok



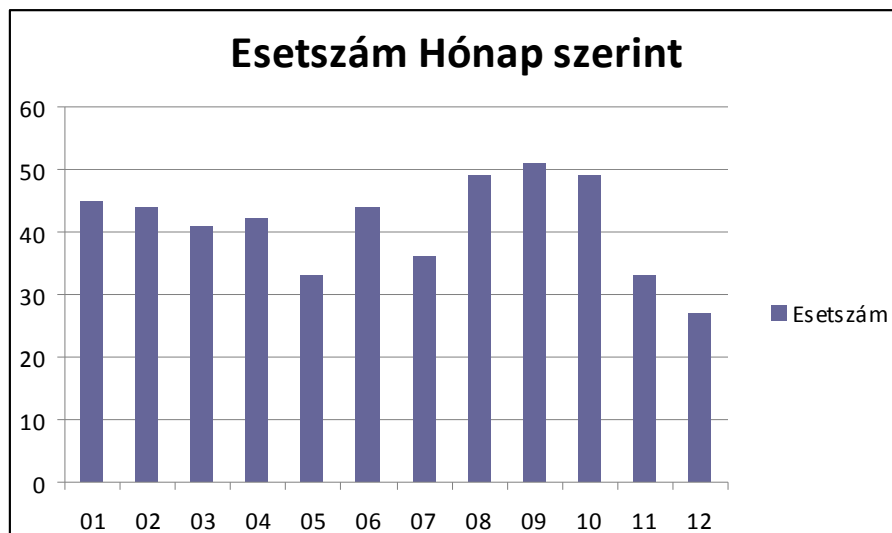
22. ábra. 2012. évi adatok

A fenti diagramok jól tükrözik a szomszédos Ukrajna közelségét. A nyíregyházi Jósa András kórházban igen magas az ukrán állampolgárságú betegek száma. Mindez elmondható Debrecenre is, amely szintén jelentős számú ukrán ellátottat fogad, amelyek nagy része külföldi magyar.

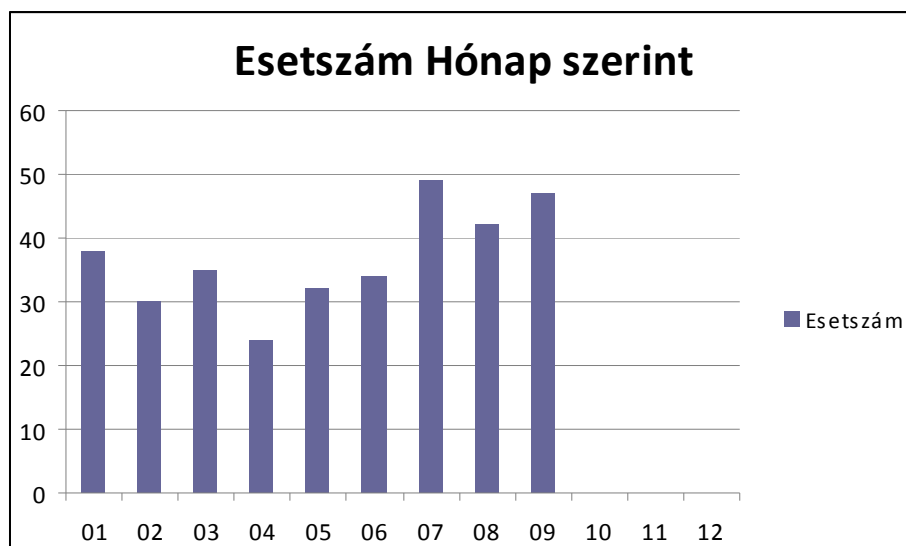
Az afgánok és a volt jugoszlávia utódállamai (Szerbia és Montenegró lakosai) magas aránya egyértelműen a debreceni menekülttábornak tudható be.

Érdeemes végül megemlíteni, hogy a Debreceni Egyetemen 2000 óta folyamatosan növekedik a külföldi hallgatók száma: 2011-ig 885-ről 3336-ra emelkedett. Az általános orvosi karon jelenleg 1581, a fogorvostudományi karon 367 külföldi diák tanul. Iránból 252, Izraelből 282, Szaúd-Arábiából 153, Kamerunból 46 diák. Jelentős a kelet-európai jelenlét is, Romániából 500 hallgató jár át, de Ukrajnából is 251 diák tanul ott. Értelemszerűen a tanulmányi célból életvitelszerűen itt tartózkodó külföldiek a tartózkodási helyükön veszik igénybe az egészségügyi szolgáltatásokat.

A harmadik országbelieknek nyújtott ellátások esetszámát havi bontásban az Észak-alföldi régióban az alábbi ábra mutatja.



23. ábra 2011. évi adatok



24. ábra 2012. évi adatok

A hónap szerinti bontást mutató grafikonok jól jelzik, hogy e régióban inkább a harmadik országbeli polgárok állandó jelenlétével számolhatunk, hiszen arányuk a nyári és az őszi hónapokban csak kicsivel haladja meg az éves átlagot. Ez lényegében azt jelenti, hogy a szomszédos Ukrajnából érkezők és a menekülttáborok lakói konstans állományt jelentenek az ellátóintézmények számára.

Kiemelt ellátó intézmények:

Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum
Jósa András Oktató Kórház Egészségügyi Szolgáltató Nonprofit Kft.
Szolnoki MÁV Kórház és Rendelőintézet
Jász-Nagykun-Szolnok Megyei Hetényi Géza Kórház-Rendelőintézet

Dél- Alföld

Az ország délkeleti részében helyezkedik el. Régióként Bács Kiskun ,Békés és Csongrád megyéket foglalja magába. A régió központja Szeged.

- Lakosság: 1 325 527 fő (2009)
- 0-14 éves korig terjedő lakosság: 15%
- 15-64 éves korig terjedő lakosság: 68%
- 65-X éves korig terjedő lakosság: 17%

Város	Lélekszám (2011)
Szeged	170 052 fő (2012. jan 1.) ^[2] +/-
Kecskemét	114 226 fő (2012. jan 1.) ^[3] +/-
Békéscsaba	64 074 fő (2011. jan 1.) ^[4] +/-
Hódmezővásárhely	47 019 fő (2011. jan 1.) ^[5] +/-
Baja	37 508 fő (2011. jan 1.) ^[6] +/-
Gyula	31 928 fő (2011. jan 1.) ^[7] +/-
Kiskunfélegyháza	30 305 fő (2011. jan 1.) ^[8] +/-
Orosháza	29 342 fő (2011. jan 1.) ^[9] +/-
Szentés	28 780 fő (2011. jan 1.) ^[10] +/-
Kiskunhalas	28 752 fő (2011. jan 1.) ^[11] +/-
Makó	23 727 fő (2011. jan 1.) ^[12] +/-
Békés	19 981 fő (2011. jan 1.) ^[13] +/-

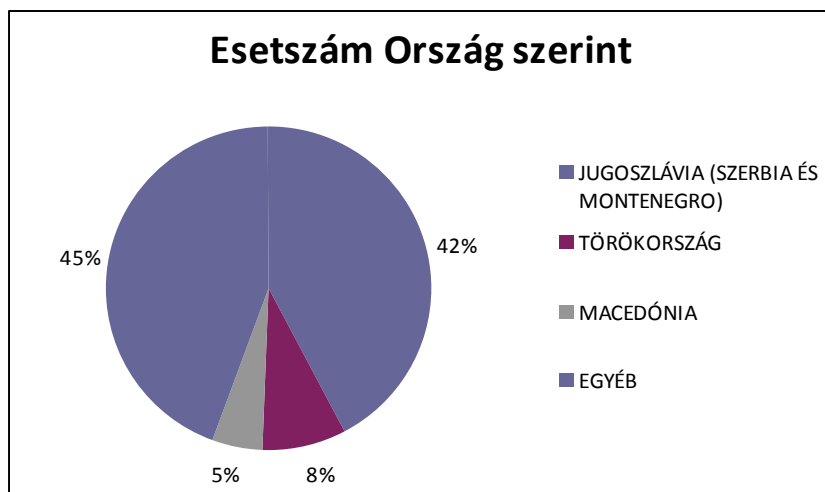
A harmadik országbeli ellátást igénybevevők származási ország szerinti megoszlását mutatják az alábbi ábrák (25-28. ábrák).

Ország	Esetszám
JUGOSZLÁVIA (SZERBIA ÉS MONTENEGRO)	42,35%
TÖRÖKORSZÁG	8,24%
MACEDÓNIA	5,10%
EGYÉB	44,31%

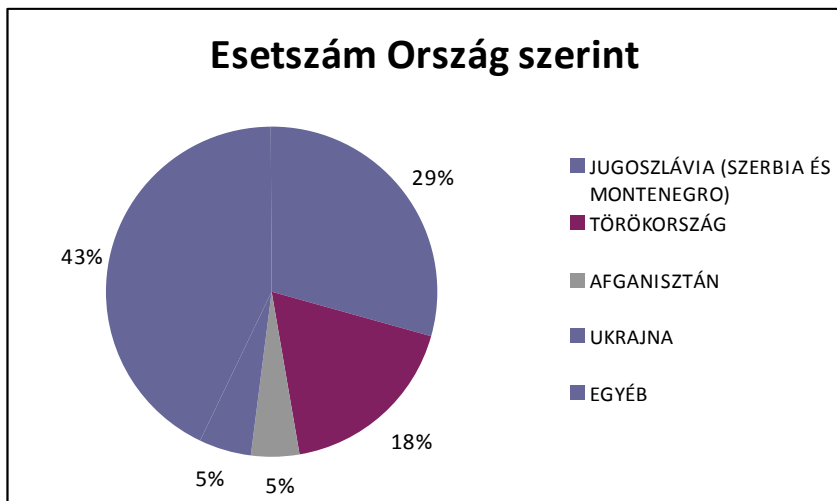
25. tábla 2011. évi adatok

Ország	Esetszám
JUGOSZLÁVIA (SZERBIA ÉS MONTENEGRO)	30,84%
TÖRÖKORSZÁG	18,69%
AFGANISZTÁN	5,14%
UKRAJNA	5,14%
EGYÉB	45,33%

26. tábla 2012. évi adatok



27. tábla 2011. évi adatok



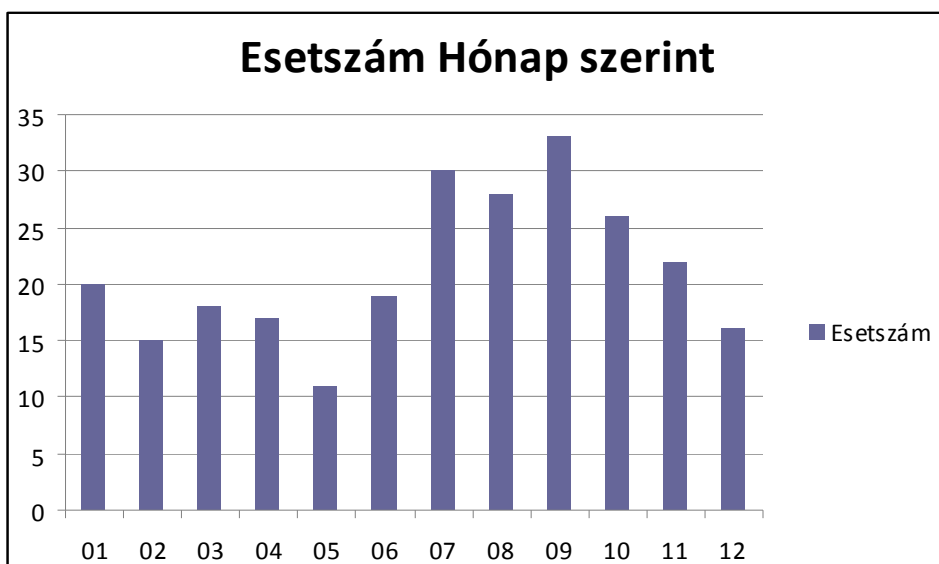
28. tábla 2012. évi adatok

Mint láthatjuk, a dél-alföldi régióban kiemelkedően magas a volt a korábbi Jugoszláviából (Szerbia, Montenegro) érkezők számaránya (2011-ben a harmadik országbeliek közel fele, 2012-ben egy harmada tartozott e körbe), ami egyértelműen földrajzi okokra vezethető vissza. Az e körbe tartozó személyek jelentős része vélhetően határon túli magyar, aki a magasabb színvonalú magyar ellátásért utazik hazánkba, vagy már eleve itt él.

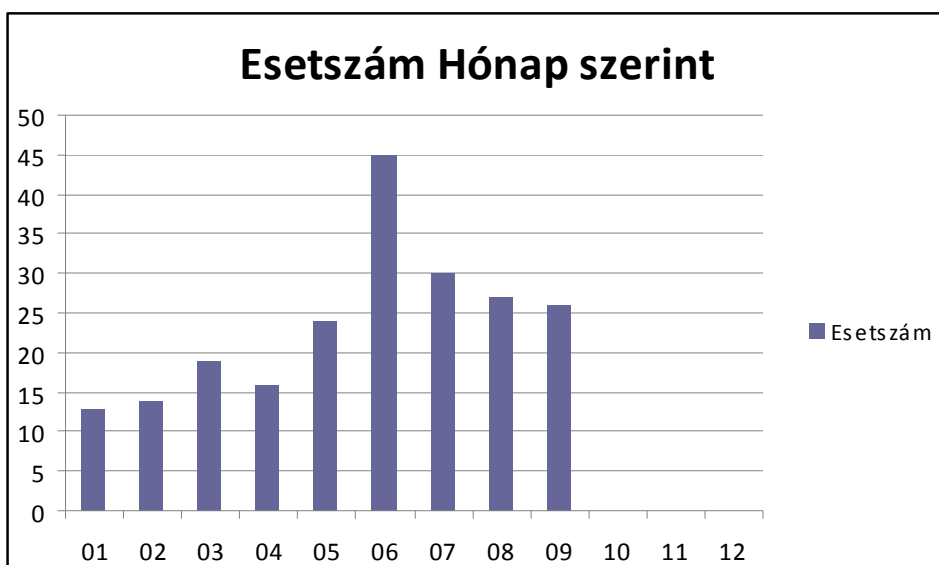
Nagyon magas a török és afgán állampolgárságú ellátottak száma is ebben a régióban, amely vélhetően a békéscsabai menekülttáborra is visszavezethető.

A 2008-ban bevezetett új menekültügyi szabályozás nyomán megváltozott a békéscsabai tábor feladata: szűrőszerepet kapott, így minden Magyarországra érkezett menekült elsőként a békési megyeszékhelyre kerül. Ez főként török kurdokat és afgán menekülteket jelent. Ezek alapján teljességgel érthető a statisztikai adatok alakulása, és úgy gondoljuk, hogy ez a statisztikai adat, amelyre

A harmadik országbelieknek nyújtott ellátások esetszámát havi bontásban a délföldi régióban az alábbi ábrák mutatják (29-30. ábrák):



29. tábla 2011. évi adatok



30. tábla 2012. évi adatok

Látható, hogy a nyári hónapokban jelentősen megemelkedik a harmadik országbeli ellátottak száma, ez feltételezhetően a turistaszezonnal áll összefüggésben, hiszen Szeged és környéke kiemelt turisztikai látogatottsággal bír.

Ezen a területen a legfontosabb ellátó intézmény a Szegedi Tudományegyetem Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ.

Dél- Dunántúl

Az ország délnyugati részében helyezkedik el. Három megye, Baranya, Somogy és Tolna alkotja ezt a régiót, melynek központja Pécs.

- Lakosság: 952 982 fő (2009)
- 0-14 éves korig terjedő lakosság: 14%
- 15-64 éves korig terjedő lakosság: 69%
- 65-X éves korig terjedő lakosság: 17%

Város	Lélekszám
Pécs	156 801 fő (2012. jan 1.) ^[2] +/-
Kaposvár	67 979 fő (2011. jan 1.) ^[3] +/-
Szekszárd	33 720 fő (2011. jan 1.) ^[4] +/-
Komló	25 299 fő (2011. jan 1.) ^[5] +/-
Siófok	24 347 fő (2011. jan 1.) ^[6] +/-
Dombóvár	19 896 fő (2010. jan 1.) ^[7] +/-
Paks	19 736 fő (2010. jan 1.) ^[8] +/-
Mohács	18 604 fő (2012. jan 1.) ^[9] +/-

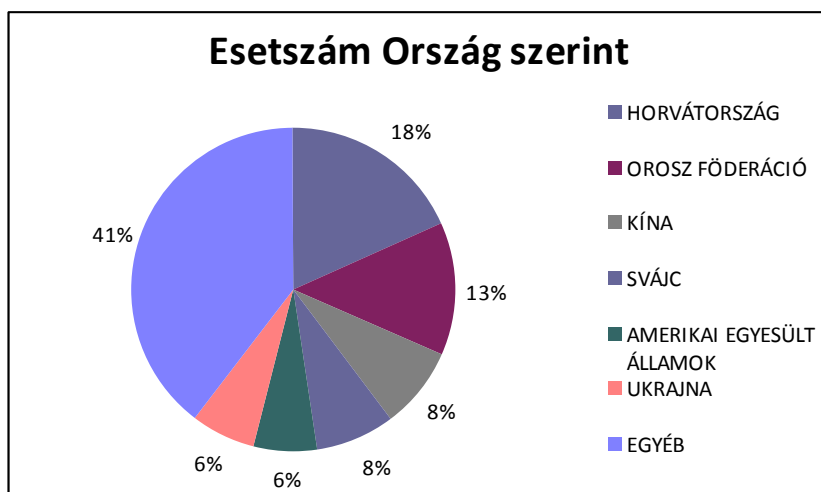
A harmadik országbeli ellátást igénybevevők származási ország szerinti megoszlását mutatják a 31-34. ábrák.

Ország	Esetszám
HORVÁTORSZÁG	18,25%
OROSZ FÖDERÁCIÓ	13,49%
KINA	7,94%
SVÁJC	7,94%
AMÉRIKAI EGYESÜLT ÁLLAMOK	6,35%
UKRAJNA	6,35%
EGYÉB	39,68%

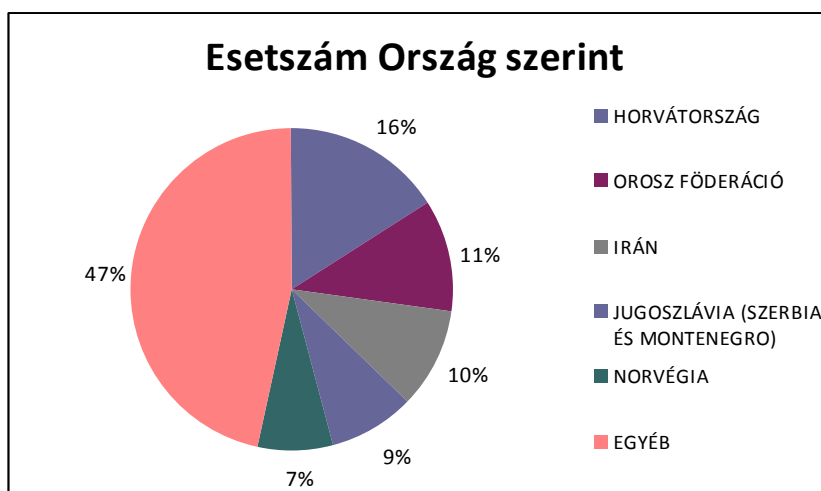
31. ábra. 2011. évi adatok

Ország	Esetszám
HORVÁTOR SZÁG	15,12%
OROSZ FÖDERÁCIÓ	10,47%
IRÁN	9,30%
JUGOSZLÁVIA (SZERBIA ÉS MONTENEGRO)	8,14%
NORVÉGIA	6,98%
EGYÉB	43,65%

32. ábra 2012. évi adatok



33. ábra 2011. évi adatok



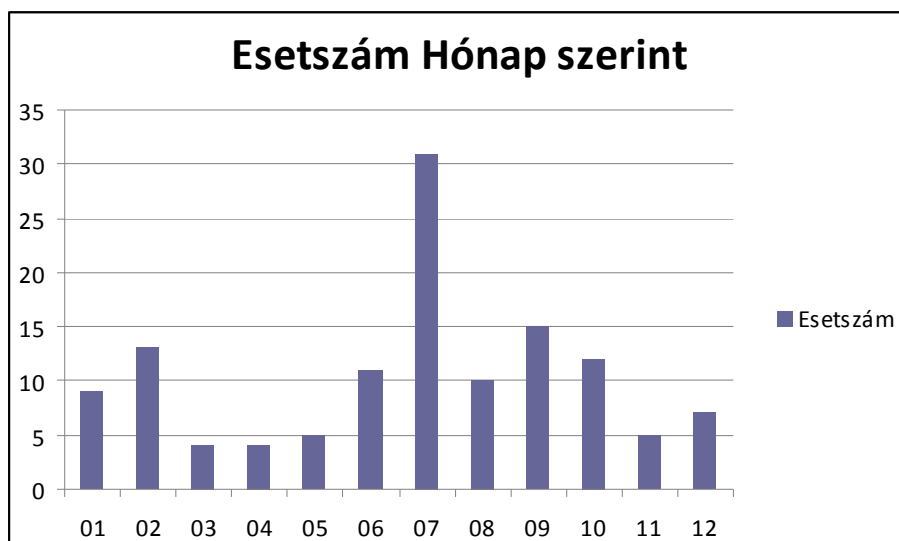
34. ábra 2012. évi adatok

A fenti táblázatok jól mutatják, hogy a horvát állampolgár ellátottak számaránya kiemelkedik az ellátott közül (2011-ben az ellátottak 41%-a, 2012-ben közel fele, azaz 47%-a került ki a horvátok közül.) Ez elsősorban földrajzi okokra vezethető vissza. A horvát kisebbség legkoncentráltabb jelenléte főleg Pécs környékén (Szalánta, Kökény, Pécsudvard) található. Továbbá látható az is, hogy sok horvát állampolgár átjár hazánkba a szomszédos településekről.

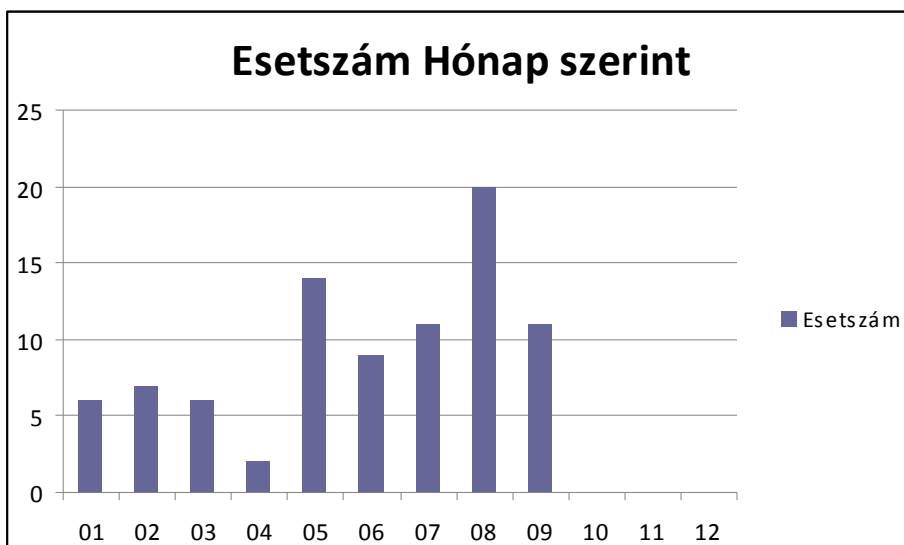
Az orosz állampolgárok száma a többi régióhoz képest szintén markánsan magasnak mondható. Ez egyfelől a turizmussal, másfelől vélhetően azzal áll összefüggésben, hogy Pakson és környékén igen magas az orosz bevándorlók aránya.

Összességében megállapítható, hogy a régió igen vegyes képet mutat az ellátottak nemzetiségét illetően. Ez, mint említettük elsősorban a régió kiemelt turisztikai szerepének tudható be. Ebbe a régióba tartozik Siófok, a Balaton déli partjának legkedveltebb és külföldiek által leginkább látogatott üdülőhelye, továbbá Pécs és Harkány, amelyek Baranya megye legvonzóbb célpontjai turisztikai szempontból.

A harmadik országbelieknek nyújtott ellátások esetszámát a dél-dunántúli régióban havi bontásban mutatják a 35-36. ábrák.



35. ábra. 2011. évi adatok



36. ábra. 2012. évi adatok

A grafikonokból jól kitűnik, hogy e régió kiemelkedik a többi régió közül a nyári időszak külföldi betegellátást illetően, így 2011-ben július hónapban szignifikánsan magas volt, mondhatni megduplázódott a harmadik országbeliek száma, amíg 2012-ben ugyanez jellemezte az augusztus hónapot.

A jelentős eltérést a harkányi gyógyturizmust igénybevevő külföldiek nagy száma, és a rendkívüli melegben jelentkező heveny rosszullétek magyarázzák.

Kiemelt ellátó intézmények:

Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központ
 Tolna Megyei Önkormányzat Balassa János Kórháza
 Siófok Városi Kórház-Rendelőintézet
 Kaposi Mór Oktató Kórház

Észak- Magyarország

Az ország északkeleti részében helyezkedik el. Régióként Borsod-Abaúj-Zemplén, Heves és Nógrád megyéket foglalja magába, de a köznyelvben gyakran Szabolcs-Szatmár-Bereg megye egyes részeit is ideértik. A régió központja Miskolc.

- Lakosság: 1 209 142 fő (2010)
- 0–14 éves korig terjedő lakosság: 16%
- 15–64 éves korig terjedő lakosság: 67%
- 65 év fölötti lakosság: 17%

Város	Lélekszám (2010)
Miskolc	166 823 fő (2012. jan 1.) ^[3] +/-
Eger	56 530 fő (2011. jan 1.) ^[4] +/-
Salgótarján	37 166 fő (2011. jan 1.) ^[5] +/-
Ózd	34 395 fő (2011. jan 1.) ^[6] +/-
Gyöngyös	32 640 fő (2011. jan 1.) ^[7] +/-
Kazincbarcika	28 909 fő (2011. jan 1.) ^[8] +/-
Hatvan	20 718 fő (2010. jan 1.) ^[9] +/-

A harmadik országbeli ellátást igénybevevők származási ország szerinti megoszlását mutatják a 37-38. ábrák:

Ország	Esetszám
UKRAJNA	28,79%
OROSZ FÖDERÁCIÓ	13,64%
AFGANISZTÁN	12,12%
AMERIKAI EGYESÜLT ÁLLAMOK	6,06%
KÍNA	5,30%
EGYÉB	34,09%

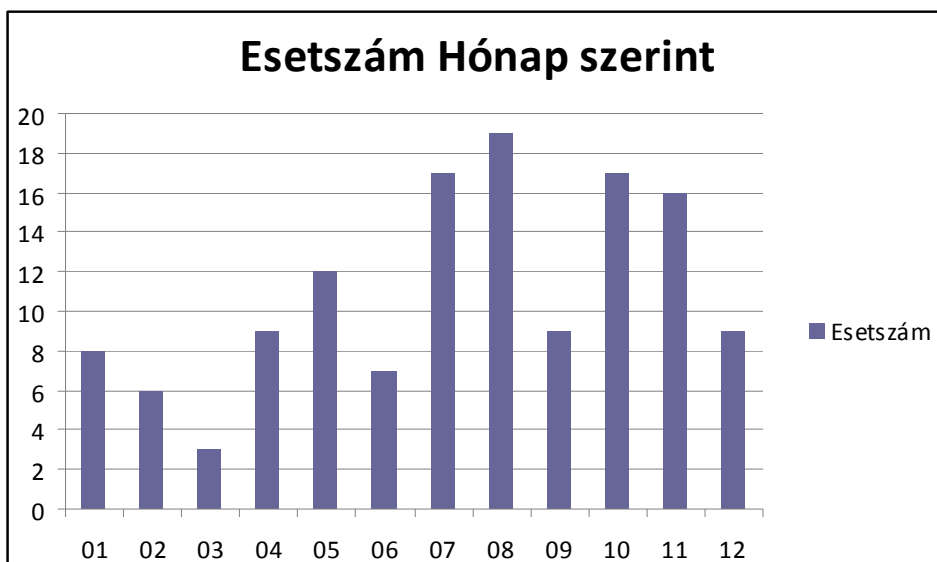
37. ábra. 2011. évi adatok

Ország	Esetszám
UKRAJNA	24,36%
AFGANISZTÁN	12,82%
AMERIKAI EGYESÜLT ÁLLAMOK	7,69%
SZÍRIA	6,41%
PAKISZTÁN	6,41%
OROSZ FÖDERÁCIÓ	5,13%
EGYÉB	37,18%

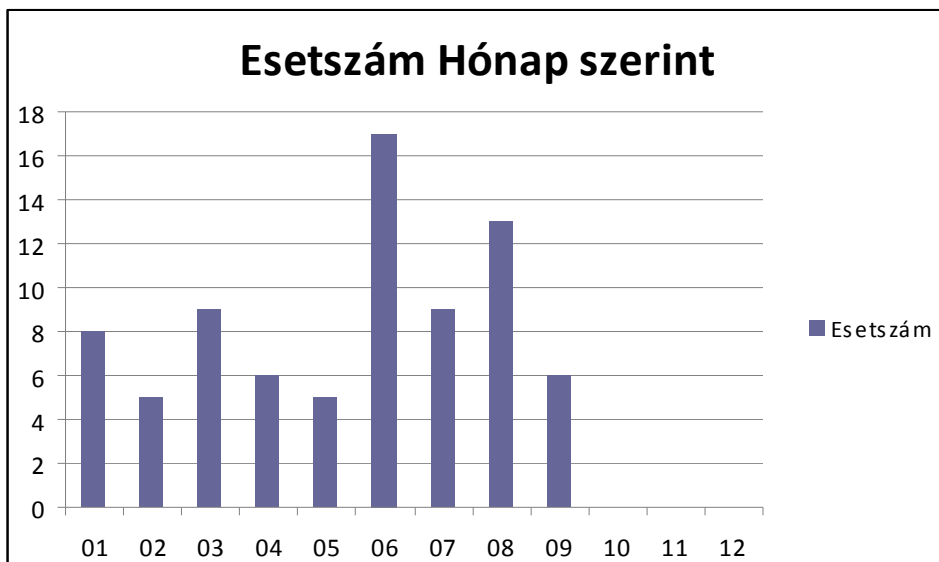
38. ábra 2012. évi adatok

A harmadik országbeli ellátottak származás szerinti megoszlása az észak-magyarországi régióban igen vegyes, de a szomszédos Ukrajna közelsége miatt e régió is dominánsan ukrán betegeket fogad. Emellett Eger, Lillafüred, a Tisza tó és Tokaj borvidéke jelentős számú turistát vonz, vélhetően ennek köszönhető az amerikai és az orosz polgár ellátottak magas aránya a régióban.

A harmadik országbelieknek nyújtott ellátások esetszáma havi bontásban az Észak-magyarországi régióban az alábbiak szerint alakult 2011 és 2012 folyamán:



39. ábra. 2011. évi adatok



40. ábra. 2012. évi adatok

A havi megoszlást mutató diagram jól tükrözi, hogy a nyári időszak (turisztikai okokból) és az őszi időszak október (szüreti időszak szintén turisztikai okokból) kiugró a külföldi betegellátás tekintetében.

Kiemelt ellátó intézmények:

Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Kórház és Egyetemi Oktató Kórház
 MISEK Miskolci Semmelweis Ignác Egészségügyi Központ és Egyetemi Oktató Kórház Nonprofit Kft
 Szent Lázár Megyei Kórház
 Almási Balogh Pál Kórház Egészségügyi és Szolgáltató Nonprofit Kft.
 Markhot Ferenc Kórház Kft
 Albert Sczweitzer Kórház-Rendelőintézet
 Egészségügyi Szolg. Nonprofit Közhasznú Kft

Közép- Dunántúl

A Közép- dunántúli régiót három megye, Komárom-Esztergom, Fejér és Veszprém alkotja. Központja Székesfehérvár és Veszprém.

- Lakosság: 1 103 132 (2009)
- 0-14 éves korig terjedő lakosság: 15%
- 15-64 éves korig terjedő lakosság: 69%
- 65-X éves korig terjedő lakosság: 16%

Legfontosabb városok és lélekszámuk:

Város	Lélekszám
Székesfehérvár	101 722 fő (2012. jan 1.) ^[3] +/-
Tatabánya	70 164 fő (2011. jan 1.) ^[4] +/-
Veszprém	64 339 fő (2011. jan 1.) ^[5] +/-
Dunaújváros	48 104 fő (2011. jan 1.) ^[6] +/-
Pápa	32 473 fő (2011. jan 1.) ^[7] +/-
Esztergom	30 434 fő (2012. jan 1.) ^[8] +/-
Ajka	29 131 fő (2011. jan 1.) ^[9] +/-
Tata	25 026 fő (2011. jan 1.) ^[10] +/-
Várpalota	20 690 fő (2010. jan 1.) ^[11] +/-
Komárom	19 705 fő (2010. jan 1.) ^[12] +/-

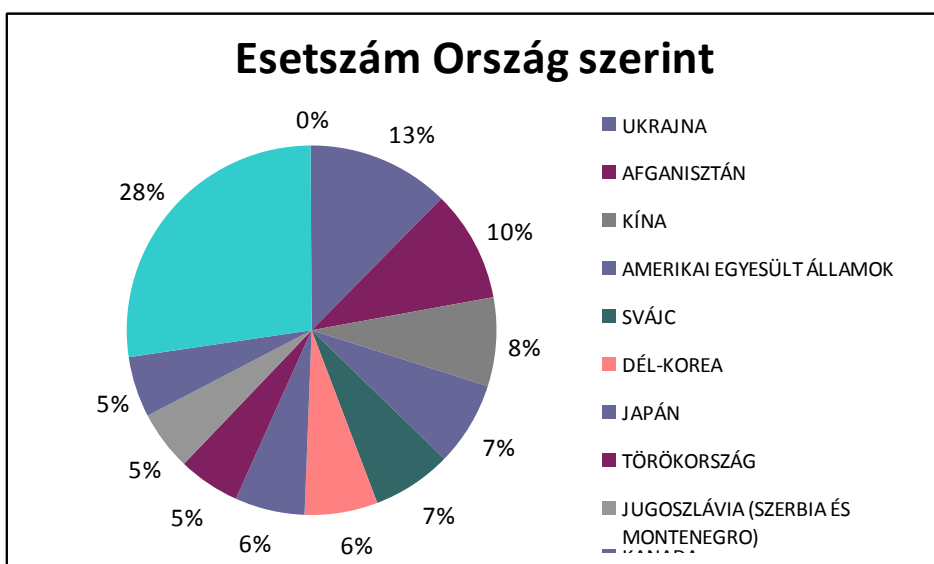
A harmadik országbeli ellátást igénybevevők származási ország szerinti megoszlását a 41-42. ábrák mutatják.

Ország	Esetszám
UKRAJNA	12,39%
AFGANISZTÁN	9,73%
KÍNA	7,96%
AMERIKAI EGYESÜLT ÁLLAMOK	7,08%
SVÁJC	7,08%
DÉL-KOREA	6,19%
JAPÁN	6,19%
TÖRÖKORSZÁG	5,31%
JUGOSZLÁVIA (SZERBIA ÉS MONTENEGRO)	5,31%
KANADA	5,31%
EGYÉB	27,43%

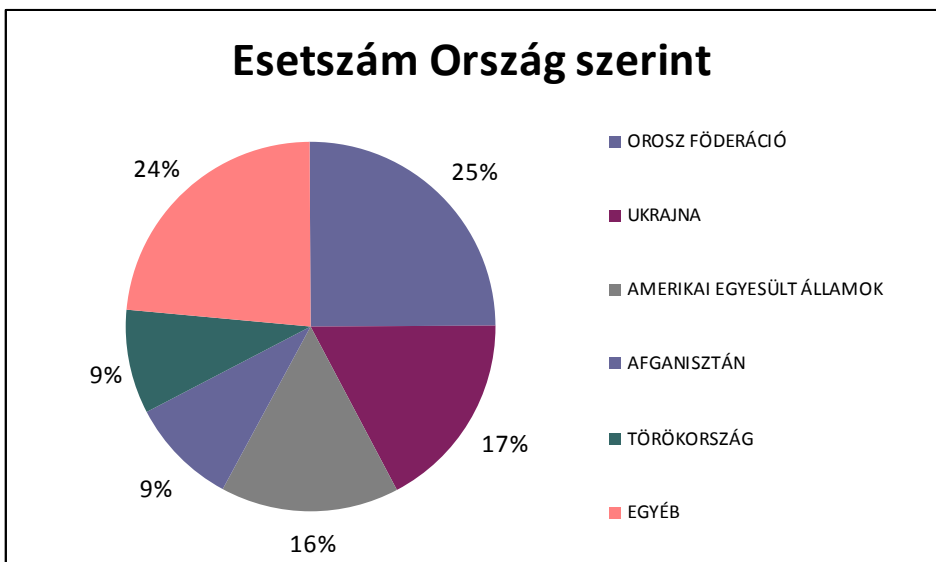
41. ábra. 2011. évi adatok

Ország	Esetszám
OROSZ FÖDERÁCIÓ	17,92%
UKRAJNA	12,26%
AMERIKAI EGYESÜLT ÁLLAMOK	11,32%
AFGANISZTÁN	6,60%
TÖRÖKORSZÁG	6,60%
EGYÉB	16,96%

42. ábra. 2012. évi adatok



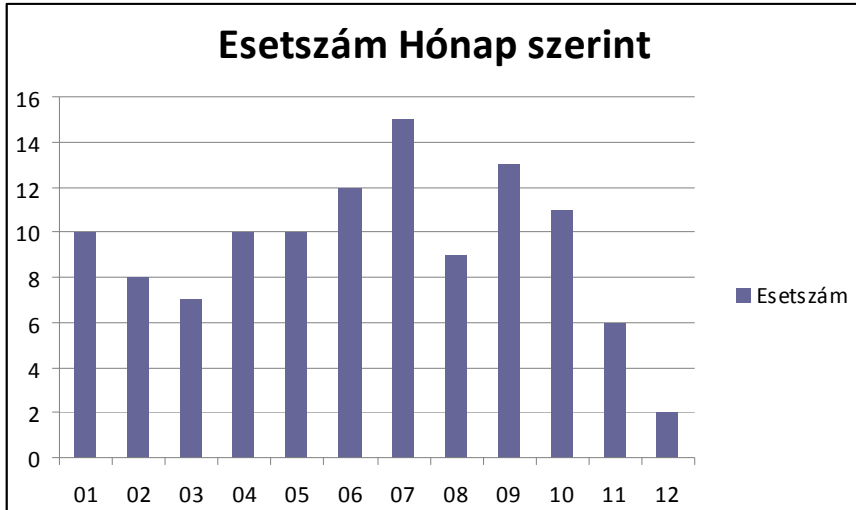
43. ábra. 2011. évi adatok



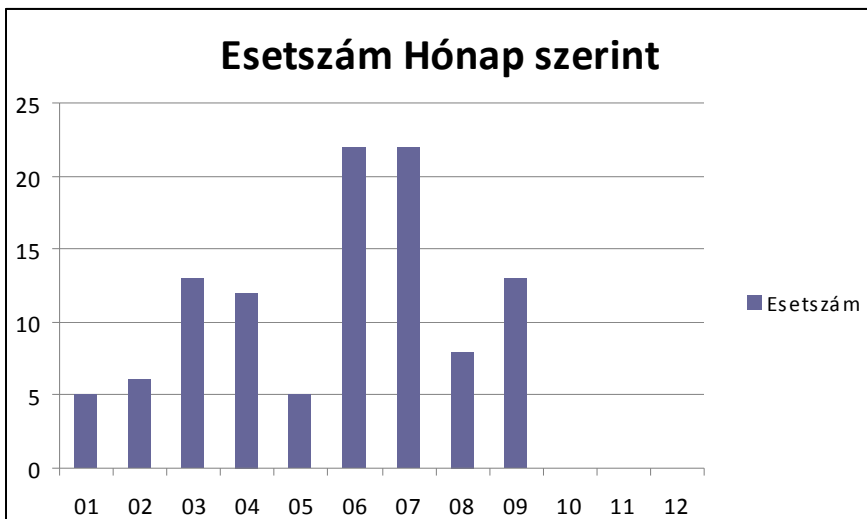
44. ábra. 2012. évi adatok

A Közép-dunántúli régió a harmadik országbeli betegek származása szerint igen vegyes képet mutat. Ez egyrészt a régió fejlett iparának köszönhető, amely jelentős számú multinacionális vállalatnak ad helyet. A közép-dunántúli régió megyéinek mindegyikében évek óta jóval magasabb a bruttó hazai termék előállításában meghatározó súlyt képviselő ipar részaránya az országos átlagnál, ami elsősorban a gépipari multinacionális cégek jelenlétének köszönhető. Vélhetően erre vezethető vissza, a japán és a dél-koreai állampolgár ellátottak magas aránya.

A harmadik országbelieknek nyújtott ellátások esetszáma havi bontásban a Közép-dunántúli régióban:



45. ábra. 2011. évi adatok



46. ábra. 2012. évi adatok

A havi bontást mutató grafikonból jól látszik, hogy a turisztikai szezonban megemelkedik a külföldi ellátottak száma. Ez júniusban és júliusban kiemelkedő ugrást mutat elsősorban a Balaton, ill. a Velencei tó vonzereje miatt.

Kiemelt ellátó intézmény:

Fejér Megyei Szent György Kórház

Veszprém Megyei Csolnoky Ferenc Kórház Nonprofit Zrt

Nyugat-Dunántúl

Az ország északnyugati részében helyezkedik el. Három megye, Győr-Moson-Sopron, Vas és Zala alkotja ezt a régiót, melynek központja **Győr**.

- Lakosság: 998 187 fő (2009)
- 0-14 éves korig terjedő lakosság: 14%
- 15-64 éves korig terjedő lakosság: 70%
- 65-X éves korig terjedő lakosság: 16%

Város	Lélekszám
Győr	131 564 fő (2012. jan I.) ^[1] +/-
Szombathely	79 348 fő (2012. jan I.) ^[2] +/-
Zalaegerszeg	61 849 fő (2012. jan I.) ^[3] +/-
Sopron	60 755 fő (2011. jan I.) ^[4] +/-
Nagykanizsa	49 302 fő (2012. jan I.) ^[5] +/-
Mosonmagyaróvár	32 493 fő (2011. jan I.) ^[6] +/-
Keszthely	20 895 fő (2012. jan I.) ^[7] +/-

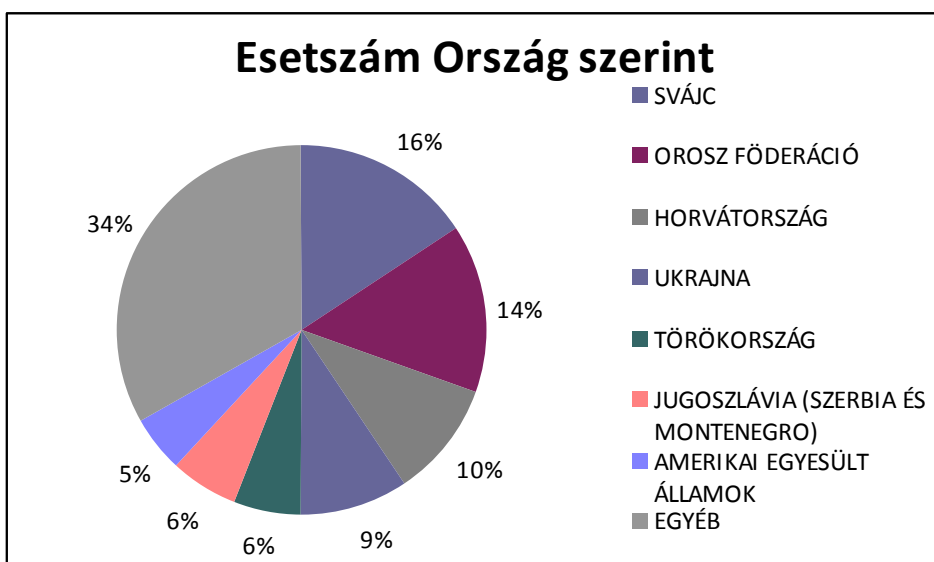
A harmadik országbeli ellátást igénybevevők származási ország szerinti megoszlása:

Ország	Esetszám
SVÁJC	15,94%
OROSZ FÖDERÁCIÓ	14,49%
HORVÁTORSZÁG	10,14%
UKRAJNA	9,42%
TÖRÖKORSZÁG	5,80%
JUGOSZLÁVIA (SZERBIA ÉS MONTENEGRO)	5,80%
AMERIKAI EGYESÜLT ÁLLAMOK	5,07%
EGYÉB	33,33%

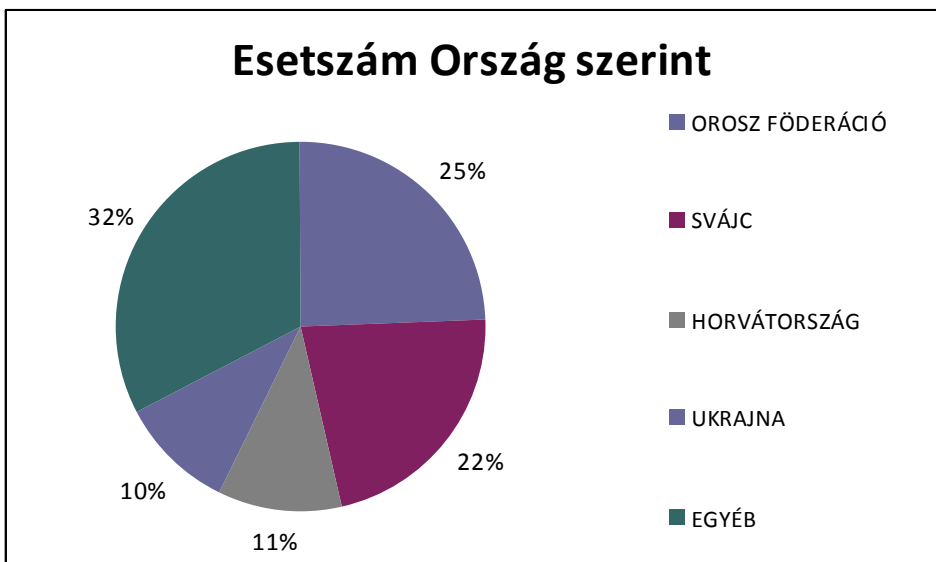
47. ábra. 2011. évi adatok

Ország	Esetszám
OROSZ FÖDERÁCIÓ	24,55%
SVÁJC	21,82%
HORVÁTORSZÁG	10,91%
UKRAJNA	10,00%
EGYÉB	32,73%

48. ábra. 2012. évi adatok



49. ábra. 2011. évi adatok



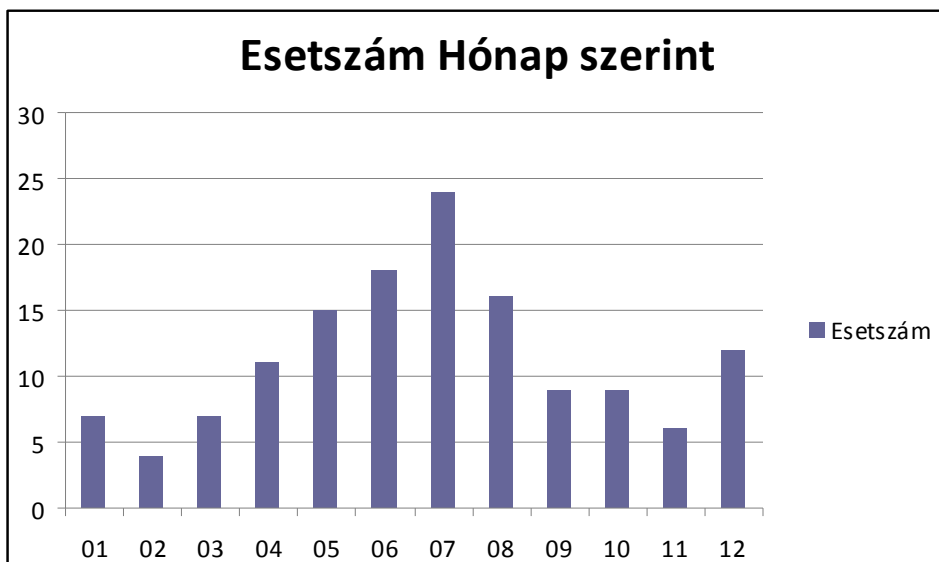
50. ábra. 2012. évi táblázat

A svájci polgárok magas arányú jelenléte a régió betegei között egyértelműen az egészségügyi turizmus nagyfokú jelenlétére utal (2011-ben 34%, 2012-ben 22% rész aránnyal). Ezt az adatot a fogászati magánvállalkozások ellátási adatai is alátámasztják.

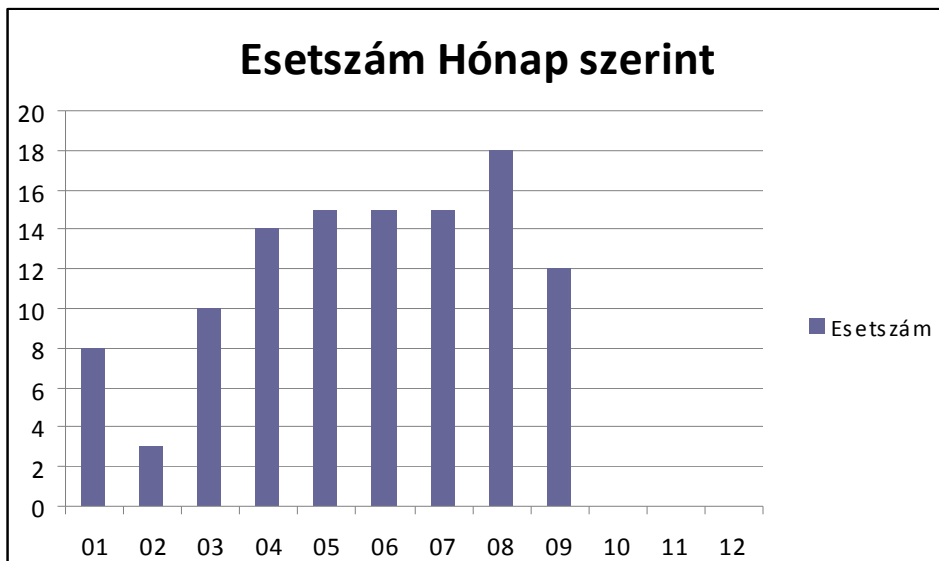
A svájci polgárok, harmadik állam polgárainak számítanak, ugyanakkor a szabad mozgás biztosított számukra az uniós államok területén, jelentős számban utaznak az olcsóbb ellátást nyújtó keleti szolgáltatókhoz.

A térség turisztikai szempontból is kiemelt, Győr, Sopron, Kőszeg, a Balaton, Pannonhalma jelentős számú látogatót vonz.

A harmadik országbelieknek nyújtott ellátások esetszáma havi bontásban a Nyugat-dunántúli régióban:



51. ábra. 2011. évi adatok



52. ábra. 2012. évi adatok

A 2012-es grafikon már jól tükrözi, hogy a külföldiek részére nyújtott ellátások száma nagyjából konstans, ami részben a turisztikai vonzerővel magyarázható.

A térség járó-, és fekvőbeteg ellátó intézményei ugyanakkor gyakorlatilag elvétve látnak el harmadik országból beteget, a gyógyturizmus ilyen formája pedig az adatgyűjtés alapján gyakorlatilag kizárható.

Rendkívül fontos azonban megjegyezni, hogy a térség egyik kiemelt tranzit útvonala a déli országokból érkező vendégmunkásoknak, akik Európa nyugati felébe igyekeznek, vagy onnan hazafelé utaznak. A délről nyugat felé irányuló tranzitútvonalon kedvelt pihenő/megálló Hegyeshalom és Győr. Ez indokolja a relative magas ellátási számot. Az a tény, hogy az ellátó intézményekben a fenti esetszám nem mutatkozik, arra utal, hogy leginkább egyszerű orvosi elsősegélyről lehet szó, amelyet a mentő betegellátás során definitív módon rendeznek.

Kiemelt ellátó intézmények:

Petz Aladár Megyei Oktató Kórház
Soproni Rehabilitációs Gyógyintézet
Sopron Megyei Jogú Város Erzsébet Oktató Kórház
Vas Megyei Markusovszky Kórház Nonprofit Zrt.
Zala Megyei Kórház

A harmadik országbeli állampolgárok fekvőbeteg ellátása a kutatás során kiemelten vizsgált központi régió klinikai adatai alapján 2011. évben.

A kutatás során kiemelt szerep jutott a központi régió klinikai központjának, amelynek képviselőivel több interjút is készítettünk. Az alábbi interjú ismertetésével kezdjük az elemzési folyamatot.

Regionális klinikai centrum - vezetői interjú

„A klinikai intézmények adatrendszerében kiemelkedően magas a harmadik országbeli ellátottak körében az ukrán és a szerb állampolgárok száma. Megerősíthetjük-e, hogy itt vélhetően a kárpátaljai és a vajdasági magyarokról van szó?

Igen, teljességgel érthető, hogy az Anyaország segítséget nyújt a külföldi magyarok számára. Léteznek közvetett csatornák a segítségnyújtásra, mégis a legtermészetesebb és legközvetlenebb út az, ha maga az egészségügyi intézmény „közvetítő csatornák” nélkül igyekszik segíteni ott, ahol tud.

Közvetett csatornák beépítése nélkül ez hogyan valósulhat meg?

Két módon: egyrészt, ha egy „kis hamissággal” van az ügy jelenteve, de legfőbbsképpen OEP finanszírozás nélküli ellátással, azaz a saját kereteit terhelve. Egy biztos, mégpedig az, hogy a kórház egészségügyi menedzsmentjének tudnia kell róla, ha ilyen történik.

Hogyan érkeznek a központi intézményekbe a külföldi magyarok?

Elsősorban az orvosainkon, azaz személyes csatornákon keresztül. Az nyilvánvaló, hogy ha már egyszer itt vannak, akkor orvosként nem utasíthatjuk vissza ez ellátásukat és ezt nem is szívesen tennénk, hiszen rászorultak arra. Ugyanakkor sok esetben utasítjuk vissza diplomatikusan a megkeresést, ám hangsúlyozandó, hogy ez csak abban az esetben jellemző, ha a beteg még nem kereste fel személyesen az intézményt. Ilyen esetben - azaz amikor csak a papírokat küldi el - finoman tájékoztatjuk, hogy a problémájával sajnos mi sem tudunk mit kezdeni. Ez esetben is nagyon fontos ugyanakkor a megfelelő attitűd, azaz nem közöljük nyíltan, hogy anyagi okokból nem tudjuk finanszírozni az ellátást.

Központi intézményként, úgy vélem sokan kerülnek be a határ közeli kórházakból.

Igen, valóban előfordul. A határmenti kórházakra e tekintetben igen nagy teher hárul. Sokan jönnek át például a szülészetre. A szatmár beregi kórház Fehérgyarmat telephellyel vagy a nyíregyházi kórház e tekintetben „kiemelt forgalmat” bonyolít. Érdekes a kórházak parkolóját megtekinteni, tele van ukrán rendszámú kocsival.

Ezek szerint a határos országokban az ellátás színvonala nem javult?

Dehogynem, egyes helyeken igen, így különösen Erdélyben. Ezt jelzi, hogy meg is indult egyfajta visszaáramlás, különösen a külföldi betegápolók körében.

A külhoni magyarokon kívül jellemzően milyen külföldi állampolgárok részesülnek a klinika intézményeiben járó vagy fekvőbeteg ellátásban?

A VIII. ill. a IX. kerületben igen sok a kínai lakos, akik főként szülészeti ellátásokat vesznek igénybe. Esetükben a legnagyobb probléma a nyelvtudás hiánya.

Hogy kommunikálnak a kínai páciensekkel?

Valóban nem könnyű, hiszen esetükben nem csak arról van szó, hogy más nyelvet beszélnek. Egy egészen más kultúrával állunk szemben. Tekintettel, hogy a kínai társadalom erősen kollektivistá, soha nem egyedül érkeznek, hanem minden esetben a család támogatásával. A kínai nem egy követelőző emberfajta, sokkal inkább konfliktuskerülő a keleti kultúrának köszönhetően. Soha nem mondanak határozottan nemet, inkább máshogy jelzik az elutasításukat. A kommunikáció különösen problémás velük, hiszen nem csak a szavak, hanem a számrendszerük is eltér. Így marad a mutogatás, a kézjelek. A családból egyvalaki valamilyen szinten beszél magyarul, vagy ha nem, akkor hoznak tolmácsot magukkal.

A fő problémát a személyazonosságuk igazolása jelenti, hiszen a nyugati emberek számára szinte megtevesztésig hasonlítanak egymásra. Az így a részükre kiállított TAJ kártyát többen is használják, ezt nagyon nehéz esetükben kiszűrni.

Relatív sok az iráni páciens. Ők hogyan kerülnek a klinikai központba?

Nagyon sok az iráni orvostanhallgató, ők itt Magyarországon családot alapítanak és iráni állampolgárként maguk és gyermekeik igénybe veszik a magyar ellátásokat, azaz ők életvitelszerűen itt tartózkodnak.

Beszélhetünk-e Magyarországon egészségturizmusról, azaz olyan esetekről, amikor kifejezetten az egészségügyi ellátás igénybevétele céljából utazik valaki Magyarországra?

Igen, ez nem titkolt célja a magyar politikának, vagyis, hogy ide vonzza a külföldi, jól fizető pácienseket. Az egészségturizmus a turizmus ágazat egyik legdinamikusabban fejlődő területe és igen fontos utazási motiváció lehet.

Mely területeken és milyen intézményekben számíthatunk majd látogatókra országunkban?

Fontosak a hazai gyógyvizek, amelyek jellemzően a mozgásszervi megbetegedések gyógyításában játszanak szerepet, emellett, bőrbetegségek, nőgyógyászati panaszok, keringési betegségek és ivókúra formájában emésztőszervi bántalmak enyhítésére is alkalmasak.

Mindezek mellett azonban hangsúlyozni kell a nem víz alapú gyógytényezők szerepét Magyarország jövőben megvalósuló egészségturizmusában.

Nemzetközi jelentőségű Budapesten a Villányi úton található Nemzetközi Pető Intézet is, hiszen jelentős számban keresik fel külföldiek is, és elismerten nyilatkoznak az ellátások színvonaláról és a szakemberekről.

Szintén nemzetközi figyelemre számíthat a Balatonfüredi Állami Szívkórház.

További kórházakban előre tervezhető műtétekre lehet fogadni elsősorban külföldi betegeket (pl. epeműtét, ízületi protézis műtétek, gerincműtétek), hiszen sok országban (pl. Ausztrália, Izrael, Dél-Afrikai Köztársaság) gyakran éveket vár egy beteg, amíg sorra kerül.

Ugyanakkor szükséges hangsúlyozni, hogy mindez csak elképzelés, amely ma még nem realizálódik.

Az egészségügyi turizmusban melyek a legfőbb motivátorok és a harmadik országbeliek mely csoportjaira számíthatunk leginkább keresleti forrásként?

Az egészségturizmusban motivátor az ár, a minőség és a hozzáférés. A beteg vagy jobb érték/ár arányt vár (olcsóbb legyen, vagy jobb mint otthon) vagy hiányt pótol, ami lehet mennyiségi vagy minőségi.

Ott keletkezik tehát kereslet, ahol a szolgáltatás terhét az egyén is viseli, azaz a beteg költségérzékeny, így ha az adott országban üzleti típusú az egészségbiztosítási modell (USA) vagy az adott szolgáltatás jellemzően nem része a közfinanszírozott csomagnak. Tipikusan ilyen a fogászat, gyógyfürdő, szanatórium, plasztikai sebészet. Ekkor az egészségturizmust a megtakarítás szándéka motiválja.

Fontos szempont tovább az időfaktor. Ha egyes ellátásokban a gyógyítás tekintetében kritikus várakozási idők alakulnak ki.

A más technológiájú ellátás is motivációs faktorként szolgál.

Így ha szervezetségében, technikájában, kulturáltságában otthon nem elérhetően magas az ellátás színvonala (PET, CT, egyes szívűtétek, micro-invazív beavatkozások).

Végül nem elhanyagolható faktor a jogi szabályozás eltérése pl. terhesség megszakítás, IVF, a beültetés előtti diagnosztika (PDG) tekintetében.

Összegezve, a leggyakoribb beavatkozások: a csipőprotézis műtét, a szaruhártyaátültetés, plasztika, és a különböző laporoszkópiás műtétek.

Egészségturiztika szempontjából melyik harmadik ország jelenti a legfőbb keresleti forrást, azaz jellemzően ki a küldő ország, ahonnan a legtöbb beteg érkezik?

Az egészségturizmus legfőbb keresleti országa az USA, amely oka az ottani magas szolgáltatási árakban keresendő. Az USA-ban 45 millióan nincsenek biztosítva, ill. vannak alubiztosítva. Ezek az amerikaiak jobban járnak, ha itt vásárolják meg a szolgáltatást.

Az egyéni motiváció mellett az USA-ban megjelentek a közösségi motivációk is, a munkaadók is beszállnak az egészségturizmus üzletébe, ahol alkalmazottaiknak olcsóbb ellátást nyújtanak.

Az eddigi óvatos amerikai biztosítótársaságok is felbátorodtak és önkéntes globális egészségügyi utazási opciókat kezdenek felajánlani csomagjaikban.

Igen magas az amerikai betegek aránya a transzplantációs klinikán, ill. a Kardiológiai Központban. Ez mire utal?

A Transzplantációs klinika egy jól felszerelt klinika, amely valóban kielégíti a külföldi betegek igényeit.

A klinika fel van szerelve mindazokkal a modern, ún. "high tech" lehetőségekkel, amelyeket ma a beteg joggal elvár az egészségügytől. Automata laboratórium, mozgatható és stabil ultrahangkészülékek, légkondicionált műtők és intenzív osztály, környezetbarát központi sterilizáló, korszerű altatógépek és betegmegfigyelő rendszerek, izotóp vizsgálókészülék, endoszkópos, angiográfiás (érfestés) és számítógépes röntgenvizsgáló (CT) lehetőségek biztosítják a színvonalas betegellátást. A komputerezált, videovetítési lehetőséggel ellátott előadóterem az orvos- és ápolóképzés, továbbképzés, valamint tudományos rendezvények, és ülések lehetőségét biztosítja. A betegágyakhoz kapcsolható telefonok, a minden kórteremhez csatlakozó külön WC és fürdőszoba a betegek kényelmét szolgálja. Ehhez járul a személyzet korrekt munkája, ami gyakran nem pótolható még a "high tech"-kel sem.

A klinika dolgozói a világ 9 nyelvén beszélnek, beleértve a román, orosz, flamand, spanyol és szerb nyelveket is. A diplomások 3/4 része egy, 1/4 része több szakvizsgával és tudományos fokozattal rendelkezik.

Ami pedig a Kardiológiai központot illeti, a statisztikák ilyen módon nem mérvadóak, hiszen ez a kardiológiai ügyelet jelenleg, azaz az invazív kardiológiai sürgősségi ellátásokat itt nyújtják.

A kardiológiai Központ munkanapokon napközben 8 és 18 óra között a regionális (Buda és Pest megye budai része, kivéve a Budai Irgalmas Kórház területét) ügyeletet látja el, emellett minden szerdán 18 és másnap reggel 8 illetve minden vasárnap reggel 8, és másnap reggel 8 óra között a teljes budapesti és

közép-magyarországi régióból érkező 12 órás akut szívizom infarktusos betegek azonnali sürgősségi koszorúér tágítását végezzük.

Hasonlóan magas a külföldi betegek és azon belül is az amerikai betegek aránya a budai klinikai tömbben. Ez minek köszönhető?

Ez egyfajta történelmi örökség. Ez a klinikai tömb történelmi múlttal rendelkezik. A rendszerváltás előtti korosztályok számára ez a név egyértelműen a kommunista diktatúra párt- és állami elitjének kórházát jelenti, ahol csak az akkori politikai rendszer kiváltságosai juthattak az átlagot jóval meghaladó szintű orvosi ellátáshoz. A Kútvölgyit tehát az ország politikai, gazdasági és kulturális elitjének kórházává tették. A köznyelvben ettől kezdve egyszerűen csak „pártkórháznak” emlegették. Az igénybevételt egyébként így is minden esetben külön engedélyhez kötötték. A privilegizált bánásmód a diplomata körre is kiterjedt, egyfelől tehát ennek köszönhető a sok külföldi beteg. Másfelől a Kórház prémiumszolgáltatásokat nyújt.

Visszatérve egy gondolatra a szervátültetésekhez. A külföldi betegek esetében végzett ellátások mennyiben befolyásolják a magyar betegek helyzetét?

A magyar betegek semmiképpen sem szenvednek hátrányt. A külföldi betegek számára valóban végzünk szervátültetést, ha megfizeti a beavatkozás költségeit. Ezek azonban mind élődonoros szervátültetések, leginkább veseátültetések. Ebben az esetben a páciens hozza magával azt, akiből átültetésre kerül a kérdéses szerv.

Mi a helyzet a keletről érkező kereslettel?

A Közel - keletről utazó betegek a legjobban fizető ügyfelek közé tartoznak, akiket több ország szolgáltatói szeretnének megnyerni, így a magyar szolgáltatók is. Komoly hangsúlyt fektetnek az ellátás minőségére és bizonyosak akarnak lenni az orvosok képzettségéről és szakmai tapasztalatáról. Nem lehet körükben egyértelműen keresett szolgáltatásprofil beazonosítani. A legtöbb beteg az Egyesült Arab Emírátsokból, Kuvaitból, Quatarból, Bahrainból, Libanonból és Iránból indul útnak.

Fizetős betegek esetén milyen eljárást alkalmaznak abban az esetben, ha a beteg nem rendezi a tartozását?

Felszólítjuk a fizetésre és harmadszori felszólítás után egy ügyvédi iroda segítségével próbáljuk behajtani a kintlévőségünket.”

Fenti interjúhoz kapcsolódnak az alábbi táblázatok.

Klinikai statisztikai adatok

Az ellátások döntő többségét adó klinikák által kezelt harmadik országbeliek esetszáma abszolút értékben a 2011. évben

Klinika	Esetszám	%
Szülészeti klinika	161	59%
Sebészeti klinika	19	7%
Kardiológiai Központ	18	7%
Szemészeti klinika	14	5%
Urológiai klinika	11	4%
Transzplantációs klinika	9	3%
Belgyógyászati klinika	9	3%
Fül-orr-gége klinika	8	3%
Gyermekklinika	7	3%
Neurológiai klinika	5	2%
Érklínika	4	1%
Ortopéd klinika	3	1%
Szajsebészet	2	1%
Bőrklínika	1	0%
Pathológia	1	0%
Pulmonológiai klinika	1	0%
Osszesen	273	100%

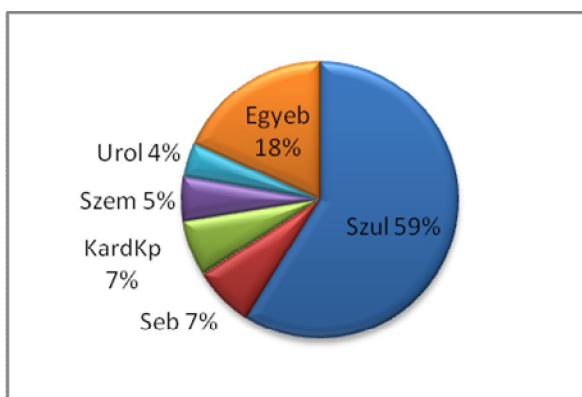
53. ábra

Az ellátások szignifikáns arányát (80%-át) biztosító intézetek által kezelt harmadik országbeliek esetszáma abszolút értékben a 2011. évben

Klinika	Esetszám	%
Szülészeti klinika	161	59%
Sebészeti klinika	19	7%
Kardiológia központ	18	7%
Szemészeti klinika	14	5%
Urológiai klinika	11	4%
Egyéb	50	18%
Osszesen	273	100%

54. ábra

Az ellátások szignifikáns arányát (80%-át) biztosító klinikai intézmények által kezelt harmadik országbeliek esetszáma százalékos bontásban a 2011. évben

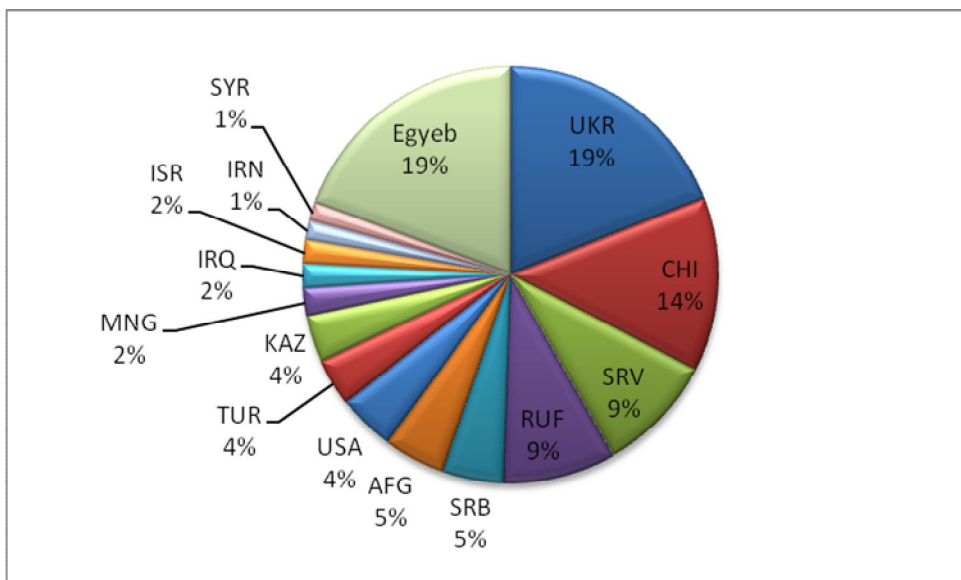


55. ábra

A harmadik országbeli polgárok származás szerinti megoszlása százalékos bontásban a 2011. évben

Állampolgárság	Esetszám	%
UKR	52	19,0%
CHI	37	13,6%
SRV	25	9,2%
RUF	24	8,8%
SRB	13	4,8%
AFG	13	4,8%
USA	12	4,4%
TUR	10	3,7%
KAZ	10	3,7%
MNG	6	2,2%
IRQ	5	1,8%
ISR	5	1,8%
IRN	4	1,5%
SYR	4	1,5%
Egyéb	53	19,4%
Összesen	273	100%

56. ábra



57. ábra

A BÁH adatoknak megfelel a fenti táblázatban szereplő százalékos megoszlás a származási országok szerint.

Menedékjog iránti kérelmek számának alakulása főbb állampolgárság szerint 2010 - 2011.

Állampolgárság	2010.	Összes kérelem %-ban	2011.	Összes kérelem %-ban	Változás	Változás %-ban
afgán	702	33,37%	649	38,33%	-53	-7,55%
koszovói	379	18,01%	211	12,46%	-168	-44,33%
szerb	67	3,18%	27	1,59%	-40	-59,70%
szomáliai	51	2,42%	61	3,60%	10	19,61%
pakisztáni	41	1,95%	121	7,15%	80	195,12%
algériai	35	1,66%	56	3,31%	21	60,00%
szíriai	23	1,09%	91	5,38%	68	295,65%
tunéziai	10	0,48%	30	1,77%	20	200,00%
egyéb	796	37,83%	447	26,40%	-349	-43,84%
összesen	2 104	100,00%	1 693	100,00%	-411	-19,53%

58. ábra

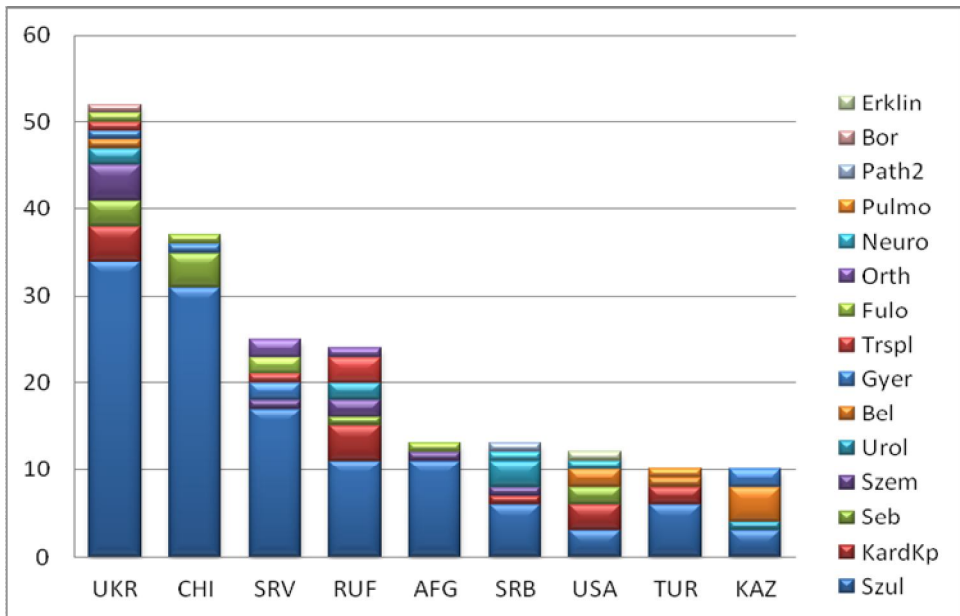
Az afgán és a szír állampolgárok magas ellátási aránya az ezen állampolgárok által beadott menedékjogi kérelemének magas számára vezethető vissza.

Az egyes klinikák által nyújtott ellátások és az ellátottak származás szerinti megoszlását mutatja abszolút értékben 2011-ben az alábbi ábra.

Klinika	Állampolgár									Össz.
	UKR	CHI	SRV	RUF	AFG	SRB	USA	TUR	KAZ	
Szülészet	34	31	17	11	11	6	3	6	3	122
Kardiológia Kp	4			4		1	3	2		14
Sebészeti kl.	3	4		1			2			10
Szemészeti kl.	4		1	2	1	1				9
Urológiai kl.	2			2		3			1	8
Belgyógyászati k	1						2	1	4	8
Gyermecklinika	1	1	2						2	6
Transzplantációs	1		1	3						5
Fül-orr-gégészet	1	1	2		1					5
Ortopédiai kl.			2	1						3
Neurológiai kl.						1	1			2
Pulmonológiai kl								1		1
Pathológia						1				1
Bőrclinika	1									1
Erklinika							1			1
Szajsebészet										
Összesen	52	37	25	24	13	13	12	10	10	196

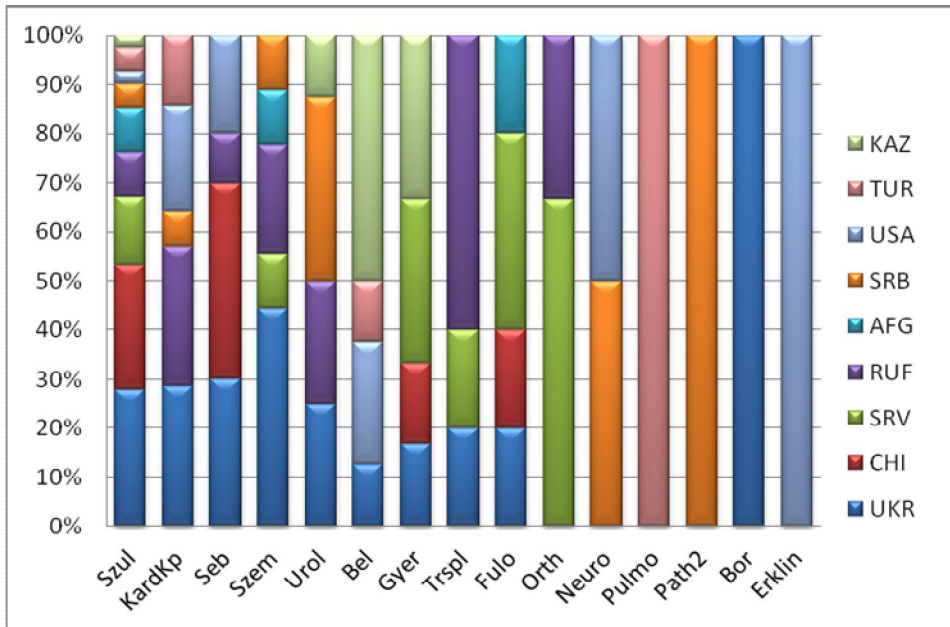
59. ábra.

Az egyes klinikai intézmények által nyújtott ellátások származás szerinti megoszlása 2011-ben.



60. ábra

Az egyes SOTE intézmények által nyújtott ellátások származás szerinti megoszlása 2011-ben százalékos arányban.



61. ábra

A harmadik országbeli állampolgárok járóbeteg ellátása a kutatás során kiemelten vizsgált központi régió klinikai adatai alapján 2011. évben.

Amint arra a bevezetőben utaltunk, a SE rendelkezésünkre bocsátotta a 2011. évi teljes körű statisztikai állományát az ellátott harmadik országbeli állampolgárok vonatkozásában.

A statisztikai adatok választ adnak nagyon sok releváns kérdésre, így arra, hogy milyen állampolgársági csoportok jelennek meg az ellátórendszerben, milyen klinikai központokban veszik igénybe az ellátásokat.

Esetszámok az SE intézményeiben

A SE egyes intézményei által ellátott esetek szám szerinti megoszlása a 2011. évben

Klinika	Esetszám
Szülészeti klinika	1432
Központi Laboratórium	1348
Transzplantációs klinika	754
Kútvölgyi kórház	602
Gyermekklinika	559
Szemészeti klinika	551
Belgyógyászati klinika	432
Bőrklinika	319
Kardiológiai Központ	231
Fül-orr-gége klinika	190
Sebészeti klinika	171
Pulmonológiai klinika	167
Radiológiai klinika	165
Urológiai klinika	130
Pathológiai intézet	124
Neurológiai klinika	116
Pszichiátriai klinika	59
Aneszteziológiai klinika	52
Ortopéd klinika	49
Érklinika	25
KlinP	23
KutPsych	15
Nukleáris medicina	11
Szívsebészeti klinika	9
Egyéb	9
Összesen	7543

62. ábra

Érdeemes néhány általános gondolatot fűzni az adatokhoz.

Az adatok alapján látható, hogy a legtöbb harmadik országbeli állampolgár a szülészeti klinikán jelent meg. A szülészeti esetek magas száma egyrészt a szülések számát jelöli (kórházban szülés, mint tipikus eset) másrészt felvetheti pl. a mesterséges megtermékenyítés, az in vitro fertilizáció lehetséges igénybevételét is, amelyre viszont elkülönített statisztika nem áll rendelkezésre.

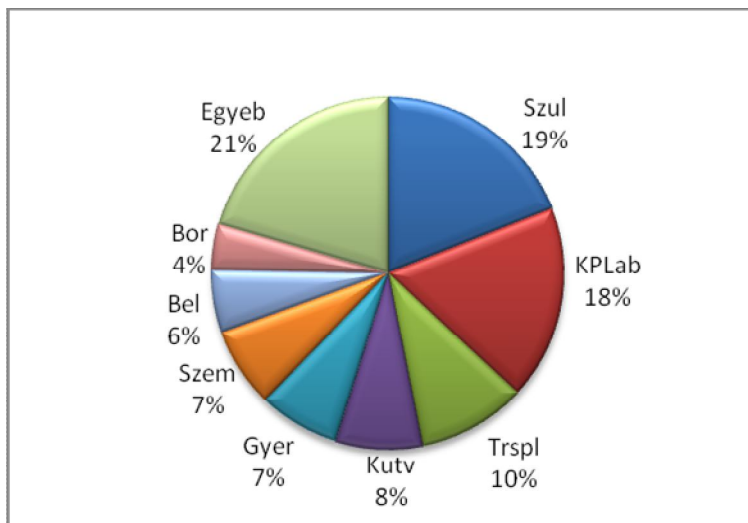
A második leggyakrabban igénybevett ellátási kör a központi laboratórium. A központi laboratóriumi esetszám a diagnosztikai szakmacsoport nélkülözhetetlenségére utal, hiszen ma már nem képzelhető el érdemi orvosi ellátás laboratóriumi diagnosztika nélkül.

A harmadik legnagyobb számú eset a transzplantációs klinika működési körében merül fel. Ebből az interjú adataira is figyelemmel arra következtethetünk, hogy ezt az ellátást Magyarországon annak jó színvonala miatt harmadik ország polgárai is igénybe veszik.

A negyedik helyen jelentkezik a Kútvölgyi Kórház, míg az ötödik helyen ismételten a gyermekáldással (gyermekorvosi ellátással) összefüggő eseteket találunk.

Végül, fontos kiemelni, hogy a kimutatás abszolút számaiban a sebészeti esetek is szerepelnek.

A SOTE egyes intézményei által ellátott esetek százalékos arányú megoszlása a 2011. évben



63. ábra

A fenti adatok alapján megállapítható a százalékos megjelenés, amely még kézzelfoghatóbbá teszi a szülészet-gyermekszakellátás dominanciáját, hiszen ez az összes eset több mint egy negyedét teszi ki !

Ez a megfigyelés – értelemszerűen - teljes párhuzamba állítható az országos adatlistákkal.

Ellátás típusok

Az intézményi esetszámok mellett kiemelt annak is a fontossága, hogy az SE klinikák milyen szerepet töltenek be a betegellátásban, mint szakellátási szint. Erre vonatkozóan is szolgáltatott adatot az intézmény.

A SOTE egyes intézményei által biztosított ellátás típus szám szerinti megoszlása a 2011. évben

Ellátás	Esetszám
első szakellátás az adott betegséggel kapcsolatban	3248
szakorvosi konzílium	2831
visszarendelés	1461
elsősegélynyújtás	1
gondozott beteg ellátása	1
tartósan gondozott beteg kontroll vizsgálata	1
Összesen	7543

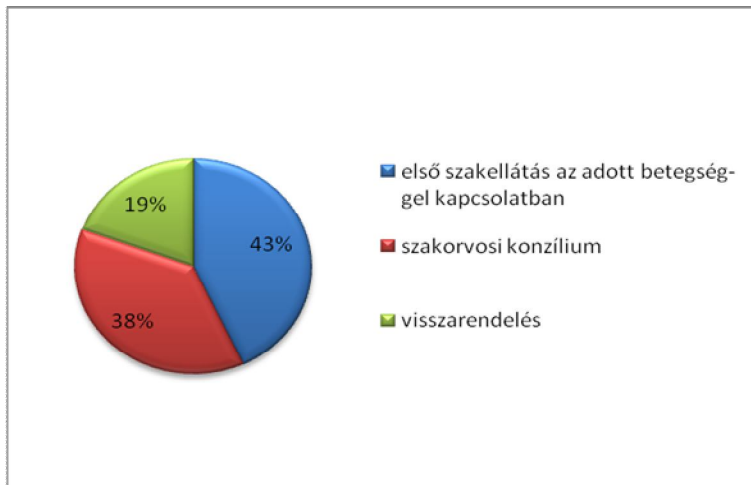
64. ábra

Az adatok alapján az esetek fele az első szakellátás, egynegyede pedig a visszarendelés. Ez azt jelentheti, hogy minden második ellátást követi csak visszarendelés, amennyiben joggal feltételezzük, hogy az érintett személyek ugyanazok.

A statisztikai adatok alapján megállapítható, hogy a külföldiek orvosi ellátása általában a primer ellátással lezárul. Az elsődleges ellátás gyakorlatilag definitív ellátásnak tekinthető. Életszerűen az egészségügyi probléma felmerülésekor a beteg ellátogat az ellátóhelyre, mely után nem minden esetben szükséges a beteg visszarendelése, illetőleg a visszarendelésnek nem tesz eleget (nem tartja szükségesnek, vagy egyszerűen a kontroll időpontjában már nem tartózkodik az országban). A visszarendelés elmaradását részben a panaszok megoldódása, a heveny rosszullét oki, vagy tüneti terápiája, és a további kezeléseket más ország(okban) történő folytatása egyaránt magyarázhatja. Ennek részletei, arányai ugyanakkor nem ismertek, sok (legtöbb) esetben a beteg további sorsa is ismeretlen marad.

A százalékos megoszlásról készített táblázat érzékelhetőbbé teszi az elmondottakat.

A SOTE egyes intézményei által biztosított ellátás típus százalékos megoszlása a 2011. évben



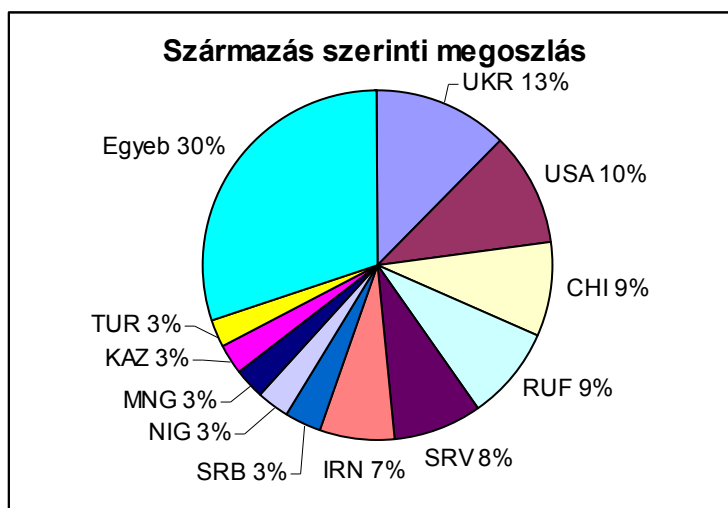
65. ábra

Ellátottak állampolgárság szerint

Az alábbi táblázatok a klinikai ellátórendszer egyes intézményeihez forduló harmadik országbeli polgárok származás szerinti megoszlását mutatják abszolút értékben a 2011. évben.

Nemzetiség	Esetszám	%
UKR	951	13%
USA	782	10%
CHI	666	9%
RUF	646	9%
SRV	594	8%
IRN	540	7%
SRB	240	3%
NIG	223	3%
MNG	218	3%
KAZ	211	3%
TUR	193	3%
CAN	180	2%
SYR	175	2%
IRQ	150	2%
AFG	138	2%
ISR	129	2%
Egyéb	1507	20%
Összesen	7543	100%

66. ábra



67. ábra

Elemzéseink során vizsgáltuk, hogy az ukrán és szerb állampolgár ellátottak magas száma alapján megalapozottan következtethetünk-e arra, hogy az itt életvitelszerűen tartózkodó ukrán/szerb állampolgársággal rendelkező kárpátaljai/vajdasági magyarok fordulnak jelentős számban a fővárosi klinikák intézményeihez?

Vizsgáltuk továbbá, hogy valószínű-e, hogy a külföldiek egy része a határon túlról kifejezetten azzal a céllal érkezik, hogy igénybe vegye a magyar egészségügyi ellátást/ esetleg a határ menti intézményből beutalják a központi budapesti intézménybe.

A kérdések vizsgálatához célszerűnek tartottuk előzetesen megvizsgálni a Bevándorlási és Állampolgársági Hivatal (BÁH) adatait, amelyek arra utalnak, hogy valóban sok szerb és még több ukrán állampolgár folyamodott tartózkodási engedélyért az idegenrendészeti hatóságokhoz (látható a 68. ábrán).

Tartózkodási engedély átvételére jogosító vízum kérelmek számának alakulása főbb állampolgárság szerint 2010 - 2011.

Állampolgárság	2010.	Összes kérelem %-ban	2011.	Összes kérelem %-ban	Változás	%-ban
Kínai	1452	16%	1513	18%	61	4%
Ukrán	2156	24%	1459	18%	-697	-32%
Szerb	299	3%	72	1%	-227	-76%
Török	760	8%	818	10%	58	8%
Iráni	480	5%	665	8%	185	39%
Egyéb	3 907	43%	3 686	45%	-221	-6%
Összesen	9 054	100%	8 213	100%	-841	-9%

68. ábra (Forrás: BÁH, www.bm-bah.hu Letöltés: 2012. május 5.)

A letelepedésre, azaz a hosszú távú tartózkodásra utaló magas adatok az ukrán állampolgárok körében is azt támasztják alá, hogy itt nem szociális turizmusról, hanem életvitelszerű itt tartózkodásról van szó.

Amennyiben megvizsgáljuk a BÁH adatsorait (lásd a 69-70. ábrákat), arra lehet következtetni, hogy még mindig a román állampolgárok adják a kérelmezők legnagyobb csoportját. Ugyanakkor, mivel ők már uniós polgárok 2007. január 1-eje óta, a második legnépesebb csoport lép elő első legnépesebb harmadik országbeli állampolgári csoportnak.

A Harmtv. alapján három hónapot meghaladó letelepedést biztosító kérelmek számának alakulása 2010 - 2011.

Állampolgárság	2010.12.31-i állapot	2011.12.31-i állapot	Változás	Változás %-ban
Román	8 819	6 949	-1 870	-21,20%
Ukrán	3 885	3 314	-571	-14,70%
Amerikai	192	172	-20	-10,42%
Török	156	152	-4	-2,56%
Horvát	110	88	-22	-20,00%
Egyéb	7 426	7 445	19	0,26%
Összesen	20 588	18 120	-2 468	-11,99%

69. ábra

A letelepedési engedéllyel rendelkező külföldiek száma állampolgárság szerint 2010-2011.

Állampolgárság	2010.12.31-i állapot	2011.12.31-i állapot	Változás	Változás %-ban
Román	8 819	6 949	-1 870	-21,20%
Ukrán	3 885	3 314	-571	-14,70%
Amerikai	192	172	-20	-10,42%
Török	156	152	-4	-2,56%
Horvát	110	88	-22	-20,00%
Egyéb	7 426	7 445	19	0,26%
Összesen	20 588	18 120	-2 468	-11,99%

70. ábra

Megállapításainkat erősítik meg azok a BAH adatok is, amelyek a tartózkodás céljára vonatkoznak. A 71. ábrából kitűnik, hogy a legtöbb harmadik országbeli (összesen több mint 80%-uk) keresőtevékenység végzése, tanulmányok folytatása vagy családi együttélés céljából tartózkodik Magyarországon, ehhez képest az egyéb

célból, így példának okáért – többek között - egészségügyi ellátás igénybevétele céljából tartózkodók száma 7 %. Természetesen az egyéb célok között felmerül, hogy az egészségügyi indok a háttérben megjelenik, de kifejezetten nem kerül kinyilvánításra.

A Harmtv. alapján tartózkodási jogosultságot kérelmezők számának alakulása főbb tartózkodási célok szerint 2010 - 2011.

A tartózkodás célja	2010.	Összes kérelem %-ban	2011.	Összes kérelem %-ban	Változás	Változás %-ban
keresőtevékenység	16 060	43,37%	13 187	39,41%	-2 873	-17,89%
tanulmányok folytatása	11 179	30,19%	10 236	30,59%	-943	-8,44%
családi együttélés	4 678	12,63%	4 452	13,30%	-226	-4,83%
egyéb cél	2 685	7,25%	2 465	7,37%	-220	-8,19%
hivatalos	1646	4,44%	2218	6,63%	572	34,75%
egyéb tartózkodási célok	784	2,12%	907	2,71%	123	15,69%

71. ábra

Vizsgáltuk továbbá, azt is hogy az amerikai állampolgárok jelentős száma vajon a hazánkba tartósan visszatérő magyar származású emigránsokra utal-e?

A BÁH adatokból arra következtethetünk, hogy mivel jelentős az amerikai letelepedettek, azaz hosszú távon tartózkodók száma, ez esetben sem szociális turizmusról van szó. A populáció számához viszonyítottan azonban viszonylag magas az orvoshoz fordulási ráta, az egészségügyi ellátórendszer felé fordulás igénye. Ez leginkább kulturális attitűdként értékelhető, tekintettel arra, hogy nem jellemző, hogy a kifejezetten nagy értékű szolgáltatások igénybevétele tendencia lenne.

Megállapítható továbbá, hogy meglepően magas az iráni ellátottak száma. A BÁH adatai szerint is sok iráni állampolgár él Magyarországon, akik közül sokan még az 50-es években érkeztek a kommunizmus okán, de többségükben fiatal egyetemisták, akik itt tanulnak. Érdekes tehát megvizsgálni, hogy milyen ellátásokat vesznek igénybe. Az igazán nagy réteget az elmúlt évtizedben folyamatosan érkező iráni diákok jelentik, akiknek a lélekszáma immár kétezer fő felett van, államilag kifejezetten bátorítják a fiatalokat a továbbtanulásra. Van egy iráni-magyar kulturális keretegyezmény, ami négy- vagy ötévenként újítanak meg, ezeket a magyarországi egyetemek is rendkívüli módon támogatják. Csak a debreceni egyetemen négyszáz iráni diák tanul, Pécssett körülbelül kétszázán. Természetesen a SOTE-n vannak a

legtöbben, orvostudományi és gyógyszerész szakok a legnépszerűbbek. Emellett a Budapesti Műszaki Egyetemen és a közép-Európai Egyetemen (CEU) is akadnak páran. Ezek az iráni fiatalok meglehetősen szekularizált életmódot folytatnak, számukra nem jelent nagy problémát a beilleszkedés, nagy részük tehetsős, jó családból származik. Ez azonban azt is jelentheti, hogy tartózkodásuk nem huzamos.

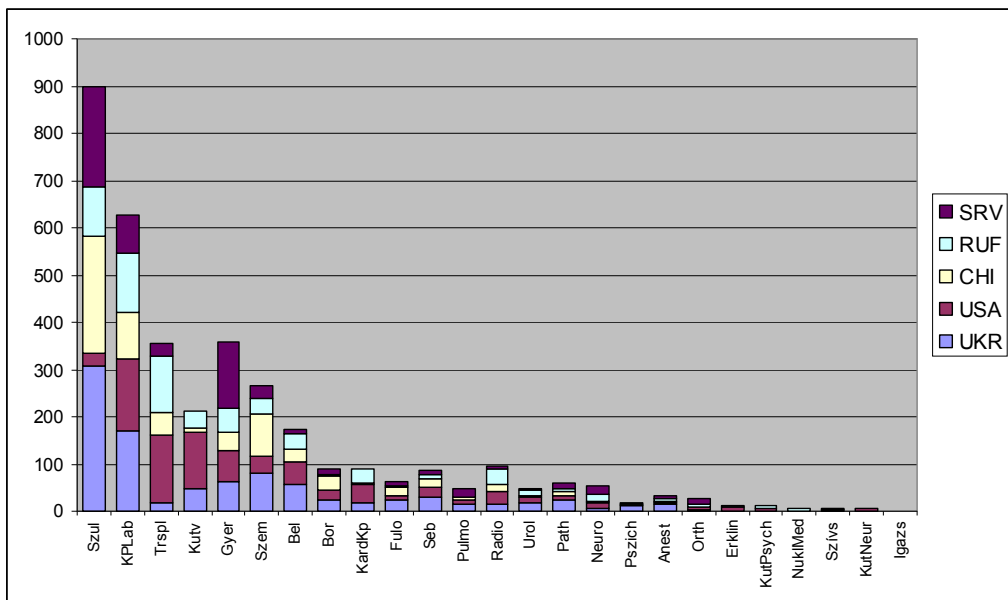
72. ábra: Az egyes intézmények által nyújtott ellátások származás szerinti megoszlása 2011-ben.

Klinika	Nemzetiség																Végösszeg
	UKR	USA	CHI	RUF	SRV	IRN	SRB	NIG	MNG	KAZ	TUR	CAN	SYR	IRQ	AFG	ISR	
Szul	306	27	249	104	212	53	41	56	24	16	12	13	1	43	61	22	1240
KPLab	171	152	98	125	81	110	34	33	29	108	37	46	21	22	23	21	1111
Trspl	17	145	46	119	28	9	13	5	76	18	4	16	3		2	13	514
Kutv	48	120	9	35		143	1	49	16	3	41	18			2	8	493
Gyer	63	64	40	51	141	5	23			45	2	6	22	11	13	6	492
Szem	81	34	91	33	26	13	26	9	22		18		10	4	6	6	379
Bel	56	47	27	35	9	53	5	16	7	9	12	22	6	5	6	10	325
Bor	25	21	28	5	10	23	16	10	19		4	4	89	1	3	3	261
KardKp	17	40	2	31		16	3	7	9	2	10	13	5	30	4	2	191
Fulo	24	10	16	3	9	44	3	6	1	1	2	6	7	1	3	8	144
Seb	30	20	19	8	9	15	14	4	4	3	3	3				1	133
Pulmo	16	9	4		18	11	3	13	1		35	7		10		13	140
Radio	14	27	17	32	5	13	4	1	3	1	2	2		3		3	127
Urol	19	11	4	11	2	13	15	9			3		6	5	1	3	102
Path	24	9	8	8	10	2	9	3	2	4	3	1			1	7	91
Neuro	6	12	2	15	19	4	4		1		1	4	4	11	2	2	87
Pszich	11	2	2	2		8	1					11			8	1	46
Anest	14	5	3	6	5		1	1	1	1	1	3	1	2	2		46
Orth	4	5		7	10	4					2	1		2			35
Erklin	1	8	1	3			1		3		1	1					19
KlinP							23										23
KutPsych		5		7		1						2					15
NuklMed		1		6				1				1					9
Szívs	4	1													1		6
KutNeur		6															6
Igazs		1															1
Végösszeg	951	782	666	646	594	540	240	223	218	211	193	180	175	150	138	129	6036

Összefoglaló gondolatok

Végül, kísérletet teszünk arra, hogy következtetéseket vonjunk le az ellátásokból, az állampolgárságból és a BÁH adatokból együttesen, kifejezetten az egészségügyi célokra nézve. A 73. ábra ezen összehasonlítás érdekében összeveti az igénybe vett ellátást és az igénybevevő állampolgárságát, azokat az állampolgárságokat alapul véve, amelyek az öt legnépesebb migrációs csoportot alkotják (SRV – Vietnám, RUF – Oroszország, CHI – Kína, USA, UKR – Ukrajna).

Ellátások származási ország szerinti megoszlása, az öt legnagyobb mutatóval rendelkező ország esetében abszolút értékben 2011-ben.



73. ábra

Az ellátások statisztikai adataiból az a következtetés vonható le, hogy a szülészeti ellátás igénybevételének magas száma az ukrán, kínai, vietnámi polgárok körében az életvitelszerűen itt tartózkodásukra utal.

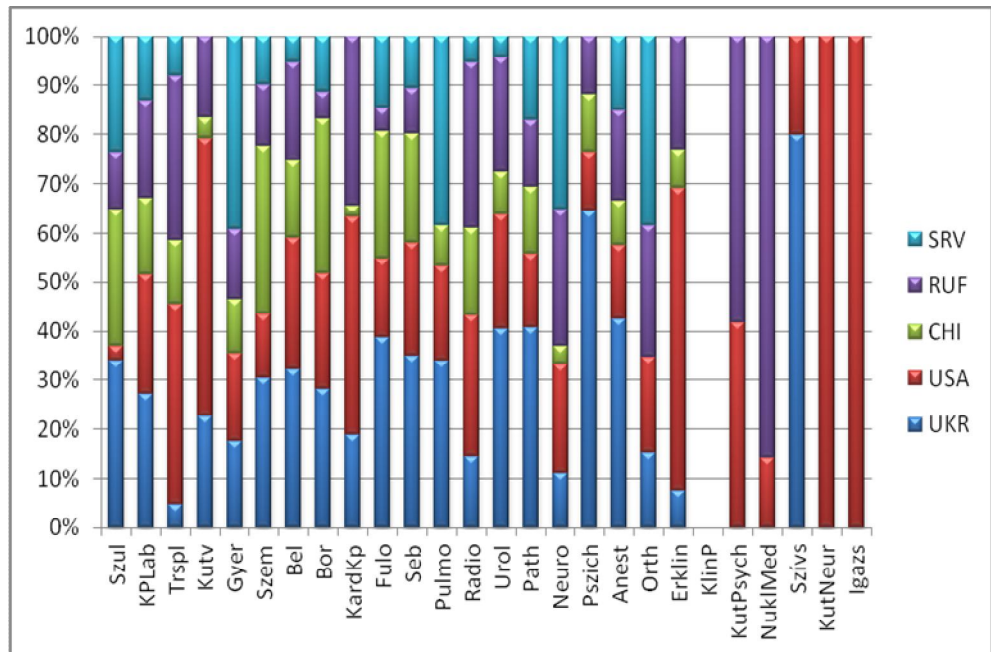
A többi ellátáshoz képest az amerikai szülészeti ellátások száma relatíve alacsony, az általuk igénybevett ellátások típusosan a középkorú, vagy idősebb populációra jellemzőek.

Amint arra a korábbiakban is utaltunk, az amerikai polgárok körében inkább magasnak tekinthető a transzplantáció aránya. A felvett interjúk alapján ennek több oka lehet. Fontos figyelembe venni, hogy a statisztikai adatgyűjtés együtt kezeli a sebészeti esetszámot és a valódi transzplantációt, így nehezen vonható le objektív

következtetés. Másrészt, az itt tartózkodó amerikai polgárok átlagéletkora magasabb, ezért lehet szükségük az átlagnál nagyobb számú sebészeti beavatkozásra, nem kizártn akár szervátültetésre is (habár ez nem következik az adatokból). Nagyon fontos ezért határozottan megjegyezni, hogy a közölt statisztikai adatok a mindennapos sebészeti beavatkozásokat is tartalmazzák, ezért nem kívánjuk egyáltalán azt sugallni, hogy az amerikai állampolgárok az átlagnál több transzplantációban részesülnének.

A vietnámi polgárok körében a gyermekklinikai esetek száma kiugró. Nem ismert azonban, hogy a nagy számú gyermekgyógyászati esetszám pontosan milyen beavatkozásokat fed. Természetesen kézenfekvő magyarázat önmagában az is, hogy a hazánkban tartózkodó vietnámi állampolgárok zömében fiatalok, kisgyermekes családok, és tejesen átlagos, az életkortól függő ellátásokat igényelnek, gyermekorvosi vizsgálat, szemészet, fül-orr-gégészet. Egyik interjúalanyunk említette, hogy a Gyermekklinika egyébként is nagyon kedvelt a külföldiek körében, mert szinte minden orvos beszél angolul (tekintve, hogy ez alapfeltétel a klinikán, amely egyben egyetemi kutatóközpont).

Ellátások származási ország szerinti megoszlása, az öt legnagyobb mutatóval rendelkező ország esetében százalékos arányban



74. ábra

Meglepő, hogy a kínai polgárok körében nincsenek kardiológiai problémák. Az amerikaiak aránya viszont magas a kardiológiai klinikán, az érsebészetben és a szívsebészetben. Mire vezethető ez vissza?

Az adatok utalhatnak az itt tartózkodó amerikaiak magasabb átlag életkorára, illetve az orvoshoz fordulás szociális attitűdjére. A kardiológiai problémákat a hagyományos orvoslással rendező keleti tendencia állhat szemben a nyugati szemlélettel, amely az egyik legkomolyabb betegség jeleként kezeli a legkisebb szívpanaszokat is. Ez részben az egészségnevelés, és a sajtó következménye.

Az orosz polgárok esetében is magas a transzplantáció aránya. Ez nem kizártan a vagyonos oroszok magasabb színvonalú ellátáshoz való hozzáférését tükrözi.

A Magyarországra érkező orosz állampolgárok különböző okból érkeztek. Így a Szovjetunió idején szakmai kapcsolatok miatt érkezett sok orosz állampolgár, orosz mérnökök, agrár és ipari szakemberek. Ezen kívül pedig orosz nők feleségként. A '90-es években mindez változott. 1989 után sokan hagyták el az országot az itt dolgozó oroszokból, azonban ez nem öltött tömeges jelleget. Helyükre azonban a '90-es években újabb oroszok érkeztek az üzleti élet képviselői közül. A magas transzplantációs arány körükben azonban mindenképpen a vagyonosabb orosz polgárok beutazására utal, akik lehetnek akár egészségügyi turisták, de akár huzamosan itt tartózkodók is.

Inkább magasnak tekinthetőek a radiológiai és a nukleármédiológiai esetek száma.

Általánosan kiemelendő szempontnak tartjuk, hogy a Klinikák a leginkább hozzáférhetőek a külföldiek számára, az általánosan elvárt nyelvtudás miatt. Több helyütt hangsúlyozták, hogy az orvosok, és az ápoló személyzet egy része is beszél különböző nyelveket (nemcsak angolul). Nem elhanyagolható szempont, hogy a külföldiek egymással megosztják tapasztalataikat, a saját köreikben terítik az információt, és pontosan tudják, hogy – szinte minden esetben - használhatják a klinikai struktúrát. A magyar állampolgárok nem biztos, hogy ennek a lehetőségével tisztában vannak, és lehet, hogy nem ezen a szinten kezdik meg az ellátást. Hajlunk arra, hogy a szakirodalom azon állítása, hogy a migránsok – különböző okokból – esetleg kihagyják az alapellátást, és pl. a nyelvtudás miatt magasabb szinten lépnek be az ellátórendszerbe, igaz lehet Budapestre és a SE-re is.

Fővárosi önkormányzati szakrendelők

A bevezetőben említettük, hogy több egyéni interjú adalékait is felhasználtuk a tanulmány elkészítéséhez. Az alábbiakban relevánsnak tekinthető kivonatokat mutatunk be az elkészült interjúkból, négy fővárosi önkormányzattal készített interjú alapján.

„Milyen nem magyar és nem uniós állampolgárok (azaz harmadik országbeli állampolgárok) szoktak az intézményhez fordulni? Mekkora lehet az arányuk az összes betegen belül?

A fővárosi szakrendeléseken relatíve csekély a harmadik országbeliek száma, alig 1%-át teszik ki a szakrendelésre járó betegeknek. Szakrendeléseként változik a származás szerinti megoszlásuk, de jellemzően a következő országokból kerülnek ki.

- Kína
- USA
- Chile
- Macedónia
- Malaysia
- Peru
- Oroszország
- Szerbia
- Ukrajna
- Brazília
- Afganisztán
- Etiópia
- Japán
- Mexikó

Melyek a legkeresettebb szolgáltatások, kezelések, amelyeket igénybe vesznek?

- sebészet
- bőrgyógyászat
- fül-orr-gégészet
- bőrgyógyászat
- szemészet

Milyen beavatkozásokat végeznek a leggyakrabban a harmadik országbeli pácienseken?

- Vestibularis spontán jelek vizsgálata
- Fülvizsgálat pneumatikus fültölcsérrel
- Rhinoscopia endoscopica
- Pszichiátriai hosszmetzeti kép
- Doppler áramlás vizsgálat az alsó végtagon
- Váladék leszívása orrból, fülből
- Tampon vagy csík behelyezés, lazítás, eltávolítás, csere
- Felszíni érzéstelenítés
- Extrapyramidális mozgásszabályozás vizsgálata a mozgatórendszer betegségeiben

A külföldiek ismerik-e a magyar ellátórendszert?

Nem ismerik, elsősorban a sürgősségi ellátást veszik igénybe.

A külföldi betegek jellemzői mennyiben hasonlóan a magyar betegekéhez: (nem, kor, igénybe vett ellátás)

Amíg a magyar állampolgárok esetében többnyire a nyugdíjas korosztály veszi igénybe a Rendelőintézetek ellátási rendszerét, addig külföldiek körében jellemzően az aktív korosztály veszi azt igénybe.

A külföldi betegek betegségtudata hasonló a magyar betegekéhez?

A harmadik ország állampolgárainak betegségtudata nagyban függ az adott ország gazdaságpolitikájától, társadalmi és kulturális helyzetétől is, így egyértelmű választ erre a kérdésre nem igazán lehet adni.

Általában rendelkeznek-e TAJ számmal vagy egyéb, elfogadható nemzetközi dokumentummal (pl. útlevel, kétoldalú nemzetközi megállapodás alapján elfogadott okmány)?

Általában nem rendelkeznek TAJ számmal.

Milyen adatokat tartanak nyilván az ilyen páciensekről? És azokról, akiknek semmilyen biztosítást igazoló dokumentumuk nincsen?

Az egészségügyi ellátással összefüggésben: Az intézményi járóbeteg-ellátási programon belül mindazokat az egészségügyi ellátáshoz előírt és szükséges adatokat, melyeket az egyéb /magyar, uniós / betegekről is, az egészségügyi adatok védelméről és a személyes adatok védelméről szóló törvények előírásainak megfelelő hozzáférési és adatkezelési kondíciók betartásával.

A pénzügyi tevékenységgel összefüggésben: az intézmény térítési szabályzatában foglaltaknak, valamint a hatályos ÁFA törvényben foglaltaknak megfelelő számlázási programmal előállított számlában az ellátott beteg neve, címe, a kiállított számla

száma, az ellátás SZJ száma , a térítési szabályzat szerint az ellátó szakrendelés által megállapított térítési díj, mely adatok megjelennek a kimenő számlák nyilvántartásában, a pénztári nyilvántartásban a befizetésről szóló nyugta száma, a számla alapadataival, a főkönyvi nyilvántartásban a számla alapadatai a számla száma, a befizető neve, címe, a számla összege, a bevétel jogcíme szerinti főkönyvi számla száma, a befizetés időpontja.

Kilmi a költségek megelőlegezője, a költségek tényleges viselője, mi az eljárás arra az esetre, ha a beteg által okozott költség nem hajtható be tőle?

Az intézmény térítési szabályzata szerint mely az egészségügyi ellátásra vonatkozó jogszabályon alapul a betegnek az ellátást megelőzően kell megfizetnie a térítési díjat.

Jelentkezik-e többlet feladat a harmadik országbeli állampolgárok miatt (adminisztráció, kommunikáció)? Ezt hogyan kezelik? Van-e működő jó gyakorlat?

Értelemszerűen a nem OEP finanszírozott betegellátással megegyező az adminisztrációs többlet: számlakiállítás, a számlával kapcsolatos tevékenységek többletfadatai: készpénzkezelés, nyugtakiállítás, a pénz és pénztárkezelés.

Hogy hidalják át a kommunikáció akadályokat a harmadik országbeli állampolgárokkal kapcsolatban?

A fővárosi szakrendeléseken (betegirányításban) többnyire olyan kollégák dolgoznak, akik beszélnek nyelveket elsősorban az angol, ill. a német nyelvet.

Előfordul, hogy a külföldi beteg az anyanyelvén kívül más nyelvet nem beszél, ebben az esetben egy megfelelő tolmács kíséri, vagy tolmács hiányában egy közeli hozzátartozó tolmácsol.

Hogyan lehet az esetleges kulturális különbségeket kiküszöbölni ?

A szakrendelésen dolgozó kollégák tiszteletben tartják a külföldiek szokásait, vallási hovatartozását, és ennek megfelelően kommunikálnak.”

Három közepes méretű vidéki ellátóhellyel készített interjú

További interjú részleteket közlünk, immár elhagyva a fővárost, és elindulva az ország különböző regionális központjai felé.

„Általában milyen nemzetiségű nem magyar és nem uniós állampolgárok (azaz harmadik országbeli állampolgárok) szoktak a magyar egészségügyi ellátórendszer intézményhez fordulni (állami intézmények)?

- USA, Szerbia, Ukrajna, Macedónia, Kína, Líbia, Egyiptom

Melyek a legkeresettebb szolgáltatások, kezelések, amelyeket igénybe vesznek?

- Elsősorban sürgősségi ellátást vesznek igénybe a harmadik országbeli polgárok (trauma, fül- orrgége, szemészet, szülészet, nőgyógyászat).

A külföldiek (harmadik országbeli polgárok) ismerik-e a magyar ellátórendszert?

- Mivel a sürgősségi ellátás terén jelennek meg főként, így nincs ismeretük. a harmadik országbeliek, vagy ideiglenesen, vagy menekültként tartózkodnak az ország területén, ill. sok közülük az átutazó.

Általában rendelkeznek-e TAJ számmal vagy egyéb, elfogadható nemzetközi dokumentummal (kétoldalú nemzetközi megállapodás alapján elfogadott okmány)?

- Nem, nem rendelkeznek. Amennyiben a biztosítását a harmadik országbeli polgár igazolni tudja az ellátása gördülékeny, így nem szükséges fizetnie kell az ellátásért. Ha nem tudja igazolni, fizetnie kell, ami viszont igen nehezen behajtható. A harmadik országbeliek sok esetben sajnos olyan laccímet adnak meg, ami nem létezik.

- Ami a kétoldalú egyezményeket illeti: kölcsönös, mind a két félre egyaránt kötelező együttműködési szerződések, amelyek mind a fogadó egészségügyi intézmény adottságait, mind az érkező betegek igényeit tételesen felsorolják.

Kilmi a költségek megelőlegezője, a költségek tényleges viselője, mi az eljárás arra az esetre, ha a beteg által okozott költség nem hajtható be tőle?

A költségek megelőlegezője minden esetben az ellátó intézmény, a költségek tényleges viselője viszont mindig attól függ, hogy az ellátó intézmény, hogy tudja behajtani az ellátásért járó összeget. Ezért mindent meg kell tenni, hogy a betegnél lévő összes dokumentum lefénymásolásra kerüljön, és ha lehetséges kötelezvényt aláíratni a beteggel, hogy minél hamarabb be is fizesse az összeget. Végső esetben

követeléskezelő céghez lehet fordulni. Tekintettel, hogy egészségügyi szolgáltatásról van szó, nagyon nehéz első sorban az anyagi fedezetre gondolni, de minden lehetséges módon el kell érni annak az összegnek a megtérülését, amennyibe került az ellátás.

A gyakorlatban tehát, ha nincs biztosítása a betegnek és nem tud fizetni, meg kell jelölnie egy magyarországi rokont vagy költségviselőt. Ha ilyennel nem rendelkezik és nem fizet, az egészségügyi intézmény igyekszik azt behajtani, követeléskezelő cégen keresztül, de általában kevés eredménnyel. Főszabályként megállapítható, hogy végső soron az ellátást végző egészségügyi intézmény terhére történik az ellátás.

Jelentkezik-e többlet feladat a harmadik országbeli állampolgárok miatt (adminisztráció, kommunikáció)? Ezt hogyan kezelik? Van-e működő jó gyakorlat?

Azokon az ellátó helyeken, ahol bizonyos kultúrák nagyobb számban jelennek meg mindenképpen gondoskodni kell arról, hogy az adott kultúrát jól ismerő szakdolgozókat alkalmazzon az intézmény. Természetesen ebben segítséget kell nyújtani az intézményeknek. Ezért is indulhatott el Rozsos Erzsébet által a Semmelweis Egyetem Egészségügyi Főiskolai karán a transzkulturális ápolási orientációs tantárgy. Jelenleg Magyarországon már továbbképzéseken, középfokú képzéseken is tanítják a transzkulturális ápolás tudományát. Ugyanakkor érdemes megemlíteni, hogy Magyarországon jelenleg nem a harmadik országban lévő betegek ellátása jelenti a problémát, hanem a Magyarországon élő kultúrák és szubkultúrák ellátása.

Vannak-e nyelvi/kommunikációs nehézségek, szükséges-e fordítás? Hogyan lehet az esetleges kulturális különbségeket kiküszöbölni?

Igen, az ellátásuk kapcsán komoly nyelvi nehézségek merülhetnek fel. Sajnos a szakdolgozók és az egyéb kórházi személyzet (betegirányító, portás, betegkísérő, stb.) nem beszél idegen nyelvet, az orvosok egy része – jellemzően a fiatal orvosok - azonban igen, ezért a kommunikáció így részben megoldottnak minősül.”

Egy regionális, gyermekekre szakosodott ellátó intézmény

„Milyen harmadik államból érkeznek a legtöbb gyermekbeteg?”

Elsősorban a határos országokból, a külföldi magyarok köréből kerül ki a legtöbb harmadik országbeli páciens. Ezen túl sok a török, iráni, vietnámi, kínai ill. amerikai páciens, de egyezmények alapján relatíve sokan érkeznek Angolából, Irakból, Kubából és Kuvaitból.

A külföldiek nagy része itt él, tanul, sokan a diplomata körökből érkeznek, illetve van egy pár menekült is, akit ellátunk.

A betegek az államilag finanszírozott körből kerülnek ki jellemzően, vagy saját maguk finanszírozzák az ellátást?

Főszabályként rendelkeznek jogviszonnyal, befizetnek fél évet és megkapják a TAJ kártyát.

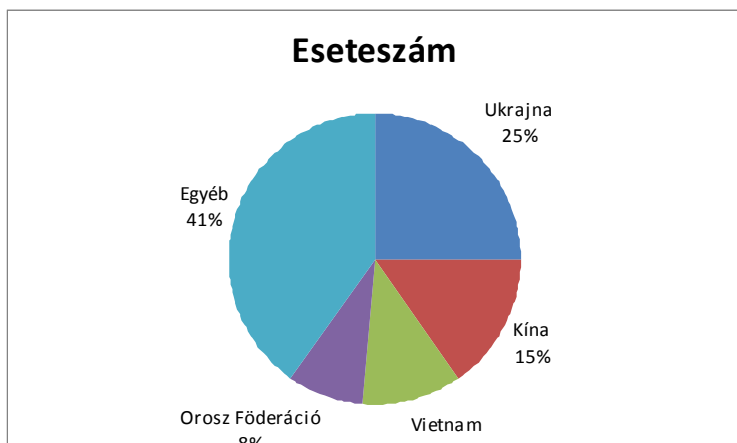
Mi a helyzet azokkal, akiknek nincs TAJ kártyájuk és sürgősséggel kerülnek a az intézménybe?

Mindenekelőtt lemásoljuk a személyes irataikat, az útleveleket. Ha nem fizetnek helyben, ajánlott levélben szólítjuk fel fizetésre őket, legrosszabb esetben pedig fizet a kórház felé a biztosító.

Jelen vannak-e a kulturális, nyelvi eltérésekből fakadó problémák egyes külföldi polgárok kezelése során?

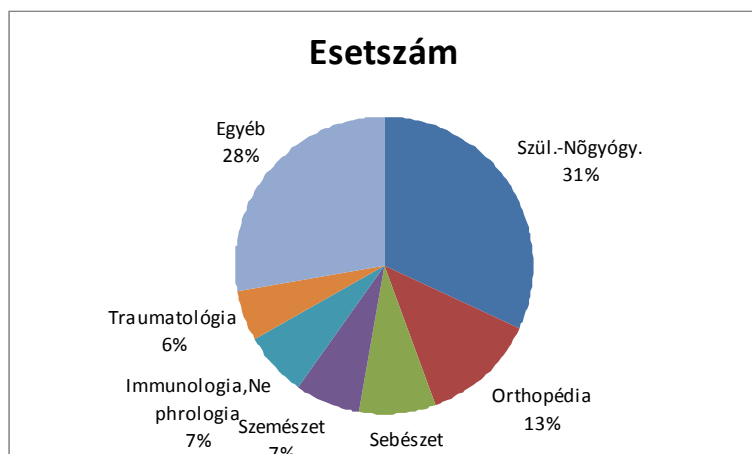
Igen, különösen az arab világból érkezők esetében. Többen kérték már, hogy ruhán, pólón keresztül vizsgáljuk őket. A betegek nagy zöme esetében azonban elmondható, hogy mindkét oldal nyitott a kulturális különbségekből fakadó problémák megoldására, felszámolására.”

Az alábbiakban bemutatjuk a kapcsolódó statisztikákat.



75. ábra

A fenti diagramból kitűnik, hogy jelentős számú az ukrán beteg az intézeti ellátottak között, továbbá a távol-keleti beteg, így elsősorban a fővárosban élő kínai és vietnámi beteg.



76. ábra

A legnagyobb arányban a szüléset és nőgyógyászat területén igényelnek ellátást, de jelentős a sebészeti, ortopédiai és a szemészeti beavatkozások száma is körükben. A külföldieknek ajánlható kapacitások közül (amelyeket a külföldi polgárok igénybe is vesznek) ki kell emelni a diagnosztikai lehetőségeket (Labor, CT), de a szemészet, traumatológia, orthopédia, sebészet és a rehabilitáció is jelentős lehetőségeket rejt magában.

Határon túli magyarok egészségügyi ellátása

Az elmúlt évtizedben megfigyelhető trend volt a határon túli magyarság magyar egészségügyi ellátórendszer által kínált lehetőségeinek kiaknázása. Ez a határmenti települések lakói esetében érthető, hiszen a határmenti térségek egészségügyi ellátottságában lényeges hatótényezőnek számít, hogy a centralizált, speciális egészségügyi intézmények nem, vagy csak korlátozottan érhetőek el a térségben lakók számára (a távolság, az időbeli elérhetőség, nem ritkán anyagiak miatt).

Az ilyen módon megvalósuló egészségügyi ellátást Magyarország részéről ugyanakkor jelentős mértékben táplálja a határon túli magyar területeken (elsősorban ukrán állampolgárságú kárpátaljai magyarok, ill. szerb állampolgárságú vajdasági magyarok) élő, lakó magyarság irányában megnyilvánuló együttérzés, segíteni akarás, ugyanis a felsorolt országok egészségügyi ellátása különböző mértékben ugyan, de jelentősen el van maradva a hazaihoz képest.

A külföldi magyarok Magyarországon történő egészségügyi ellátását egy 2007-ben született miniszteri rendelet szabályozza (59/2007. (XII.29.) EüM rendelet a határon túli magyarok magyarországi egészségügyi ellátásának támogatásáról). Ezt a feladatot korábban nagyrészt egy alapítvány végezte abból a keretből, amelyet a költségvetés biztosított számára. A miniszteri rendelet kiadásával e tevékenységet az állam lényegében magához vonta, s az erre szánt keret is kisebb lett. Az utóbbi tény azonban nem takarékosági szándékból fakadt, hanem abból a tényből, hogy két államot kivéve, valamennyi szomszédos ország az Európai Unió tagja lett, így a Romániából, Szlovákiából, vagy akár Ausztriából, netán Szlovéniából érkezők – legyenek azok magyar nemzetiségűek vagy sem – egészségügyi ellátására az uniós szabályok érvényesek. Más a helyzet a Szerbiában illetve Ukrajnában élő magyarok esetében. Az Alapítvány még ha kevesebb forrással is, de továbbra is működik, nem kevés szakmai tapasztalat, felhalmozott tudásanyag birtokában.

Néhány bevezető sor magáról az Alapítványról:

1990 júniusában öt magánszemély alapítványt hozott létre a környező országokból Magyarországra jövő betegek ellátásának megszervezésére. Az alapítók tisztában voltak azzal, hogy a határon túlról érkező súlyos betegek kezelésének egyetlen útja, ha az anyaország segítséget nyújt az állampolgárságuk szerinti országban nem megfelelően kezelt betegek számára.

Az alábbiak az Alapítvány képviselőivel készültek leírását tartalmazzák.

„Ki és milyen úton veheti, illetve veszi igénybe az Alapítvány nyújtotta támogatást? A nem magyar állampolgárságú betegek honnan értesülnek az Alapítvány létezéséről?”

Az Alapítvány az Alapító okiratban foglaltak szerint a határon túli, lakóhelyükön el nem látható, súlyos betegek magyarországi kezelését igyekszik támogatni.

Az Alapítvány budapesti központi irodájának vezetője arra kérdéseinkre, hogy a betegek honnan értesülnek az Alapítvány létezéséről azt a nagyon határozott választ

adta, miszerint az Alapítvány - sikeres működésének köszönhetően- már igen széles körben ismert. E népszerűségnek köszönhetően azonban nem csak a határon túli magyarság keres segítséget az Alapítványnál. Az egészségügyi intézményekben a külföldi állampolgár betegek és hozzátartozóik közötti információáramlás szinte törvényszerűen magával hozza a más nemzetiségű betegeket is. Bármennyire is fontosnak érzik az Alapítvány vezetői és munkatársai, hogy mindenki számára elérhető legyen a segítségnyújtás, az alapító okiratban meghatározottak és még inkább a rendelkezésre álló anyagi eszközök szűkös volta szigorú határokat szab munkájuknak. Így a nem magyar nemzetiségű betegek esetében a felmerülő egészségügyi költségeket - csak is kivételesen és csak is a legrászorultabbak esetében- igyekeznek magánúton szerzett forrásokból finanszírozni.

Behatárolt azon betegek köre, akik számára az Alapítvány segítséget tud nyújtani. Ez igen komoly feladat elé állítja az Alapítvány munkatársait, hiszen választani kell, hogy az elesett betegek közül ki a legelesettebb, így a „kevésbé súlyos esetek” támogatását vissza kell utasítania.

Az alapítvány képviselője szerint, ez valóban nem egy hálás feladat. Évente összesen 5000 beteg fordul meg az Alapítványnál. Ez egy hatalmas szám, amit ha felszorozunk az ellátások extra magas költségeivel, láthatjuk, hogy embert próbáló feladatról van szó. Ebben segítenek az ún. szakmai szűrőközpontok. A betegek vizsgálatának és kezelésének szakmai indokoltságát az otthoni, azaz a külföldi betegek lakóhely szerinti orvosi-karitatív előszűrő központban a beteg nevére kiadott, az Alapítvány által előzetesen jóváhagyott írásbeli konzíliumi előjegyzéssel igazolja. A betegeknek ezt követően az Alapítvány budapesti, debreceni vagy szegedi diszpécser központjában kell jelentkezniük. E szűrőközpontokra hárul tehát a feladat, hogy – tisztán szakmai alapon- kiadja az előjegyzést, ami utat nyit majd a támogatásra.

Előfordulnak olyan kevésbé súlyos esetek is, amelyekhez támogatást igényelnek, noha az nem lenne feltétlenül indokolt?

Nem, határozottan kijelenthető, hogy az alapítványhoz csak „indokolt esetek” fordulnak, azaz olyan betegek, akik valóban a legsúlyosabb egészségügyi problémákkal küzdenek. Amit itt ki kell szűrni, lényegében az, hogy a felmerülő súlyos egészségügyi probléma vajon otthon, azaz az állampolgárság szerinti országban is megfelelő szakmai színvonalon gyógyítható, kezelhető-e.

Ez okozza tehát a legnagyobb kihívást, hiszen valóban két évtizeddel ezelőtt a környező országokban, gondolok itt Romániára, Ukrajnára és Szerbiára bizonyos ellátások egyszerűen nem voltak elérhetőek a magyar származású betegek számára. A szomszédos országok egészségügyi ellátórendszerében azonban komoly változások következtek be az elmúlt években, több tényezőnek is köszönhetően. Egyik tényező ezek közül épp az anyaország, azaz a Magyarország ösztönzésére elindult határon túli kórház-, illetve egészségügyi intézményfejlesztési program, méghozzá hazai forrásokból. Manapság tehát már a környező országokban is elérhetőek korábban nem elérhető vagy nem magas szakmai színvonalon nyújtott

ellátások, amelyek így nem feltétlenül kívánják meg, hogy az amúgy is túlterhelt magyar egészségügyi ellátórendszert tovább terheljük.

Van-e példa azon műtéti beavatkozásokra, amit már „otthon” is meg lehet oldani?

Tipikusan ilyen a szemműtétek egy része, példaképp a szürkehályog műtét, amely műtéti beavatkozásra már a határon túli kórházakban is lehetőség van, szemben például a szaruhártya átültetéssel, amit nagyobb biztonsággal végeznek a magyar intézményekben.

A nem indokolt eset alatt, nem csak az egészségügyi szempontból való rászorultságot lehet érteni, hanem az anyagi rászorultságot. Azaz elsősorban azt, hogy vajon csak az anyagilag teljes kiszolgáltatottságban élő betegek fordulnak –e az Alapítványhoz, vagy esetleg olyanok is, akik számára a közfinanszírozott ellátás otthon valóban nem elérhető, azonban épp az előbb említett változások következtében a magánkórházakban, rendelőkben való ellátás biztosított lenne számukra.

Aki anyagi helyzete folytán megengedheti magának, hogy magánintézményben kezeltesse magát vagy hozzátartozóit, az ezt is teszi. Sőt, az ilyen betegek körében egyre népszerűbb, hogy határon túli ellátást vesznek igénybe, a célországot azonban nem feltétlenül Magyarország, hanem jellemzően más „nyugati” országok jelentik.

Visszatérve a magyar egészségügyi ellátórendszer „felesleges” leterhelésére, melyek azok az ellátások, amelyeket nem tudnak, vagy nem megfelelően tudnak nyújtani a határon túli intézmények, és amelyek esetében indokoltnak tűnik, hogy ezt a lakóhely szerinti intézmény helyett az anyaországban vegyék inkább igénybe.

A mai napig tipikusan ilyenek az onkológiai ellátások és a szívsebészet, kiemelten ezek közül is a gyerekszívsebészet - bár utóbbit illetően az elmúlt években komoly előrelépések történtek a határon túli intézményekben.

Mi történik azt követően, hogy a beteg eljut a diszpécser központig?

A beteg ellátását a magyarországi egészségügyi intézményektől az Alapítvány a diszpécser központon keresztül előre, egyénileg kéri egy Adatlap megküldésével. Az első vizsgálat alapján a fogadó intézmény költségtervezetet készít, az Intézmény és az Alapítvány közötti kétoldalú megállapodás alapján, a HBCS, ill. a pontrendszer szerint.

Az Alapítvány a beteg költségeinek támogatásáról az Adatlapon nyilatkozatot ad. Az ellátás befejeztével az egészségügyi intézmény elszámolása az Alapítvány felé a TAJ-szám helyén az Alapítvány által adott ID számmal történik.

Nagyságrendileg mennyibe kerülnek azok a beavatkozások, amelyeket az Alapítvány támogat?

Idén a beavatkozások legnagyobb részét a szívsebészeti műtétek tették ki, ezen belül is a gyermek kardiológiai beavatkozások. Ezek nagyon költséges műtétek, még akkor is, ha a kínáló alternatívák közül végül a legolcsóbb beavatkozásra kerül sor. Sok esetben a tervezett beavatkozás időközben módosul, azaz tovább nő az az összeg, ami az intézmények által, mint előzetesen becsült összeg megállapításra kerül.

Az Alapítvány képviselője alapvető problémaként érzékeli ugyanakkor, hogy a magyar egészségügyi intézmények a külföldi betegek számára igen magas árakat szabnak, amelyek a határon túli magyarság számára megfizethetetlenek.

Lehetséges, hogy sokan a határon túlról érkezők közül egyszerűen a havi járulék befizetésével jogosultságot szereznek magyar ellátórendszer szolgáltatásaira? Mennyire helytállóak ezek a híresztelések?

Azt kell, hogy mondjam helytállóak. Manapság igen könnyű TB jogosultságot szerezni, hiszen csak érvényes papírokkal, illetve lakcímmel szükséges rendelkezni, és a kérelmező már mehet is a csekkel kezében befizetni azt a havi pár ezres összeget.

Úgy tudom, hogy e tekintetben a közlemúltban szigorítások történtek.

Valóban, annyiban, hogy most már hat havi összeget kell befizetnie az igénylőnek, méghozzá előre. Mégis, ha összevetjük azt a pár tízezres tételt a több százezres-millió értékű műtétekkel, akkor nyilvánvaló, hogy ez a beteg számára igencsak megéri.

Ez azonban hangsúlyozom, hogy nem csak a határon túli magyarok vonatkozásában van így. Hasonlóképp működik ez a nem magyar származású, külföldi állampolgárságú betegek esetében is. E tekintetben lehet, hogy sok a potyautas.

Továbbá nem szabad elfelejteni, hogy a legtöbb esetben nem egyszeri beavatkozásról van szó, hiszen különösen az onkológiai kezelések évekig is eltartanak, ezt követi a kontroll, majd sajnálatos módon bizonyos kezeltek esetén a kór kiújulása.

Épp a kezemben van egy határon túli magyar hölgy kartonja, akinél emlő tumort diagnosztizáltak, több mint egy évtizede. 2001-ben kemoterápiában, majd sugárterápiában részesült. A 2008-as kontroll tüdőmetasztaszt mutatott, amely eredményeként azóta eltávolították a hölgy bal tüdőlebenszék egy részét.

Vajon mi az oka ennek? Tudatos politikaformálás vagy pusztán a rendszer átláthatatlansága és ellenőrizhetlensége?

Az Alapítvány képviselője szerint a mindenkori magyar kormány komoly figyelmet fordított és fordít a határon túli magyarok egészségügyi ellátásának problémájára. Természetes, hogy az anyaország felkarolja a határon túli rászorulókat. Ugyanakkor sok az adat, sok a nehezen ellenőrizhető adat, a nagy számok törvénye uralkodik, ahol egy-egy eset elképzelhető, hogy fel sem tűnik.

Hogyan történik a beteg magyar intézményekbe szállítása, különösen, ha járóképtelen betegről van szó?

Szerencsére ma már igen sok rugalmas mentőszolgálat működik, és ily módon megoldható a betegek akár határokon át történő szállítása is. Igény esetén Magyarországról külföldre, külföldről Magyarországra, illetve két külföldi ország között is végeznek bizonyos mentőszolgálatok szárazföldi-, illetve légi betegszállítást. A szállítás minden esetben mentőszakápolói kísérettel történik. Természetesen az is működő megoldás- e tekintetben pedig igen együttműködőek a határon túli mentőszolgálatok-, hogy az országhatárig vállalják a beteg szállítását, majd ott átadják a magyar mentőszolgálat részére.

Igen sok esetben azonban igen kockázatos a szállítás, így különösen a légi szállítás esetén. Pár évvel ezelőtt a Tordai hasadéknál a sűrű köd miatt lezuhant egy mentőhelikopter, miközben visszafelé tartott. A beteg kisfiú, akit Magyarországra szállított, szerencsére így életben maradt.

Itt érdemes kiemelni a Peter Cerny alapítvány koraszülött mentő- és szállító rohamkocsi szolgálatát, amely hihetetlenül sok koraszülött és beteg újszülött mentését és szakszerű szállítását végezte és végzi a mai napig.

Sok a határon túli magyarok körében a szüléssel kapcsolatos esetek száma?

Az Alapítvány munkatársa szerint jellemző, hogy a határon túli kismamák az anyaország intézményeibe hozzák világra gyermeküket, de sok az olyan határon túl született csecsemő is, akin sürgős beavatkozást kell végrehajtani, és ide Budapestre a központi intézményekbe szállítják.

Az Alapítvány az egészségügyi beavatkozások magas költségei és a drága gyógyszerek beszerzési költségeinek megtérítésén túl még milyen támogatást ad a határon túlról érkező betegek számára?

Sok esetben gondot jelen azoknak a határon túlról érkező betegeknek az elszállásolása is, akik nem fekvőbetegek, azonban rendszeresen vissza kell járniuk bizonyos kezelésekre. Tipikusan ilyenek az onkológiai betegek, akik kemoterápiában, ill. sugárkezelésben részesülnek.

Erre a célra hoztak létre egy speciális betegszállót, amit az Alapítvány, a központi közigazgatás egy szervezeti egysége és egyéb segélyszervezetek tartanak fenn. Gyakorlatilag ez az egyetlen lehetőség arra, hogy a határon túli magyarok az anyaországban gyógykezeltesék magukat. A betegszállítás szolgálatait azonban csak olyan betegségek és műtétek esetében lehet igénybe venni tehát, amelyek az állampolgárság szerinti országban nem kezelhetők vagy nem végezhetők el.

A fenti finanszírozási problémákon hogy lehetne felülkerekedni?

Az Alapítvány a karitatív betegellátás fenntartásának szándéka mellett kezdeményezi az öngondoskodást lehetővé tevő regionális hatókörű non-profit egészségpénztár megalapítását.

Megkezdődött a hatékony öngondoskodást szolgáló Egészségpénztár megszervezése. Ezt a regionális munkát a hazai és a szomszédos országok hatóságai és civil szervezetei, sok-nemzetiségű polgárai ismerik, együttműködésükkel támogatják. Tapasztalataink szerint a határon túli betegek készek lennének kisebb, de rendszeres befizetésekkel hozzájárulni ahhoz, hogy az általuk igénybevett egészségügyi szolgáltatás magasabb színvonalú legyen.

Ezért lehetőséget kell biztosítani ezen öngondoskodást szolgáló megtakarítási formára, biztos banki háttérrel, mely a magyar egészségügy szolgáltatásait optimális betegszervezés segítségével kedvező költségek mellett nyújtja.

Ez hogyan néz ki a gyakorlatban?

Az Egészségpénztárral a partner bank magyarországi és határon túli fiókjában lehet szerződést kötni. A megtakarított pénz egészségügyi szolgáltatásokra használható fel családon belül. Így biztosítható tehát mind a járó, mind pedig a fekvőbeteg ellátás optimális betegút szervezéssel, a szakmailag legmegfelelőbb intézményekben (egyetemi klinikákon, országos intézetekben) egyénileg felelős orvos közreműködésével. Elszámolásra ez esetben tehát az egyéni egészségkártya szolgál. Egészségügyi szolgáltatásokhoz szükséges hitelfelvételhez, ha a saját fedezet nem elégséges, a banki háttér kedvezményes forrást tesz elérhetővé.

Az önkéntes egészségpénztár működtetésén túl, van-e alternatív megoldás a határon túli magyarok egészségügyi ellátása fejlesztése tekintetében, amely csökkentené egyúttal a magyar költségvetés terheit?

Igen, sokat jelent e szempontból a kinti intézményfejlesztésen túl a szakemberképzés támogatása. Jó példa az Alapítvány által támogatott gyermekonkológiai továbbképzés, amely nem csak az orvosok szakmai tudása, felkészültsége szempontjából jelent komoly segítséget, hanem a hazai és a külföldi orvosok szakmai kooperációját is jelentősen előmozdítja.

Ezek szerint megerősíthető, hogy a harmadik országbeli betegek ellátása tekintetében a hazai és a külföldi orvosok együtt tudnak működni, azaz működik a kooperáció.

Feltétlenül. Az orvos társadalom, a világ bármely pontjáról legyen is szó, a szakmai szempontokat helyezi előtérbe. Az anyaország által szervezett tudományos továbbképzések, konferenciák eredményeként egyre erősebb és kiterjedtebb a határon túli orvosok kapcsolatrendszere. Itt említeném meg azt a nyári Akadémiát, ami mostanáig igen sikeresen működött, és amelynek Debrecen városa adott otthont. A határon túli magyar értelmiség nyári továbbképzését 1990 óta minden évben megrendezik a cívis városban; a mostani 13. kurzuson több mint 250 erdélyi, kárpátaljai, felvidéki és délvidéki magyar értelmiségi vett részt, ezen belül 50 orvos két hetes intenzív továbbképzésben részesült.

Amennyiben a finanszírozási keretek kimerülnek, hogyan biztosítható a külhoni magyarok ellátása?

Leginkább magánforrásokból. Több jótékonyági rendezvényt is szervezett az Alapítvány, így koncertet az Állatkert Pálmaházában, a Bazilikában vagy a Mátyás templomban. A finanszírozásban néhány külföldi segélyszervezet is bekapcsolódhat, de nem ez a jellemző.

A határon túli magyarok magyarországi egészségügyi ellátásának támogatásáról szóló 59/2007. (XII. 29.) EüM rendelet elemzését a 3. sz. Függelék tartalmazza.

Az ellátórendszer igénybevételét befolyásoló tényezők az interjúk alapján

Az eddigi fejezetek során törekedtünk arra, hogy a tényszerű adatsorokat és az életszerű interjúkat is bemutassuk, tehát egyfajta vegyes információ-halmazt közvetítsünk.

Saját döntésünk volt, hogy néhány interjú-részletet vágatlan formában jelenítsünk meg.

Ugyanakkor, az egyéb, konkrétan nem idézett interjúkból, illetve – részben - a tényadatok mögé is nézve kikristályosodott bennünk néhány fontos összefüggés, amely vonzó- illetve taszító tényezőként befolyásolhatja a harmadik országbeli állampolgárokat, amikor meghozzák azt a döntést, hogy Magyarországra költöznek, illetve amikor csatlakoznak a magyar egészségügyi rendszerhez.

Az orvosképzés magas színvonala és „nemzetköziesedése”

A magyar orvosképzés kiváló, ez jelentős vonzerőt jelent a külföldi betegek körében. A képzés magas szakmai színvonalát támasztja alá a külföldről érkező orvostanhallgatók magas száma.

„Összesen 145-el nőtt a múlt tanévhez képest a Semmelweis Egyetemre beiratkozott külföldi hallgatók száma, vagyis majdnem minden negyedik diák angol vagy német nyelven tanul, a több mint 12 ezer hallgatóból 2977 külföldi. Legtöbbjük az Általános Orvostudományi Karra jár, ott a 4321 tanulóból 2103 külföldi – derül ki a 2011/12-es tanévről szóló, most elkészült összesítésből.¹⁰²

Némileg változott a top 10-es lista, amely azokat az országokat sorolja fel, amelyekből a legtöbben jönnek a Semmelweis Egyetemre. Az élen továbbra is Németország áll (826 fő), a németül tanulók többsége innen érkezik. Izrael (203 fő) helyett ugyanakkor Norvégia (261 fő) került a második helyre, amelyet Irán (243) követ, új szereplő a listán Olaszország (96 fő) és Spanyolország (85 fő).

A német nyelvű program 1983-ban indult el az egyetemen, jelenleg 856-an hallgatják németül az előadásokat. Az angol nyelvű program, amelyre most 1880-an járnak, hat évvel később kezdődött. A külföldi hallgatók közül egyébként 202-en magyarul tanulnak, ők határon túli – román, szerb, szlovák és ukrán állampolgárok.”

Az SE tehát prioritásként kezeli a „nemzetköziesedést” az oktatás különlegessége, hogy három nyelven folyik, magyarul, angolul és németül. A hallgatók mintegy 20 százaléka külföldi, akik öt kontinens hatvan országából érkeznek.

¹⁰² Semmelweis hírek 2012. január 12.

A szaktudás szerepe az ellátások tekintetében

A külföldieknek ajánlható kapacitások közül (amelyeket a külföldi polgárok igénybe is vesznek) ki kell emelni a diagnosztikai lehetőségeket (Labor, CT), de a szemészet, traumatológia, orthopedia, sebészet és a rehabilitáció is jelentős lehetőségeket rejt magában. Számos közegészségügyi intézményben a drága magánklinikákon elérhető eljárásokat alkalmazzák, példaképp említhető az általunk felkeresett, több pesti és egy pécsi közfinanszírozott kórház, ahol már bonyolult lézeres szemműtéket hajtanak végre.

Ezen kórház szemészeti osztálya jelenleg az ellátáshoz szükséges alapműszereken kívül a szemfenéki betegségek diagnosztikájához egyre inkább elengedhetetlen korszerű OCT (optikai koherencia tomográf) készülékkel, digitális szemfenéki fényképezésre, érfestéses vizsgálatok végzésére alkalmas számítógépes készülékkel, digitális videóberendezéssel felszerelt réslámpákkal rendelkezik. Mindezek mellett, hogy lehetővé teszik a korszerű diagnosztikus munkát, a korábbiaknál sokkal hasznosabb konzultációs lehetőséget biztosítanak mind az orvosok, mind a szakszemélyzet, mind pedig a betegek részére. A műtőben videóval, számítógépes dokumentációs lehetőséggel felszerelt operációs mikroszkóp, korszerű phacoemulsificatiós/vitreotomiás készülék, laser készülék áll a gyógyítás szolgálatában.

Rendelkezésre álló szabad kapacitás

A gyakorlatban legtöbbször a TVK kimerülése miatt nem végeznek el több ellátást egy adott intézményben, pedig lenne még elegendő személyzet, infrastruktúra stb. továbbiakra is, így a társadalombiztosítási jogviszonnyal nem rendelkező külföldiek ellátására. Így az összes, még a legösszetettebb egészségügyi szolgáltatások tekintetében is értelmezhető a szabad kapacitás fogalma. Ezért válhat lehetségessé, hogy egy egészségügyi intézmény, a TVK által meghatározott kereténél kimerítésén túl további beavatkozásokat, ellátást végezzen a fennmaradó, szabad kapacitását kihasználva.

A kimutatások szerint jelenleg az intézmények 3/4-de rendelkezik valamilyen szintű szabad kapacitással. Így - általánosságban elmondható -, hogy lehetne teret engedni akár fizetőképes privát betegkör számára is. Ugyanakkor egyes intézményekben jelezték, hogy az elviekben létező szabad kapacitás valamilyen oldalról mégis csak korlátozott, így vagy infrastruktúrálisan pl. műtő nem áll rendelkezésre, vagy a megfelelő személyzet pl. aneszteziológus hiánya okán.

Több intézményben is említették ugyanakkor, hogy orvosaik igen elkötelezettek a magyar betegek ellátása tekintetében, így lényegében a szabad kapacitás személyi keretei kimerülnek a hozzájuk forduló magyar betegek, a kórházi dolgozók és azok hozzátartozói ellátása tekintetében.

Felmerült, hogy milyen olyan tényezők lehetnek még relevánsak, amelyek a betegellátás folyamatát befolyásolják.

Családi kapcsolatok hiánya

Komoly nehézséget jelenthet a lakóhelytől való távolság és ezzel szoros összefüggésben a család támogató jelenlétének hiánya, különös tekintettel a krónikus betegek ellátása esetében.

Anamnézis felállítása

Az anamnézis, a kórelőzmény felvételével indul minden orvos-beteg kapcsolat. Ezért fontos, (kivéve az életet veszélyeztető sürgősségi helyzeteket), hogy ennek felvétele lehetőleg megfelelő körülmények között történjen, és ténylegesen kialakuljon az orvos és betege között a bizalmi kapcsolat. Ez különösen problematikus külföldi beteg esetén, ha a beteg esetleg nem érti pontosan, mit kérdeznek tőle, vagy bizonyos dolgokat elhallgat, szemérmesség vagy egyéb szempontok miatt. Az anamnézis megköveteli továbbá a beteg korábbi leleteinek megismerését is, amely külföldi betegek esetén - különösen sürgősségi beavatkozásoknál - nem áll az orvos rendelkezésére.

Utógondozás

Nem pusztán a beteg egészségügyi előélete, hanem a páciens utógondozása is problematikus lehet a külföldi ellátás igénybevétele esetén. Az afganisztáni háborút követően megkeresés érkezett a NATO részéről az Országos Rehabilitációs Intézet Igazgatója felé külföldi polgárok protézissel való ellátására. Ezt a megkeresést az Intézet vissza kellett, hogy utasítsa, hiszen itt egy folyamatos orvosi felügyeletet igénylő ellátásról van szó. A művégtagok esetében a csontviszonyok folyamatosan változnak, így újabb és újabb tokra van szükség, amely elkészítése nehézségekbe ütközne a beteg hazatérése esetén.

Az egészségügyi nyilvántartó rendszerek határokon átnyúló átjárhatóságának hiánya és dokumentációkhoz való hozzáférés hiánya

Az előbbiekkal szervesen összefügg az elektronikus egészségügyi nyilvántartó rendszerek átjárhatóságának hiánya, amely jelentősen nehezíti a külföldi állampolgárok ellátását, hiszen az egészségügyi szakemberek általában nem rendelkeznek azokkal az információkkal, amelyek megkönnyítenék munkájukat.

A beteg saját adataiba a kórházi tartózkodása során minden korlátozás nélkül betekinthez, azokban változtatást kezdeményezhet, ha tévedést tapasztal. Ezekről másolatot kérhet. Az egészségügyi dokumentáció megismerésének jogával a hozzátartozó is élhet, a beteg felhatalmazása alapján. A problémát elsősorban az jelenti, hogy a betegnek vagy hozzátartozójának fogalma sincs arról, milyen dokumentumokat használnak a kórházban, különösen, ha az illető külföldi polgár.

Nyelvi- kommunikációs nehézségek

Hasonló problémát vetnek fel a nyelvi/kommunikációs nehézségek, hiszen tolmács főszabályként nem áll az orvos/páciens rendelkezésre. A beteget mindenekelőtt tájékoztatni kell a jogairól. Itt szükséges megjegyezni, hogy általában semmilyen formanyomtatvány nem áll rendelkezésre más nyelven, mint magyarul az intézményeknél, amelyből a beteg saját nyelvén tájékozódhatna a jogairól.

A kommunikációs nehézségek tekintetében érdemes azonban különbséget tenni az SE intézmények, azaz a klinikák és az egyéb, kutatásra, oktatásra nem szakosodott intézmények között. Tekintettel, hogy a klinikákon dolgozó orvosok mindegyike eltölt ösztöndíjasként legalább egy-két évet külföldi kutatóintézetekben, a betegekkel való kommunikáció ismert idegen nyelveken számukra nem okoz problémát. Nyelvtudásukat továbbá szinten tartja a külföldi konferenciákon, szakmai rendezvényeken való részvétel, a szaklapokban való idegen nyelvű publikálás és az idegen nyelv relatíve gyakori használata. A nem centralizált intézményekben azonban a külföldi betegek csekély száma nem igazán segíti elő az idegen nyelv gyakori használatát.

Az interjúk során megkérdezettek egyetértettek abban, hogy azokon az ambulanciákon ahol nagyobb számban jelenik meg külföldi állampolgár, ott elengedhetetlen, hogy mindenki beszéljen legalább alapfokon egy idegen nyelvet.

Problematikus inkább, és ezt több helyütt horizontális kérdésként említették, hogy az ápolószemélyzet, illetve általában az egészségügyi szakdolgozók körében továbbra is kevesen beszélnek idegen nyelveket. Itt érdemes ugyanakkor megemlíteni az SE által nyújtott transzatlanti kettős képzést az SE Egészségtudományi Kara és a Nazareth College összefogásával, amely precedensértékű együttműködést kínál az ápolóképzés terén.

Végül, léteznek olyan ellátási-gyógykezelési, terápiás formák, amelyek kifejezetten megkövetelik az anyanyelv használatát. Így példaképp a Rehabilitációs Intézet nem is szívesen vállalja az agyi infarktusból felépülni kívánó külföldi betegek kezelését, tekintettel, hogy a felépüléshez nélkülözhetetlen az anyanyelv használata, amelyet az esetek többségében nem is tudnának biztosítani.

Kulturális különbségek

A betegek vonatkozásában felmerülő kulturális különbségek különösen a vallásgyakorlás szempontjából jelenthetnek problémát. Azon túl, hogy a betegeknek nincs lehetőségük vallási szertartásaik végzésére, gondok adódhatnak az étkezési előírások betartása vonatkozásában.

Bizonyos vallási előírások a muszlimok vagy a zsidók körében biztatnak a "megengedett" és a "jó" ételek élvezetére, míg óva intenek a "tilosak" és a "tisztátalanok" fogyasztásától, így egyes vallási előírások értelmében tilos a sertés húsának vagy bármely részének elfogyasztása. További jó példaként szolgál e

tekintetben a zsidó étkezési tilalom, amely szerint a húsos és a tejes ételeket nem szabad közvetlenül egymás után fogyasztani.

Érdeemes talán említést tenni a világ 232 országában élő, mintegy 5 millió Jehova Tanújáról, hitük szerves része, hogy minden esetben elutasítják a teljes vér, a koncentrált vörösvértest, a plazma, valamint a fehérvérsejt és a vérlemezkék transfúzióját. A testből előre levett saját vér transfúzióját is elutasítják, csakúgy, mint a műtét közbeni vérfelfogásos vagy vérhígításos technikát, ha az magába foglalja a vértárolást is. Szinte minden egészségügyi intézményben említést tettek róluk, ez jelzi a probléma fontosságát, ugyanakkor úgy tűnik, hogy az egyház tagjai egyre szervezettebben lépnek fel a probléma orvoslására, így a JT egyházi igényeit a "kórházi információs szolgálat" részeként az úgynevezett kórházi összekötő bizottságok (kőb) közvetítik az orvosoknak, "ők segítik a vér nélküli ellátást, a kommunikációt".

Nem kevésbé problematikus az öltözködéssel kapcsolatos vallási előírások betartása. Így a muszlim nőknek szemérmességi okokból el kell takarniuk a testüket, még az orvosi vizsgálatok során is. Egy orvos elmesélése alapján a hithű mohamedán hölgy arca fedetlenül maradt egy vizsgálat közben, mindeközben egy másik orvos véletlenül belépett a vizsgálóba. A férj ezt látva tört rántott, és végigkergette a kórház folyosóján a szerencsétlenül járt orvost.

Az egészségügyi dolgozókkal folytatott beszélgetések alapján, bár a fent jelzett kulturális eltérésekből adódó problémák valóban gondot jelenthetnek, ma már legalábbis az egy-két évtizeddel ezelőtt folytatott gyakorlathoz képest - kellő érzékenységgel kezelik ezt a kérdést, legalábbis a rendelkezésekre álló lehetőségek és korlátok fényében. A válaszadók többsége egyetért abban, hogy azokon az ellátó helyeken, ahol bizonyos kultúra képviselői nagyobb számban jelennek meg, mindenképpen gondoskodni kell arról, hogy nem csak a nyelvi különbségeket kell megoldani, hanem az adott kultúrát jól ismerő szakdolgozókat is kell(ene) alkalmazni. Természetesen ehhez hozzá kell(ene) igazítani az intézet kulturáját is. Ezért is indulhatott el Rozsos Erzsébet által a Semmelweis Egyetem Egészségügyi Főiskolai karán a transzkulturális ápolási orientációs tantárgy. Jelenleg Magyarországon már továbbképzéseken, középfokú képzéseken is tanítják a transzkulturális ápolás tudományát.

A fenti pozitív példa mellett szükséges megemlíteni egyes intézmények által a kulturális különbségekből fakadó problémákkal kapcsolatos kérdéseinkre adott az előbbtől eltérő választ, miszerint nem az egészségügyi ellátók feladata a kulturális különbségek kiküszöbölése. Ebből a válaszból nyilvánvalóan érezhető az egészségügyi dolgozók túlterheltsége. Hasonlóképpen elgondolkodtató az a válasz, amely szerint „Magyarországon jelenleg nem a harmadik országban lévő betegek ellátása jelenti a problémát, hanem a Magyarországon élő kultúrák és szubkultúrák ellátása”.

Gyógyszerezés

Problematikus lehet a külföldi betegek megfelelő gyógyszerkészítményekkel való ellátása, így a legtöbb esetben nem érhetők el azok a készítmények, amelyeket a beteg korábbi tartózkodási helyén szedett. Az ismeretlen nevű gyógyszerek pedig azt az érzést kelthetik a betegben, hogy az ellátás színvonala kérdéses, mert sosem hallott orvosságokkal akarják kezelni.

A felmerülő költségek megtérítése - a finanszírozás rendezetlensége - a kintlévőségek kezelése

Tekintettel arra, hogy a külföldi betegek egy része nem jogosult ingyenes ellátásra vagy legalábbis nem rendelkezik az ezt igazoló okmányokkal a kezelés igénybevételekor, felmerül az ellátás során keletkező költségek rendezésének kérdése.

Abban az esetben, ha a külföldi beteg nincs a szükséges okmány/kártya birtokában, az egészségügyi intézmények a gyakorlatban lehetővé teszik számára, hogy hazautazzon és azt egy-két héten belül bemutassa.

Ettől eltérő esetben a bevett gyakorlat szerint lemásolják a beteg útlevelét, majd ajánlott levélben felszólítják, hogy rendezze a kezelése során felmerült költségeket. Ha a felszólítást követően sem fizet, ez a kórház számára a sürgősségi esetekben nem jelent problémát, hiszen az OEP fizet a kórház felé. Más a helyzet a nem sürgősségi esetekben, itt azonban a betegnek már a felvételnél rendeznie kell a számlát. Amennyiben a kórháznak valamilyen okból utólag mégis többletköltségei merülnének fel, amelyeket a beteg felszólítást követően sem fizet meg, az így keletkezett követeléseket, kintlévőségeket az intézmények egy részében követeléskezelő cégek segítségével igyekeznek behajtani.

Felelősségi kérdések - A külföldi betegek tájékoztatása

Általánosságban elmondható, hogy a fejlett országokból érkező betegek nagyon is tisztában vannak a jogaikkal és érvényesíteni is kívánják azokat. Egyre több az egészségüggyel kapcsolatos jogi probléma megoldására szakosodott ügyvédi iroda, amelyek előszeretettel célozzák meg a külföldi klientúrát.

Külföldi biztosító részvétele az eljárásban

A külföldi betegek ellátása sok esetben az egészségbiztosítási rendszerek találkozását is jelenti. Több intézménynél beszámoltak arról, hogy a közfinanszírozott ellátási rendszerben valamilyen díjért igénybe vett ellátás esetén nem problémamentes a számla kiállítása a beteg felé. Gyakran előfordul, hogy a beteg egészségpénztári tag, és szeretné a megvásárolt szolgáltatást vagy árut megtéríttetni az egészségpénztárával. És itt kezdődnek a megoldandó kérdések. Előfordul ugyanis, hogy a szolgáltató az általa ismert magyar rendszert szeretné alkalmazni, és jelzi, hogy az egészségpénztárra való hivatkozás csak akkor elfogadható a számára, ha neki szerződése van azzal a konkrét egészségpénztárral. Ugyanakkor, a külföldi pedig csak egy részletes számlát szeretne, amelyet ő majd megtérít a saját egészségpénztárával valahol másutt. Fontos, hogy a felek számára világosak legyenek a pontos feltételek, amelyek – több vélemény szerint – egyre jobban működnek a gyakorlatban.

Összefoglalás

Az elvégzett felmérés és adatgyűjtés tapasztalatai alapján az alábbi összefoglaló megállapítások tehetők:

A betegellátás területi megoszlása

A harmadik országbeli állampolgárok jellemzően budapesti közfinanszírozott egészségügyi szolgáltatónál jelentkeznek ellátásra. A vidéki ellátóknál az egyetemi klinikai centrumok végeznek viszonylag nagyobb esetszámmal ilyen ellátást, a vidéki kórházak gyakorlatilag csak igen ritkán látnak el nem EU állampolgárt. Ezek az esetek pedig leggyakrabban a sürgősség körébe sorolhatók.

A vidéki szakrendelők közreműködése pedig elenyésző. Az e körből megkérdezettek zömében úgy nyilatkoztak, hogy az ellátás jogszabályi háttéréről gyakorlatilag nincs valós ismeretük, az elszámolás módjáról még hozzávetőleges információval sem rendelkeznek, így leggyakrabban saját költségen végzik el az ellátást. (Ez vonatkozik az utasbiztosításra és a nem EU állampolgárok bármely jogcímen igénybe vett ellátására is.)

Mindezekre figyelemmel érdemi ellátási adatok, és különösen az ellátásra vonatkozó gyakorlati tapasztalatok a vidéki klinikai centrumoktól, egyes megyei kórházaktól, és döntően a fővárosi klinikáktól nyerhetők.

A nyugati megyékben (Győr-Moson-Sopron, Fejér és Baranya) elvétve fordul elő harmadik országbeli ellátása. A vizsgált öt évben, Vas, Zala, Veszprém, Komárom-Esztergom és keletebbre Nógrád megyékben egyáltalán nem láttak el fekvőbetegként harmadik államokbeli állampolgárt.

A sürgősségi helyszíni ellátásban az Országos Mentőszolgálat – mint egyetlen ilyen profilú közfinanszírozott egészségügyi szolgáltató - adatai reprezentatívak. Az adatok korrelálnak a fekvő és járóbeteg intézmények adataival, azaz a mentőellátás során is a fővárosban látják el az esetek felét.

Mindezekre figyelemmel a közfinanszírozott ellátásban a kutatás célja az ellátások közel 90%-át biztosító budapesti és Pest megyei intézmények vizsgálata. Ebből a földrajzi egységből 19 klinika, és három kórház és két szakrendelő ellátási adatait dolgoztuk fel részletesen. A vidéki fekvő-, és járóbeteg ellátásban három megyei centrumtól származó tapasztalatokat elemeztük, továbbá 18 megyei mentőszervezet statisztikai adatait használtuk fel.

Szakmacsoportok szerinti megoszlás

A vidéki kórházi ellátásban a sürgősségi ellátás mellett a sebészet, szülészet, kardiológia, laboratóriumi, ritkábban képalkotó diagnosztika igénybevétele tapasztalható, jellemzően ambuláns, vagy rövid tartamú ellátások hivatkozhatók.

Az esetszámok tükrében megállapítható, hogy Budapesten a nem EU állampolgárok ellátásának 80%-át a klinikai központok végzik. Szakmacsoportok

szerint a szülészet, sebészet, laboratórium, gyermekgyógyászat, szemészet szerepel kiemelt helyen, azonban szinte kivétel nélkül valamennyi szakmacsoport érintett.

Nemzetiségek szerinti felmérés alapján megállapítható, hogy nem egyenes az összefüggés a hazánkban tartózkodó regisztrált nem EU tagállamok polgárainak létszáma és az egészségügyi ellátórendszer igénybevételének gyakorisága között. A legnagyobb létszámú kínai populáció számarányához mérten kis számban veszi igénybe az ellátórendszert, és azt is csaknem kizárólag Budapesten. Az USA állampolgárok azonban létszámukhoz mérten aránytalanul nagy számban fordulnak orvoshoz. Ez utóbbi statisztikai eltérés részben az orvoshoz fordulás vonatkozásában kulturális természetű lehet, másrészt befolyásolhatja az itt tartózkodók életkor összetétele is. Kínai állampolgárok esetében domináns a szülészeti ellátás igénybevétele, USA állampolgárok esetében a diagnosztikai szakmacsoportokat a kuratív sebészeti beavatkozások követik. Felvethető, hogy éppen a kulturális különbségek miatt a hagyományos orvoslás kisebb jelentőségű a Kínai populációnál. Komoly alternatívaként vehető figyelembe továbbá a magán ellátó szektor is.

Összefoglalva:

- Az USA állampolgárok azonban létszámukhoz mérten aránytalanul nagy számban fordulnak orvoshoz. Ezt a tényt a helyszíni sürgősségi ellátási adatok (Mentőszolgálat) is igazolják.
- Ez utóbbi statisztikai eltérés részben az orvoshoz fordulás vonatkozásában kulturális természetű lehet, másrészt befolyásolhatja az itt tartózkodók életkor összetétele is.
- Kínai állampolgárok esetében domináns a szülészeti ellátás igénybevétele,
- USA állampolgárok esetében a diagnosztikai szakmacsoportokat a kuratív sebészeti beavatkozások követik.
- Felvethető, hogy éppen a kulturális különbségek miatt a hagyományos orvoslás kisebb jelentőségű a Kínai populációnál.
- Komoly alternatívaként vehető figyelembe ezen populációnál a magán (nem kizáróan Kínai) ellátó szektor és a hagyományos orvoslás is.
- A viszonylag nagy létszámú vietnámi populáció létszámarányához mérten kevésbé jelenik meg a járó-, illetve a fekvőbeteg ellátásban, és a mentőellátást gyakorlatilag alig veszik igénybe.
- A mentőellátásnál az Ukrán, Szerb, Jugoszláv állampolgárok nagy számban szerepelnek, ugyanakkor a várttól eltérően nem a határ menti régiókban, hanem inkább a fővárosban jellemző az ellátás igénybevétele. Ez igazodik a járóbeteg és fekvőbeteg ellátáshoz.

Kettős állampolgárok értelemszerűen leginkább a magyar állampolgárságukkal veszik igénybe az ellátást. (Vö. Szerbia, Horvátország, Ukrajna, USA) Így, nagy valószínűséggel a rendszerben regisztrált, OEP felé lejelentett külföldi állampolgárok adatai a valós hovatartozást tükrözhetik. A kettős állampolgárok mikénti lejelentése torzíthatja a vizsgált statisztikai adatokból levonható következtetéseket.

Kihívások

A megkérdezett ellátók elsősorban a finanszírozás és az adminisztráció összetettségét élik meg jelentős feladatként, a nyelvi, a kulturális nehézségek, bár jelen vannak, mégsem dominánsak. Az orvosok esetében a több idegen nyelv ismerete gyakori.

A külföldi munkavállalás, és a konferenciákon való részvétel mind a nyelvismeretet, mind pedig az egyes országok egészségügyi ellátásában tapasztalható kulturális aszinkronitásban mutatkozó eltéréseket az ellátó orvos számára – sok esetben csak passzív ismeretanyagként – de mégis meglévőként alkalmazhatóvá teszi.

Az egészségügyi szakszemélyzet nyelvismerete messze elmarad ettől, a külföldi országok ellátási specialitásáról pedig alig rendelkeznek valós ismerettel. Ennek megfelelően, az orvosi ellátás technikai jellegűvé válása és a betegellátás szakszemélyzet felé tolódása sokkal nagyobb mértékben hozza felszínre a kommunikációs nehézségeket, és az eltérő kulturális környezet ismeretének hiánya miatti nehézségeket is.

A kulturális nehézségeket elsősorban vallási természetű szokásokon alapuló különleges ellátás és bánásmód igénye jelenti, amely a beteg anyaországában természetes, a mindennapi élet része. Ezekkel a szokásokkal a hazai ellátást végző orvosok csekély hányada van tisztában, leginkább azok, akik korábban más országban teljesítettek szolgálatot vagy vállaltak munkát. Az egészségügyi ellátó személyzetnél az ilyen ismeretek gyakorlatilag egyáltalán nem állnak rendelkezésre.

A hazai egyetemeken tanuló külföldi diákok igen jelentős hányadát adják a statisztikai adatokban megjelenő ellátási számoknak azokban a régiókban ahol egészségügyi felsőoktatás működik. Esetükben az intézményeknél eltérő megoldásokat dolgoztak ki az ellátáshoz való hozzáférés módjára, lehetőségeire nézve. Annak ellenére, hogy ezekben az esetekben egészségügyi ismeretek és magasabb fokú szakmai nyelvismeret birtokában lévő betegről, és ugyancsak nyelvismerettel rendelkező ellátó orvosról, esetenként szakszemélyzetről is szó van, mégsem nevezhető az ellátás problémamentesnek. Ez utóbbi tény felvetheti, hogy a korábbiakban említettek, azaz az ellátó intézményekkel készített interjúkban megjelölt „problémamentes ellátás” lehetséges, hogy csak az ellátói oldalról ítélnélhető ilyennek, hiszen a betegek megkérdezésére jelen tanulmány keretében nem nyílt mód. Ezt a feltevést erősítheti az is, hogy a betegek nagyobb része csak elsődleges ellátást kap, így módja sincs az ellátás tapasztalatairól beszámolni. Ilyen esetekben inkább orvosi elsősegélyről beszélhetünk, ami szükségszerűen nélkülözi a visszajelzés lehetőségét. ez esetekben az ellátó nem kap valós visszajelzést arról, hogy a beteg miként értékelte az ellátást, a kommunikációt, vagy a szokásokon alapuló nehézségeket, etikai kérdéseket.

A kutatás során jogi, kártérítési, vagy egyéb (etikai, betegjogi) panaszok gyakorlatilag nem kerültek felszínre a közfinanszírozott ellátásban. Valószínűleg ezek a panaszok a magán betegellátásban markánsabban jelentkezhetnek. (E téren utalunk a magán fogászati ellátásban közismert jelenségre, a külföldi betegek által indított kéártérítési eljárásokra, mely sok esetben kapott sajtóvisszhangot.)

A felvett interjúk alapján megállapítható, hogy a külföldiek egészségügyi ellátásának alapjául szolgáló egyezményeket, jogcímeket az ellátást végző orvosok gyakorlatilag nem ismerik, ehhez általában az adminisztráció segítségét kérik. Ilyen esetekben a kórházi adminisztráció hatékonyabb segítséget nyújthat. Részben ez lehet a magyarázata annak is, hogy a megkérdezett vidéki kisebb rendelők nem tudnak érdemi információhoz jutni az ellátás rövid ideje alatt – nincs kihez fordulni – így leginkább finanszírozási lejelentés nélkül, a saját költséjükre látják el a betegeket. Kisebb rendelők, szakrendelők mögött nem áll ilyen esetekre is felkészült adminisztratív háttér, különösen abban az esetben, ha valóban ritkán, évente egy-két alkalommal látnak el külföldi beteget.

Az elvégzett adatgyűjtés alapján megállapítható, hogy komoly gondot jelenthet a beteg nyomon követése, annak megszervezése, és a további gondozást végző külföldi kolléga mikénti tájékoztatása.

Az ellátók, az esetleges nyelvi nehézségek mellett leginkább az anamnézis hiányát, a kórelőzmény, a további-, vagy mellék-, és kísérőbetegségek, valamint az esetleges gyógyszerallergia ismeretének hiányát ítélték legnagyobb problémának. A gyógyszerezésnél a gyári nevek megismerése mellett a tényleges hatóanyag összetétel problémáit hangsúlyozták.

I. sz. Függelék

2006			
<i>Ellátás típusa</i>	<i>Hontalan</i>	<i>Menekült</i>	<i>Összesen</i>
akut	2	28	30
járóbeteg	28	155	183
fekvőbeteg	13	55	68
fogászat	12	49	61
gyógyszer	18	107	125
pénzbeli	12	20	32
2007			
<i>Ellátás típusa</i>	<i>Hontalan</i>	<i>Menekült</i>	<i>Összesen</i>
akut	6	25	31
járóbeteg	28	162	190
fekvőbeteg	11	46	57
fogászat	11	51	62
gyógyszer	17	105	122
pénzbeli	11	25	36
2008			
<i>Ellátás típusa</i>	<i>Hontalan</i>	<i>Menekült</i>	<i>Összesen</i>
akut	2	32	34
járóbeteg	33	162	195
fekvőbeteg	12	57	69
fogászat	9	61	70
gyógyszer	18	102	120
pénzbeli	9	25	34
2009			
<i>Ellátás típusa</i>	<i>Hontalan</i>	<i>Menekült</i>	<i>Összesen</i>
akut	5	44	49
járóbeteg	29	168	197
fekvőbeteg	10	48	58
fogászat	9	67	76
gyógyszer	19	108	127
pénzbeli	10	23	33
2010			
<i>Ellátás típusa</i>	<i>Hontalan</i>	<i>Menekült</i>	<i>Összesen</i>
akut	3	48	51
járóbeteg	34	200	234
fekvőbeteg	12	69	81
fogászat	8	67	75
gyógyszer	19	126	145

2. sz. Függelék – Adatvédelmi nyilatkozat

„ADATVÉDELMI NYILATKOZAT

A Tullius Kft 2012. április 1-e és 2012. november 30-a között folytatja le a ' Kutatás az egészségügyi ellátórendszerhez való hozzáférésről' c. kutatást. A kutatást a Belügyminisztérium jóváhagyta, a kutatás megfelelő kutatási tervvel rendelkezik.¹⁰³ Az adatgyűjtés összhangban van az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvénnyel. A törvény 21. §-a szabályozza a tudományos kutatást, alábbiak szerint:

21. § (1) Tudományos kutatás céljából az intézményvezető vagy az adatvédelmi felelős engedélyével a tárolt adatokba be lehet tekinteni, azonban tudományos közleményben nem szerepelhetnek egészségügyi és személyazonosító adatok oly módon, hogy az érintett személyazonossága megállapítható legyen. Tudományos kutatás során a tárolt adatokról nem készíthető személyazonosító adatokat is tartalmazó másolat.

(2) Az (1) bekezdés alapján a tárolt adatokba betekintett személyekről, a betekintés céljáról és időpontjáról nyilvántartást kell vezetni. A nyilvántartás kötelező megőrzési ideje 10 év.

(3) A kutatási kérelem megtagadását az intézményvezető vagy az adatvédelmi felelős köteles írásban megindokolni. A kérelem megtagadása esetén a kérelmező bírósághoz fordulhat. A per megindítására és az eljárás lefolytatására az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló törvénynek a közérdekű adat megismerése iránti igény elutasítása esetén megindítható perre vonatkozó szabályai az irányadók

1. A Tullius Kft egyáltalán nem kezel személyes és egészségügyi adatot. Az interjút felvevő kutató az interjút érintő egészségügyi intézményről kizárólag az alábbi információt nyújtja a Tullius Kft részére: Magyarország melyik nagytáján helyezkedik el (Kisalföld, Alföld stb.), illetve, hogy nagy-közepes-kicsi egészségügyi szolgáltató. A Tullius Kft-hez tehát már nem jut el sem az interjút adó egészségügyi szolgáltató neve, sem bármilyen olyan adat, amelynek alapján az egészségügyi szolgáltatót be lehetne azonosítani.

2. A kutatást végző személy szerződésében titoktartási klauzula szerepel: 'A Megbízottat a szerződés teljesítése során tudomására jutott minősített, vagy más titkot képező, illetőleg nem nyilvános, bizalmas adatok és információk, továbbá a személyes adatok, információk tekintetében az ezekre vonatkozó jogszabályi előírásoknak megfelelő titoktartási kötelezettség terheli.' Ennek megfelelően a kutatást végző személy az interjút adó szolgáltató adatait nem bocsáthatja a Tullius Kft rendelkezésére.

¹⁰³ Ennek keretében adatokat kértünk az Országos Egészségbiztosítási Pénztártól, amelyeket személyazonosításra alkalmatlan módon kaptunk meg. A hivatalos adatokat kívánjuk összevetni az egészségügyi szolgáltatók gyakorlati tapasztalataival, ennek érdekében kutatóink anonim interjúkat készítenek közfinanszírozású- és privát egészségügyi intézményekkel.

3. A kutatás végtermékét jelentő tudományos közleményben nem fog megjelenni az egészségügyi szolgáltató, a tudományos közlemény azt fogja megjeleníteni, hogy az összesen felvett interjúk alapján milyen összefoglaló válaszok adhatóak a kérdésekre országos szinten.

4. A kutatás gazdasági érdekeket nem sérthet, mert a kutatás eredménye semmilyen módon nem hozható kapcsolatba az interjút adó egészségügyi szolgáltatóval.”

3. sz. Függelék

A határon túli magyarok magyarországi egészségügyi ellátásának támogatásáról szóló 59/2007. (XII. 29.) EüM rendelet elemzése. (utolsó módosítás 2012 július 15.-i hatállyal)

A rendeletben szereplő egyes – magyarországi – egészségügyi ellátások után a rendeletben meghatározott mértékű támogatást az Ukrajnában és a Szerbiában élő magyar nemzetiségű betegek igényelhetik. A rendelet értelmében a magyarországi egészségügyi ellátás támogatására vonatkozó kérelmet a beteg, vagy a beteg írásbeli meghatalmazása esetén a hozzátartozója vagy a kezelőorvosa személyesen vagy postai úton nyújthatja be a beteg lakóhelye szerinti országban az ellátást megelőzően az erre kijelölt szervezetnél. Ez a szervezet Kárpátalján a magyarországi Kószikla Alapítvány, a munkácsi Keresztyén Egészségügyi Központ bevonásával.

Kárpátalján a Keresztyén Egészségügyi Központ munkácsi és tiszaujlaki intézményeiben történik a magyarországi gyógykezeléshez támogatást igénylő kárpátaljai magyar nemzetiségű betegek ügyeinek teljes körű intézése.

Vajdaság esetében a Concordia Minoritatis Hungaricae (CMH) Polgári Egyesület irodái látják el a magyar nemzetiségű betegek ügyeinek intézését.

A kérelmek jogosságát az egészségügyi államtitkárság Arany János utcai székhelyén működő Értékelő Bizottság bírálja el, az igény benyújtásától számítva legfeljebb 60 napon belül. Ennek során többek között azt is figyelembe veszik, hogy az igényelt orvosi kezelés szerepel-e az adott ország szolgáltatási palettáján, illetve, hogy mennyire súlyos illetve komplikált eseteket képesek ott ellátni.

A rendelet azt is pontosan elősorolja, hogy milyen műtétekre illetve kezelésekre mondhat igent a bizottság. Ez lehet többek között idegsebészeti beavatkozás, szemészeti operáció, esetleg gége-garat vagy a fül speciális műtete, szájpadhasadék korrekciója, bizonyos fejlődési rendellenesség műtéti megoldása, pacemaker beültetés, s a beteg hazaszállítása – a magyar határig. A daganatos betegségek esetében a diagnosztika, illetve a műtét – beleértve a szükséges implantátumok alkalmazását – elvégzését támogathatja a bizottság. A rákos betegek kezeléséből azonban a rendelet kizárja a kemo- és a sugárterápiát, mondván, a kemoterápia például gyógyszeres kezelésként az érintett hazájában is igénybe vehető. Ugyanakkor alapos finanszírozási okok is közrejátszottak abban, hogy e két eljárást a rendelet alkotója kizárta a támogatandó ellátások köréből. Ezek ugyanis már szétfeszítették volna a rendelkezésre álló anyagi kereteket.

Az Ukrajnában illetve Szerbiában élő magyarok orvosi kezelésének forrását az Emberi Erőforrás Minisztérium költségvetése tartalmazza, ezt az összeget azonban az igényelt és jóváhagyott kezelések technikai lebonyolítására átadja az Országos Egészségbiztosítási Pénztárnak. Erről az aktusról egy úgynevezett támogatási szerződést köt a két szervezet egymással. Az OEP egyébként annyit fizet ki egy-egy határainkon túl élő magyar ellátásáért, mint amennyit a hazai betegek után is utal. E beavatkozások ugyanakkor nem terhelik az adott intézmény teljesítmény volumen

korlátját, vagyis az egészségpénztár akkor is kifizeti a szolgáltatás árát, ha kvótán felül látják el a fenti eseteket.

Amennyiben a rendelkezésre álló pénzügyi keret nem elegendő a jóváhagyott igények kielégítésére, az újabb forrás előteremtésének feladata a szaktárcára hárul. Túllépésre azonban évek óta nem volt példa.

A sugár- és kemoterápia beemelése azonban a szakemberek szerint jelentős költségrobbanást eredményezne, nem véletlenül szögezi le egyértelműen a 2007-es rendelet, hogy ezek az ellátások nem adhatók.

Ettől függetlenül zajlik a határon túli magyarok hazai egészségügyi ellátásáról szóló jogszabály módosítása. Ennek célja a kettős állampolgársággal rendelkezők beemelése a rendeletbe, amely viszont – mivel zömmel uniós állampolgárokról van szó – a szakértők kalkulációi szerint nem okoz költségrobbanást.

Harmadik országbeli állampolgárok a magyar magán egészségügyi intézményekben

Tapasztalatok a magán egészségügyi szolgáltatókkal készített vagy el nem készített interjúk alapján

Bevezető

Magyarországon az egészségügyi ellátórendszer működésének, finanszírozásának, az egészségügyi szolgáltatások igénybevételének jogszabályi hátterét, keretét alapvetően két jogszabály határozza meg: a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény (továbbiakban: Ebtv.) és az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény (továbbiakban: Eütv.).

Az Eütv. meghatározza - a szolgáltatók jogállásától és az ellátások fedezetétől függetlenül - az egészségügyi szolgáltatások általános szakmai feltételeit, színvonalának garanciáit. Továbbá biztosítja az egészségügyi dolgozók és a szolgáltatást nyújtó intézmények védelmét jogaik és kötelezettségeik meghatározásával, valamint az egészségügyi szolgáltatás sajátos jellegéből fakadó garanciális jellegű intézkedésekkel. Az Eütv. hatálya kiterjed a Magyarország területén tartózkodó természetes személyekre, a működő egészségügyi szolgáltatókra, a folytatott egészségügyi és egészségfejlesztési tevékenységekre. Mivel a törvény nem tesz különbséget a Magyarországon működő magán vagy közfinanszírozású egészségügyi szolgáltatók között, így a törvényben meghatározott alapelveket, minden egészségügyi szolgáltatás során be kell tartani függetlenül attól, hogy azt magán vagy közfinanszírozású egészségügyi szolgáltató nyújtja. Ezek az alábbiak:

- Az egészségügyi szolgáltatások és intézkedések során biztosítani kell a betegek jogainak védelmét. A beteg személyes szabadsága és önrendelkezési joga kizárólag az egészségi állapota által indokolt, csak a törvényben meghatározott esetekben és módon korlátozható.
- Az egészségügyi szolgáltatások igénybevétele során érvényesülnie kell az esélyegyenlőségnek.
- Az egészségi állapot javításának elsődleges eszköze az egészség fejlesztése, védelme és a betegségek megelőzése.
- Az egészségügyi szolgáltatások alapvető szakmai feltételrendszere tulajdon- és működtetési formától független, kizárólag a szolgáltatás szakmai tartalmán alapul.
- Az egészségügyi intézményrendszer szakmai ellátási szintekre tagolt felépítése és működése emberközpontú, az eltérő jellegű és súlyosságú megbetegedésben szenvedők egészségi állapota által meghatározott

szükségletekhez igazodik, valamint tudományos tényekre alapozott és költséghatékony eljárásokon alapul.

Magyarországon közkeletű az a vélekedés, hogy az egészségügyi ellátás a közfinanszírozott intézményekben ingyenes, miközben a magán egészségügyi szolgáltatók esetében teljes mértékben megszokott dolog a térítési díj fizetése. Az más kérdés, hogy térítési díjat a hatályos jogszabályok szerint nemcsak a magán egészségügyi szolgáltatóknál, a gyógyszerárban, de a közfinanszírozott intézményekben, kórházakban is kérhetnek a biztosítottól.¹⁰⁴

Mivel az elemzés alapvető célja, hogy a harmadik országbeli állampolgárok által igénybe vett magán szolgáltatók tapasztalatai kerüljenek górcső alá, ezért az empirikus tapasztalatok összefoglalása előtt mindenképpen ki kell térni a Magyarországon működő magán egészségügyi szolgáltató működési feltételeire, valamint a harmadik országbeli állampolgárok által ezekben az intézményekben a szolgáltatásokért fizetendő díjak alakulására, azok képzésére.

Egészségügyi ellátások igénybevétele

Kiindulópontként fontos tudni és szem előtt tartani, hogy a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvényben foglalt egészségügyi szolgáltatások az egészségbiztosítóval az adott szolgáltatásra finanszírozási szerződéssel¹⁰⁵ rendelkező (a továbbiakban: finanszírozott) egészségügyi szolgáltatónál vehetők igénybe a biztosítottak¹⁰⁶ esetében. A finanszírozott egészségügyi szolgáltató által végzett szolgáltatások a központi költségvetés terhére, az Egészségbiztosítási Alapon keresztül kerülnek finanszírozásra. (Ezeket a szolgáltatásokat érzékeli a beteg „ingyen” szolgáltatásnak.)

¹⁰⁴ Az intézmények a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény 23. §-a alapján az orvoscsoportért (kivéve a terhesgondozást és a szülészeti ellátást), a fekvőbeteg-ellátó intézmény választásáért, illetve a fekvőbeteg-ellátás beutaló nélküli igénybevételeért az ellátás OEP-finanszírozott díjának (de összesen maximum 100 000 forint) beszedésére jogosultak a betegtől. Ezeknek a díjaknak a beszedése a gyakorlatban igen korlátozott mértékben érvényesül.

¹⁰⁵ Az egészségbiztosító az egészségügyi szolgáltatások nyújtására finanszírozási szerződést köt az adott szolgáltatás nyújtására jogosító működési engedéllyel rendelkező egészségügyi szolgáltatóval, amennyiben az nem rendelkezik olyan, az adózás rendjéről szóló 2003. évi XCII. törvény 178. §-ának 20. pontjában meghatározott köztartozással (a továbbiakban: köztartozás), amely esedékességének időpontja 60 napnál régebben lejárt.

¹⁰⁶ *biztosítottak minősül:*

aa) az egészségbiztosítás egészségügyi szolgáltatásainak tekintetében a Tbj. 5. §-a szerinti biztosított, valamint a Tbj. 13. §-a és 16. §-ának (1) bekezdése szerint egészségügyi szolgáltatásra jogosult személy,

ab) az egészségbiztosítás pénzbeli ellátásai tekintetében a Tbj. 5. §-a szerinti biztosított,

ac) a baleseti táppénz és baleseti járadék tekintetében a Tbj. 5. §-a szerinti biztosított és a Tbj. 15. §-ának (1) bekezdésében meghatározott személy,

ad) a baleseti egészségügyi szolgáltatás tekintetében a Tbj. 5. §-a szerinti biztosított, valamint a Tbj. 15. §-ának (1) és (2) bekezdésében meghatározott személy

Az az egészségügyi szolgáltatás, amely költségének fedezete az Eütv.¹⁰⁷ és az Ebtv. alapján a központi költségvetésben és az Egészségbiztosítási Alapon keresztül nincs biztosítva, az egészségügyi szolgáltató által – külön jogszabályban foglaltak figyelembevételével – meghatározott térítési díj ellenében vehető igénybe. Az egészségügyi szolgáltatók által nyújtott azon ellátások, egészségügyi szolgáltatások, amelyek nem vehetők igénybe az Egészségbiztosítási Alap terhére, fizetési kötelezettség felmerülése esetén az alábbi három nagy csoportba sorolhatók:

- részleges,
- kiegészítő,
- teljes térítési díj.

Ezeknek a szolgáltatásoknak a körét a jogszabályalkotó taxatívén határozza meg. A szolgáltatások körét – legyen az térítésmentesen vagy térítési díj fizetése mellett igénybe vehető - az Ebtv. határozza meg, míg a szolgáltatások igénybevétele esetén fizetendő térítési díjakról a térítési díjért igénybe vehető egyes egészségügyi szolgáltatásokról szóló 284/1997. (XII. 23.) Korm. rendelet rendelkezik.

Az Ebtv. jelenleg a térítésmentesen igénybe vehető egészségügyi szolgáltatásokat három nagy csoportja osztja: (1) A betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló egészségügyi szolgáltatások, (2) Gyógykezelés céljából végzett ellátások, és a (3) Egyéb egészségügyi szolgáltatások.

A biztosított a betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló egészségügyi szolgáltatások keretében az alábbi vizsgálatokra jogosult:

- az újszülött egészséges fejlettségét ellenőrző, az esetleges károsodások korai felismerését szolgáló szűrővizsgálatokra;
- a 0-6 éves korosztály
 - életkoruknak megfelelően az anyagcserére, az érzékszervek működésére, az értelmi képességre vonatkozó, valamint teljes körű fizikális szűrővizsgálatra,
 - a fogazati rendellenességek felismerését célzó vizsgálatra, valamint a teljes fogászati státusz rögzítésére,
 - az életkornak megfelelő fejlődésre és az érzelmi állapotra vonatkozó vizsgálatokra,
 - a környezeti tényezők rizikófaktorai által indukált megbetegedések megelőzését és korai felismerését célzó szűrővizsgálatokra;
- a 6-18 éves korosztály - ideértve a 18 év feletti nappali rendszerű iskolai oktatásban részt vevő személyeket is - a b) pontban foglaltakon túl
 - az iskola- és ifjúság egészségügyi ellátás keretében végzett szűrővizsgálatokra;
- a 18 éven felüli korosztály
 - az életkornak és nemnek megfelelő rizikófaktorok által indukált betegségek tekintetében az egészségbiztosításért felelős miniszter rendeletében nevesített szűrővizsgálatokra az ott meghatározott gyakorisággal,

¹⁰⁷ Lásd az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 142. § (6) bekezdését.

- a második pont második alpontjában foglalt vizsgálatokra, ide nem értve a foglalkozás-egészségügyi szolgálat orvosa által végzett munkaköri alkalmasság megállapítására irányuló vizsgálatokat és az ahhoz szükséges további járóbeteg-szakellátásokat,

- évente egy alkalommal fogászati szűrővizsgálatra;
- életkortól függetlenül sportegészségügyi vizsgálatokra, kivéve a hivatásos sportoló sportegészségügyi ellátását.

A biztosított mindezekén túl jogosult a betegsége várható következményeinek, illetve szövődményeinek korai felismerését célzó vizsgálatok elvégzésére is. Ugyanakkor jogszabály a térítésmentes ellátásra való jogosultságot szűrővizsgálaton való részvételhez kötheti, illetve azok elmulasztása esetén az azzal összefüggő ellátások igénybevételeit részleges térítési díjhoz kötheti.

A gyógykezelés céljából végzett ellátások a házi orvosi ellátás (értsd mind a házi orvosi, mind a házi gyermekorvosi ellátást), a fogászati ellátás, a járóbeteg-szakellátás, valamint a fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátás.

Az egyéb egészségügyi szolgáltatások a szülészeti ellátást, az orvosi rehabilitációt, valamint a betegszállítást, mentést foglalják magukban.

Az Ebtv. meghatározza továbbá azon szolgáltatások körét, amelyhez az állam támogatást nyújt, ezek az ún. árhoz nyújtott támogatással igénybe vehető szolgáltatások,¹⁰⁸ illetve rendelkezik arról is, hogy a járóbeteg-szakellátásra, a fekvőbeteg-gyógyintézetbe, továbbá gyógyászati ellátásra, rehabilitációra beutalt biztosítottat mely esetekben, milyen feltételekkel illeti meg támogatás az utazási költségeihez.¹⁰⁹

Az Ebtv. meghatározza azon egészségügyi szolgáltatások körét is, amelyeket a biztosított részleges térítés vagy kiegészítő térítési díj megfizetése mellett vehet igénybe. Ezek mértékéről a térítési díjért igénybe vehető egyes egészségügyi szolgáltatásokról szóló 284/1997. (XII. 23.) Korm. rendelet rendelkezik.

A Korm. rendelet nem tartalmaz külön terminológiai meghatározásokat, így a kormányrendeletben használt fogalmak alatt azon kifejezéseket, meghatározásokat kell érteni, amelyet a felhatalmazó jogszabályban, nevezetesen az Ebtv.-ben találunk. Így egészségügyi szolgáltató alatt a külön jogszabály alapján egészségügyi szolgáltatás nyújtására jogosult természetes vagy jogi személyt, illetve jogi személyiség nélküli szervezetet kell érteni. A meghatározásból látszik, hogy a jogalkotó nem tesz különbséget a közfinanszírozott vagy magántőkéből finanszírozott szolgáltató között a Korm. rendelet alkalmazása szempontjából, ezért a térítési díjért igénybe vehető egyes egészségügyi szolgáltatásokról szóló 284/1997. (XII. 23.) Korm. rendelet vonatkozik mind a közfinanszírozott, állami vagy önkormányzati tulajdonban lévő egészségügyi szolgáltatóra, mind a magán egészségügyi szolgáltatóra.

Részleges térítési díj megfizetése mellett jogosult a biztosított¹¹⁰ például a 18 éves életkor alatt fogszabályozó készülékre; a külön jogszabály szerinti

¹⁰⁸ Részletesebben lásd Ebtv. 21. §-át.

¹⁰⁹ Részletesebben lásd Ebtv. 22. §-át.

¹¹⁰lásd Ebtv. 23. §

terhesgondozás és a szülészeti ellátás kivételével az ellátást végző orvos megválasztására; a rágóképesség helyreállítása érdekében jogszabályban meghatározott típusú fogpótlásra; a fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátásra, ha azt a biztosított beutaló nélkül veszi igénybe, kivéve az Eütv. 3. §-ának i) pontja szerinti sürgős szükség körébe tartozó ellátásokat; az egészségbiztosításért felelős miniszter rendeletében foglalt esetekben szanatóriumi ellátásra; valamint a külsődleges nemi jellegek megváltoztatására irányuló beavatkozásra, kivéve, ha fejlődési rendellenesség miatt a genetikailag meghatározott nem külsődleges jegyeinek kialakítása a cél (részletesebben lásd az I. sz. mellékletet.) Bizonyos esetekben¹¹¹ a biztosított által fizetendő részleges térítési díj mértéke annak az összegnek a 30 százaléka, ami az adott ellátásért a külön jogszabályban foglaltak szerint az egészségbiztosító felé elszámolható, azzal, hogy a biztosított által fizetendő összeg nem haladhatja meg a külön jogszabályban meghatározott összeget.

A biztosított kiegészítő térítési díj mellett jogosult saját kezdeményezésére az ellátás többletköltséget okozó eltérő tartalommal történő igénybevételére; az egészségügyi ellátás keretében saját kezdeményezésére igénybe vett egyéb kényelmi szolgáltatásokra, és amennyiben állapota indokolja, az e feladatra finanszírozott szolgáltatónál ápolás céljából történő elhelyezésre és ápolásra, ideértve a szükséges gyógyszereket és az étkezést is.

A biztosított által (is) csak részleges vagy kiegészítő térítési díj megfizetése mellett igénybe vehető egészségügyi szolgáltatások díját arra tekintettel kell megállapítani, hogy az adott ellátás keretében a biztosított részére nyújtanak-e olyan szolgáltatást, amelyre a biztosított térítésmentesen jogosult.

A jogszabályban megállapított részleges és kiegészítő térítési díjak az egészségügyi szolgáltató bevételeit képezik azzal, hogy a szolgáltató a finanszírozási szerződés alapján nem számolhatja el a részleges térítési díj ellenében nyújtott szolgáltatás részleges térítési díjjal fedezett részét. A külön jogszabály szerinti - terhesgondozás és a szülészeti ellátás kivételével - az ellátást végző orvos megválasztására meghatározott részleges térítési díjból az egészségügyi szolgáltató a térítési díj ellenében végzett ellátásban közreműködő személyeket a szabályzatában meghatározott módon külön juttatásban részesítheti.

A finanszírozott egészségügyi szolgáltató a biztosított részére - annak kezdeményezése alapján, az egészségügyi ellátás szakmai színvonalának érintése nélkül - kiegészítő térítési díj ellenében egyéni igény szerinti étkezést, valamint a biztosított számára a biztosított egészségi állapota által nem indokolt, az indokolt elhelyezéstől eltérő, az intézmény e célra kijelölt részlegében magasabb színvonalú elhelyezést nyújthat, amennyiben a többletszolgáltatáshoz szükséges feltételek rendelkezésre állnak, a biztosított az egészségügyi szolgáltatótól az ellátást a többletszolgáltatás nélkül is igénybe vehetné, és az egészségügyi szolgáltató a többletszolgáltatás nyújtása mellett a finanszírozási szerződése szerinti kapacitáson folyamatosan és teljes körűen tud ellátást nyújtani.

Az egészségügyi szolgáltató jól látható helyen kifüggeszti a térítési díjak feltüntetésével a szolgáltatótól térítési díj fizetése mellett igénybe vehető

¹¹¹lásd Ebtv. 23. § b), d) és e) pontja

szolgáltatások jegyzékét, továbbá a szolgáltatás megkezdése előtt a biztosítottat tájékoztatja az indokolt és az általa igényelt térítésköteles szolgáltatások díjáról.

A kiegészítő térítési díj számításánál

- saját kezdeményezésre az ellátás - többletköltséget okozó - eltérő tartalommal történő igénybevételénél a vizsgálati és terápiás rend szerinti és az attól eltérő ellátáshoz szükséges diagnosztikus és terápiás anyag- és gyógyszerköltség különbözetét, valamint fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátás esetén az ebből eredő többlet ápolási időt is, az ápolási naponkénti étkezési és elhelyezési költséggel,

- egyéni igény szerinti étkezés tekintetében az intézeti nyersanyagnorma és a többlet-nyersanyagköltség különbözetét

kell alapul venni. A szolgáltató állapítja meg a kiegészítő díjak tételeit azzal, hogy ez nem tartalmazhat az ellátással kapcsolatban olyan beavatkozásra számított díjat, amelyet a biztosított térítésmentesen jogosult igénybe venni.

A magasabb színvonalú elhelyezés tekintetében a szolgáltató ápolási naponkénti díjat állapít meg.

Teljes térítési díj megfizetése mellett lehet igénybe venni – függetlenül attól, hogy valaki biztosított vagy nem biztosított - a löfegyvert munkakörükből eredően tartani szándékozó, illetve tartó személyek (I. csoport) löfegyvertartásra való egészségi alkalmasságának pszichológiai vizsgálatot, vagy gépjármű-vezetői, belvízi hajózási szolgálati és belvízi kedvtelési célú vízijármű-vezetői alkalmassági vizsgálatot stb. A kötelező egészségbiztosítás ellátásai keretében igénybe nem vehető egyes egészségügyi szolgáltatások térítési díját a 2. számú melléklet tartalmazza. A kötelező egészségbiztosítás ellátásai keretébe nem tartozó és a 2. számú mellékletben nem szereplő egészségügyi szolgáltatások térítési díját az egészségügyi szolgáltató állapítja meg azzal, hogy a biztosított járványügyi érdekből nem kötelező jelleggel történő immunizálásáért magasabb összegű térítési díj nem állapítható meg annál, mint amit a biztosítottnak a védőoltás oltóanyagáért egyébként térítési díjként meg kell fizetnie.

A Korm. rendelet rendelkezéseiből következik, hogy a magán egészségügyi szolgáltatók által alkalmazott díjszabásnak (térítési díjnak) nincsen felső határa, a magán egészségügyi szolgáltatók a díjszabásukat saját hatáskörben állapítják meg. Ennek kialakítása során azonban számos garanciális szabályt kell betartani, amelyekről a Korm. rendelet rendelkezik:

- Az egészségügyi szolgáltatónak a térítési díj ellenében igénybe vehető szolgáltatások térítési díját a betegek számára hozzáférhető módon kell nyilvánosságra hoznia.

- A szolgáltatás teljesítése előtt az érintettet külön tájékoztatni kell a térítési díj várható mértékéről, a teljesítés után pedig az érintett részére a szolgáltató, amely tartalmazza az igénybevett szolgáltatást és az azokért fizetendő forintösszeget.

- Léteznie kell egy fenntartó által jóváhagyott szabályzatnak, amely tartalmazza a térítési díjak megállapításának, nyilvánosságra hozatalának és befizetésének rendjét, valamint a szolgáltató által megállapított térítési díj mérséklésére, illetve elengedésére vonatkozó rendelkezéseket. Abban az

esetben, ha a magán egészségügyi szolgáltatónál nemcsak teljes térítési díjfizetés van, hanem részleges és kiegészítő díjfizetés is, annak befizetési módját a szolgáltató határozza meg.¹¹²

Késpénzben történő fizetéskor az egészségügyi szolgáltató a fizetés tényéről köteles nyugtát adni.

Ezen kötelezettségek mellett a Korm. rendelet a térítési díjak megfizetése érdekében további opciókat biztosít a szolgáltatónak, amelyek további garanciális szabályokként foghatók fel a szolgáltató védelme érdekében. Az egészségügyi szolgáltató ugyanis a szolgáltatás fedezetének biztosítása érdekében a szolgáltatás megkezdése előtt előleget kérhet, valamint a szolgáltatás teljesítése közben részszámlát adhat.

Amennyiben a térítési díjat az egészségügyi szolgáltatónak nem fizetik meg, a díj behajtásáról az egészségügyi szolgáltató gondoskodik.

Amennyiben a szolgáltatást igénybe vevő a szolgáltatás valamely elemével nem elégedett, panasszal lehet fordulni az ÁNTSZ-hez. A panasz független attól, hogy az egészségügyi szolgáltató magán szolgáltató vagy az Országos Egészségbiztosítási Pénztárral szerződött szolgáltató-e.

Egészségügyi szolgáltató alapítása, működése

Egészségügyi szolgáltatás nyújtására működési engedéllyel rendelkező egészségügyi szolgáltató jogosult. Egészségügyi szolgáltatás tehát kizárólag az egészségügyi államigazgatási szerv által kiadott működési engedély birtokában, az abban meghatározottak szerint kezdhető meg, illetve folytatható. A működési engedély csak abban az esetben adható ki, ha a kérelmezőnek az egészségügyi szolgáltatás során okozott kár megtérítésére van felelősségbiztosítása. A felelősségbiztosítási szerződés megszűnése esetén a biztosító ennek tényét haladéktalanul köteles bejelenteni az engedélyező szervnek, amely a működési engedélyt visszavonja, amennyiben az egészségügyi szolgáltató nem rendezik más biztosítónál felelősségbiztosítással.

Az egészségügyi szolgáltató működési engedélye

Hogy miként jöhet létre egy egészségügyi szolgáltató, s az milyen feltételek mellett kaphat működési engedélyt, arról részletesen¹¹³ az egészségügyi szolgáltatás gyakorlásának általános feltételeiről, valamint a működési engedélyezési eljárásról szóló 96/2003. (VII. 15.) Korm. rendelet rendelkezik. A Korm. rendelet kiterjed minden egészségügyi szolgáltatást nyújtó jogi személyre, jogi személyiség nélküli szervezetre és természetes személyre, aki vagy amely egészségügyi szolgáltatást

¹¹² Az állami és önkormányzati tulajdonban lévő egészségügyi szolgáltató által nyújtott szolgáltatás térítési díját - ha az intézmény másként nem rendelkezett - a számla alapján kiállított átutalási postautalványon kell befizetni.

¹¹³ A keretszabályokat az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény V. fejezete tartalmazza.

nyújt. A Korm. rendelet tehát nem tesz különbséget közfinanszírozású vagy magánfinanszírozású egészségügyi szolgáltató között: az alapítási feltételek, valamint a működési engedély megszerzéséhez szükséges feltételek – egy-két speciális kivételtől eltekintve – azonosak.

Az egészségügyi szolgáltató nevének a szolgáltatás alapvető tevékenységét és tényleges formáját kell kifejeznie. Ha az engedélyes az egészségügyi szolgáltatást nem fő tevékenységként végzi, úgy az egészségügyi szolgáltatást nyújtó szervezeti egysége megnevezésének kell az általa nyújtott egészségügyi tevékenységet kifejeznie. Az egészségügyi szolgáltatónak, ha tevékenysége végzéséhez megfelelő épületet, helyiséget kell fenntartania, az épületen és a szolgáltató egység bejáratánál cégtáblán fel kell tüntetnie a szolgáltató hivatalos nevét (egyéni vállalkozó neve, cégnév, alapító okiratban meghatározott név), az egészségügyi szolgáltatás működési engedélyben meghatározott ellátási formáját, továbbá egészségügyi közszolgáltatást nyújtó egészségügyi szolgáltató esetén az erre vonatkozó utalást.¹¹⁴ Az egészségügyi szolgáltatónak a szolgáltatás helyén elhelyezett információs táblán fel kell tüntetnie az engedélyezett egészségügyi szakmát (szakmákat), továbbá, ha nem folyamatos betegellátást végez, a rendelési időt, valamint a betegek számára rendelkezésre állás idejét. Az egészségügyi szolgáltató névhasználatára vonatkozó további szabályokat tartalmaz az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről szóló 60/2003. (X. 20.) ESzCsM rendelet.

Azon egészségügyi szolgáltató, amely azonos helyszínen egészségügyi közszolgáltatás mellett nem közfinanszírozású egészségügyi szolgáltatást is nyújt, köteles az információs táblán egyértelműen feltüntetni a közszolgáltatás és az egyéb szolgáltatás körét és rendelkezésre állási idejét. Az egészségügyi szolgáltató, ha tevékenységét a beteg számára térítés ellenében végzi, az általa megállapított díjakat, illetve a külön jogszabályban megállapított részleges és teljes térítési díjat köteles a beteg számára jól látható helyen kifüggeszteni. A szolgáltatás teljesítése előtt a beteget szóban is tájékoztatni kell a szolgáltatási díj és az esetlegesen felmerülő egyéb költség várható mértékéről.

Egészségügyi szolgáltatás nyújtására működési engedéllyel rendelkező egészségügyi szolgáltató jogosult. Működési engedély nélkül jogosultak részt venni az egészségügyi szolgáltatás nyújtásában az egészségügyi szolgáltató alkalmazottai, a szolgáltatóval munkavégzésre irányuló egyéb jogviszonyban foglalkoztatott személyek, az egészségügyi szolgáltatást nyújtó társas vállalkozásban személyesen közreműködő tagok, az egészségügyi szolgáltatónál szabadfoglalkozás keretében, egyházi személyként vagy önkéntes segítőként egészségügyi tevékenységet végzők. Nem kell külön működési engedélyt kiadni a bentlakásos szociális intézményeknek a

¹¹⁴ A „klinika” elnevezést kizárólag a felsőoktatásról szóló 1993. évi LXXX. törvényben meghatározott orvostudományi (egészségtudományi) képzést folytató egyetem olyan szervezeti egysége használhatja, amely a progresszív ellátás (Eütv. 75. §) felső szintjén és a területi ellátási kötelezettség keretében nyújtott gyógyító-megelőző feladatain keresztül biztosítja az adott egészségügyi szakterület - elméleti és gyakorlati képzését is magába foglaló - graduális, illetve posztgraduális oktatását, továbbá részt vesz az orvostudomány adott ágának elméleti és gyakorlati fejlesztésében, illetve e szakterületen kutatómunkát végez.

külön jogszabályban meghatározott kötelező szolgáltatásai körébe tartozó egészségügyi szolgáltatásokra.

Egészségügyi szolgáltatást egyéni egészségügyi vállalkozó is nyújthat. Az egyéni egészségügyi vállalkozó, érvényes és hatályos működési engedély és felelősségbiztosítási szerződés birtokában, a saját nevében és kockázatára nyújtja a működési engedélyében meghatározott egészségügyi szakmákhoz tartozó szolgáltatásokat. Az egyéni egészségügyi vállalkozó köteles személyesen közreműködni az egészségügyi szolgáltató tevékenység folytatásában, és személyesen kell rendelkeznie az engedélyezett szakma folytatásához szükséges egészségügyi szakképesítéssel. Az egyéni egészségügyi vállalkozó a munkaviszonyra vonatkozó szabályok szerint alkalmazottat foglalkoztathat. Az egyéni egészségügyi vállalkozó által alkalmazott szakirányú szakképesítéssel nem rendelkező személy egészségügyi szolgáltató tevékenységet csak akkor végezhet, ha szakmai tevékenységének közvetlen irányítását az egyéni egészségügyi vállalkozó vagy az általa alkalmazott megfelelő szakképesítéssel rendelkező személy látja el. Az egyéni egészségügyi vállalkozás folytatásához szükséges szakképesítés meglétét a működési engedélyezés során az egészségügyi államigazgatási szerv vizsgálja.

Az egészségügyi államigazgatási szerv az egészségügyi szolgáltatónak a működési engedélyt kérelemre, valamint - meghatározott esetekben - hivatalból adja ki. A működési engedély kiadására az Országos Tisztifőorvosi Hivatal,¹¹⁵ valamint a kistérségi népegészségügyi intézet¹¹⁶ jogosult. Amennyiben az egészségügyi szolgáltató több telephellyel rendelkezik, illetve székhelyén is nyújt szolgáltatást, a működési engedélyt a telephelyekre, vagy székhelyre és telephelyekre külön-külön lefolytatott eljárásokban a telephely, illetve székhely szerinti kistérségi népegészségügyi intézet vagy az Országos Tisztifőorvosi Hivatal adja ki.

A területi ellátási kötelezettséggel végzett háziiorvosi, házi gyermekorvosi, alapellátást nyújtó fogorvosi, iskola- és ifjúság-egészségügyi, körzeti-közösségi szakápolói, védőnői feladat engedélyezését a több, ugyanazon kistérségi népegészségügyi intézet illetékességébe tartozó telephelyen teljesítő számára egy eljárásban, telephelyenként kell lefolytatni, és az engedélyeket egy okiratba kell foglalni.

Az otthoni szakápolásra, otthoni hospice ellátásra vonatkozó működési engedélyt a szolgáltató székhelye szerint illetékes kistérségi népegészségügyi intézet adja ki. A jogerős határozatot közölni kell a szolgáltató ellátási területéhez tartozó települések szerint illetékes kistérségi népegészségügyi intézetekkel. Az otthoni szakápolás, otthoni hospice ellátás esetén a kiadott működési engedélyben szereplő ellátási terület nem haladhatja meg az engedélyt kiadó egészségügyi államigazgatási

¹¹⁵ Fekvőbeteg-szakellátást, mentést, betegszállítást, vérellátást, haemodialízist és sejt- és szövetbanki, biobanki, valamint intézeten kívüli szülészeti és újszülött-ellátási tevékenységet nyújtó egészségügyi szolgáltató esetén, valamint ha ezen, illetve a kistérségi népegészségügyi intézet hatáskörébe tartozó szolgáltatásokat egyidejűleg végző egészségügyi szolgáltató esetén függetlenül attól, hogy a szolgáltató hány telephelyen nyújtja szolgáltatásait.

¹¹⁶ Egyéb egészségügyi szolgáltatások esetében - ideértve az egynapos sebészeti és a kúraszerűen végezhető ellátások szakmai feltételeiről szóló 16/2002. (XII. 12.) ESzCsM rendelet 3. § (1) bekezdésében és 6. § (1) bekezdés b) pontjában meghatározott ellátást is.

szerv székhelye szerinti megye területét. Amennyiben a szolgáltató a székhelye szerinti megyehatáron kívül is szolgáltatást kíván nyújtani, a működési engedélyt a másik megyében a telephely szerinti kistérségi népegészségügyi intézet adja ki, amely esetben az ellátási terület szintén ez utóbbi megyére terjedhet ki.

Változó helyszínen végzett egészségügyi szolgáltatás esetén az engedélyezés feltételeit az egészségügyi szolgáltatás nyújtásának helyén kell vizsgálni. A változó helyszínen a szolgáltatásnyújtás időtartama alatt ellenőrizhető a közegészségügyi, valamint a személyi és tárgyi feltételek biztosítása. Változó helyszínen végzett és mozgó egészségügyi szolgáltatás esetén a szolgáltató a székhelyétől vagy telephelyétől eltérő helyszínen végzett tevékenységét 5 nappal korábban írásban köteles bejelenteni a helyszín szerinti kistérségi népegészségügyi intézetnek, amely jogosult helyszíni ellenőrzést tartani.

A működési engedély kiadására vonatkozó kérelemben a Korm. rendeletben meghatározott adatokat fel kell tüntetni,¹¹⁷ valamint további dokumentumokat kell mellékelni a kérelemhez.¹¹⁸ Ha az egészségügyi szolgáltató közfinanszírozott és nem közfinanszírozott egészségügyi szolgáltatást is nyújt, a kérelemben foglalt, meghatározott adatokat ezen finanszírozási formákra elkülönített szervezeti egységenként, külön-külön fel kell feltüntetni. Vannak azonban olyan adatok, amelyeket nem kell benyújtani, azt maga az egészségügyi államigazgatási szerv szerzi be, ilyenek:

- a cégbírósági, bírósági nyilvántartásba bejegyzett kérelmező jogi személy vagy jogi személyiséggel nem rendelkező gazdasági társaság létrejöttének igazolását (cégbekjegyzés, cégjegyzékszám, bírósági nyilvántartásba vétel száma központi, illetve nyilvánosan hozzáférhető adatbázis útján),
- amennyiben a kérelmező egészségügyi szolgáltató már rendelkezik működési engedéllyel, az egészségügyi szolgáltatók nyilvántartásában kapott azonosító számát, továbbá működési engedélye (engedélyei) számát.

Amennyiben az egyéni vállalkozó a kérelem benyújtásakor nem rendelkezik KSH törzsszámmal, azt az annak megszerzését követő nyolc napon belül bejelenti az egészségügyi államigazgatási szervnek. A működési engedélyezési eljárásban az egészségügyi államigazgatási szerv döntésének fellebbezéssel meg nem támadott rendelkezései tekintetében beáll a jogerő, ha a döntés egyes rendelkezései ellen nyújtottak be fellebbezést, és a fellebbezés elbírálása nem hat ki a fellebbezéssel meg nem támadott rendelkezésekre. A működési engedélyezési eljárás során az egészségügyi államigazgatási szerv helyszíni szemlét tarthat. Ennek során megvizsgálja, hogy

- az egészségügyi szolgáltató megfelel-e az engedélyezési kérelemben megjelölt egészségügyi szakmára vonatkozó - a miniszter rendeletében meghatározott - személyi, tárgyi és szakmai környezeti feltételeknek,
- az egészségügyi szolgáltatás nyújtásához szükséges helyiségek megfelelnek-e a szakmai és közegészségügyi előírásoknak,

¹¹⁷ Lásd: 96/2003. Korm. rendelet 8.§. (1) bekezdés a)-l) pontjai.

¹¹⁸ Lásd: 96/2003. Korm. rendelet 8. §. (4) bekezdés a)-i) pontjai.

- az egészségügyi szolgáltató rendelkezik-e a szolgáltatáshoz szükséges egyéb hozzájárulásokkal, engedélyekkel.

Amennyiben az egészségügyi szolgáltatónál olyan szervezeti változás következik be, amely nem érinti a székhelyet, telephelyet és a szakmai struktúrát, a jogutód egészségügyi szolgáltató működési engedély kiadása iránti eljárásban helyszíni szemlét nem szükséges tartani. Ha az egészségügyi államigazgatási szerv az engedélyezési eljárásban helyszíni szemlét nem tartott, a működési engedély jogerőre emelkedésétől számított hatvan napon belül helyszíni ellenőrzést tart. A helyszíni szemle időpontjáról a szemlét megelőzően legalább nyolc nappal értesíteni kell a kérelmezőt. A helyszíni szemlérről készült jegyzőkönyvben az ellátni kívánt egészségügyi szakmákra külön-külön rögzítik a szemle megállapításait. Az egészségügyi államigazgatási szerv a működési engedélyt szakmára, illetve a szakmán belül egyes szolgáltatásokra adja ki. Ha a kérelmező maradéktalanul megfelel a követelményeknek, az egészségügyi államigazgatási szerv a működési engedélyt a kérelemben foglaltaknak megfelelően adja meg. Amennyiben a kérelemben megjelölt szakmán belül csak egyes tevékenységek tekintetében felel meg a jogszabály által előírt követelményeknek, akkor az egészségügyi államigazgatási szerv a működési engedélyt ezekre a tevékenységekre adja meg. A működési engedélyt a Korm. rendeletben meghatározott tartalommal adják ki.¹¹⁹

Az egészségügyi államigazgatási szerv a működési engedélyről szóló határozatot közli az egészségügyi ellátási kötelezettség szerződéses teljesítése esetén az egészségügyi közszolgáltatásért felelős szervvel, közszolgáltatást nyújtó egészségügyi szolgáltató esetén az Országos Egészségbiztosítási Pénztárral, vagy az egészségügyi közszolgáltatást finanszírozó más állami szervvel. Az Országos Tisztifőorvosi Hivatal az általa kiadott működési engedélyről szóló határozatot közli a működési engedéllyel érintett egészségügyi szolgáltató székhelye, illetve telephelye szerint illetékes fővárosi és megyei kormányhivatal népegészségügyi szakigazgatási szervvel. Az egészségügyi államigazgatási szerv a működési engedély számának és jogerőre emelkedésének közlésével tájékoztatja az engedély kiadásáról továbbá gazdasági társaság esetén a cégbíróságot, egyéb - bírósági vagy más hatósági nyilvántartásban nyilvántartott - szervezet esetén a nyilvántartást vezető szervet, valamint az egyéni vállalkozó székhelye szerinti körzetközponti jegyzőt.

Amennyiben a kérelmező nem felel meg a jogszabályban előírt követelményeknek, a működési engedély iránti kérelmet az egészségügyi államigazgatási szerv elutasítja. Amennyiben a kérelmező a kérelemben megjelölt szakmán belül csak egyes szolgáltatások tekintetében felel meg a jogszabályban előírt követelményeknek, a működési engedélyt ezekre a szolgáltatásokra kell megadni. Amennyiben a kérelem olyan tevékenységekre, szolgáltatásra irányul, mely a jogszabály szerinti szerv véleménye szerint nem azonosítható a jogszabályban meghatározott szakmák egyikével sem, illetve a szakma által el nem fogadott, és Magyarországon be nem vezetett eljárások végzésére irányul, a kérelmet az egészségügyi államigazgatási szerv elutasítja.

¹¹⁹ Lásd: 96/2003. Korm. rendelet 11.§. (2) bekezdés a)-o) pontjái.

Amennyiben a működési engedélyezési eljárást az egészségügyi államigazgatási szerv hivatalból folytatja le, az egészségügyi szolgáltató az egészségügyi államigazgatási szerv felhívására megadja a működési engedély kötelező tartalmi elemeinek megállapításához szükséges adatokat. Az adatok közlése érdekében az egészségügyi államigazgatási szerv hiánypótlásra szólítja fel az ügyfelet, amelynek határideje 8 nap. Amennyiben az egészségügyi szolgáltató a hiánypótlás keretében a nyilatkozattételi felhívásnak nem tesz eleget vagy valótlan adatot közöl, az egészségügyi államigazgatási szerv a rendelkezésére álló adatok alapján dönt, vagy az eljárást megszünteti, vagy eljárási bírságot szab ki.

A működési engedélyt befolyásoló adatoknál, tényeknél a jogszabály különbséget tesz a bejelentési kötelezettség időtartamát illetően aszerint, hogy a változás előre tervezett volt vagy nem. Az egészségügyi szolgáltató minden olyan tervezett változást, amely érinti a működési engedély kiadásának feltételeit, illetve a működési engedélyben szereplő adatokat, szakmákat vagy szolgáltatásokat, köteles előzetesen írásban bejelenteni a működési engedélyt kiadó egészségügyi államigazgatási szervnek. Azt nem határozták meg, hogy mennyivel korábban kell a bejelentést megtenni. Az előre nem tervezhető eseményeket, adatokat azok észlelését, keletkezését követő nyolc napon belül kell bejelenteni. Amennyiben a változás érinti a működési engedély kötelező tartalmát, a bejelentéssel egyidejűleg kérni kell a működési engedély módosítását, kivéve, ha a működési engedély módosítására hivatalból kerül sor. Ha az egészségügyi államigazgatási szerv a működési engedély módosítására okot adó körülményről hivatalból értesül, a működési engedélyt hivatalból módosítja.

Amennyiben új vagy módosított szakmai minimumfeltételt előíró jogszabály kerül kihirdetésre, az egészségügyi szolgáltató – főszabály szerint - az új, vagy módosított jogszabály hatálybalépésétől számított két hónapon belül bejelenti a működési engedélyt kiadó egészségügyi államigazgatási szerv részére szolgáltatásainak az új vagy módosított minimumfeltételnek való megfelelését. Ha a határidő alatt az egészségügyi szolgáltató nem tesz bejelentést, az egészségügyi államigazgatási szerv - legfeljebb 30 napos határidő tűzésével - felhívja a szolgáltatót a bejelentés pótlására. Amennyiben a szolgáltató a felhívásban foglalt határidőre sem teljesíti bejelentési kötelezettségét, az egészségügyi államigazgatási szerv a határidő elmulasztásától számított 90 napon belül az új vagy módosított szakmai minimumfeltételnek való megfelelés megvizsgálása érdekében ellenőrzést végez. Az egészségügyi államigazgatási szerv a bejelentési kötelezettséget elmulasztó szolgáltatóval szemben egészségügyi bírságot szabhat ki, melynek során a helyszíni ellenőrzés költségének, mint eljárási költségnek a megfizetésére is kötelezi az egészségügyi szolgáltatót. Ha az új vagy módosított szakmai minimumfeltételt előíró jogszabály a működési engedély módosítását is szükségessé teszi - és a szolgáltató az új vagy módosított minimumfeltételeknek megfelel -, az egészségügyi államigazgatási szerv a működési engedélyt a bejelentéstől számított 60 napon belül módosítja, mely módosítás során nem alkalmazhatók az igazgatási-szolgáltatási díjfizetési kötelezettségre vonatkozó szabályok.

Az egészségügyi államigazgatási szerv a működési engedélyt a Korm. rendeletben meghatározott okok alapján visszavonja.¹²⁰

A működési engedély visszavonásáról a működési engedélyt kiadó egészségügyi államigazgatási szerv dönt. A működési engedély visszavonásáról szóló határozatot közölni kell azokkal a szervekkel, amelyekkel a kiadott működési engedélyt közzölték.

A működési engedély kiadására jogosult egészségügyi államigazgatási szerv bírságot szab ki, ha az egészségügyi szolgáltató a bekövetkezett változásból, valamint az egészségügyi szolgáltató tevékenységének szüneteltetéséből és felfüggesztéséből fakadó bejelentési kötelezettségét elmulasztja vagy valótlan adat közlésével az egészségügyi államigazgatási szervet megtéveszti. A bírság legmagasabb összege természetes személy esetén az igazgatási szolgáltatási díjnak a kétszerese, jogi személy vagy jogi személyiség nélküli szervezet esetén pedig az ötszöröse. A bírság összegének megállapításához az igazgatási szolgáltatási díjnak a bírság kiszabásakor az egészségügyi szolgáltató valamennyi szolgáltatása alapján irányadó mértékét kell figyelembe venni.

Nem kaphat működési engedélyt

- az a magánszemély, illetőleg jogi személy vagy jogi személyiséggel nem rendelkező gazdasági társaság, melynek személyesen közreműködő tagját kuruzslás miatt elítélték, az ítélet, illetőleg a határozat jogerőre emelkedésétől számított három évig,
- az a magánszemély, illetőleg jogi személy vagy jogi személyiséggel nem rendelkező gazdasági társaság, melynek személyesen közreműködő tagját kuruzslás miatt elítélték, amennyiben az eljárás megindulásakor a szolgáltatás nyújtásához előírt feltételekkel rendelkezett, az ítélet, illetőleg a határozat jogerőre emelkedésétől számított egy évig,
- az a magánszemély vagy jogi személy, jogi személyiséggel nem rendelkező szervezet, melynek egészségügyi szolgáltatásra jogosító működési engedélyét azért vonták vissza, mert az egészségügyi szolgáltató a működési engedélyben nem szereplő szolgáltatást nyújt, és a kitűzött határidőre sem kérte a működési engedélye módosítását, ilyen esetben a határozat jogerőre emelkedésétől számított három évig.

Az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről

Az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről szól a 60/2003. (X. 20.) ESzCsM rendelet,¹²¹ amelynek hatálya kiterjed a Magyarország területén működő egészségügyi szolgáltatókra, a Magyarország területén folytatott egészségügyi tevékenységre, valamint az egészségügyi szolgáltatás nyújtását engedélyező és ellenőrző egészségügyi hatóságra:

¹²⁰ Lásd: 96/2003. Korm. rendelet 19. §. (1) bekezdés a)-k) pontjai.

¹²¹ A rendelet alkalmazásában az Eütv.-ben és az egészségügyi szolgáltatás gyakorlásának általános feltételeiről, valamint a működési engedélyezési eljárásról szóló 96/2003. (VII. 15.) Korm. rendeletben foglalt fogalom-meghatározásokat kell figyelembe venni.

az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat Országos Tisztifőorvosi Hivatalára, a fővárosi és megyei kormányhivatal népegészségügyi szakigazgatási szervére és a kistérségi (fővárosi kerületi) népegészségügyi intézetére.

Az egyes egészségügyi szolgáltatásokhoz szükséges minimumfeltételek, azaz a személyi és tárgyi feltételek meglétét az egészségügyi szolgáltatás nyújtására jogosító működési engedély kiadásakor és az egészségügyi szolgáltató működése során folyamatosan biztosítani kell.

Minden egészségügyi szolgáltatónak biztosítani kell

- a négy szemközti konzultációt is lehetővé tevő rendelőhelyiséget, amelyben
 - az adott egészségügyi szolgáltatásra előírt tárgyi feltételek használata, illetve szakszerű tárolása - ideértve a gyógyszerek, a mérgező hatású anyagok és a veszélyes hulladék tárolását is - biztosított,
 - a beteg fektetésére alkalmas vizsgálóágy,
 - a beteg ellátását végző egészségügyi dolgozó számára a kézmosási, illetve kézfertőtlenítési lehetőség és a szükséges bútorzat biztosított;
- a rendelőhelyiséggel közvetlen kapcsolatban lévő, vagy azon belül elkülönített öltöző területet, kivéve, ha az ellátás jellegéből adódóan a beteg fizikális vizsgálata nem szükséges;
- váróhelyiséget;
- kézmosási lehetőséggel ellátott mellékhelyiséget;
- az egészségügyi dokumentációnak az egészségügyi adatokra vonatkozó szabályok szerinti tárolását, illetve kezelését.

Ha az egészségügyi szolgáltató kizárólag a beteg otthonában vagy az e célra kialakított betegszállító vagy mentő járműben nyújt egészségügyi szolgáltatást, az adott egészségügyi szolgáltatásra előírt tárgyi feltételek használatát, szakszerű tárolását, valamint a beteg ellátását végző egészségügyi dolgozó számára a kézmosási, illetve kézfertőtlenítési lehetőséget, a szükséges bútorzatot, valamint az egészségügyi dokumentáció tárolását, illetve kezelését akkor is biztosítani kell. Ilyen esetben az egészségügyi szolgáltató székhelyén, illetve telephelyén biztosítani kell az ellátáshoz szükséges tárgyi feltételek szakszerű tárolását.

A jogszabály nem kötelezi a magán egészségügyi szolgáltatókat az akadálymentes közlekedés biztosítására. Csak a közfinanszírozott egészségügyi szolgáltatást nyújtó egészségügyi szolgáltatónak kell biztosítania az akadálymentes közlekedés lehetőségét, valamint a fogyatékossgal élők részére a feltételek speciális kialakítását.

Minden fekvőbeteg-szakellátást nyújtó egészségügyi intézményben - tehát függetlenül attól, hogy az magán vagy közfinanszírozott intézmény - biztosítani kell a betegellátás biztonságát fokozó betegazonosító rendszer működését, amelynek részletes szabályait a szervezeti és működési szabályzatban kell meghatározni, figyelemmel a hatályos adatvédelmi rendelkezésekre is.

Mindezekon felül minden 24 óránál hosszabb folyamatos ellátást nyújtó egészségügyi szolgáltatónál biztosítani kell

- a beteg pihenését, éjszakai elhelyezését biztosító helyiséget, amelyben a betegágyon túl az étkezéshez és a mindennapi használatú személyes tárgyak elhelyezéséhez szükséges bútorzat, valamint hideg és meleg folyóvízes kézmosási lehetőség is rendelkezésre áll,
- a beteg éjszakai elhelyezését biztosító helyiségből, annak előteréből vagy az egyes helyiségeket összekötő közlekedőből nyíló, nemenként elkülönített zuhanyozót és mellékhelyiséget,
- a beteg kizárólagos használatában lévő, az utcai ruházatának elhelyezésére szolgáló szekrényt vagy külön zárható szekrény részt,
- a beteg kezdeményezésére, illetve átmeneti cselekvőképtelenné válása esetére a betegnek a napi életvitelhez szükséges készpénze és egyéb vagyontárgya megőrzését az egészségügyi szolgáltató szabályzatában foglaltak szerint,
- a betegek részére az igény szerinti mennyiségű folyadékfogyasztás lehetőségét folyamatosan,
- a normál, a könnyű-vegyes és a diétás étkeztetésben részesülő betegek számára napi háromszori főétkezést, és naponta egy alkalommal kísétkezést,
- a betegek megfelelő étkezésének biztosítása érdekében élelmezési és táplálási munkacsoport működését, mely egy fő dietetikus koordinátorból és az ápolás, illetve a gyógyítás területéről kijelölt egy-egy személyből áll.

Amennyiben az egybefüggő ellátás 24 óránál rövidebb időtartamú, az egynapos sebészeti ellátást, kúraszerűen végezhető ellátást vagy nappali ellátást - ideértve a nappali kórházi ellátást is - nyújtó egészségügyi szolgáltató a fentebb részletezett kötelezettségeket az ellátási formákra irányadó jogszabályban foglaltak szerint biztosítja.

A 60/2003. (X. 20.) ESzCsM rendelet I. számú melléklete tartalmazza az egyes egészségügyi szakmáktól független általános minimumfeltételeket. A 2. számú melléklete az egyes szakmák körébe tartozó egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges minimumfeltételeket tartalmazza. A 3. számú melléklet rendelkezik az ápolókra, dietetikusokra, gyógytornászokra, védőnőkre és a szociális munkásokra vonatkozó személyi minimumfeltételekről. A 4. számú melléklet tartalmazza az egészségügyi dokumentáció részét képező ápolási, fizioterápiás és dietetikai dokumentáció tartalmi és formai követelményeit.

További szakmai és minimumfeltételeket tartalmaznak az alábbi jogszabályok:

- 4/2000. (II. 25.) EüM rendelet a házi orvosi, házi gyermekorvosi és fogorvosi tevékenységről,
- 49/2004. (V. 21.) ESzCsM rendelet a területi védőnői ellátásról,
- 20/1996. (VII. 26.) NM rendelet az otthoni szakápolási tevékenységről,
- 5/2006. (II. 7.) EüM rendelet a mentésről,
- 19/1998. (VI. 3.) NM rendelet a betegszállításról,
- 11/1997. (V. 28.) NM rendelet a természetgyógyászati tevékenység gyakorlásának egyes kérdéseiről,

- 7/2004. (XI. 23.) EüM rendelet a gyógyászati segédeszközök forgalmazásának, javításának, kölcsönzésének szakmai követelményeiről.

Az egészségügyi hatóság ellenőrzi a minimumfeltételek meglétét és alkalmazhatóságát.

Az egészségügyi szolgáltatás gyakorlásának ellenőrzése

Az egészségügyi államigazgatási szerv előre meghatározott és közzétett ütemezés szerint végzi az egészségügyi szolgáltatók ellenőrzését, amelynek során vizsgálja a jogszabályban meghatározott személyi, tárgyi, szakmai minimumfeltételek, a szakmai szabályok, protokollok, illetve közegészségügyi előírások teljesítését. Az egészségügyi államigazgatási szerv, illetve a szakfelügyelet által tartott helyszíni ellenőrzés megállapításai vagy az egészségügyi szolgáltató képviselője által tett nyilatkozat alapján az engedélyező egészségügyi államigazgatási szerv a jogszabálysértés vagy szakmai szabályszegés jellegének, súlyának, az egészségügyi ellátásra nézve okozott sérelem nagyságának mérlegelésével megteszi a szükséges intézkedéseket, amelynek során az alábbi jogkövetkezményeket alkalmazhatja:

- a szolgáltató figyelmét felhívja a jogszabály rendelkezéseinek betartására;
 - a szolgáltató progresszivitási szintjét visszaminősíti;
 - az egészségügyi szolgáltatót határidő tűzésével kötelezi az észlelt hiányosságok pótlására;
 - ha az egészségügyi szolgáltató a megadott határidőre nem pótolja a hiányosságokat, és nem kérte a teljesítési határidő módosítását, az egészségügyi államigazgatási szerv újabb határidő tűzése mellett külön jogszabályban meghatározott egészségügyi bírságot szab ki;
 - ha az egészségügyi szolgáltató ezen utóbbi, módosított határidőre sem teljesíti a határozatban előírt kötelezettségeket, és nem kérte a határidő módosítását, az egészségügyi államigazgatási szerv az adott szakmára, szaktevékenységre vonatkozó engedélyét visszavonja;
 - az egészségügyi szolgáltató szervezeti egységének működését felfüggeszti a hiányosságok megszüntetésére megadott határidő meghatározásával;
 - ha az egészségügyi szolgáltató határidőre sem teljesíti az f) pont szerinti határozatban előírt kötelezettségeket, és nem kérte a teljesítési határidő módosítását, az egészségügyi államigazgatási szerv az adott szakmára, szaktevékenységre vonatkozó engedélyét visszavonja.

Az egészségügyi szolgáltató működését a szolgáltatás helye szerinti kistérségi népegészségügyi intézet akkor is ellenőrizheti, ha a szolgáltatásra jogosító működési engedélyt az Országos Tisztifőorvosi Hivatal adta ki. A kistérségi népegészségügyi intézet az ellenőrzésről készült jegyzőkönyv egy példányát haladéktalanul, de legfeljebb nyolc napon belül megküldi az engedélyt kiadó egészségügyi államigazgatási szerv részére. Az egészségügyi államigazgatási szerv a tapasztalt közegészségügyi hiányosságok esetén saját hatáskörben intézkedik, és erről értesíti a működési engedélyt kiadó egészségügyi államigazgatási szervet. Egyéb hiányosság

esetén intézkedést kezdeményez a működési engedélyt kiadó egészségügyi államigazgatási szervnél. Az egészségügyi államigazgatási szerv soron kívüli ellenőrzést folytat le rendkívüli esemény, valamint panaszbejelentés kivizsgálására.

Az egészségügyi szolgáltatók szakmai felügyelete

Az egészségügyi szolgáltatók szakmai felügyeletét¹²² az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat, az országos, a tervezési-statisztikai régiókban működő regionális, valamint a megyei, fővárosi és városi, fővárosi kerületi szakfelügyelők közreműködésével látja el. A városi szakfelügyelő és munkahelye egészségügyi szolgáltató tevékenységét a megyei szakfelügyelő által kijelölt szakfelügyelő, a regionális és megyei szakfelügyelő és munkahelye egészségügyi szolgáltató tevékenységét az országos szakfelügyelő által kijelölt szakfelügyelő felügyeli. A szakfelügyelő szakfelügyeleti tevékenysége során illetékességi területe bármely egészségügyi szolgáltatójánál - a szakterületéhez tartozó tevékenységek tekintetében - vizsgálja

- a megelőzés, a kórismézés, a gyógyítás, az ápolás, a gondozás, a rehabilitáció és az orvosi szakvéleményezés szakszerűségét, eredményességét, minőségét,
- az egészségügyi jogszabályok, valamint szakmai irányelvek, protokollok és módszertani levelek előírásainak végrehajtását,
 - a feladatok ellátásához szükséges személyi és tárgyi feltételeket,
 - a betegbeutalás rendjét és annak gyakorlati megvalósulását,
 - az ügyeleti-készenléti ellátás rendjét és összhangját,
 - az igazságügyi orvostan szakfőorvosa a halottvizsgálat szakszerűségét.

A szakfelügyelő helyszíni ellenőrzése során jegyzőkönyvet vesz fel, amelyet a vizsgált egészségügyi szolgáltató és az egészségügyi szolgáltató fenntartójának vezetője aláírásával lát el. Ha a szakfelügyelő azonnali intézkedést igénylő súlyos hiányosságot - különösen a szakma szabályaitól több alkalommal történő indokolatlan eltérést jogszabályba ütköző cselekményt - észlel, köteles a hiányosság megszüntetésére vonatkozó javaslatát is tartalmazó jelentését haladéktalanul eljuttatni az intézkedésre jogosult megyei, illetve városi tisztii főorvosnak.

A szakfelügyelő felügyeleti vizsgálata alapján a hatáskörrel rendelkezőnél kezdeményezi a szükséges intézkedések megtételét, így különösen

- a szakma szabályainak megfelelő ellátás biztosítását,
- meghatározott egészségügyi tevékenység végzésének felfüggesztését,
- az adott ellátás progresszivitási szintjének visszaminősítését,
- az egészségügyi szolgáltatás nyújtására jogosító működési engedély visszavonását.

A hatósági intézkedés megtételére jogosult tisztii főorvos köteles a szakfelügyelő javaslatát érdemben megvizsgálni, amennyiben a szakfelügyelő megállapítását

¹²² Lásd 15/2005. (V. 2.) EüM rendelet az egészségügyi szolgáltatók szakmai felügyeletéről.

aggályosnak tartja, illetve javaslatával nem ért egyet, úgy azt a saját véleményével együtt a felettes szervhez továbbítja.

Az egészségügyi szolgáltatások minőségének biztosítása

Az egészségügyi szolgáltatás megfelelő minőségének alapvető feltétele, hogy azt kizárólag jogszabályban meghatározott személyi és tárgyi feltételekkel rendelkező szolgáltató nyújtsa; az ellátás során érvényesüljenek a jogszabályban foglalt vagy egyéb szakmai szabályok, így különösen a tudomány mindenkori állását tükröző és bizonyítékokon alapuló szakmai irányelvek, ezek hiányában a megalapozott, széles körben elfogadott szakirodalmi közlésekre, vagy szakmai konszenzusra támaszkodó szakmai ajánlások; az egyén számára egészségi állapotában az elérhető legnagyobb tényleges állapotjavulást eredményezze, lehetővé tegye a betegjogok érvényesülését, a rendelkezésre álló erőforrások optimális felhasználásával szakmailag hatásosan nyújtható legyen; biztonságos legyen mind a betegek, mind az ellátásban közreműködők részére.

Az egészségügyi szolgáltatások minőségét és minőségfejlesztését az egészségügyi szolgáltató minőségfejlesztési és ellenőrzési rendszere (a továbbiakban: belső minőségügyi rendszer), a hatósági szakfelügyeletet ellátó szerv, a szakmai munka minőségértékelését végző szerv, az egészségügyi szolgáltatások akkreditációja és a megfelelőség-tanúsítás (a továbbiakban: külső minőségügyi rendszer) biztosítja.

Minden egészségügyi szolgáltató biztosítja a belső minőségügyi rendszer működését, amelynek célját az Eütv. 121.§-a határozza meg.

A külső minőségügyi rendszer működése az egészségügyi szolgáltatók működési engedélyezési rendjére épül, és

- a szolgáltatások biztonságos nyújtáshoz szükséges követelményeknek,
- az egyes szolgáltatások szakmai tartalmának,
- a szolgáltatások értékelési szempontjainak,
- az alkalmazott eljárások dokumentációs rendszere és adatszolgáltatás minőségi követelményeinek

meghatározásán, nyilvánosságra hozatalán és rendszeres felülvizsgálatán, továbbá az egészségügyi szolgáltató hatósági szakfelügyeletén, valamint szakmai minőségértékelésén, az akkreditációs rendszeren, valamint a megfelelőség-tanúsítás rendszerén keresztül valósul meg.¹²³

Adatbázis az egészségügyi szolgáltatókról

Az egészségügyi szolgáltatókról, az egészségügyi szolgáltatók szervezeti egységeiről, az általuk végezhető, engedélyezett szakmákról, valamint az egy szakmán belül végezhető egyes tevékenységről, továbbá az egészségügyi szolgáltatás nyújtására jogosító működési engedélyekről országos adatbázist, nyilvántartást

¹²³ Eütv. 122. §

vezet az Országos Tisztifőorvosi Hivatal.¹²⁴ A nyilvántartás célja, hogy áttekinthető, hiteles képet nyújtson az egészségügyi ellátórendszeréről, a szolgáltatókról, valamint a számukra engedélyezett egészségügyi szakmákról, valamint a működési engedélyekről, illetve az azokban bekövetkezett változásokról. A nyilvántartás segíti az egészségügyi szolgáltatók és a szervezeti egységek azonosítását, az ellenőrzési és felügyeleti munkát, továbbá adatot szolgáltat az országos és területi szintű tervezéshez, irányításhoz, valamint statisztikához.

Tapasztalatok a magán egészségügyi szolgáltatókkal készített vagy el nem készített interjúk alapján

A 'Kutatás a magyar egészségügyi ellátórendszerhez való hozzájárásról' című projekt célja a harmadik országbeli állampolgárok magyar egészségügyi ellátórendszerhez való hozzájárásának vizsgálata jogi analízissel és empirikus vizsgálattal. Ez a fejezet interjúkon alapuló, egyedi intézményi tapasztalatokat összefoglaló anyag, amely a privát szolgáltatók szerepét, tapasztalatait, viselkedését mutatja be a külföldi betegek, azon belül is az ún. harmadik országbeli betegek magyarországi kezelése során. Olyan harmadik országbeli állampolgárok képezik a kutatás tárgyát, akik jogszerűen és legalább három hónapot meghaladóan élnek Magyarországon.

A projekt keretében 40-50 egészségügyi szolgáltatóval történt kapcsolatfelvétel, amelyből 15 magán egészségügyi szolgáltatóval sikerült interjút készíteni annak érdekében, hogy megismerjük az intézmények véleményét a projekt fő kérdéscsoportjainak vonatkozásában, amelyek a következők:

- Milyen nem magyar és nem uniós állampolgárok (azaz harmadik országbeli állampolgárok) szoktak az intézményhez fordulni?
- Melyek a legkeresettebb szolgáltatások, kezelések, amelyeket igénybe vesznek?
- A külföldiek vajon ismerik a magyar ellátórendszert? Megelőző jellegű kezelést is igénybe vesznek vagy inkább a sürgősségi jellegű ellátások terén jelennek meg (amikor már muszáj orvoshoz fordulni)?
- A külföldi betegek jellemzői mennyiben hasonlóak a magyar betegekéhez (nem, kor, igénybe vett ellátás)?
- A külföldi betegek betegségtudata hasonló a magyar betegekéhez?
- Jelentkezik-e speciális kihívás a harmadik országbeli állampolgárokkal kapcsolatban? Mit említene?
- Vannak-e nyelvi – kommunikációs nehézségek, szükséges-e fordítás?
- Hogyan lehet az esetleges kulturális különbségeket kiküszöbölni, vannak egyáltalán ilyenek?
- Van-e működő jó gyakorlat?

¹²⁴ Lásd 2/2004. (XI. 17.) EüM rendelet az egészségügyi szolgáltatók és működési engedélyük nyilvántartásáról, valamint az egészségügyi szakmai jegyzékről.

Az interjúkon a fenti kérdésekre kapott válaszok, információk, adatok kezelése összhangban van az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvénnyel. A törvény 21. §-a szabályozza a tudományos kutatást.¹²⁵

Annak érdekében, hogy a kutatás a magán egészségügyi szolgáltató gazdasági érdekeit ne sértse, valamint, hogy a kutatás eredménye semmilyen módon ne legyen kapcsolatba hozható az interjút adó egészségügyi szolgáltatóval, az interjú készítése anonim módon történt. Kizárólag az interjút felvevő és az interjúalany bír tudomással arról, hogy az interjú mely magán egészségügyi szolgáltatónál készült. Az interjút felvevő kutató az interjút érintő egészségügyi intézményről kizárólag az alábbi információt nyújtotta a Tullius Kft részére: Magyarország melyik nagytáján helyezkedik el (Kisalföld, Alföld stb.), illetve, hogy nagy-közepes-kicsi egészségügyi szolgáltató. A projekt végrehajtásáért felelős Tullius Kft-hez nem jutott el sem az interjút adó egészségügyi szolgáltató neve, sem bármilyen olyan adat, amelynek alapján az egészségügyi szolgáltatót be lehetne azonosítani. Erről az interjúalanyokat írásban is megerősítettük.

A felkeresett és megkérdezett magánrendelők, magánkórházak, magánpraxisok interjúkban adott válaszai alapján az alábbi tényeket állapíthatjuk meg, továbbá az alábbi következtetéseket vonhatjuk le.

Tények

A magánrendelők, magánkórházak, magánpraxisok felkeresésének, felkutatásának módjai és módszerei az alábbiak voltak annak érdekében, hogy ezek az intézmények, szolgáltatók, illetve dolgozóik részt vegyenek a projektben azzal, hogy interjút adnak nekünk:

- interneten keresztül ismeretlenül, email útján formalevéllel, amely utóbbi bemutatja a projekt célkitűzését, lényegét, továbbá az interjúkérdések és az adatvédelmi nyilatkozat megküldésével, amely utóbbi biztosítja az interjúalanyok teljes anonimitását a projekt során,
- telefonos kapcsolat útján ismeretlenül, amelyet mindig email követett, amely mint az előbbi esetben tartalmazta a formalevelet, az összeállított kérdéssort, és az adatvédelmi nyilatkozatot,

¹²⁵ 21. § (1) Tudományos kutatás céljából az intézményvezető vagy az adatvédelmi felelős engedélyével a tárolt adatokba be lehet tekinteni, azonban tudományos közleményben nem szerepelhetnek egészségügyi és személyazonosító adatok oly módon, hogy az érintett személyazonossága megállapítható legyen. Tudományos kutatás során a tárolt adatokról nem készíthető személyazonosító adatokat is tartalmazó másolat.

(2) Az (1) bekezdés alapján a tárolt adatokba betekintett személyekről, a betekintés céljáról és időpontjáról nyilvántartást kell vezetni. A nyilvántartás kötelező megőrzési ideje 10 év.

(3) A kutatási kérelem megtagadását az intézményvezető vagy az adatvédelmi felelős köteles írásban megindokolni. A kérelem megtagadása esetén a kérelmező bírósághoz fordulhat. A per megindítására és az eljárás lefolytatására az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló törvénynek a közérdekű adat megismerése iránti igény elutasítása esetén megindítható perre vonatkozó szabályai az irányadóak.

- személyes kapcsolatfelvétellel ismeretlenül a helyszínrre történő látogatással, bemutatkozással, a projekt bemutatásával, a formalevél, kérdéssor és adatvédelmi nyilatkozat átadásával,
- korábbi páciensi helyzetet felhasználva személyes kapcsolatfelvétel útján,
- ismerősök, barátok, rokonok beajánlása útján, de ismeretlenül.

Tapasztalatok

A megkeresések módjait számba véve a magánrendelők nyitottsága, hozzáállása és segítőkészsége a projekthez

Annak ellenére, hogy a magánrendelők nagy része a betegek számára biztosítja az interneten történő időpontkérés, bejelentkezést, kapcsolatfelvételt, illetve kérdésseltevést, s több interjúalany is megerősítette, hogy a betegek információt a magánrendelőkről többek között a világhálóról szerzik, a magánrendelők nagy többsége válaszra sem méltatta az írásbeli megkeresést, a kapott e-mailt. Az olyan esetekben, ahol válasz érkezett, leginkább nemleges választ kaptunk a legkülönbözőbb kifogásokkal.

Hasonlóan nem járt túl sok sikerrel a telefonos kapcsolatfelvétel formája sem. Míg a telefonban nagyon segítőkészek mutatkoztak - többnyire - a recepciósok, asszisztensek, akik továbbirányítottak bennünket a megfelelő, kompetens személyhez, addig az írásos megkeresésre válasz nem érkezett. Volt ez alól olyan kivétel is, ahol a célintézményt többször, többféle formában kerestük meg. Valószínűleg az első megkeresések nem a megfelelő célszemélyt érték el, mert későbbi, ismételt, immár új személyek megkeresése gyakran már sikeresnek bizonyult, s lelkes és gyors segítséget kaptunk az interjú előkészítésében.

Ismeretlenül a helyszínrre történő látogatás, mint kapcsolat felvételi forma, ahol az esetek nagy részében a marketinges vagy a sajtóért felelős kollegával - már ha ilyen az intézményben létezik – történt a bemutatkozó beszélgetés, majd a dokumentumok átnyújtása, sem járt sikerrel.

A legsikeresebb interjúadásra történő felkérési módnak a korábbi páciensi helyzetet kihasználó személyes kapcsolatfelvétel tűnt, ahol az esetek 100%-ában minden magánszolgáltató hajlandó volt interjút adni.

Várakozásainkkal ellentétben az ismerősök, barátok, rokonok beajánlása útján történő kapcsolatfelvétel közel sem volt olyan sikeres, mint a páciensi helyzetet kihasználó személyes kapcsolatfelvétel. Sok esetben nemleges, elutasító válaszokat kaptunk így is.

Találkoztunk olyan esettel is, amikor az intézmény vállalkozott az interjúkészítésre, majd amikor az interjú visszamutatásra megküldésre került, az interjúalany meggondolta magát, visszakozott vagy jelentősen meghúzta az elmondottak tartalmát.

A megkeresett magán egészségügyi szolgáltatók szakterületek szerint

Kiindulási pontként az OEP által megküldött adatsort használtam, amely képet adott arról, hogy abban az esetben, ha a harmadik országbeli állampolgár valamilyen módon a magyar társadalombiztosítási rendszerben biztosítottak minősül, milyen szakszolgáltatásokat, kezeléseket vesz igénybe a közfinanszírozású járó- és fekvőbeteg ellátás során. A kiindulási pont tehát az állami egészségügyi rendszer volt. Megkereséseink másik meghatározó eleme azon szolgáltatások köre volt, amiről a médiából, a közbeszédből tudtuk, hogy felkapott egészségügyi szakterületnek számít, olyannak, ahol létezhet egészségügyi turizmus. (Megkereséseinket azonban folyamatosan nehezítette, hogy olyan szolgáltatókat kellett felkutatni, akik a külföldiek közül harmadik országbeli állampolgárokat látnak el, s nemcsak uniós polgárokat, ellentétben a médiában megjelenő egészségügyi turizmusról szóló hírekkel, amelyek többsége tapasztalatom szerint uniós polgárt érint.)

Így elsősorban igyekeztem a fogászatra, szemészetre, nőgyógyászatra, terhes gondozásra, mozgásszervi megbetegedések kezelésére, plasztikai sebészetre és gyógy turizmusra összpontosítani. Sikerült továbbá interjút készíteni gastroenterológiai szolgáltatóval, komplex pedagógiai rendszert és gyógyító módszert alkalmazó világhírű intézménnyel, valamint egy rovarcsípéssel szerzett betegségekre szakosodott világhírű magyar szakorvossal is.

Az intézmények között volt olyan, amely kifejezetten egy szakszolgáltatásra szakosodott, ezek jellemzően a kisméretű szolgáltatók (pl. üzemorvoslás, szemészet stb). Ugyanakkor több olyan intézményben is jártam, ahol professzionális orvosi csapat áll rendelkezésre különféle szakterületeken. Például az Észak-Dunántúli Régió egyik legnagyobb magán-egészségügyi intézményének szakrendelése között megtalálható az ambuláns sebészeti, általános sebészeti, balesetsebészeti és kézsebészeti, belgyógyászati, bőrgyógyászati, endokrinológiai, érsebészeti, fül-orr-gégészeti, endokrinológiai, gastroenterológiai, különböző gyermekszakrendelések, neurológiai, kardiológiai, nőgyógyászati, ortopédiai, pszichiátria, reumatológiai, tüdőgyógyászati, szemészeti, valamint az urológiai szakrendelés. Az intézmény legkeresettebb szolgáltatásai közé azonban a bőrgyógyászat, ultrahang, kardiológia és a sebészet tartozik. Új szolgáltatás az intézményben a szépségsebészet (ahová osztrák és svájci beteg is érkezik), és az altatásban elvégezhető gyomor és vastagbélműködés.

A magánrendelő a szakrendeléseken kívül vállalja, hogy foglalkozás-egészségügyi- és munkahigiéniai szakorvosaival, munkavédelmi szakembereivel a munkavédelemről szóló 1993. évi XCIII. tv., a kémiai biztonságról szóló 2000. évi XXV. tv., és az ezen törvények végrehajtására kiadott hatályos rendeletek szerint a munkavállalók egészségét és biztonságát érintő veszélyek felmérését, a kockázatok munkabiztonsági és munkaegészségügyi értékelését elvégzi, valamint javaslatot tesz a kockázatot csökkentő intézkedésekre, foglalkozás-egészségügyi alapellátást és szakellátást nyújt. Az Észak-Dunántúli Régió legnagyobb magán egészségügyi szolgáltatójaként és piacvezetőként több mint 22.000 munkavállaló – köztük természetesen külföldi munkavállalók - foglalkozás-egészségügyi alapellátását biztosítja.

Találkoztam olyan intézménnyel is, amely a gyógyító szakszolgáltatást ötvözi egyéb, a turizmus területére tartozó extra szolgáltatásokkal. Sikerült interjút készíteni a főváros egyik gyógyfürdőjében is, ahol egyszerre gyógyfürdő és nappali kórház is működik. A beteg és vendégszámot tekintve egyértelműen kijelenthető, hogy az intézmény fürdő részlege keresettebb és látogatottabb, mint a gyógyászati részlege. Ez igaz mind a külföldi, mind a magyar látogatók esetében. Míg a jegyet vásárolt fürdővendégek 80-90%-a külföldi, addig a nappali kórház betegeinek alig 1-2 %-át teszik ki a külföldiek. A vendégszám azonban csökken az árak emelkedésével, és sajnos ez a magyar vendégek számán is látszik. A fürdőrészleget mindenki saját felelősségére veszi igénybe, úgy, mint egy wellness szolgáltatást. A gyógyszolgáltatások esetében azonban más a helyzet, mivel ott csak masszázs vehető igénybe orvosi vizsgálat nélkül. Minden más gyógyszolgáltatás (súlyfürdő, iszapkezelés, szénsavas kádfürdő stb.) igénybevétele előtt kötelező az előzetes orvosi vizsgálat. Ha a beteg nem hoz beutalót, mert például nincs magyar biztosítása, orvosi vizsgálat esetén a betegnek ki kell fizetnie a vizitdíjat, valamint az orvos által a beteg állapotának megfelelő, külföldi esetében háromnyelvű (német, angol, magyar) kezelőlapra kiírt kezeléseket. Ezeket a kezeléseket a pénztárban a szolgáltatások igénybevétele előtt kell kifizetni.

Az egyik észak-magyarországi intézményben, ahol a mozgásszervi és egyéb betegséggel küzdő betegek gyógyulhatnak, regenerálódhatnak, a legkorszerűbb orvosi eszközökkel végzik el a beteg állapotfelmérését, személyre szabott javaslatokat állítanak össze az egészséges életmód elsajátításához. Az intézmény az egészségmegőrzés, az egészségügyi, a „Medical Wellness” szolgáltatások teljes palettájával rendelkezik. Professzionális szakorvosi csapattal állnak a betegek rendelkezésére a mozgásszervi megbetegedések kezelésében, gyógyításában, regenerálásában és a betegek rekreációjában. Az intézmény különböző egészségmegőrző programjaival nagy hangsúlyt fektet a prevencióra. A prevenció program lényegében egy funkcionális állapotfelmérő vizsgálatot tartalmaz, amelynek mentén feltérképezik a kockázati tényezőket úgy, mint a túlsúlyt, a felnőttkori cukorbetegséget, a szív-érrendszeri betegségeket, a káros szenvedélyeket, ill. egyéb életmódbeli tényezőket, és ezeknek a szervezet teljesítőképességére gyakorolt hatásait. A vizsgálati leletek és az orvosi konzultáció eredményeként javaslatot tesznek a gyógyszerelésre, a helyes táplálkozásra, a mozgásterápia formáira. Professzionális szakorvosi csapat, valamint a magán egészségügyi intézménnyel lesterződött kórházak lehetőséget biztosítanak a betegek számára konzultációra, vizsgálatra, második orvosi vélemény kérésére, valamint a műtét után 2 hónapon belül kontroll vizsgálatra, műtéti felkészítésre és műtétre. A műtétekre klinikai környezetben kerül sor. A műtétet követően a minimum 2 hetes regeneráció minden napi gyógytornával, keringést javító tornával orvosi kontroll mellett a magán egészségügyi intézményben történik.

Az interjúalanyok földrajzi megoszlása

Az interjúalanyok földrajzi megkeresésének meghatározásában figyelembe vettem a statisztikák által mutatott, Magyarországon tartózkodó, élő külföldiek letelepedéseinek irányait, megoszlásait. Így megkeresésemmel elsősorban a

fővárosra, illetve azokra a nagyobb városokra koncentráltam, ahol nagyobb számban laknak külföldiek. Figyelembe vettem továbbá azt is, hogy mely nagyvárosok mellett, közelében fekszenek olyan harmadik országok, amelyekből potenciálisan nagyobb betegforgalmat várhatok.

Amint fentebb már jeleztem, a magánrendelők nem mutattak különösebb együttműködést projektünkkel kapcsolatban. A megkeresések nagyobbik része összpontosult a fővárosra, tekintettel arra, hogy a fővárosban és Pest megyében a legmagasabb a külföldiek száma, ahonnan annak ellenére, hogy nem az általunk várt és óhajtott számban jeleztek vissza a rendelők, mégis azt mondhatom, hogy a válaszadó magán szolgáltatók túlnyomó többsége a fővárosból került ki.

A vidéki nagyvárosok egyszerűen nem válaszoltak megkereséseimre, vagy ha válaszoltak is, akkor negatív választ kaptunk. Kivétel ez alól Észak-Dunántúli Régió egyik legnagyobb magán-egészségügyi intézménye, amely 1993 óta nyújt egészségügyi szolgáltatást a térség lakosainak, valamint egy olyan észak-magyarországi intézmény, ahol mozgásszervi és egyéb betegséggel küzdő betegek gyógyulhatnak, regenerálódhatnak. Továbbá egy észak-magyarországi nagyobb méretű intézmény, ahol a mozgásszervi és egyéb betegséggel küzdő betegek gyógyulhatnak, regenerálódhatnak.

Ki nyilatkozott a magán szolgáltató nevében

A legtöbb esetben olyan orvossal készült az interjú, aki egy személyben tulajdonosa, ügyvezetője a magán egészségügyi intézménynek és egyben dolgozója is. Ez leginkább a kis- és közepes méretű szolgáltatókra volt jellemző. A nagyméretű, jó infrastruktúrával és gépekkel felszerelt egészségügyi szolgáltatónál azt tapasztaltuk, hogy amennyiben létezik az intézményben marketing vagy sajtófelelős, a feladat, mármint az interjú készítése a sajtóval vagy marketingért felelős személlyel történt. Több olyan interjú is készült, ahol az igazgató maga - legyen akár szakorvos, legyen akár 'külsős' menedzser – személyesen állt a mikrofon elé. Olyan eset is volt, ahol pl. az Észak-Dunántúli Régió egyik legnagyobb magán-egészségügyi intézményének az igazgatójával történt személyesen a kapcsolatfelvétel. Az igazgató azonban nem ért rá, viszont felhatalmazta egyik kollegáját, aki szakorvos is egyben, hogy a magán egészségügyi intézmény nevében nyilatkozzon.

A megkeresett magánrendelők nagysága és szervezettsége

Megkereséseimmel igyekeztem elérni kis, közepes és nagyobb vagy nagyméretű magánszolgáltatókat (kórházakat) annak érdekében, hogy bepillantást nyerjek, hogy vajon mely méretű intézmények a keresettebbek a harmadik országbeli állampolgárok között, továbbá, hogy kiderítsem, van-e a magánszolgáltató méretének, és a mérethez szorosan kapcsolódó infrastruktúrájának, felszereltségének köze a harmadik országbeli állampolgárok vonzásában.

A nagyak számító, szervezeti rendszerrel, infrastruktúrával, valamint kellő műszerekkel ellátott magánszolgáltatók nem mutatkoztak segítőkészek és

készségesnek, együttműködésük hiányát tapasztaltam projektünkkel kapcsolatban. Ez jellemző azon magánszolgáltatókra is, akikről köztudott, hogy külföldi betegek ellátására, esetlegesen azok utaztatására és elszállásolására is szakosodtak, legyen az csak egy szakszolgáltatást nyújtó intézmény, vagy komplett orvosi csapattal 24 órán keresztül rendelkezésre álló komplex intézmény.

Jellemzően azon szolgáltatók álltak segítségünkre és voltak hajlandók interjút adni, akik kis vagy közepes vállalkozásnak minősülnek, és az általuk ellátott külföldiek (mind uniós, mind harmadik országbeli állampolgár) száma éves szinten nem éri el a 100 külföldi beteget.

A magánszolgáltatók által nyújtott szolgáltatásokat figyelembe véve általánosságban elmondható, hogy azok a szolgáltatók, akik több szakterületen, általában egy jobban felszerelt, komplex rendelőben több szakorvost foglalkoztatva nyújtanak szolgáltatásokat, kezeléseket, nem kívántak nyilatkozni. Azok a rendelők, akik egy-egy szakterületre specializálódtak, jóval nagyobb hajlandóságot mutattak a projektben történő részvételre. Különösen az egy-két orvost foglalkoztató magánrendelők mutatkoztak nyitottnak az interjúkészítést illetően. Természetesen mindegyik megállapítás alól akadt kivétel, ez viszont nem kérdőjelezi meg fenti megállapításaimat, amelyeket az elkészített interjúk, az interjúalanyaink számbavétele alapján tettem.

A nemleges választ adó magán egészségügyi szolgáltatók hivatkozott kifogásaik, okaik

Volt olyan magánrendelő, amely arra hivatkozott, hogy páciensei között elenyésző a harmadik országbeliek aránya, ezért nem kívánnak interjút adni.

Érkezett olyan válasz is, miszerint a magánszolgáltató vezetése megtárgyalta az interjúadás lehetőségét, ahol nemleges döntés született. Arról nem kaptunk viszont tájékoztatást, hogy a negatív döntés mögött milyen valós okok húzódnak meg.

Volt olyan nagynevű, jól szervezett magánszolgáltató is, aki adatvédelmi okokra hivatkozva utasította vissza az interjúadás lehetőségét. Tájékoztatásuk szerint a rendelő szabályai szerint a páciensekkel kapcsolatos információkat szigorúan titkosan kezelik, mivel ez a gyógyítás szempontjából is alapvető elvárás és fontos alapelv. Ezt intézményi szinten olyan fontos alapelvnek tekintik, amelytől még anonim kutatás esetén sem tudnak eltekinteni, így nem vettek részt a kutatásban.

Szolgáltatások, amelyeket a harmadik országbeli személyek igénybe vesznek Magyarországon

Kiindulási alapunk a felkeresendő magán orvosi szolgáltatást nyújtó intézmények meghatározásánál azok a szolgáltatások voltak, amelyeket a Magyarországon tartózkodó külföldi személyek közkórházakban is leginkább igénybe vesznek, vagy ahol köztudott, hogy az ellátás színvonala, ára miatt még mindig érdemes Magyarországra jönni, még mindig működhet az egészségügyi turizmus. Ilyen intézmények jellemzően a nőgyógyászati, fogászati, szemészeti, mozgásszervi megbetegedések kezelésére, valamint plasztikai sebészetre és gyógyturizmusra szakosodott intézmények voltak.

Az egyik magánszolgáltató, amely a szolgáltatásai között reumatológiát, fizioterápiát/gyógytornát, kardiológiát, ortopédiát, belgyógyászatot, pszichiátriát, neurológiát, légzőszervi allergiát kezel, masszázst, akupunktúrát nyújt és laboratóriumot működtet, elmondta, hogy a harmadik országbeli betegek két alapszolgáltatást vesznek igénybe: a reumatológiát a mozgásszervi megbetegedések miatt, illetve a mozgásszervi terápiát, a gyógytornát.

Az egyik a gerincsebészetről világban ismert magánszolgáltató elmondta, hogy kiterjedt „second opinion” szolgáltatást működtet, ami az orvosok számára ingyenes. Ez azt jelenti, hogy a hozzájuk tanácsért forduló szakemberek számára konzultációs háttérrel biztosít. Zömében gerincdaganatok ellátási kérdéseivel kapcsolatban keresik őket, lényegében a világ minden részéből. Tapasztalataik alapján véleményüket általában megfogadják, és az általuk javasolt módszert alkalmazzák a betegen, egyes esetekben meghívják őket egy-egy speciális műtét elvégzésére, vagy pedig árajánlatot kérnek a műtét magyarországi (náluk) történő elvégzéséhez. Az elmúlt tíz évben legjelentősebb üzleti partnerük a harmadik országcsoportból kiemelkedően Horvátország és Izrael volt. Gyakorlatilag intézményesült kapcsolatról beszélhetünk, hiszen egyetemi klinikák, illetve biztosítók útján érkeznek betegek ezekből az országokból.

A külföldiek, s köztük a harmadik országbeli állampolgárok is a szemészeti szolgáltatások területén inkább a szemészeti szakrendelést veszik igénybe, kevésbé az optikai szolgáltatásokat. Ez az arány manapság 60-40%-ra tehető, tekintettel arra, hogy a szemüvegkeretek és lencsék árai ma már szinte megegyeznek a külföldi árakkal. Nem éri meg jobban Magyarországon megvenni a szemüveget, így megállapítható, hogy leáldozott a szemüvegturizmus ideje.

A gasztroenterológia – ellentétben a fogászattal, szemézzettel - nem az a terület, ahová, amiért a külföldiek Magyarországra jönnek. Egy gasztroenterológus elmondása szerint egy gyomortükrözésért senki sem fog Magyarországra jönni, még ha olcsóbb is. A béltükrözés önmagában megérné, azonban, ha hozzávesszük a járulékos költségeket (utazás, szállás több napra), akkor már nem éri meg.

Más a helyzete viszont az olyan külföldinek, aki huzamosabb ideig Magyarországon tartózkodik, él, esetleg Magyarországon kereső tevékenységet folytat. Az ilyen személyek orvosi ellátásának feltérképezése céljából olyan üzemorvosokat próbáltunk felkeresni, akik üzemorvosi szolgáltatásokat nyújtanak Magyarországon működő olyan vállalkozásoknak, amelyek külföldi személyeket is foglalkoztatnak. Találtunk olyan rendelőt, ahol nagyságrendileg 200-250 külföldi fordul meg évente, pedig kisméretű rendelőről van szó. Igazából azzal nőtt meg a rendelőben a külföldiek száma, hogy 2011-ben jött két Magyarországon működő, külföldieket foglalkoztató cég a rendelőhöz. Ezzel nagyot nőtt a külföldiek száma a rendelőben, mert az egyik cég száz főt, a másik pedig olyan 30 körüli főt foglalkoztat. Ezen cégek munkavállalóinál az orvos nemcsak, mint üzemorvos, hanem mint magánorvos, illetve házi orvos is megjelenik. Számos beteg esetében az tapasztalható, hogy a kapcsolat az orvos és páciense között üzemorvos-beteg viszonyban kezdődik, és később a külföldi munkavállaló az orvos házi orvosi praxisába is belép. Az üzemorvos rendszeresen, meghatározott időpontokban kijár az üzem területére a megfelelő vizsgálatok, szűrések elvégzésére. Így a betegek ellátása a helyszínen csoportosan vagy visszarendelt beteg esetén a rendelőben

egyénileg történik. A kisebb céghez évente egyszer mennek üzemorvosi vizsgálatra, új munkavállalók felvétele vagy egyéb esetben a beteg-orvos találkozása a rendelőben történik.

Találkoztam olyan szemészeti szakszolgáltatást nyújtó magánrendelővel is, aki a korábbi években szerződések alapján szintén látott el üzemorvosi szolgáltatásokat szemészet területén. Ezeknek a szerződéseknek a száma jelentősen csökkent az elmúlt években, illetve most már nagyobb vállalatok helyett inkább több kisebb céggel állnak szerződéses kapcsolatban.

Sikerült interjút készítenem egy olyan világhírű intézményben is, ahol egy helyen folyik az oktatás elméleti és gyakorlati része. Ez egyben az intézmény sikerének záloga is. Ebből a kettős (oktató-gyakorlati) jellegből következik, hogy ez az intézmény speciális helyzetben van Magyarországon, s úgymond kakukktojásnak számít, mivel módszerénél, programjánál és célkitűzésénél fogva egyáltalán nem illeszthető be a klasszikus egészségügyi intézmények csoportjába, legyen az akár köz- vagy magánpénzből finanszírozott intézmény annak ellenére, hogy komoly rehabilitációs munka folyik az intézmény falain belül.

Az intézmény, mint rehabilitáló intézmény beteg gyermekeket, felnőtteket fogad határainkon belülről és kívülről. Legfiatalabb betegek az intézménynek a 4-6 hónapos korosztályból kerülnek ki, akik részére korai fejlesztő, gondozó központot működtet. A korai fejlesztő központban lévő gyerekek óvodás vagy iskolás korukig maradnak, állapotuktól függően. Számuk éves szinten 1000-1200 között mozog. Az intézmény működtet óvodát is, ahová 120-130 gyerek jár. Míg 10 évvel ezelőtt ezen gyermekek 80%-a volt bentlakásos, mára ez az arány már megváltozott, és csak 20%-uk veszi igénybe az intézmény bentlakásos jellegét. Általános iskolájukba tavaly 128 gyermek járt, az idei tanévre 145 gyermek iratkozott be. A beiskolázott gyermekek nagy többsége bentlakásos.¹²⁶ Felnőtteket is fogad az intézmény különböző betegségekkel, baleseti traumákkal (stroke, afázia, sclerosis multiplex, Parkinson-kór, ataxia stb). Ezen betegek száma éves szinten 400 fő körül mozog.

Bár a plasztikai sebészet olcsóbb Magyarországon, az általunk megkérdezett magánkórház úgy nyilatkozott magáról, hogy nem dolgozik olcsó árakon. Ezért az ő esetében nem életszerű, hogy külföldi ebből a célból Magyarországra utazzon, és náluk vegye igénybe a szolgáltatásokat. Náluk sokkal olcsóbb szolgáltatók is vannak, többnyire odamennek a külföldi betegek. A kisebb rendelők ugyanakkor nincsenek felkészülve az esetleges szövődményekre, nem rendelkeznek intenzív osztállyal. Ebben az általunk megkérdezett intézményben talán a hasi plasztika, ami népszerűbb. Ennek egyszerű oka van: a protokoll szerint ehhez intenzív osztály szükséges, amivel a magánkórház rendelkezik.

Több nőgyógyászati rendelő vagy nőgyógyászattal is foglalkozó rendelő megerősítette, hogy terhes gondozás vagy nőgyógyászati ellátás végett nem érdemes Magyarországra utazni. Jellemzően akkor veszik ezeket a szolgáltatásokat a külföldiek igénybe, ha Magyarországon élnek életvitelszerűen vagy olyan közeli országban laknak, ahol a terhes gondozás színvonala alacsonyabb. Ilyen szolgáltatást viszont gyakran nyújtanak.

¹²⁶ A gond a 8. osztály elvégzése után jelentkezik, mert kevés olyan hely van Magyarországon, ahová a 8. osztály elvégzése után a gyermekeket tovább lehet küldeni.

Találkoztam olyan intézménnyel, amely számos területen nyújt szolgáltatást a betegeknek, azonban a betegek leginkább a laboratóriumi és szakorvosi rendeléseket keresik fel. Az intézmény legkeresettebb szolgáltatásai közé a bőrgyógyászat, ultrahang, kardiológia és a sebészet tartozik. Új szolgáltatás az intézményben a szépségsebészet. További új szolgáltatása az altatásban elvégezhető gyomor és vastagbéltükrözés.

Külföldi személyek száma a magánrendelőkben és származási országuk meghatározása

Tekintettel arra, hogy megkereséseimre a magánrendelők nem aktívan válaszoltak, így nem lehet a lekérdezettek által adatokat egy reprezentatív mintának tekinteni. Fontos figyelembe venni továbbá azt az egyáltalán nem elhanyagolható tény is, hogy pontos statisztikával egyik rendelő sem tudott szolgálni, mivel nem gyűjtene arra nézve adatot, hogy betegek között hány külföldi van, s azok honnan, melyik országból származnak, illetve milyen a tartózkodásuk jogcíme.

Találtam olyan mozgásszervi betegségek kezelésére szakosodott rendelőt, ahol a rendelőben havonta kb. 400 beteg fordul meg, ezek többnyire visszajáró betegek. A betegek csupán 10-15%-át adják a külföldi betegek, akiknek a túlnyomó része EU országból érkezik. Az utóbbi időben több beteget láttak el Indiából és Amerikából. Meglepetésünkre a betegszámban a rendelő az elmúlt években - a válság ellenére sem - tapasztalt negatív vagy pozitív változást. Ez igaz a külföldiekre is.

Az elmúlt tíz évben a gerincsebészetéről ismert magánszolgáltató legjelentősebb üzleti partnere a harmadik ország-csoportból kiemelkedően Horvátország és Izrael volt. Gyakorlatilag intézményesült kapcsolatról beszélhetünk, hiszen egyetemi klinikák, illetve biztosítók útján érkeznek betegek ezekből az országokból. A két említett ország mellett mintegy harminc országból operáltak betegeket. Öröndetes tény, hogy ez a betegszám növekszik, újabban betegközvetítő cégek próbálják kihasználni a kialakult jó kapcsolataikra. (Jellemző példa a legutóbb kötött szerződés egy izraeli betegközvetítő céggel, akik azzal keresték meg őket, hogy ők a volt Szovjetunió országaiból visznek betegeket ellátásra Izraelbe, s az ottani vélemények alapján gerincműtétekre ezt a magyar intézményt választanák. Itt kell megjegyezni, hogy a magyar magánszolgáltató árai magasabbak az izraeliekénél.) Az elmúlt három hónapban három ilyen szerződést kötöttek.¹²⁷

Az általunk felkeresett személyzeti szakrendelőben éves szinten az elmúlt 5 évben kb. 30 külföldi fordult meg évente, amelynek túlnyomó része EU-s polgár volt, azonban erről a rendelőről is elmondható, hogy konkrét statisztikával nem tudott szolgálni. Ez a létszám standard, nem nagyon változik semmilyen irányban. Új harmadik országbeli beteg elvéve jelenik meg náluk, egy esetre emlékeznek különösen, amikor a nigériai trónörökös jött el a személyzeti magánrendelésükre, akinek a rendelőt egy magyarországi szakorvos ajánlotta. Egy pár olyan esetük van, ahol a külföldi személy visszajáró személy: általában vegyes házasságoknál: van japán-magyar, olasz-magyar, svéd-magyar házaspárjuk, s van olyan török családjuk is, ahol a családtagok évek óta Magyarországon élnek, ezért lehet, hogy már magyar

¹²⁷2012 júliusi állapot

állampolgársággal is rendelkeznek, matracereskedéssel foglalkoznak. A rendelő az egész család szemészeti vizsgálatát végzi.

A gasztroenterológiával foglalkozó magánrendelő a külföldi betegeit kapcsolatai útján szerzi. Így kapcsolatai határozzák meg, hogy milyen származású külföldi betegek jelennek meg rendelőjükben. Az egyik ilyen nagyon fontos kapcsolat a kimondottan külföldieket ellátó fővárosi magánrendelővel épült ki, ahonnan az összes gasztroenterológiai eset az általunk meginterjúvolt magánrendelőbe érkezik. Ez a fővárosi magánrendelő szinte mindenféle állampolgárságú külföldit továbbküld a speciális magánrendelőbe, legutóbb Trinidadból és Afrikából származó betegeket küldött. A másik külföldieket „hozó” jelentős kapcsolata a rendelőnek a német és az amerikai nagykövetséggel van, ahonnan mind szűrésre, mind akut betegséggel küldik a betegeket. Az utcáról elvétele csak egy-egy külföldi beteg érkezik, számuk elenyésző. Továbbá, a magánrendelő ügyvezetőjének van egy háziorvos barátja, aki minden TAJ szám nélküli beteget gasztroenterológiai problémával a magánrendelőbe irányít.

Egy rovarcsípéssel szerzett betegségekre szakosodott világhírű magyar szakorvos elmondta, hogy Európa minden országából vannak betegei, de nemcsak Európából, hanem más földrészekről is. Néhányan érkeznek az USA-ból és Ausztráliából is, Afrikából azonban csak elvétele. A páciensek többnyire célirányosan jönnek hozzá, keresik meg, sokan közülük valamilyen magyar kapcsolattal, ismeretsséggel rendelkeznek. Van néhány európai ország, ahonnan az orvosok javasolják, hogy ezt a magyar szakembert keressék meg. A szakorvosnak vannak betegei Ukrajnából, Szerbiából és Horvátországból is, főleg magyarok, de magyarul nem tudók is. Számuk azonban évente 20 alatt van, és semmilyen kimutatása sincs ezekről.

A komplex pedagógiai rendszert alkalmazó világhírű intézmény a magyar betegeken kívül külföldi betegeket is fogad. Az elmúlt évtized folyamán közel száz országból történt megkeresés a budapesti intézet felé. A gyermekek közül a legtöbben az Egyesült Királyságból, Németországból, Belgiumból, Svájcban és az USA-ból jöttek.

A külföldiek általában 3-4 hetes blokkokban jönnek Magyarországra, s vesznek részt különböző terápiákon, rehabilitációkon, kurzusokon. Legalább 30 országból érkezik beteg. Korukat tekintve jellemzően a 2,5 éves kortól a fiatal felnőtt korosztályig, 25-26 éves korig érkeznek. A legtöbben az Egyesült Királyságból, Németországból és Svájcban érkeznek, a harmadik országok közül vannak Jemenből, Észak-Afrikából, Brazíliából. Az utóbbi években élénk érdeklődés van a volt szovjet, szocialista utódállamokból is. Egyszerre 45 orosz gyerek van az intézményben, akik a Moszkvai Önkormányzat támogatásával vesznek részt a különböző terápiákon. Éves szinten kb. 330-360 gyermeket fogadnak Oroszországból, ami azt jelenti, hogy jó 500 orosz családdal kerülnek kapcsolatba. A külföldi gyerekek között sok olyan nevelt gyerek van, akik évenként visszajárnak egy-egy kurzusra. A nagyobb gyermekek, fiatal felnőttek esetében az intézmény olyan kurzusokat vállal csak, hogy a gyermeket, fiatal felnőttet egy konkrét célra készítik fel (pl. középiskolába megy.) Ilyenkor huzamosan tartózkodnak itt.

Jelentős kapcsolata volt az intézménynek Szíriával is, amely most a politikai helyzet folytán átmenetileg megszakadt.

Japánnal több, mint 20 éve működnek együtt, amelynek eredményeként Japánban, Hokkaidó-szigetén nyílt egy magyar intézet. (Annak ellenére, hogy a britek figyeltek fel először az intézetre és annak komplex pedagógiai rendszerére, valamint többfajta együttműködés is kialakult velük az évek folyamán, nem az angolszászok hozták létre ilyen intézetet először, hanem a japánok.) A hetvenes években, Murai Masamoto professzor látogatott el az intézetbe, amikor az intézetben még senki nem beszélt se angolul, se japánul. A professzor azért indult el néhány hónapos nyugat-európai útjára, hogy feltérképezze milyen módszerek, lehetőségek vannak a sérültek rehabilitációjára. Az útja során Angliában mondták neki, hogy Magyarországon van egy speciális módszer. Mivel Murai Masamoto professzor válogatott sportoló és judo mester is volt, így nem volt nehéz neki a vasfüggönyön túlra bejutnia. Annyira megtetszett neki a speciális módszer, hogy elhatározta, Japánban is létrehoz egy ugyanilyen intézetet.

Megtudtam, hogy ezután nemsokára megérkeztek az intézetbe a japán szakemberjelöltek, hátizsákjaikban japán gyerekekkel és megtanulva a nyelvet, megtanulva a szakmát, mentek vissza hazájukba. Tehát Hokkaido szigetén ma is van egy működő intézet, magyarul beszélő japán szakemberekkel.

Tekintettel arra, hogy Japánban Magyarországon kiképzett szakemberek dolgoznak, illetve magyar segítséggel működik az intézet is, így a japán betegek száma ma már nem jelentős, visszaesett. Japán mellett Kínában is sikeresen alkalmazzák a módszert magyar, illetve kínai szakemberek segítségével.

Fontos megjegyezni, hogy a csoportokban foglalkoztatott külföldiek nem állnak tanulói jogviszonyban az intézménnyel. Az intézmény által biztosított speciális szakszolgálati feladatért állami normatívában nem részesül az intézet, ezért a szolgáltatásokért a szülők az Ellátási Szabályzatban meghatározott térítési díjat fizetnek.

Az intézmény speciális helyzeténél fogva nemcsak külföldi betegeket fogad, de a külföldi betegek rehabilitációjához szükséges külföldi speciális személyzetet, szakembereket is képez a magyar betegek nevelése, rehabilitációja és képzése mellett, akik később hazájukban dolgoznak a Magyarországon szerzett képesítéssel. A Magyarországon kiképzett szakemberek jellemzően továbbképző kurzusokra visszajárnak Magyarországra. Nagy-Britannia és Izrael is több mint 15 éve küld hallgatókat Magyarországra képzés céljából.¹²⁸ Csoportosan és egyénileg is sokan érkeztek és érkeznek a mai napig a volt Szovjetunió utódállamainak területeiről is. A rehabilitációs módszer elsajátításában részt vett 37 orosz anyanyelvű diák, akik főiskolai hallgatóként éltek 5 évet Magyarországon, és 1997 és 2003 között diplomát szereztek. Sokan hazamentek és otthon népszerűsítik a módszert, sokan

¹²⁸ Az intézetre egyébként határainkon kívül elsőként az Egyesült Királyság figyelt fel, és hamarosan szoros együttműködés alakult ki az intézmény és a brit hatóságok között. Kapcsolatuk nem csupán abból áll, hogy külföldi mozgássérült gyermekek járnak Magyarországra rehabilitációra, hanem néhány brit szakember már főiskolai képesítést is szerzett Magyarországon. Az intézményben diplomázó külföldi hallgatók a Budapesten tanultakat saját hazájukban hasznosíthatják. Kezdetben tapasztalt magyar szakemberek segítségével alkalmazzák ezeket a módszereket.

közülük szerte a világban tevékenykednek. Két fiatal szakember jelenleg a budapesti intézet orosz nyelvű csoportjában dolgozik.

Találkoztunk olyan nagyméretű magánkórházzal, amely elmondta, hogy tétélesen nem gyűjt adatot arról, hogy hány külföldi beteg fordul meg náluk. Azt sem összesítik, hogy a betegek mely országokból érkeznek. Saját kíváncsiságukra azonban áttekintették az elmúlt 12 év betegforgalmát, s meglepődve tapasztalták, hogy az intézményükben megfordult külföldi betegek aránya, jóval alacsonyabb, mint amire ők számítottak, mint amennyit ők gondoltak. A szülészeti az egyedüli olyan terület, ahol a külföldiek felülreprezentáltak. Az összes betegforgalom 35-40%-át adták, amelyek nagy része azonban uniós polgár volt. A harmadik országbeli külföldiek jellemzően Magyarországon élő expatokból, illetve amerikai betegek közül kerültek ki. Az uniós tagállamok közül Nagy-Britanniából kevesebb beteg van. Romániából, Szlovákiából és a határmentéről utaznak még nagyobb számban külföldiek a szülészeti igénybevételére. Más országok állampolgáira nem is jellemző, hogy kizárólag szülés céljából keressék meg az intézményt. Van sok kínai páciensük is. Illetve számos beteg érkezik a Magyarországon lévő nagykövetségeken keresztül, mivel a nagykövetségekkel és nemzetközi szervezetekkel régen kialakult jó kapcsolatuk van.

Az egyik budai nőgyógyászati rendelő elmondta, hogy nem gyűjtik külön össze az adatokat a külföldiekre vonatkozóan, így nem tudják megmondani, hogy betegforgalmuknak hány százalékát adhatják a külföldi betegek. Becsléseik szerint viszont nem érheti el az 1%-ot sem. Kb. havonta 1 harmadik országbeli páciensük lehet. A náluk megjelenő külföldiek leginkább Szlovákiából és Romániából érkeznek, mivel ezekben az országokban vélhetően nem olyan jó a terhes gondozás. A harmadik országokból jellemzően olyan személyek jönnek, akik Magyarországon élnek, tartózkodnak vagy vegyes házasság, párkapcsolat révén vagy egyéb indokból vannak az országban. Egyébként nem rögzítik, hogy a külföldi milyen céllal tartózkodik Magyarországon.

Magyarország tartózkodó külföldi esetében jellemzően a magyar fél, partner hozza a rendelőbe a harmadik országbeli pácienset. Ukrajnából és Szerbiából leginkább magyar ajkúak, határon túli magyarok jönnek, de számuk elenyésző. Az elmúlt 10 évben 2 szerb betegük volt. Nem jellemző, hogy egy harmadik országból a terhes gondozás végett Magyarországra utaznának.

Az Észak-Dunántúli Régió egyik legnagyobb magán-egészségügyi intézménye arról számolt be, hogy a külföldiek között jellemzően megjelennek a hazánkból elszármazott magyar betegek, akik egyrészt visszaköltöztek Magyarországra vagy csak látogatás céljából Magyarországon tartózkodnak, amit összekötnek az egészségügyi ellátás igénybevételével is (pl. magas vérnyomás miatt gyógyszerfelírás vagy akut felső légúti megbetegedés stb.) Az ilyen személyek már nem feltétlenül (csak) magyar állampolgárok. Ezek a betegek általában Svájcban és az Egyesült Államokból, valamint a környező országokból érkeznek. A környéken dolgozó külföldi állampolgárok és családjaik is igénybe veszik a szolgáltatásokat még akkor is, ha rendelkeznek magyar TAJ-számmal, inkább fizetnek a várakozásmentes ellátásért. Orosz, ukrán és román területről érkezők egy része Magyarországon élő, dolgozó polgárok szülei, akik látogatónak jönnek, és a látogatás időtartama alatt a kivizsgálásukat is lebonyolítják, az ott nem kapható gyógyszert kiváltják.

Az intézmény egyébként nemigen ellenőrzi a betegek állampolgárságát, és nem gyűjt rendszeresen statisztikát arról, hogy külföldi betegek mely országból érkeznek. Ugyanakkor kérésemre legyűjtötték a 2009-es adatokat, amely tájékoztató jellegű lehet. 2009-ben 32.883 magyar beteg fordult meg a magánrendelőben. Harmadik országok közül az Egyesült Amerikai Államok van felülreprezentálva 14 betegével, amit 5-5 fővel követ Macedónia, Szerbia és Montenegró, valamint Ukrajna. 2 fő fordult meg Egyiptomból, Hong Kongból, Jemenből és az Orosz Föderációból. 1 beteg érkezett a Fülöp-szigetekről, Indiából, Kazahsztánból, Kirgíziából, Mexikóból, Moldáviából és Szaúd-Arábiából. Annak ellenére, hogy Horvátország nincs messze ettől az intézménytől, 2009-ben csak 1 horvát beteg fordult meg náluk. Összesen tehát 46 beteg fordult meg az intézményben az ún. harmadik országokból. Érdekes azonban számba venni azt is, hogy a harmadik országbeli állampolgárok mellett hány uniós polgár fordult meg az intézményben. 2009-ben a 46 harmadik országbeli állampolgár mellett 256 uniós polgár vette igénybe a rendelő különböző szolgáltatásait. A legtöbb uniós polgár Szlovákiából érkezett (89 fő), őket a németek követték 48 fővel, 32 fővel Románia, majd 26 fővel Svájc. A szomszédos ország közelsége ellenére Ausztriából mindössze 18 beteg érkezett.¹²⁹ A német betegek magasabb számát az motoripari gyár jelenléte indokolja, hiszen a gyárban dolgozó német munkavállalók családtagjaikat is elhozzák a rendelőbe.

Arra a kérdésemre, hogy találkozna-e a rendelőben kínai beteggel szinte egyöntetűen azt válaszolták interjúalanyaim, hogy a Magyarországon élő kínaiak ellátását saját maguk oldják meg. Ez alól egyedüli kivétel a nőgyógyászat és terhes gondozás. Az Észak-Dunántúli Régió egyik legnagyobb magán-egészségügyi intézménye elárulta nekünk, hogy tudatában van annak, hogy a környéken, ahol a rendelő is fekszik, van olyan kínai orvos, aki nem honosította a diplomáját, nem rendel, de feltehetően a hagyományos kínai gyógymódokat alkalmazza honfitársain. Beszámoltak arról is, hogy Budapesten több kínai vezetés alatt álló egészségügyi intézmény is van, amit kínai polgárok mellett a magyar állampolgárok is igénybe vesznek.

A főváros egyik gyógyfürdőjét a harmadik országok állampolgárai közül leggyakrabban a kanadai, amerikai, orosz, kínai és – talán a japán tv látogatásának köszönhetően – mintha több japán vendég is látogatná, de megfordul a fürdőben egy-két arab vendég is. Az uniós polgárok közül legtöbben Németországból, Svájcból és az Egyesült Királyságból érkeznek. Változó, hogy szervezeten, csoportosan, vagy egyéni úton érkeznek a vendégek. A gyógyfürdőbe jellemzően csoportok érkeznek. Pontos adat híján csak becsülni tudták, hogy a megforduló csoportoknak talán kb. 95 %-át teszik ki a svéd és olasz csoportok mostanában. A nappali kórházban megforduló külföldi betegek azonban egyértelműen egyénileg érkeznek; itt nincsen előre megszervezett csoportos betegfogadás.

Az észak-magyarországi intézmény kihasználtságát, ahol a mozgásszervi és egyéb betegséggel küzdő betegek gyógyulhatnak, regenerálódhatnak, 60-70%-ban szállodai

¹²⁹ Ezek a számok nem tartalmazzák azokat a külföldi betegeket, akik magyar vállalatnál, vállalkozásnál dolgoznak, és munkáltatójuk által biztosított foglalkozás egészségügyi alap- vagy szakrendelésen vesznek részt a rendelőben.

(aktív turizmus) vendégek adják, míg 30-40%-ban érkeznek kifejezett, konkrét céllal páciensek, prevenció és regeneráció programra. Az intézmény a külföldről érkező vendégek részére komplex, all inclusive csomagokat kínál. Az intézmény elsősorban Ukrajnára, Oroszországra és a FÁK országokra, mint piacra koncentrál, másodsorban Nagy-Britanniára. Ez utóbbiakat az ortopédia területe érdekeli, vonz leginkább Magyarországra. Marketing munkájuknak és szerződéses kapcsolataiknak köszönhetően külföldi vendégeik jelenleg Oroszországból, a FÁK országaiból és Ukrajnából érkeznek. (Ez azt jelenti, hogy az összes beteg 10 %-a orosz, ukrán, illetve egyéb más volt szovjet államból érkező.) Ezekben az országokban működő Med Travelers (AMH Healthcare Company) közvetítő cégekkel van szerződéses kapcsolata az intézménynek. Elmondásuk alapján ez egy folyamatosan fejlődő terület, így az együttműködési megállapodások kötése is folyamatosan történik. Nagyon bíznak benne, hogy 2013-ban az angol együttműködés mellett beindul a kazahsztáni kapcsolat is.

Külföldi személy információhoz jutása, avagy miként kerül a harmadik országbeli állampolgár a magán orvosi rendelőbe

Erre a kérdésemre nem tudtak pontos választ adni a megkérdezettek, mert általában nem kérdezik meg a betegtől a magánrendelőben, hogy honnan szerzett tudomást az egészségügyi szolgáltató létéről és szolgáltatásairól. Nagyon ritka az az eset, amikor a magánszolgáltató felmérést végez a betegek körében érintve ezt a kérdést is, és konkrét visszacsatolással rendelkezik az általa nyújtott szolgáltatás minőségéről, a beteg elégedettségéről. Így a legcélszerűbb az lett volna, ha konkrétan a harmadik országbeli betegeket kérdezzük meg erről, azonban a projekt célszemélyei jelen esetben a magán egészségügyi szolgáltatók voltak.

A mai világban a legegyszerűbb és talán legelterjedtebb módja annak, hogy hogyan hirdesse egy magánrendelő szolgáltatásait, a világháló, az internet. Az általam megkeresett magánrendelők mind rendelkeztek webes felülettel, az interneten egytől-egyig elérhetőek. Annak ellenére, hogy nagyon sok rendelő nem figyeli, hogy oldalukat hány látogató látogatja, minden megkérdezett magánrendelő elismerte, hogy vannak betegeik, akik az internet útján találják meg őket. Volt olyan rendelő, aki elmesélte, hogy a külföldi beteg úgy került hozzá, hogy üzleti tárgyaláson volt a külföldi Magyarországon, és hirtelen orvosi segítség kellett, amikor is a magyar tárgyaló partner titkárnője szerzett orvost a kerületben az internet útján. Az ilyen eset azonban ma még nem tipikus. Az interneten keresztül történő rendelő- vagy orvosválasztás a ritkább esetek közé tartozik.

Az egyik megkérdezett magán egészségügyi szolgáltatónál rákérdeznek arra, hogy a beteg honnan szerzett információt az intézményről. Emellett az intézmény folyamatosan nézi, nyomon követi, hogy honlapjukat hányan látogatják. Ezek alapján azt gondolták/gondolnák, hogy minden ötödik betegük az internetről szerez információt az intézményről, és ellátásairól. Azonban a valóság az, hogy a betegek úgy nyilatkoznak, hogy valamelyik ismerősüktől hallottak az intézményről.

Ahogy arra számítottam, a legfontosabb, a legeredményesebb és egyben a legmegbízhatóbb formája a „betegszerzésnek” az ismerősön, barátan keresztül történő ajánlás. Ennek tulajdonképpen a legtöbb és a legváltozatosabb formájával

szembesültem. Az ajánlás formáját tekintve találkoztam intézményesített, formalizált kapcsolattal, amikor konkrét szerződés útján működik a betegutalás. A szerződő fél a formalizált és dokumentált kapcsolatok esetében egy másik magán orvosi rendelő, szakorvos, vállalkozás, vállalat, munkáltató vagy éppen szálloda. Ilyen formalizált kapcsolatok kiépülésének alapja természetesen az ismerősi, a baráti kapcsolati tőke. Egy esetben találtam komolyan kiépült és folyamatosan bővülő intézményesült kapcsolatot, ahol egyetemi klinikák, illetve biztosítók útján érkeznek betegek harmadik országokból.

Sajnálatos módon azonban nem sikerült interjút készíteni olyan magánpraxist üzemeltető egészségügyi szolgáltatóval, ahol az intézményesült kapcsolat másik szerződő partnere egy külföldi partner vagy egészségügyi szolgáltató lenne. Egy olyan konkrét esetről hallottunk, ahol a magyar magánszolgáltató partnere harmadik országban bejegyzett közvetítő cég a betegek Magyarországra történő irányításában.

A kevésbé formalizált kapcsolatok esetében azt láthattam, hogy a már meglévő kapcsolati tőke az alapja a betegszerzésnek. Legyenek azok az ügyvezető külföldi állampolgárságú édesapjának nagykövetségi kapcsolatai, vagy az orvosok nagykövetségekkel, vagy más szakorvosokkal való kapcsolatai, barátságai.

Hallottunk olyan esetről is, amikor egy magánszemély magánakciója keretében hozza a harmadik országbeli betegeket, akik egyébként honfitársai Magyarországra különböző kezeléseket, egészségügyi szolgáltatások igénybevétele céljából. Ez a személy ellátja a betegek kíséretét, valamint a tolmácsolást is a kezelésekre ideje alatt. Arról azonban nem tudtuk nekünk információt szolgáltatni, hogy a kísérő személy szolgáltatásai vajon díjkötelesek-e, és ha igen, a díj milyen mértékű, összegű lehet.

Láttam arra is példát, hogy a hírnév, a kiváló szakmai specialitás vonzza a kapcsolatokat és ezáltal a külföldi betegeket Magyarországra legyen szó itt akár intézményesített vagy spontán kapcsolatokról. Az egyik magánszolgáltató igazgatója szerint a legnagyobb profitot a magas szakmai hozzáadott értékkel lehet elérni ezen a kiélezett piacon. Az intézményükhöz fűződő gerincdaganat-sebészeti innovációk a világban jól ismertek, s különösen az ún. „agresszív” műtéti kategóriákban vannak jelentős nemzetközi pozícióik. Ez indokolja, hogy intézményüket számos külföldi keresi fel.

Nem elhanyagolható tényező, amit mind az orvosok, mind a betegek megerősítettek, hogy a legjobb ajánlás, ha egy másik beteg ajánlja az egészségügyi szolgáltatót. A szájhagyomány útján való terjesztése a jó egészségügyi ellátásnak a legsikeresebb módja az új betegek szerzésének, fogadásának. Láttam erre számos egyéni példát, de találkoztam olyan kivételes esettel is, amikor egy háziorvosi páciens hozta munkáltatója egész vállalkozását üzemorvosi szolgáltatásra, ezáltal megnövelve a rendelő külföldi betegforgalmát.

Eltérő gyakorlatot láttam a gyerekek rehabilitációjával foglalkozó intézményben. Kapcsolataikat más szervezetekkel, más országokkal mindig szerződéses formában rögzítik. Jellemző azonban, hogy a kapcsolatfelvétel egy motivált szülői szervezet által kezdődik, akik megkeresik a magyar intézményt. Sok esetben maguk a szülői szervezetek lesznek az intézmény partnerei, de számos olyan eset is van, amikor a szülői szervezetek keresnek maguknak támogatókat, szponzorokat a származási országban, akik végül a szerződéskötő felek lesznek. Szaúd-Arábiában például egy

kórházban dolgozó, Magyarországon diplomát szerzett szakember lett az összekötő kapocs. De van arra is példa, például a Közel-Keleten, ahol prominens állami vezető felesége, a first lady vállalta fel e feladatot. Az intézmény arról számolt be, hogy bár sok szerződéses kapcsolatuk, együttműködési megállapodásuk van, eddig kevésbé sikerült, hogy szakembert képző külföldi intézménnyel jöjjön létre hivatalos, szerződéses kapcsolat. Ennek általában szerintük az az oka, hogy a politika nem ismeri fel ennek a fontosságát, erre nem fordít kellő hangsúlyt. Számításaik szerint az orosz kapcsolatból azonban - tekintettel annak volumenére, és a folyamatosan jelentkező nagy igényre - nagy valószínűséggel egy idő múlva kormányközi kapcsolat is lehet. Az orosz-magyar kapcsolat kisebb-nagyobb megszakításokkal, de mindig is jól működött az esetükben – állapította meg az intézmény vezetője.

A németekkel és a svájciakkal – annak ellenére, hogy ezen országból szép számmal érkeznek betegek – nem sikerült egy hivatalos, keretekbe foglalt együttműködést kialakítani. Ennek oka, hogy a szabályozás, az intézményi rendszer tartományonként változik. Így velük inkább szülői szervezeten alapuló ad hoc kapcsolat van, amely leginkább nyári táborokban ölt testet.

Az intézet számos közös projektet épített ki más országokkal. Harmadik országgal az alábbi projektjei vannak:

- USA, Grand Rapids – 1998 óta folyamatosan zajlik az Aquinas College területén a korai életkortól iskolás korig a gyermekek fejlesztése. Az intézet hallgatói képzést is megvalósított, amelynek keretében az amerikai hallgatóknak biztosítják az elméleti és gyakorlati tananyagot, felügyelve a képzés minőségét.
- Izrael, Rishon-Le-Tzion – A nyolcvanas évek végén, szülői kezdeményezésre alakult meg a Tsad Kadima szervezet, amelynek keretében először csak iskolás, ma már minden életkorú gyermeknek tartanak szaktanácsadást és gyakorlati foglalkozásokat. Gyakorló intézményeket a Tsad Kadima immár több helyen is működtet. Több mint 40 szakembert képeztek ki magyar és helyszíni vendégoktatókkal.
- Oroszország, Moszkva – 2007 januárjától együttműködési szerződés jött létre az Intézet és egy, a Moszkvai Önkormányzat által támogatott vállalat között. Ennek keretében eleinte 15 fős csoportokban, majd 30 fős csoportokban érkeznek orosz anyanyelvű, különböző korú és diagnózisú mozgássérült gyermekek és fiatalok az intézetbe. Kapcsolatuk túlmutat a gyermekek, fiatalok konduktív nevelésén. Közös erőfeszítéssel keresik a lehetőségét egy közös felsőoktatási projekt létrehozásának, mely segítené olyan orosz anyanyelvű hallgatók diplomaszerezését Magyarországon, akik a Moszkvában épülő rehabilitációs központ munkatársai lesznek.

Uniók tagállamokkal az alábbi hivatalos kapcsolatai vannak:

- Egyesült Királyság, London – 1992 és 2005 között, a SCOPE nevű angol szervezettel együttműködés, melynek keretében a SCOPE biztosította a technikai és anyagi háttérrel, a magyar intézmény pedig szaktudását adta. A kint dolgozó magyar szakember gárda a korai életkortól

az iskoláskorú gyermekekig csoportos foglalkozásokat tartott, akik ezáltal saját hazájukban részesülhettek rehabilitációban.

- Németország, Ulm – szülői kezdeményezésre alakult meg a FortSchritt egyesület 2001-ben, ahol folyamatosan tartanak foglalkozásokat az óvodás korú gyermekek részére, az iskolásoknak pedig ősszel és tavasszal 1-1 hónapos rehabilitációs programra van lehetőségük.

- Norvégia, Tromsø – Az intézet 1994 óta rendszeresen segít a norvég beteg gyermekek nevelésében a helyszínen. Az óvodás és iskoláskorúak fejlesztése a helyi kórház rehabilitációs részlegében történik, évente két alkalommal.

- Olaszország, Róma – a 2003-ban megkezdett olasz kapcsolatok keretében szaktanácsadás és szakember biztosítása által egy rehabilitációs iskolában folyik a speciális nevelési módszer alkalmazása, kisiskolás korú gyermekek részére.

- Finnország, Helsinki - időszakos szaktanácsadást biztosít az intézet.

- Málta – szaktanácsadás-nyújtás egy állami támogatással működő rehabilitációs intézetben.

- Spanyolország, Navarra – Az ASPACE alapítvánnyal 1998-ban szerződést kötött az Intézet a módszer Spanyolországban történő meghonosítása érdekében. A szerződés értelmében az Intézet posztgraduális képzést nyújtott spanyol tanítók számára, emellett nyaranta nyári táborokat szervezett. 2000 óta Budapesten végzett 20 spanyol szakember, majd az Universidad Pública de Navarra egyetemmel együttműködve egyetemi diplomát nyújtó képzés folyt, 17 hallgatóval. 2002-ben megnyílt Pamplonában a Carmen Aldave Központ, mely kb. 100 mozgássérült felnőtt és gyerek speciális nevelésének színhelye.

- Ausztria, Linz – Mehrfach Therapeutisches Zentrum MTZ Linz Az első ausztriai intézmény, ahol az intézettel kötött szerződés alapján 1998-ban megkezdődhetett a speciális nevelési program. A centrum szülői kezdeményezéssel jött létre, ahol folyamatos konduktív nevelés zajlik a korai életkortól a felnőtt korig. Az intézmény némi állami támogatással, de főleg szponzori segítséggel működik.

Az intézmény célja továbbá az intézeten kívüli partnerek felkérése, s velük kötött egyezmény alapján olyan centrumok működtetése, amelyekben sikeresen képviselve van az intézmény pedagógiája: az alapvető, múltban megalapozott, de a mai tapasztalatokkal folyamatosan bővített, s a legújabb kutatási eredményekre is építő nevelés. Mindehhez szükséges, hogy a feladatokhoz az "anyaintézményben" megszokott körülményeket, személyi- és tárgyi feltételeket ugyanolyan minőségben megtervezetten biztosítsák, az Intézmény irányításával és koordinálásával. Ennek elengedhetetlen feltétele az intézet által delegált szakemberek biztosítása a különböző centrumokban, valamint a projekt szakmai irányításával megbízott vezető rendszeres jelenléte. Ezekben a projekteknél a projektvezető útmutatása és a helyszínen tevékenykedő szakemberek garantálják a magas szintű szakmai tevékenységet.

Csupán egyetlen egy olyan magán egészségügyi szolgáltatóval találkoztam az interjúk során, aki arra utalt, hogy külföldi betegeit a konkurenciától szerzi. Az egyik nagyméretű, jól felszerelt magánszolgáltató arról tájékoztatott, hogy a Magyarországon élő expatok esetében tulajdonképpen a konkurencia hozza, küldi a betegeket hozzájuk. Ugyanis a kisebb ellátásokra, bajokra, beavatkozásokra megvannak ezeknek a nagy, multinacionális cégeknek, munkáltatóknak a háttérorvosai, akik általában amerikai vagy indiai orvosok. Ezek a háttérorvosok – nevezhetnénk őket akár üzemorvosoknak is a magyar terminológiával - csak azon esetekben küldik az expat betegeket a kórházba, ha olyan ellátásra van szükség, ami infrastruktúrát, műtéti beavatkozást, esetleg intenzív osztályt igényel.

Ugyanezen magánkórház külföldi betegeit, legyen az uniós polgár vagy harmadik országbeli állampolgár a nagykövetségekkel régóta fennálló jó kapcsolatának is köszönhetően szerzik.

Az Észak-Dunántúli Régió egyik legnagyobb magán-egészségügyi intézménye arról számolt be, hogy a betegek ismerős javaslatára, internet útján, illetve a Regionális Kisokosból (kiadvány) szereznek információt az intézményről, s az intézmény szolgáltatásairól.

Az egyik fővárosi gyógyfürdő arról számolt be, hogy a harmadik országbeli fürdővendégeik a gyógyvízről és a hozzá kapcsolódó szolgáltatásokról leginkább az internet útján szereznek információt. Igaz, a megkérdezett intézmény honlapja jelenleg átalakítás, megújulás alatt van, ami már nagyon időszerű volt, mivel nagyon régóta nem tartalmazott friss, aktuális információkat. Ez igaz volt - többek között - a szolgáltatások aktuális áaira is.

Tekintettel arra, hogy az intézmény egy épületben található egy szállodával, amely ugyan teljesen különálló intézmény, mégis a szálloda hirdetései útján – amelyben nemcsak magát a szállodát, de egyben a fürdőt is reklámozza – számos külföldi szerez tudomást a fürdő létéről, és szolgáltatásairól. Éveken keresztül a MALÉV is hirdette a fürdőt, amely szintén hozzájárult a fürdő népszerűsítéséhez. Továbbá, más szállodák is hirdetik ezt a fürdőt.

Arra a kérdésemre, hogy van-e tudomásuk arról, hogy a külföldi betegnek/fürdővendégnek otthoni, saját kezelő orvosa ajánlja-e a magyar termálvizet vagy konkrétan ezt a fürdőt, azt a választ kaptuk, hogy nincs tudomásuk ilyenről, hogy egy külföldinek saját otthoni kezelő orvosa ajánlaná akár a fürdőt, akár annak nappali kórházának igénybevételét. Olyan eset persze van, hogy a külföldi Magyarországon tartózkodik, s itteni magyar orvosa ajánlja az intézményt. Az intézményben dolgozók továbbá nagyon sok olyan esetről számolnak be, amikor ismerős, barát, rokon ajánlása révén kerül a vendég, a beteg a fürdőbe vagy a nappali kórházba kezelésre.

Arra a konkrét kérdésre, hogy egészségügyi turizmus működik-e a fürdőn vagy a nappali kórházon belül, egyértelmű nem választ kaptam. Voltak olyan próbálkozások, illetve ötletek, hogy hajón lehetne hozni a külföldi betegeket más országokból a fürdőbe, de végül elhalt az ötlet maga is, mivel túl drágának, költségesnek ítéltetett az üzlet. A megkérdezett orvos szerint a gyógyfürdőnek az a fő célja, hogy minél több embert behozzon a fürdőbe, de az nem minősül gyógyászatnak.

A fürdő fekvéséből adódóan több nagykövetség szomszédságában fekszik. Az intézmény marketingje – nyilván ezt a lehetőséget is megragadva - több nagykövetséggel is folytat tárgyalásokat hosszú távú kapcsolatok kialakítása érdekében, illetve tartanak az intézményben nagykövetségi összejöveteleket is, amelyekkel igyekeznek több külföldit az intézménybe vonzani. Eddig azonban még nem alakult ki olyan formális, szerződészerű kapcsolat egyik nagykövetséggel sem, amelynek értelmében egy rendszeres és hivatalos kapcsolatról lehetne beszámolni. A nappali kórház esetében azonban kijelenthető, hogy ilyen módon, csatornán keresztül nem érkezik beteg.

Az az észak-magyarországi intézmény, amely elsősorban Ukrajnára, Oroszországra és a FÁK országokra, mint potenciális piacra koncentrált kemény marketinget folytat az ezekből az országokból érkező páciensekért. Szerződéses kapcsolatokat építenek ki, együttműködéses megállapodásokat kötnek az ezekben az országokban működő Med Travelers (AMH Healthcare Company) közvetítő cégekkel. Ezen kívül az intézmény a FÁK országaiban, Ukrajnában és Oroszországban lévő magyar nagykövetségek akkreditált intézménye. Így az intézmény maga – igény esetén – foglalkozik vízumigényléssel, és egyéb adminisztrációs feladatokkal is. Tapasztalataik alapján azonban elmondható, hogy ezen országokból érkező vendégek 90%-ára mindmáig jellemző, hogy utazási irodán keresztül érkeznek Magyarországra, s az utazási iroda intézi számukra a vízumigénylést, és egyéb hivatalos dokumentumokat. A mozgásszervi és egyéb betegséggel küzdő betegek gyógyítását és regenerálódását biztosító intézmény tudomása szerint a betegek 80%-a az internetről szerez tudomást az intézményről és szolgáltatásairól, 20%-uk valamilyen ajánlás vagy utazási irodán keresztül. Ezen intézmény igazgatója kiemelte, hogy nagyon fontos és hasznos annak érdekében, hogy minél többen megismerjék a magyar magánszolgáltatót és szolgáltatásait külföldön, hogy a magán egészségügyi szolgáltató a különböző külföldi vásárokon folyamatosan megjelenjen, reprezentálja magát és promotálja, hirdesse magát.

Okok, ami miatt Magyarországot választják a külföldi betegek kezelésre

Feltételezéseink szerint a külföldi állampolgárok Magyarországot egyrészt az árelőny, másrészt a minőségelőny miatt választhatják, ha gyógykezelésről, egészségügyi szolgáltatás igénybevételéről van szó. A kapott válaszok részben igazolták ezt a hipotézist.

A gerincsebészet területén szerzett tapasztalatok azt mutatják, hogy a külföldi betegeket a magyar ellátási rendszer egyáltalán nem érdekli. Az, hogy melyik országot és melyik intézményt választják műtéti beavatkozásra, kezelésre, gyógyításra, az otthoni orvosaik szakmai véleménye játszik döntő szerepet.

Kétségtelen tény persze, hogy vannak betegek, akik azért választják Magyarországot a kezelésre, mert a szolgáltatás ára olcsóbb. Ilyen terület például a gerincsebészeti beavatkozás területe is, ahol szerény számban jönnek betegek azért is – nemcsak a magyar szolgáltató világhíre és a kiváló szakmai felkészültsége miatt - , mert áraik az amerikai vagy nyugat-európai áraknál alacsonyabbak, s így sokak számára inkább megfizethetők.

További döntő szempont lehet a kiválasztásban, a kezelés magas vagy akár világszínvonala, az egyedi műtéti eljárás, a szakmai felkészültség. Ilyen esetekben nyilván fontos és meghatározó lehet, ha az otthoni orvos ezt alá is támasztja és maga is támogatja vagy ajánlja a betegnek a Magyarországon történő beavatkozást.

Amint azt fentebb említettem, vannak olyan magánszolgáltató egészségügyi intézmények, ahol a beteggel távozáskor beteg-megelégedettségi kérdőíveket töltenek ki. A tapasztalatok azt mutatják, hogy a kérdőívek kitöltésében a külföldi betegek sokkal aktívabbak a magyar betegeknél. A magánszolgáltató tevékenységét kivétel nélkül nagyra értékelik, érdemi panasz nem volt ellenük. Kritikai megjegyzéseik is inkább építő jellegűek, a legjobb ötleteket mindig a külföldi betegektől kapják.

Tudunk olyan sikeres komplex pedagógiai módszerről is, amelyet Magyarországon fejlesztettek ki, s világhírű lett, s a betegek rehabilitációja vagy a módszer elsajátítása végett érkeznek külföldi személyek Magyarországra.

Volt olyan magánintézmény, amely népszerűségének és sikerének a titkát abban látja, ezért küld számos nagykövetség az intézménybe külföldi betegeket, mert képes egyik napról a másikra megszervezni a kezelést, beavatkozást, mert kellő infrastruktúrával, szakértelemmel és szakértővel rendelkezik.

Az Észak-Dunántúli Régió egyik legnagyobb magán-egészségügyi intézménye arról számolt be, hogy a külföldiek között jellemzően megjelennek a hazánkban elszármazott magyar betegek, akik egyrészt visszaköltöztek Magyarországra vagy csak látogatás céljából Magyarországon tartózkodnak, amit összekötnek az egészségügyi ellátás igénybevételével is (pl. magas vérnyomás miatt gyógyszerfelíratás vagy akut felső légúti megbetegedés stb.) A magánrendelőt a magyar paciensek mellett a külföldi betegek azért látogatják szívesen, mert ők nem rendelkeznek Taj-számmal, és egyszerűen fizetés ellenében, minden terhes adminisztráció nélkül igénybe vehetik a szolgáltatásokat, és a rendelőintézet színvonalas környezetet biztosít az ügyfeleknek (parkolás, tisztaság, várakozásmentes ellátás, idegen nyelvi kommunikáció.) Továbbá fontos szempont az is, hogy az intézménybe nem a sürgős ellátást igénylő betegek érkeznek. Az előre megtervezett ellátások igénybe vétele a jellemző. Előzetes előjegyzés alapján időpontra érkeznek,¹³⁰ ezért nincs várakozási idő, sorban állás, tömeg. (kivétel a vérvétel, ez reggel fél 8-10-ig van)

Volt olyan intézményi vezető, aki konkrétan megfogalmazta véleményét arról, hogy miért kereshetik fel Magyarországot külföldi betegek egészségügyi szolgáltatás(ok) igénybevétele céljából. Véleménye szerint ennek kettős oka van: árelőny vagy minőségelőny. Az igazgatónak azonban igen lesújtó a véleménye Magyarországról, mert szerinte eddig a minőségelőnyt csak a fogászat területe tudja felmutatni. Arra a provokáló kérdésre, hogy a gyógyvizetekhez kötődő szolgáltatásaink mind ár, mind minőségelőnyt is fel tudnak mutatni, arra úgy reagált, hogy szerinte a legnagyobb probléma, hogy a gyógyfürdő által biztosított szolgáltatások, kezeléseik eredménye, sikeressége nem mérhető, amely megnehezíti

¹³⁰ Időpont kérésére e-mailben is van lehetőség, így könnyebb a kommunikáció, hetekkel előbb be tud jelentkezni a beteg még otthonról.

a piacon ezeknek a termékeknek értékesítését, a potenciális páciensek meggyőzését, megnyerését.

Tekintettel arra, hogy az általa vezetett intézmény számos orosz beteget fogad, az igazgató megosztotta velünk azt a nézetét, miért nem, illetve miért választják kevésbé Magyarországot az oroszok gyógykezelés, regenerálódás céljából. Tapasztalataik alapján elmondható, hogy az idősebb orosz generáció az, aki még talán eljön Magyarországra magyarországi kötődése, emlékei folytán. A fiatal orosz generáció már semmilyen szállal nem kötődik Magyarországhoz, még családi emlékek szintjén sem, így az ő fejükben az egészségügyi turizmus területén sem jelenik meg Magyarország, mint esetleges célország. Csehország már megelőzte egészségügyi turizmus területén Magyarországot, hiszen az oroszok inkább mennek Csehországba, mint Magyarországra, és Lengyelország is jó úton halad afelé, hogy maga mögé utasítsa Magyarországot.

Ahhoz, hogy a külföldi betegek egészségügyi turizmus céljából Magyarországot válasszák, nagyon fontos, hogy az intézmény aktívan promótálja szolgáltatásait a külföldi piacokon, kiállításokon, konferenciákon, workshopokon. Az igazgató elmondása szerint elengedhetetlen, hogy a magán egészségügyi szolgáltató megjelenjen önálló standokkal, és szórólapokkal a különböző utazási kiállításokon, ahová a jó marketing érdekében szükségszerű a szakorvosok kivitele és bemutatása is. Új piacok felkutatása során az igazgató azt tapasztalta, hogy igény lenne a külföldiek részéről magán onkológiai kezelésekre, szolgáltatásokra, amelyek jelenleg teljesen hiányoznak a magyar piacon.

Nyelvi – kommunikációs nehézségek

Találkoztam több olyan rendelővel, ahol a magyar mellett angolul és németül beszélnek, így a betegekkel nem okoz gondot a kommunikáció. Ugyanakkor elmondták, hogy a legfontosabb dolog, és legfontosabb üzenet a jövő orvosai számára, hogy a szaknyelvet idegen nyelven, különösen angolul hamar és jól, makulátlanul el kell sajátítani, hogy mindkét fél jól ki tudja magát fejezni a kezelés során, emellett persze a szolgáltatást pedig hibátlanul kell nyújtani.

Az orvosok elismerték, hogy ugyan többletmunkát igényel, de nem okoz egyáltalán gondot, amikor az orvosi diagnózist, részletes értékelést angol nyelven is dokumentálni kell. Vannak azonban olyan magán orvosi szakrendelők is, ahol az idegen nyelv tudása ellenére általában magyarul adnak orvosi diagnózist, részletes leírást a külföldi betegnek.

Találtam olyan szakorvosi rendelőt is, amely a külföldi betegeit egy nála nagyobb, azt mondhatni, hogy külföldi betegek ellátására szakosodott több szakszolgáltatást is nyújtó magánrendelőn keresztül kapja a világ összes országából. Ilyen esetekben, ha az angol vagy a német nyelvtudás nem elegendő - amit a szakrendelőben beszélnek -, akkor a küldő magánrendelő tolmácsot is biztosít a betegnek a szakkezelés idejére.

Van olyan magán egészségügyi szolgáltató, ahol mindig alkalmaznak anyanyelvi tolmácsot, és nem az angolt használják általános kommunikációs eszközként. Az anyanyelvi tolmácsok fordítják le a kezelési (műtéti) beleegyező nyilatkozatot, s mindig az illető beteg anyanyelvére.

Van olyan intézmény Magyarországon, amelynek intézményesített kapcsolata van, s e révén évente több száz orosz beteget fogad. Így a külföldi betegekkel az intézményben a kommunikáció angol, német és orosz nyelven történik. Jellemző azonban, hogy a hosszán Magyarországon tartózkodó gyermekek megtanulnak magyarul, és ha nem is tökéletesen, de a nyelvek keverékével kommunikálnak egymással, a pedagógusokkal. Az intézmény – látva az orosz érdeklődést – orosz nyelvi képzést indított be az oktatásában. Az intézet által neveltek a foglalkoztatási periódus végén otthonukba távoznak, amikor írásos dokumentumot kapnak a gyermek fejlődésmentéről, amelyet a szülő - kérésre - angolul vagy németül kap meg.

Van olyan kórház, amely nem biztosít tolmácsot a külföldi betegnek. Bár a külföldi betegekkel a kommunikáció nyelve általában az angol, számos esetben a beteg hoz magával valakit, aki fordít számára. Kínai állampolgárok esetében jellemző, hogy csak az apa tud angolul, és rajta keresztül történik a kommunikáció.

Úgy tűnik, hogy a kommunikálás általában nem jelent problémát a terhes gondozás során sem. Bár, a kínaiak jellemzően semmilyen nyelvet nem beszélnek, ott sem az angol, sem a magyar, mint közvetítő nyelv nem segít. Ilyen esetekben a beteg hoz magával valakit, aki tolmácsol. Nagyon gyakran hoz tolmácsot a Romániából érkező román beteg is, aki nem beszél semmilyen idegen nyelvet. A leggyakoribb közvetítő nyelv külföldi betegek körében egyébként az angol.

Az Észak-Dunántúli Régió egyik legnagyobb magán-egészségügyi intézménye, amely jól képzett összeszokott kollektívával biztosítja a magas színvonalú definitív ellátást a járó beteg szakellátás területén szintén arról számolt be, hogy a külföldiekkel történő kommunikáció nem okoz gondot az intézménynek. Az emigrált magyarok esetében természetesen nincsen kommunikációs probléma a beteggel. Egyebekben a betegekkel az ellátás nyelve angol, illetve német, néha az orosz is. Az orosz, ukrán és román területről érkezők egy része – amint azt már említettük - Magyarországon élő, dolgozó polgárok szülei, akik látogatóba jönnek, és a látogatás időtartama alatt a kivizsgálásukat is lebonyolítják, a származási országukban nem kapható gyógyszert Magyarországon szerzik be. Esetükben jellemzően a kíséző biztosítja tolmácsolást.

A főváros egyik gyógyfürdőjében a vendégek és betegek tájékozódását és kommunikálását a portán dolgozó hostessek és diákok segítik. A több nyelven beszélő hostessek és diákok segítik a vendégeket a kommunikálásban a szolgáltatások igénybevétele során, illetve a dokumentumok, kezelőlapok elolvasásában, megértésében, kitöltésében. Ezen kívül a nappali kórházban dolgozó orvosok angolul, németül és oroszul beszélnek. A gyógytornászok, masszőrök szintén beszélnek angolul és németül, míg az ápoló személyzet nem beszél idegen nyelveket.

Az orosz, ukrán betegekkel történő kommunikáció tolmács útján történik az észak-magyarországi intézményben. Az intézmény saját tolmáccsal rendelkezik, továbbá az intézmény értékesítési vezetője is kiválóan beszél oroszul. Van olyan szerződött magyar szakorvosuk is, aki az orvosi egyetemi tanulmányait Oroszországban végezte. Az intézmény nagy hangsúlyt fektet arra, hogy a páciens megértse, tudja és tisztában legyen vele, hogy milyen beavatkozásokon esik át. Az

intézményben ezért minden nyilatkozat, amely szükséges az egészségügyi beavatkozáshoz, kezeléshez orosz nyelvre is le van fordítva.

Hogyan lehet az esetleges kulturális különbségeket kiküszöbölni, vannak-e egyáltalán ilyenek?

Volt olyan magánrendelő, ahol érdekes aspektusnak tartották a kulturális konfliktusokra vonatkozó kérdésünket. Elmondásuk alapján, a rendelőben sohasem tapasztaltak ilyet, viszont kétségtelen, hogy személyzetük nagy tapintattal kezeli a más kultúrából érkező betegeket s hozzátartozóikat. Mindig lehetőséget adnak arra, hogy egy fő a családból a beteg mellett lehessen. A családtag részére intézetükben akár kétágyas, akár több-hálószobás elhelyezés is biztosított. Magánszolgáltatóként magas színvonalú étkeztetést is biztosítanak, ahol odafigyelnek a kóserkosztra is. A kóser ételeket, és egyedül csak azokat, hozzátják külső étteremből megfelelő igazolásokkal ellátva.

Egy másik intézményben, ahol döntően gyermekeket kezelnek, arról számoltak be, hogy mindig is voltak és vannak kulturális, vallási különbségek a külföldi gyerekek és magyar gyerekek, illetve szüleik között. Elmondásuk alapján, amíg nem jött létre az intézményben a nemzetközi csoport, addig a vallási, kulturális különbségekkel igen markánsan többször szembe kerültek. Mentalitásbeli különbségeket is gyakran fedeznek fel. Tapasztalataik szerint a délebbi, távol-keleti országokból érkezők mentalitását az „Ej, ráérünk arra még!” jellemzi, míg az arab kultúrában az idő dimenzió tágabban értelmezendő. Ehhez az intézmény dolgozóinak is hozzá kell szokniuk, el kell fogadniuk.

Az amerikai betegek esetében gyakran előfordul, hogy „azok fordítva ülnek a lovon.” Eljönnek az intézménybe, és diktálni próbálnak, megmondják a magyar szakembereknek, hogy az általuk kifizetett pénzért milyen foglalkozásokat szeretnének a gyerekeknek. Az amerikai szülőknek el kell magyarázni, hogy ez nem úgy működik, mint egy babysitter esetében, hanem a felvételi eljárás során a szakemberek megvizsgálják a gyereket, és a szakemberek döntenek el, hogy a gyerekek - állapotától függően - milyen foglalkozásra van szükségük.

Az izraeli gyerekek esetében ez az intézmény is a kóser étkeztetés problémájáról számolt be. Ők úgy hidalják át ezt a helyzetet, hogy ilyen igény esetén a térítési díjat csökkenteni szokták, és a szülőnek kell vállalnia a kóser étkeztetés biztosítását. Amit az intézmény tud vállalni, hogy jelzik a konyhának, hogy ki az, aki nem fogyaszt sertéshúst. Tapasztalataik alapján a zsidó gyerekek egyébként hihetetlen önfegyelmel bírnak, míg az ételükből megkínálják társaikat, ők a máséból soha nem vesznek.

Ha egy gyereknek nagyon különleges anyagcsere problémája van, az intézmény azt sem tudja vállalni, ilyenkor a szülőnek kell biztosítania az étkeztést. De ez teljesen független attól, hogy a gyermek külföldi állampolgár vagy magyar, nincs különbség közöttük.

Az intézmény beszámolt arról, hogy az iráni hallgatóiknak volt különleges kérésük, amit teljesítettek is. A hallgatók kérésére egy helységet rendeztek be imádkozási célra.

Beszámoltak arról is, hogy akad olyan eset is, amikor a jó szándék ellenére – a kulturális különbségekből fakadóan – konfliktus alakul ki. Mindig probléma – legyen az akár külföldi, akár magyar szülő – hogy a foglalkozás során miként válasszák el a szülőt a gyermektől. Előfordult a gyakorlatukban, hogy egy egyiptomi anyuka nem bírta a gyermekéről leválni, és a foglalkozásra egyedül hagyni, s egyszer csak a foglalkozás ideje alatt nagy ajtónyitással bent termett a csoportszobájában, amikor a szakember rámutatott az ajtóra, és kitéssékelté a szülőt a szobából. Dúlva-fúlva rohant az édesanya az igazgatóhoz, hogy őt diszkriminálják, faji megkülönböztetés történt, mert kitéssékelték a szobából, ami az egyiptomi kultúra szerint nem szokás, nem megengedett.

A különböző kultúrákból fakadó konfliktushoz vezetett az a szituáció is, amikor az amerikai szülő lázas gyermekének nem engedte beadni a lázcsillapító végbélkúpot, mert azt Amerikában a szexuális molesztálás, izgatás kategóriájába sorolják.

Olyan esetről is beszámolt az intézmény, amikor az izraeli kisgyerek imaszalagja a gyermekén lógott a foglalkozás alatt, ami belelógott a bilibe. A pedagógusok levették, kimosták, de nem vallották be a szülőnek - a gyermek meg sajnos nem volt olyan állapotban, hogy maga elmondja -, hogy az imaszalagot bizony ki kellett mosni. De történt olyan is, amikor az értelmi fogyatékos izraeli kisgyerek a csappal játszott, és a kippa beleesett a vízbe, s a pedagógusok levették a gyermek fejéről, és gyorsan megszáritották. Kellemetlen helyzetek mindig adódnak. Az tapasztalják, hogy örökké vitás kérdés, hogy az ideérkező külföldinek kell-e alkalmazkodóbbnak lennie és elfogadnia a magyar szokásokat vagy a magyaroknak kell a Magyarországon élő, tartózkodó külföldiek szokásaihoz igazodniuk. Az intézmény azonban tisztában van vele, hogy bőrszíntől, nemzetiségtől függetlenül ugyanaz a problémája egy barna bőrű anyukának, mint egy fehérnek. Ezeknél a családoknál, akiket ők gondoznak, rehabilitálnak, minden esetben a lelket is nagyon komolyan ápolni kell.

Több olyan nőgyógyászati rendelő volt, amely arról számolt be, hogy kulturális különbségekből fakadó igazi konfliktussal még nem találkoztak. Azt elismerték, hogy a keleti vallásúaknak vannak igényeik, amelyeket az intézmény megpróbál minden esetben maximálisan kielégíteni és tiszteletben tartani. Jellemzően a nőgyógyászaton, terhes gondozásokon jelentkezik az az igény, hogy csak női orvos vizsgálhatja meg a külföldi beteget, csak hozzátartozó jelenlétében történhet a nőgyógyászati vizsgálat.

Több intézmény jelezte, hogy bár próbálják a külföldi betegek igényeit kielégíteni, komoly gondot igazából a végtelenségig vallásos elképzelés okozhat, amelyek közé sorolták a nagyon kóser étrend biztosítását.

Az Észak-Dunántúli Régió egyik legnagyobb magán-egészségügyi intézménye is azon rendelők körét bővíti, akik eddig nem tapasztaltak sem kulturális különbségeket abból fakadóan, hogy a beteg más országból érkezik, sem egészségügyi ellátásbeli különbséget. Elmondásuk alapján a nemzetközi orvosi társaságok által szervezett konferenciák, és kiadott szakmai protokollok, az interneten könnyen gyorsan elérhető szakirodalom miatt általában egységes elvek alapján látják el a betegeket nemcsak Európa, hanem USA, Kanada vonatkozásában is. Kiterjedt nemzetközi kapcsolataik és ismereteik átáramoltatására elmondták,

hogy például gyomorballont a legnagyobb felhasználó országból, Brazíliából importálják.

A fővárosi egyik gyógyfürdő arról számolt be, hogy a kínaiak gyakorta nem tartják be azt a szabályt, hogy a közös víz előtt le kell zuhanyozni. Nem zavartatják magukat és képesek nejlon ruhában is vízbe menni. Ilyen esetekben, illetve, ha bármilyen más szokásainktól, kultúránktól eltérőt tapasztalnak a személyzet csak udvariasan, tapintatosan és figyelmesen szól a vendégeknek a szabályok betartatása végett, hiszen ezek a vendégek drága jegyeket fizetnek a szolgáltatások igénybevételére.

Minden vendéghez ország specifikusan és személyre szabottan kell hozzáállni. Ezekhez az ország specifikus szokásokhoz minden intézmény megpróbál igazodni, és a vendég igényeit kiszolgálni, hiszen nem szabad elfelejteni, hogy egy egészségügyi beavatkozás alatti nem kellemes időtartamot kell - amennyire csak lehetséges - kellemessé tenni. Külföldi betegek esetében az észak-magyarországi magán egészségügyi intézmény kimegy a repülőtérre a betegért, és mentővel szállítja a helyszínre, biztosítja a repülőn, hogy olyan helyen üljön, ahol nagyobb lábhely van. Felelősséget vállalnak a betegért mindaddig, amíg a fogadó országban kitolják a beteget a repülőtérrel (tolókocsit biztosítanak, poggyászat felveszik.)

Jelentkezik-e speciális kihívás a harmadik országbeli állampolgárokkal kapcsolatban?

Volt olyan nagyméretű, jól szervezett magán egészségügyi intézmény az interjúalanyok között, amely elmesélte, hogy külföldiek egészségsturizmusával nem foglalkoznak. Bár az ötlet felmerült, voltak is próbálkozások, sok időt, energiát fektettek bele, külföldiekkel több megbeszélést is folytattak, árlistákat is küldtek, de arra jutottak, hogy a komplett szervezést, ami az utaztatással, szállásolással és kezeléssel jár, nem tudják felvállalni. Szerintük jellemzően olyan beavatkozásokra érdemes jönni Magyarországra, ahol nagyobb beavatkozás szükséges, és hosszú várólista van az adott országban. Viszont Magyarországon a protokoll nagyon más a többi ország protokolljától. Az intézmény, ha minőségi szolgáltatást kíván nyújtani, nem tudja, és ezért ők nem is akarják felvállalni az ilyenfajta ellátást, különösen azért nem, mert például problémásnak látják a későbbi kontrollvizsgálat megoldását. Kétségtelen tény azonban, hogy maga a beavatkozás jóval olcsóbb Magyarországon, azonban, ha hozzáadjuk az itt-tartózkodás költségeit, nem jön ki olcsóbbra egy-egy műtéti beavatkozás összességében. Így a külföldi betegek szép lassan lemorzsolódtak, és nem alakult ki egyetlen egy hivatalos olyan kapcsolat sem, amely külföldről egy külföldi szolgáltató segítségével Magyarországra továbbítaná a betegeket. Egy olyan ukrán állampolgárságú félig magyar, félig ukrán nőről van tudomásuk, aki felkarolja a betegeket Ukrajnában, kideríti és megszervezi számukra az utazást Magyarországra, kíséri a betegeket kéz- a-kézben az ellátás, beavatkozás ideje alatt.

Van olyan szakterület náluk, ahol szakorvosuk kifejezetten ellenzi is a külföldiek egészségsturizmus céljából történő ideszállításának megszervezését, mert véleménye szerint azon rövid idő alatt, amelyet a beteg Magyarországon tölt, amely természetesen mindig egy előzetes állapotfelméréssel kezdődik, nem biztos, hogy a

látottak és az elvégzett vizsgálatok alapján az itt-tartózkodás időszaka alatt a szükséges beavatkozást el lehet végezni. Viszont a beteg, ha már ideutazott, nyilvánvalóan valamilyen szolgáltatást vár el az orvostól.

Ez a megkérdezett magán egészségügyi szolgáltató úgy nyilatkozott, hogy nincs különösebb gondja a biztosítókkal, a biztosítók rendben kifizetik a kiállított számlákat. Igaz, nagyobb beavatkozások esetén - külföldről vett jól bevált gyakorlatot követve – a magán szolgáltató is kialakította azt a gyakorlatot, hogy a biztosítóval költségvállaló nyilatkozatot tetetnek, amelyben a biztosító előre nyilatkozik arról, hogy a beavatkozás várható költségeit – amelyet az intézmény tételesen kiszámított előre – viselni fogja. Tapasztalataik alapján megállapítható, hogy a biztosítók szeretik, ha a külföldi személy náluk vagy Magyarországon veszi igénybe a beavatkozást, mert a biztosítóknak ez olcsóbb, kb. fele árat fizetnek a szolgáltatásokért.

Terhes gondozás területén számos angol rövidítéssel leleteznek a magyar betegek esetében is. Így ezen a szakterületen egyáltalán nem okoz gondot, nem jelentkezik extra feladatként, ha a leleteket angol nyelven is ki kell állítani. (Ezt a magyar beteg részére is gond nélkül ki tudják állítani.) A magánrendelő laboratóriumában ugyanis a különböző szűrésekhez használt programok angol szoftverrel működnek. Mivel angol nyelvű kockázatelemző programmal dolgoznak a laboratóriumban, így automatikusan készül lelet angolul is.

Az észak-magyarországi magán egészségügyi intézmény arról számolt be, hogy a betegekkel történő elszámolási gondokat eddig még nem tapasztaltak, legyen szó akár magyar, akár harmadik országbeli betegről. A betegnek, vendégnek előre kell fizetnie a szolgáltatásokért. Az orosz, ukrán, és a FÁK országokból érkező betegek – akik a külföldi betegek nagyobb hányadát képviselik - hozzá vannak szokva, hogy hazájukban minden egészségügyi beavatkozásért fizetni kell, így természetes nekik, hogy Magyarországon is fizetnek. Talán ezért sem voltak eddig elszámolási gondjaik. Ezek a betegek jellemzően nem rendelkeznek külön magán egészségügyi biztosítással, ami azt jelentené, hogy az intézménynek számlát kellene az ilyen magánbiztosítók részére kiállítani, küldeni.

Van-e különbség a magyar illetve a harmadik országbeli páciens között?

Több magánrendelő úgy nyilatkozott, hogy mivel az OEP-pel nem szerződött szolgáltató, így nincs különbség magyar és külföldi beteg között. Minden beteg, aki a szolgáltatást igénybe veszi, annak egységesen meghatározott térítési díjat kell fizetni.

Az egyik nagyméretű magán egészségügyi szolgáltató szerint bár a szolgáltatások térítési díja között nincs különbség, mégis előfordulhat az a helyzet, hogy a magyar beteg kevesebbet fizet egy-egy ellátásért, szolgáltatásért. Ennek az az oka, hogyha a beteg – legyen az külföldi vagy magyar – magán egészségügyi biztosítással rendelkezik, a beteg biztosítója csak a tételes számla alapján hajlandó fizetni. Hiába kínál a magán egészségügyi szolgáltató különböző csomagokat, különböző szolgáltatásokat, kezeléseket egy csomagban, amelyek különböző kedvezményeket kínálnak a betegek számára, az ilyen csomagokról kiállított számlákat a biztosítók nem fogadják el. A biztosító felé mindig tételes számlát kell kiállítani. A biztosító felé kiállított tételes számla azonban általában drágább. Tekintettel arra, hogy jellemzően

még mindig a külföldiek azok, akik egészségbiztosítás terén inkább rendelkeznek magánbiztosítással, így fordulhat elő, hogy a magyar betegek bizonyos szolgáltatáshoz olcsóbban tudnak hozzájutni.

Megvizsgáltam a gyógyfürdőben nyújtott szolgáltatásokat is. Az igénybe vehető gyógyszerellátások között nincs különbség a külföldi és a magyar beteg között; a szolgáltatások díja, és a kötelező előzetes orvosi vizsgálat állampolgárságtól függetlenül mindenre érvényes. Az általunk megkeresett gyógyfürdő nappali kórházában a külföldi és a magyar beteg adminisztrálása, dokumentálása között sincs különbség. A kezelőlap háromnyelvű. Az igénybe vett kezelések mind a külföldi, mind a magyar beteg esetében tételesen kerülnek feltüntetésre. Külföldi esetében előfordult már, hogy a külföldi beteg a számla kiállítása előtt biztosítójával egyeztetett, hogy melyek azok a tételek, amelyeket a biztosítója később megtérít számára. A kiállított dokumentumokat, ambulánslapokat a nappali kórház egyébként magyar nyelven állítja ki.

Következtetések

A magánrendelőkben rögzített interjúk, valamint a nem hivatalos beszélgetések, és egyéb információforrások alapján az alábbi következtetéseket vonhatjuk le.

Az első és kikerülhetetlen kérdés, amit vizsgálni szükséges, hogy vajon miért vonakodtak a magánrendelők, magánpraxisokat működtető orvosok a projektben részt venni, és anonim módon interjúalanyokká válni. Különösen akkor miért ütközünk nagy ellenállásba, amikor a kérdőív nem tartalmaz egyetlen egy olyan kérdést sem, amely a rendelő éves profitjára, a profit származására, azaz a külföldi és magyar betegek közötti díjak, bevételek közti megoszlására vagy egyéb, a magánrendelő gazdasági érdekébe tartozó kérdéskört érintene. Mivel a magánrendelők nagy része megkereséseinkre még csak nem is válaszolt, így csak találgatásokba és feltételezésekbe tudunk bocsátkozni, amelyek természetesen nem feltétlenül tükrözik a valóságot. Így következtetéseink nem biztos, hogy mindig helytállóak, ezért azokat fenntartásokkal érdemes kezelni.

Talán a legelfogadhatóbb indoknak az tűnik és tűnt, hogy miért nem kíván részt venni a magánszolgáltató a projektben, amikor megmondta, hogy nem fogad harmadik országbeli állampolgárokat. Mondvacsinált oknak, ürügynek tartjuk viszont azt a fajta elutasítást, amikor a betegek személyes adataira hivatkoztak. Különösen akkor tűnik nem valós indoknak ez az elutasítás, amikor adatvédelmi nyilatkozatban garantáljuk az anonimitást, valamint az előre megküldött kérdésekből egyértelműen kiderül, hogy nem kérdezzük rá konkrét betegségekre, és konkrét betegekre. Azt pozitívan értékeltük ugyanakkor - még ha el is utasították megkeresésünket - ha látszott a válaszból, hogy legalább foglalkoztak a kérdéssel (pl. igazgatótanácsunk megtárgyalta...).

Feltételezéseink szerint a magán egészségügyi szolgáltatók között nagy a piaci harc, a verseny, szűk a piac, sok a szolgáltató, kevés a beteg. Ezért úgy véljük, hogy piacfeltés okán, gazdasági érdekből nem kívántak nagy számban megnyílni nekünk, interjút adni a harmadik országbeli állampolgárok betegellátása során szerzett tapasztalataikról.

Az általunk választott megkeresési módszerek visszaigazolják azt, hogy a kapcsolati rendszerek, hálók, a baráti és ismerősi kapcsolatok a legfontosabbak Magyarországon a tekintetben, hogy kinek szavazunk bizalmat. Ezért nem meglepő az az eredmény, hogy a legjobb bevált megkeresési módszernek a korábbi páciensi állapot, a korábbi orvos-beteg kapcsolat tűnt. Ugyanakkor pont ezért elgondolkodtató s ugyanakkor kétségbeejtő az az eredmény, hogy amennyire sikeres volt a korábbi páciensi állapot „felhasználása” arra, hogy felkérjük a magánszolgáltatókat interjúkészítésre, annyira sikertelen volt a baráti, sőt rokoni szálak, kapcsolatok felhasználása a magánszolgáltatók megkeresésében. Ez alól mindösszesen egy kivétel volt, amikor ismeretlenül a neten keresztül próbálkoztunk, amire még csak nem is reagált a szolgáltató, majd hónapokkal később ugyanazon szolgáltatónál, sőt ugyanazon személynél sikeresen jelentkeztünk be interjúkészítésre egy barát közbenjárása folytán.

A megkeresett szolgáltatók különböző egészségügyi szakterületeken működnek. A szolgáltatók feltérképezésénél egyrészt az OEP által megküldött adatsort használtuk, amely képet adott arról, hogy ha a harmadik országbeli állampolgár valamilyen módon a magyar társadalombiztosítási rendszerben biztosítottak minősül, milyen szakszolgáltatásokat, kezeléseket vesz igénybe a közfinanszírozású járó- és fekvőbeteg ellátás során. Itt azt szerettem volna megvizsgálni, hogy az állami egészségügyi rendszernek van-e kizorító hatása ugyanezen a területen, megjelennek-e egyáltalán a harmadik országbeli állampolgárok ugyanilyen kezeléseken, szakterületeken a magán szektorban, valamint, hogy az állami szektorban a harmadik országbeliek által reprezentatív területek megfelelnek-e a magánszférában leglátogatottabbnak számító szakterületekkel. Az OEP adatsoraiból arra a kérdésre is próbáltam választ keresni, hogy egyes szakterületek pushing tényezőként vannak-e jelen az egészségügyben a magánszféra javára. Megkereséseim másik meghatározó eleme azon szolgáltatások köre volt, amiről a médiából, a közbeszédből tudtuk, hogy felkapott egészségügyi szakterületnek számítanak, olyannak, ahol létezhet egészségügyi turizmus.

Mindezt összevetve elsősorban igyekeztem a fogászatra, szemészetre, nőgyógyászatra, terhes gondozásra, mozgásszervi megbetegedések kezelésére, plasztikai sebészetre és gyógyturizmusra összpontosítani. Sikerült továbbá interjút készíteni gastroenterológiai szolgáltatóval, komplex pedagógiai rendszert és gyógyító módszert alkalmazó világhírű intézménnyel, valamint egy rovarcsípéssel szerzett betegségekre szakosodott világhírű magyar szakorvossal is. A fogászati szakterülettel nem voltam sikeres, a fogászok elzárkóztak az interjúkészítéstől (sikerült ugyan fogással beszélgetni, de végül interjúkészítésre nem került sor.) A szemészet területén se jártam sokkal több sikerrel, mert csak egy szolgáltatóval sikerült interjút készíteni. A harmadik kudarc a plasztikai sebészet területén ért. Sajnos nem sikerült annyi olyan kis, közepes és nagyméretű vállalkozást sem megnyerni, amennyit szerettünk volna, akik komplexen, több különböző szolgáltatást nyújtanak egy helyen. Sajnálatos módon ezen szolgáltatók is inkább voltak elzárkózóak, mint készségesek az interjúkészítésre. Ezért semmiképpen sem lehet a megkérdezett szolgáltatóktól kapott válaszokat általánosítani.

Fontos tudni, hogy megkereséseket folyamatosan tovább nehezítette, hogy olyan szolgáltatókat kellett felkutatni, akik a külföldiek közül harmadik országbeli

állampolgárokat is ellátnak, s nemcsak uniós polgárokat. Ugyanis a külföldiek hallatán minden szolgáltató egyből az uniós polgárokra asszociált.

Igyekeztem mindenféle méretű szolgáltatót megkeresni. Nem állíthatjuk, hogy van szoros korreláció, összefüggés a megkérdezett szolgáltatók mérete, szervezettsége és a válaszadási hajlandósága között, ugyanakkor tapasztalataim alapján, szakterülettől függetlenül, a kisebb és közepes magán egészségügyi szolgáltatók készségesebbek voltak megosztani a harmadik országból érkező betegek ellátása során szerzett tapasztalataikat, mint a nagy, nagyobb, többféle ellátást nyújtó szolgáltatók.

A felkérésekre pozitív választ adó szolgáltatók többsége a fővárosból és környékéről került ki. A vidéki szolgáltatók nem igazán jeleskedtek a válaszadásban. Ez persze tükrözi a valóságot és egybevág a Magyarországon élő, letelepedett harmadik országbeli állampolgárok előfordulási helyeivel, ugyanakkor nem mutatja ezen személyek esetleges vidékre történő mozgását egészségügyi kezelés céljából. Kevés számú vidéki interjú alapján azt sem látom igazán, hogy vajon van-e mozgás vidékről a fővárosba a harmadik országbeliek részéről egészségügyi szolgáltatás igénybe vétele céljából. S nem mutatják az elkészített interjúk azt sem, hogy a harmadik országokkal határos megyékben, városokban milyenfajta egészségügyi turizmus lehet a magán piacon a harmadik országbeli állampolgárok részéről. Nem lehet továbbá következtetéseket levonni arra nézve sem, hogy vajon a szomszédos országok esetleges gyengébb egészségügyi rendszere folytán hányan érkeznek Magyarországra egészségügyi ellátás igénybevétele céljából a magán szférában. A terhes gondozás és a nőgyógyászat területe az egyetlen említésre került terület, ahol a beteg a fővárosig is elutazik a határainkon túlról, hogy jobb minőségű szolgáltatást vegyen igénybe.

A harmadik országbeli állampolgárok a magyar magán egészségügyi szolgáltatóknál jellemzően a mozgásszervi betegségek kezelésében, rehabilitálásban (ide tartozik a gyógyfürdő igénybe vétele is), a terhes gondozáson, nőgyógyászaton és olyan egyéb szakterületeken jelennek meg, ahol a magyar orvos, a magyar egészségügyi személyzet különleges, speciális szakértelemmel, műtéti eljárással, módszerrel rendelkezik. (Itt ismét fontos kiemelni, hogy nincs információnk a fogászat, a szemészet és a plasztikai sebészet, szépségápolás területéről, így előfordulhat, hogy ezen területen is szép számmal vannak.)

Azt nem tudjuk - még hozzávetőlegesen sem - megmondani, hogy igazán hány harmadik országbeli állampolgárt látnak el a magánszolgáltatók a magánrendeléseiken. Véleményünk szerint ennek több oka is lehet. Egyrészt, bár a magánszolgáltatók ugyanúgy dokumentálják a harmadik országbeli betegeket, mint a magyar betegeket, nem téve különbséget közöttük, de nem összesítik a külföldiekre vonatkozó adataikat, s kérésünkre is csak kivételesen gyűjtötték le őket. Másrészt a magánszolgáltatóknak nincs adatszolgáltatási kötelezettségük a hatóságok felé az ellátott külföldi betegekkel kapcsolatban, különösen akkor nem, ha a magánszolgáltatók az OEP-pel nem leszerződött szolgáltatók, és semmilyen elszámolási viszony nem létezik közöttük. Érdeemes viszont megjegyezni, hogy jellemzően a kis- és közepes magán szolgáltatók nyilatkoztak nekünk, akiknél éves szinten alig éri el a 100 főt az ellátott külföldiek száma, amely szám tartalmazza az uniós polgárok számát is.

A külföldiek származási országát tekintve láttuk, hogy igen széles a paletta. Több szolgáltató megerősítette, hogy a hazánkból elszármazott, gyakran kettős állampolgársággal rendelkező magyar állampolgárok a hazautazásukat, rokonlátogatásaikat felhasználják arra, hogy egészségügyi problémájukat is orvosolják, kivizsgáltassák magukat, vagy olyan gyógyszereket szerezzenek be, amelyek hazájukban nincsenek forgalomban, vagy ha forgalomban vannak, jóval drágábbak. Ezek a hazatérő magyar állampolgárok a magán egészségügyi szolgáltatónál az ellátásokat díj ellenében veszik igénybe.

Az, hogy egy magánszolgáltatónál milyen állampolgárságú beteg jelenik meg, nagy részben attól is függ, hogy a magánszolgáltatónak milyen kiépült kapcsolatai, csatornái vannak a betegek szerzésében. Láttam azt, hogy a formális szerződéses kapcsolatok, megállapodások inkább a nagyobb méretű szolgáltatók gyakorlatában jellemzőek. Ők azok, akik energiát, pénzt és időt fektetnek be az újabb csatornák kiépítésére, piacok megnyerésére vagy olyan technológiával, szakértelemmel rendelkeznek, olyan műtéti eljárásokat, módszereket alkalmaznak, amelyek világhírűvé tették őket, s ez hozza számukra a világ összes országából a beteget.

A kínai betegek előfordulása a magán rendelőkben igen ritka. A terhes gondozást működtető, és nőgyógyászattal foglalkozó magánrendelők voltak az egyedüliek, akik megemlítették őket, mint harmadik országból származó betegeket. Abban teljes egyöntetűség mutatkozott az általunk megkérdezett orvosok körében, hogy a Magyarországon élő kínaiak ellátásukat saját maguk oldják meg.

A harmadik országbeli állampolgárok a legkülönbözőbb módon jutnak el a magánrendelőkbe. A legbiztosabb módja – különösen a Magyarországon letelepedettek harmadik országbeliek körében – a más beteg, barát vagy orvos által történő ajánlás. Olyan esetekben, amikor a harmadik országbeli személy származási országából utazik Magyarországra kezelés, műtéti beavatkozás céljából, jellemzően a hazai orvosa ajánlására történik, ritkább esetben közvetítő cég közreműködésével. Ezekben az esetekben kapnak nagy hangsúlyt a kiépített formális együttműködések, kapcsolatok. Minden más esetben – különösen, ha a harmadik országbeli turistaként vagy üzleti okból érkezik – a magánrendelőről való információszerzés mindenféle fajtája megtalálható (internet, hirdetések pl. regionális kisokos stb.) Ugyanakkor érdekes, hogy bár a magánrendelők törekednek a színvonalas egészségügyi ellátás nyújtására, általában nem kérdezik meg a betegtől, hogy honnan szerzett tudomást az egészségügyi szolgáltató létéről és szolgáltatásairól. Nagyon ritka az az eset, amikor a magánszolgáltató felmérést végez a betegek körében és konkrét visszacsatolással rendelkezik az általa nyújtott szolgáltatás minőségéről, a beteg elégedettségéről.

Feltételezéseink, miszerint a külföldi állampolgárok Magyarországot egyrészt az árelőny, másrészt a minőségelőny miatt választhatják, ha gyógykezelésről, egészségügyi szolgáltatás igénybevételéről van szó, beigazolódta. Például a gerincsebészet területén szerzett tapasztalatok azt mutatják, hogy az otthoni orvosai szakmai véleménye játszik döntő szerepet abban, hogy melyik országot és melyik intézményt választják műtéti beavatkozásra, kezelésre, gyógyításra a harmadik országbeli állampolgárok annak ellenére, hogy a szolgáltatás ára – összehasonlítva Amerikával és Nyugat-Európával – olcsóbb. További döntő szempont lehet a kiválasztásban, a kezelés magas vagy akár világszínvonala, az egyedi

műtéti eljárás, a szakmai felkészültség. Ilyen esetekben nyilván fontos és meghatározó lehet, ha az otthoni orvos ezt alá is támasztja, és maga is támogatja vagy ajánlja a betegnek a Magyarországon történő beavatkozást.

Több megkérdezett állította, hogy bár bizonyos beavatkozások még olcsóbbak Magyarországon, de összességében a Magyarországon igénybe vett beavatkozás, az összes járulékos költségével együtt (pl. utazás, szállás, stb.) nem teszi olcsóbbá a beavatkozást. Minden költséget összeadva már egyáltalán nincs meg Magyarország árelőnye számos egészségügyi szakterületen. Ehhez érdemes még azt is hozzátenni, hogy több magán egészségügyi szolgáltató arról számolt be, hogy a külföldiek magánbiztosítói szeretik, ha a külföldi személy Magyarországon veszi igénybe a beavatkozást, mert a biztosítóknak ez olcsóbb, kb. fele árat fizetnek a szolgáltatásokért. Hiszen az egyéb utazással járó járulékos költségek a betegeket terhelik. Többen megerősítették, hogy olyan beavatkozásokra érdemes még jönni Magyarországra, ahol nagyobb beavatkozás szükséges, és hosszú várólista van az adott országban.

Azt feltételeztem, hogy a gyógyvizekhez kötődő szolgáltatásaink mind ár, mind minőségelőnyt fel tudnak mutatni, és ezért keresettek a külföldiek körében. A megkérdezettek szerint a területnek azonban a legnagyobb problémája, hogy a gyógyfürdő által biztosított szolgáltatások, kezelések eredménye, sikeressége nem mérhető, különösen rövidtávon nem, amely megnehezíti a piacon ezen termékek értékesítését, a potenciális páciensek meggyőzését, megnyerését.

A betegekkel történő kommunikáció lényegében egyik magán egészségügyi szolgáltatónál sem okoz különösebb gondot. A magán szolgáltatók nagy hangsúlyt fektetnek arra, hogy orvosaik több idegen nyelven beszéljenek, a dokumentumok legalább angol nyelven is elkészüljenek, illetve a műtéti beavatkozások, kezelések esetében a beteg anyanyelvén tájékozódhasson a beavatkozás veszélyeiről, következményeiről. Ezt a legkülönfélébb módszerekkel biztosítják: tolmáccsal, akit a rendelő biztosít, vagy olyan tolmáccsal, akit a beteg maga hoz. A kínai betegeket említették meg többen, hogy az ő esetükben gyakori eset, hogy semmilyen idegen nyelvet nem beszél a páciens.

A magán egészségügyi szolgáltatók általában nem tapasztaltak különösebb kulturális különbségeket a harmadik országból származó betegek ellátása során. Az is igaz, hogyha tapasztaltak is ilyet, a személyzet nagy tapintattal kezelte/kezeli a más kultúrából érkező betegeket és hozzátartozóikat. Többen a vallási szokásokból eredő különbségeket említették a gyakorlatukban felmerülő problémaként. Beszámoltak olyan esetekről is, amikor a jó szándék ellenére – a kulturális különbségekből fakadóan – konfliktus alakult ki. Ugyanakkor a megkérdezettek egyetértettek abban, hogy minden beteghez ország specifikusan és személyre szabottan kell hozzáállni. Ezekhez az ország specifikus szokásokhoz minden intézmény megpróbál igazodni, és a beteg igényeit kiszolgálni, hiszen nem szabad elfelejteni, hogy egy egészségügyi beavatkozás alatti nem kellemes időtartamot kell - amennyire csak lehetséges - kellemessé tenni.

Megállapítható, hogy nincs különbség magyar és külföldi (harmadik országbeli) beteg között a betegellátásban a magán szférában. Minden betegnek, aki a szolgáltatást igénybe veszi, egységesen meghatározott térítési díjat kell fizetni, mivel a magán egészségügyi szolgáltató az OEP-pel nem szerződött szolgáltató. Bár a

szolgáltatások térítési díja között nincs különbség, mégis előfordulhat az a helyzet, hogy a magyar beteg kevesebbet fizet egy-egy ellátásért, szolgáltatásért, mint egy külföldi beteg. Ennek oka a biztosítók árpolitikája, mivel ha a beteg magán egészségügyi biztosítással rendelkezik, a beteg biztosítója csak a tételes számla alapján hajlandó fizetni. Hiába kínál a magán egészségügyi szolgáltató különböző csomagokat, különböző szolgáltatásokat, kezeléseket egy csomagban, amelyek különböző kedvezményeket kínálnak a betegek számára, az ilyen csomagokról kiállított számlákat a biztosítók nem fogadják el. A biztosító felé kiállított tételes számla azonban általában drágább. Tekintettel arra, hogy jellemzően még mindig a külföldiek azok, akik az egészségbiztosítás terén nagyobb számban rendelkeznek magánbiztosítással, így fordulhat elő, hogy a magyar betegek bizonyos szolgáltatáshoz olcsóbban tudnak hozzájutni a magán egészségügyi szolgáltatóknál.

A fentieket összegezve megállapítható, hogy a harmadik országbeli állampolgár betegek valószínűleg a nagyobb vagy nagyméretű szolgáltatóknál jelennek meg nagyobb számban, míg a kisebb szolgáltatóknál csak elenyésző számban. A nagyméretű szolgáltatók külön marketing osztállyal és sajtóosztállyal dolgoznak, amelyek feladata a folyamatos piackeresés, új betegek szerzése, vonzása. A kis- és közepes méretű vállalkozások jelenleg kihasználtaknak tűnnek a magyar betegek részéről, így ezen szolgáltatóknak nincs idejük, energiájuk, pénzük új vagy újabb csatornákat, legyen az formális vagy informális, kiépítésére, még több külföldi, harmadik országbeli beteg vonzására.

Betegségbiztosítások

A fejezet utolsó része a piaci alapú, magánbiztosítási betegségbiztosítási csomagokat igyekszik bemutatni. Ennek oka, hogy a munkáltatóknak törvény írja elő, hogy milyen intézkedéseket kell kötelezően foganatosítaniuk munkavállalóik egészsége érdekében. Ilyen kötelezettség a teljes körű kockázatértékelés elkészítése, a foglalkozás-egészségügyi szolgáltatás, vagy üzemorvos biztosítása, illetve a pszicho-szociális kockázatok felmérése. Ezeken felül a munkáltatók a cafeteria rendszeren belül vagy béren kívüli juttatás keretében gondoskodhatnak még a munkavállalókról.

Mivel úgy tűnik, hogy egyre népszerűbb a munkáltatók körében, hogy munkavállalóikról béren kívüli juttatás keretében is gondoskodjanak, amit a cafeteria-trend egyik legutóbbi felmérése is visszaigazol,¹³¹ ezért célszerű ezt a témát is körbejárni, hiszen ez a típusú juttatás egyre népszerűbb lesz, nemcsak a harmadik országbeli külföldiek körében, hanem a magyar lakosság körében is. A cafeteria-trend legutóbbi felmérése szerint ma már az egészségvédelem megelőzi az évek óta listavezető étkezési támogatást.

A munkáltatók kezdik felismerni, hogy egészséges munkavállalókra van szükségük. Az egészség megőrzése, a betegségek megelőzése mindkét fél érdeke. A munkáltató által a munkavállalók javára kötött egészségbiztosítások segítenek abban, hogy a munkáltató egészségesebb és aktívabb munkavállalókra számíthasson. A betegségbiztosítások betegség esetén gyorsabb ellátást biztosíthatnak, amelynek

¹³¹ Lásd www.cafeteriatrend.hu

eredményeként gyorsabb gyógyulás várható, így a munkavállalók kevesebbet vannak betegszabadságon, azaz csökkennek a munkáltatói többletköltségek, mint pl. a táppénz és munkaerőpótlás. S nem utolsósorban egy betegbiztosítási csomag juttatása a munkavállalónak erősíti a gondoskodó munkahely érzését, amely növeli a lojalitást. S miért előnyös egy ilyen biztosítás a munkavállaló számára? A munkavállaló betegség esetén a gyorsabb ellátás miatt kevesebb betegszabadságon töltött idővel számolhat, amelynek eredményeként kevesebb bérkiesése várható. A munkavállaló előre tervezheti a szűrővizsgálatokat, amelyek segítenek megelőzni a betegségek kialakulását. Egészségügyi probléma esetén gyors és minőségi ellátásra számíthat, nem kell továbbá magán orvosi ellátásokra fizetni és azzal sem kell számolnia, hogy hálapénzt fizessen.

A 2012. január 1-jén hatályba lépett betegbiztosítási konstrukció előrelépést jelenthet ezen a területen.

2012. január 1-jétől a munkáltató által kötött betegbiztosítások díja adó- és járulékmentessé vált. Mindez komoly változásokat jelent a magán-egészségügyi szolgáltatások igénybevételére szóló biztosítások piacán, hiszen a munkáltatók számára lehetőség nyílik a béren kívüli juttatások körének újragondolására. A munkáltatók a cafeteria-rendszeren belül vagy egyéb, béren kívüli juttatásként biztosíthatják munkavállalóik számára a magán-egészségügyi szolgáltatások igénybevételét.

A béren kívüli juttatások jelentősen megváltoztak 2012-től.¹³² Felső plafon is bevezetésre került a teljes, adókedvezményt élvező cafeteria-keretben. Az egyes juttatások egyéni kerete mellett együtt is figyelni kell a kiadott összértéket, hogy ne lépjen túl egy éves 500.000 forintos keretet. A keretet időarányosan kell figyelembe venni, ami azt jelenti a gyakorlatban, hogyha valaki csak fél évig dolgozik a vállalatnál, akkor csak 250.000 forint összértékű béren kívüli juttatás adható neki kedvező adózással.

A személyi jövedelemadóról (szja) szóló 1995. évi CXVII. törvény I. számú mellékletének 6.3. pontja szerint 2011-ig a kockázati (halál esetére szóló) életbiztosítás, a balesetbiztosítás, a teljes és végleges munkaképtelenségre szóló betegbiztosítás díja adómentes volt. Ez azt jelentette, hogy ha az említett biztosítások díját a magánszemély helyett más személy (például a munkáltató vagy akár más cég, szervezet) fizette, akkor emiatt személyi jövedelemadó és járulékok nem terhelték a magánszemélyt, illetve a biztosítási díj fizetőjét.

A szja törvény I. számú mellékletének 2012. január 1-jétől hatályos 6.3. pontja szerint az egészségbiztosítások díja a magánszemély adómentes bevétele.

„I. számú melléklet az 1995. évi CXVII. törvényhez

Az adómentes bevételekről

6. A károk megtérülése, a kockázatok viselése körében adómentes:

¹³² 2012-től kikerült a kedvezményesen adható lehetőségek közül az internet támogatás és az üdülési csekk. Igaz, helyére lépett a Széchenyi-kártya. Kedvezményes körben maradtak - még az összegük sem változott - az iskolakezdesi támogatás, a helyi bérlet, az önkéntes nyugdíjpénztár és az egészségpénztár/önsegélyező pénztár. Továbbra is adómentesen adható a sporteseményre szóló belépő/bérlet a megszokott 50.000 Ft/év értékhatárig.

6.3. a kockázati (halál esetére szóló) életbiztosítás, a visszavásárlási értékkel nem rendelkező baleset- és betegségbiztosítás díja...”

Az adómentes biztosítási díjra tekintettel járulékfizetési kötelezettség a hatályos jogszabályok szerint nincs, tekintettel arra, hogy a társadalombiztosítás ellátásaira és a magánnyugdíjra jogosultakról, valamint e szolgáltatások fedezetéről szóló 1997. évi LXXX. törvény (Tbj.) szerint az ilyen biztosítási díj nem része a járulékalapot képező jövedelemnek.

Változatlanul adómentes marad a kockázati (halál esetére szóló) életbiztosítás magánszemély helyett más által fizetett díja, ugyanakkor a jövőben a más személy által fizetett díj adómentessége bármilyen baleset- és betegségbiztosításra is vonatkozhat (nem feltétel a teljes és végleges munkaképtelenség bekövetkezése), de csak akkor, ha az adott biztosítás visszavásárlási értékkel nem rendelkezik. Ez a változás azt jelenti, hogy a más által fizetett díj a kockázati (halál esetére szóló) életbiztosítások mellett, ezentúl csak az olyan baleset- és betegségbiztosítások esetében lesz adómentes, amelyeknél a biztosító kizárólag akkor nyújt szolgáltatást (akkor fizet), ha a díj ellenében vállalt kockázat (például baleset, betegség) bekövetkezik, vagyis a befizetett díjakat más esetben nem lehet visszakapni, nem lehet visszavásárolni.

Az adómentességnek nem feltétele, hogy a munkáltató a biztosítási díjat a munkavállaló javára szerződként fizesse. Ez következik az adóköteles biztosítási díj fogalmából. (A legegyszerűbb felosztás szerint a biztosítási díj lehet adómentes vagy adóköteles.) A biztosítási szerződések díja az Szja. tv. 3.§ 50. pontjában írtak szerint minősül adókötelesnek. Az Szja törvény 3. §-ának 50. pontja definiálja az adóköteles biztosítási díj fogalmát. E meghatározás szerint adóköteles biztosítási díjnak minősül a magánszemély, mint biztosított vagy kedvezményezett javára kötött biztosítási szerződés alapján más személy által fizetett díj (ide nem értve a magánnyugdíjpénztár által biztosító intézettől történő járadékvásárlás ellenértékét, valamint a biztosítás I. számú melléklet szerint adómentes díját) annál a magánszemélynél, akire tekintettel a díjat fizetik. A törvényi megfogalmazásból nem következik, hogy a biztosítási díjat a „más személy”-nek (pl. munkáltatónak) szerződként kell teljesítenie, ebből következően a munkáltató a biztosítási díjat a munkavállaló javára szerződként és nem szerződként is fizetheti. Figyelembe véve, hogy az Szja törvény az adómentes biztosítási díj fogalmát az adóköteles biztosítási díj fogalmába illesztve határozza meg, ezért az előbbi megállapítás nem csak az adóköteles díjú biztosításokra, hanem az adómentes díjú biztosításokra is érvényes.¹³³

¹³³ Id. A Nemzetgazdasági Minisztérium levele az adómentes díjú biztosítás díjának munkáltató által történő átvállalásáról (Nemzetgazdasági Minisztérium Jövedelem és forgalmi adók főosztályának 2012. január 30-án kelt levele)

Az adóköteles biztosítási díjból származó jövedelmet a felek között fennálló jogviszonyból kiindulva kell minősíteni és ennek megfelelően kell megállapítani utána a 27 százalékos szociális hozzájárulási adót, és az egyéni járulékokat. Kivéve, ha a díj az Szja. tv. 70. §-a szerinti egyes meghatározott juttatásnak minősül. Az említett jogszabályi hely (1) bekezdésének c) pontja szerint ennek tekintendő a több magánszemély, mint biztosított javára kötött biztosítási szerződés alapján fizetett adóköteles biztosítási díj, ha a biztosítási

Mivel az adómentes biztosítási díj nem része a járulékalapot képező jövedelemnek és nem képezi alapját a szociális hozzájárulásnak, ezért adó- és járulékfizetési kötelezettség sem a munkáltató, sem a biztosított esetében nincs.¹³⁴

Amennyiben egy vállalkozás biztosítást köt munkavállalója javára, és a biztosított a társasági adóról és az osztalékadóról szóló 1996. évi LXXXI. törvény 3. számú mellékletének 8. pontjában meghatározott személyek valamelyike, a biztosítás díja a vállalkozás érdekében felmerült költségnek minősül, s az így elszámolt kiadás a vállalkozás társasági adó alapját csökkenti.

Amennyiben a vállalkozás által kötött biztosítás biztosítottjaként megjelölt magánszemély nem tartozik a fenti körbe (pl. a munkavállaló hozzátartozója), akkor ezen biztosítottra eső költségként elszámolt biztosítás díjrész nem tekinthető a vállalkozás érdekében felmerült költségnek. Ezért ezen díj összegével a vállalkozásnak meg kell emelnie a társasági adó alapját. Így ezen összeg után társasági adót kell fizetni.

Egyéni vállalkozó esetében az egészségbiztosítás díja költségként elszámolható. Erre vonatkozó szabályokat a személyi jövedelemadóról szóló 1995. évi CXVII. törvény I I. számú melléklete tartalmazza.

A biztosító szolgáltatása az Szja. tv. 3. § 64. pontja szerint:

„64. Biztosító szolgáltatása: a biztosítási esemény bekövetkezése miatt a biztosítót a biztosítási szerződés alapján terhelő kötelezettség keretében a biztosító által juttatott vagyoni érték.”

Az Szja. tv. I. sz. mellékletének 6.6., 6.7., 6.8. pontja alapján főszabályként a biztosító szolgáltatása (biztosítási esemény miatti kifizetése) adómentes, a törvényben felsorolt kivételekkel:

„I. számú melléklet az 1995. évi CXVII. törvényhez

6.6. a 6.8. alpontban meghatározott biztosító

a) szolgáltatása, kivéve:

– a jövedelmet helyettesítő felelősségbiztosítás alapján fizetett jövedelmet pótló kártérítést,

– a baleset- és betegségbiztosítás alapján nyújtott jövedelmet pótló szolgáltatást, feltéve, hogy a biztosítási díj a díjfizetés időpontjában adómentes bevételnek minősült,

– az élet- és nyugdíjbiztosítási szerződés alapján nyújtott, a b)–c) pontban nem említett

szolgáltatást,

– az olyan biztosítási szerződés alapján nyújtott szolgáltatást, amelynek díját vagy díjának egy részét magánszemély költségként elszámolta,

b) haláleseti, baleseti, betegségbiztosítási szolgáltatása,

szerződés nem egyénileg, hanem kizárólag a munkakör, a beosztás, a munkaviszonyban eltöltött idő, az életkor vagy más közös ismérv alapján határozza meg a biztosítottak körét. Ebben az esetben a kifizetőt a díj 1,19-szeres után 16 százalék SZJA, illetve 27 százalék EHO terheli.

¹³⁴ Így nem kell nyugdíjjárulékot, egészségbiztosítási és munkaerő-piaci járulékot (10% + 7% + 1,5%) fizetni utána. (1997. évi LXXX. tv. (Tbj) 4. § (k), 19. § (2)-(3), 24. §)

c) nyugdíjbiztosítási szerződés alapján a szerződéskötés harmadik fordulónapját követően nyújtott nyugdíj-szolgáltatása, címén megillető bevétel;

6.7. a 6.1. és a 6.6. pontokban foglalt rendelkezések alkalmazásában nem minősül jövedelmet pótló kártérítésnek, jövedelmet helyettesítő felelősségbiztosítási kártérítésnek, baleset- és betegségbiztosítás alapján járó jövedelmet pótló szolgáltatásnak:

a) a jogszabályban meghatározott kötelezettség alapján megállapított tartásdíj helyett fizetett összeg,

b) az olyan kártérítés, amelyet a károsult költségeinek fedezetére fizetnek ki, még akkor sem, ha azok a költségek éppen a jövedelem megszerzése érdekében merültek fel,

c) a költségtérítést és a jövedelmet helyettesítő kártérítést is tartalmazó járadék (vagy annak egyösszegű megváltása) esetén a költségtérítő rész,

d) a baleset- és betegségbiztosítás alapján járó jövedelmet pótló szolgáltatás összegéből a Központi Statisztikai Hivatal által a biztosítói teljesítés évét megelőző második évről közzétett nemzetgazdasági éves bruttó átlagkereset 50 százalékának a jövedelem-kiesés időszakával arányos összegét meg nem haladó rész;"

A MABISZ kérésére a Nemzetgazdasági Minisztérium Jövedelem és Forgalmi Adók Főosztálya 2012. február 16-án kelt levelében értelmezte az egészségbiztosításból származó biztosítási szolgáltatások adókötelezettségét. Ebben a levélben a minisztérium jelezte, hogy a kifizető által magánszemély javára kötött, visszavásárlási értékkel nem rendelkező baleset- és betegbiztosítások (adómentes díjú szerződések) esetében vizsgálandó, hogy a biztosító által nyújtott szolgáltatásnak van-e jövedelempótló része. Ugyanis másként kell adózni attól függően, hogy a szolgáltatás jövedelempótlónak minősül-e vagy sem.

Amennyiben egy adott biztosítói szolgáltatás, kifizetés úgy képződik, hogy a magánszemélynek – a betegsége, balesete bekövetkezése előtti és a betegsége, balesete miatti keresőképtelenségének ideje alatti jövedelem különbségeként adódó – konkrét jövedelemvesztéséget kell igazolnia a biztosító felé, és e jövedelem-különbség részeként adódó veszteséget a biztosító kalkulálja, s e különbség képezi alapját a biztosítási eseményre tekintettel, a biztosítási feltételek szerint meghatározott biztosítási összegnek, amelynek egy részét vagy egészét pótolja a biztosító szolgáltatása, úgy felmerülhet a jövedelem pótlása. Ilyen esetben alkalmazni kell az I. számú melléklet 6.7. alpontjának d) pontjában szereplő rendelkezéseket.

Ha a biztosító szolgáltatása nem függ a magánszemély által elszenvedett konkrét jövedelemvesztéstől, mivel a biztosítói kalkuláció nem ez alapján történik, hanem a biztosító által szolgáltatásként kifizetett összeg kizárólag a befizetett biztosítási díj nagyságától függ, és az a veszélyközösség tagjai által befizetett összegből képzett tartalékot terheli, úgy a biztosító szolgáltatását nem kell jövedelmet pótló szolgáltatásnak tekinteni.

Adómentes példaként említi a minisztérium a levelében az egészségügyi szolgáltatási kiadások megtérítését, a kritikus (rettegett) betegségek bekövetkezésekor teljesített biztosítási összeget, a rokkantsági állapot bekövetkezésekor teljesített biztosítási összeget, beleértve a rokkantság járadékot is. A keresőképtelenség vagy ellátás napjaira napi térítésként (napi átalányként)

meghatározott biztosítási összegek esetében nem merül fel jövedelem pótlása, tekintettel egyrészt a napi térítések átalányjellegéből fakadóan arra, hogy a napi térítés jellemzően sokféle, a megbetegedés vagy baleset elszenvedése miatti kiadásokra, veszteségekre nyújt részben vagy egészben ellentételezést, másrészt különös tekintettel arra, hogy a napi térítéses biztosítói szolgáltatás esetében a biztosító a biztosítási összeg meghatározásakor a befizetett biztosítási díj szerint jár el. Természetesen, ha a biztosítási összegnek van olyan része, amelyet a biztosító úgy határoz meg, mint a jövedelem-különbség részeként adódó veszteséget, s ekként kalkulálja, akkor az ilyen kifizetésekre alkalmazni kell az I. számú melléklet 6.7. alpontjának d) pontjában szereplő rendelkezést.

A személyi jövedelemadóról szóló törvény szerint a baleset- és betegségbiztosítás díja adómentes. A kérdés az, hogy mi a helyzet az egészségbiztosítás díjával, vajon az is adómentes? Erre a kérdésre a biztosítókról és a biztosítási tevékenységről szóló 2003. évi LX. törvény ad választ. A törvény ágazati besorolásra vonatkozó rendelkezései alapján megállapítható, hogy a baleset- és betegségbiztosítás másképpen egészségbiztosításnak is nevezhető. Az egészségbiztosítás tehát nem más, mint ami balesetből és/vagy betegségből eredő eseményekre nyújt biztosítási védelmet, pont úgy, mint az szja. törvényben szereplő balesetbiztosítás és betegségbiztosítás. Ezért az egészségbiztosítás díja is adómentes.

Az egészségbiztosítási díjnak nincs adózást érintő korlátja, mivel a személyi jövedelemadóról szóló törvény nem tartalmaz korlátot az adómentes biztosítási díj vonatkozásában. Azt, hogy mekkora összegig adható kedvezményes adózással az Szja-ban meghatározott béren kívüli juttatás, azt az Szja. 70.§-a és a 71.§-a szabályozza, míg az adómentes bevételeket – ahol az egészségbiztosítás díja is felsorolásra kerül - az I. számú melléklet tartalmazza, és itt a törvény nem rendelkezik összehatárról.

Szja 70. §. szerint:

„(4) Egyes meghatározott juttatásnak minősül az a juttatás, amely megfelel e törvény külön rendelkezése [71. §] szerint meghatározott béren kívüli juttatás feltételeinek, de az ott meghatározott értékhatárt meghaladja. Egyes meghatározott juttatásnak minősül továbbá a munkáltató által a munkavállalónak, valamint a munkavállalóra tekintettel más magánszemélynek az adóévben biztosított béren kívüli juttatások együttes értékének az évi 500 ezer forintot, illetve az 500 ezer forintnak – a munkavállaló által az adott munkáltatónál az adóévben a juttatás alapjául szolgáló a jogviszonyban töltött napokkal – arányos összegét (éves keretösszeg) meghaladó része.”

A biztosítások adómentessége, amely a díjra vonatkozóan korlátot nem tartalmaz:

„I. számú melléklet az 1995. évi CXVII. törvényhez

Az adómentes bevételekről

6. A károk megtérülése, a kockázatok viselése körében adómentes:

6.3. a kockázati (halál esetére szóló) életbiztosítás, a visszavásárlási értékkel nem rendelkező baleset- és betegségbiztosítás díja, valamint a kizárólag a díjat fizető kártérítési felelősségi körébe tartozó kockázat elhárítására kötött biztosítás díja;”

Ezzel kapcsolatban meg kell említeni a NAV 2012. május 18-án megjelent tájékoztatóját,¹³⁵ amelyben a NAV arra figyelmeztet, hogy az utóbbi időben egyre több olyan biztosítási konstrukció jelenik meg, amely az adómentes biztosítások keretében nagy értékű egészségügyi szűrővizsgálatokat (ún. menedzserszűréseket) is ajánl. Az előbbi szűrővizsgálatok a személyi jövedelemadóról szóló 1995. évi CXVII. törvény alapján egyébként adóköteles juttatásnak minősülnek, munkavállaló esetében bérjövedelemként vagy egyes meghatározott juttatásként viselnek közterheket. Az új, visszaélés-szerű biztosítási konstrukció lényege az, hogy a biztosító minimális kockázatot vállal, ugyanakkor a konstrukció keretében lehetővé teszi a teljes körű szűrővizsgálatot. Így a szerződő, azaz a kifizető a szűrővizsgálat árát (amely vagy a szűrővizsgálaton résztvevő munkavállalónál vagy a kifizetőnél adóköteles) biztosítási díjként fizeti meg, amely a hatályos szabályok szerint adómentes. Az ilyen konstrukció célja egyértelműen a jogszerűtlen adóelőny elérése. Az állásfoglalás szerint:

„Ha egy adott betegségbiztosítási szerződésben nincs, vagy csak marginális a sztochasztikus elem, tehát nincs, vagy alig van benne valódi kockázatot jelentő biztosítási esemény, és a biztosítási díj – eltekintve a közreműködők adminisztrációs költségétől és hasznától – valójában csak a jelentős értékű szűrővizsgálat ellenértékét ellentételezi, akkor az ilyen betegségbiztosítási szerződés szinlelt biztosítási jogviszony létrehozására irányul.”

Ha a kifizető mégis ilyen szerződés alapján viseli a biztosítás díját, a biztosítási díj nem tekinthető adómentesnek, a díj adókötelezettségét a kifizető és a magánszemély között fennálló jogviszony és a szerzés körülményei alapján kell megállapítani, tehát munkaviszony esetén a díj munkaviszonyból származó jövedelemnek minősülhet, illetve – az Sza törvény 70. § (1a) bekezdése szerinti esetben – egyes meghatározott juttatásként válhat adókötelessé.

A biztosítókról és a biztosítási tevékenységről szóló 2003. évi LX. törvény (Bit.) fogalmi besorolása szerint ugyanis a betegségbiztosítás a nem-életbiztosítási ágba tartozik. A betegségbiztosítás sztochasztikusan (véletlenszerűen, váratlanul) bekövetkező betegségekre, egészségkárosodásokra (mint biztosítási eseményekre) nyújt biztosítási védelmet, amely védelem keretében fedezetet képez a nem várt esemény miatti, sokszor jelentős összegű kiadásokra.

A betegségbiztosítások esetében biztosítási eseménynek a kockázatviselés időtartama alatt, a kockázatviselés kezdetéhez képest előzmény nélkül bekövetkező betegség, kóros állapot minősül. A kockázatviselés előtt felismert betegségekre a biztosítási védelem nem terjedhet ki, hiszen a már bekövetkezett és a biztosan bekövetkező eseményekre jogszerűen biztosítási jogviszony nem is hozható létre. Ennek különös jelentősége van a biztosítók kockázat-elbírálási gyakorlatának megítélése szempontjából. Jogszerű magatartást feltételezve a betegségbiztosítás szerves részét képezi az egészségügyi szűrési vizsgálat. Az egészségügyi szűrés a betegségbiztosításhoz a következő módon illeszkedik. Az egészségügyi állapot felmérése a biztosító kockázatvállalásának nélkülözhetetlen eleme. A kockázat-elbírálás egyébként a Ptk. és a Bit. rendelkezései alapján a biztosító elemi

¹³⁵ NGM Jövedelem és Forgalmi Adók Főosztály: 8608/2012, NAV Ügyfélkapcsolati és Tájékoztatási Főosztály: 3708509301/2012

kötelezettsége. A biztosítónak fel kell mérnie a jövőbeni kockázatokat, ennek megfelelően kell kalkulálnia a díjakat, és a jövőbeli biztosítási szolgáltatások teljesítéséhez elégséges tartalékokat kell képeznie. De az egészségügyi szűrési vizsgálatoknak van egy – talán még ennél is fontosabb – másik funkciója is. Az egészségügyi ellátás költsége jelentősen függ attól, hogy a betegségek, a kóros állapotok felismerése a betegségek kialakulásának kezdetén vagy éppen előrehaladott állapotában történik-e meg. A felismerés idejének és a költségek (az egészségügyi kiadások) alakulásának kapcsolata egyértelmű. Ezért a betegségbiztosításoknak elválaszthatatlan részét kell képeznie az egészségügyi protokollok szerinti gyakorisággal elvégzett szűrésnek is. Ez nyilván érdeke a biztosítottnak és a biztosítónak is. Egy betegségbiztosítás esetében szűrővizsgálat formájában a biztosított magánszemély nem kap semmilyen „ingyenes juttatást” a biztosítótól, lévén, hogy a kalkulált biztosítási díj értelemszerűen e vizsgálatokra is fedezetet nyújt. Ha a biztosítás – tartalma szerint – betegségbiztosítás, annak díja abban az esetben is adómentes, ha olyan biztosításokról van szó, amely esetében a biztosító, illetve az egészségügyi szolgáltató a rá vonatkozó protokollok alapján megköveteli az említett szűrővizsgálatok periodikus elvégzését. Természetesen léteznek olyan betegségbiztosítások is, amelyek díja alacsony és a szolgáltatások erősen korlátozottak, ezért a biztosító szűrővizsgálatokat sem ír elő. Fontos látni, hogy a szűrővizsgálatok indokoltsága, mibenléte annak fényében ítélni lehet csak meg, hogy egy adott betegségbiztosítás milyen biztosítási eseményekre és milyen összegben nyújt biztosítási védelmet.

Az adómenteséggel való visszaélés, tehát amikor a betegségbiztosítás színlelt biztosítási jogviszony létrehozására irányul a tájékoztató szerint abban az esetben valósul meg „ha egy adott betegségbiztosítási szerződésben nincs, vagy csak marginális a sztochasztikus elem, tehát nincs, vagy alig van benne valódi kockázatot jelentő biztosítási esemény, és a biztosítási díj – eltekintve a közreműködők adminisztrációs költségétől és hasznától – valójában csak a jelentős értékű szűrővizsgálat ellenértékét ellentételezi.” Azt viszont a tájékoztató sem vitatja, és nyilvánvalónak tartja, hogy „a betegségbiztosítás szerves részét képezi az egészségügyi szűrési vizsgálat”.

Az új jogszabály a munkavállalók széles köre számára jelenthet hozzáférést a magasabb színvonalú, hatékonyabb egészségügyi ellátáshoz, és jelenthet megoldást a hosszú várólisták és a hálapénz elkerülésére. A Generali és a Magyar Biztosítók Szövetsége (MABISZ) előzetes számításai szerint a törvénymódosítás következtében rövid időn belül, akár már 2-3 év alatt 50 milliárdosra is nőhet ez az új piac.¹³⁶

¹³⁶ Lásd www.mabisz.hu

A Magyarországon tartózkodó külföldi személyeknek nyújtott szolgáltatások Szegeden

Ellátási hozzáférés

Az egészségügyi ellátáshoz történő hozzáférés több szempont alapján csoportosítható. Jelen tanulmány szempontjából két tényező alapján szükséges megvizsgálni a kérdést:

- A szükséges ellátás fedezete mennyiben biztosított;
- Hol vehet igénybe szolgáltatást a beteg.

Mindkét szempontot abban az összefüggésben vizsgáljuk, hogy a Szegeden egészségügyi ellátást igénylők számára milyen megoldások biztosíthatóak, és ezek hogyan jutnak az érintettek tudomására.

Általános megállapításként előre kell bocsátani, hogy az egészségügyi ellátás tekintetében a tartós, rendszeres, az egészséghez való jogot (Európa legtöbb országában alkotmányos jogot) közösségi típusú egészségügyi ellátás biztosítja (társadalombiztosítás, állami egészségügy, kötelező egészségbiztosítási szerződéskötés előírása erős közjogi szabályozás mellett). Három fő terepe van az egyéb egészségügyi ellátások felajánlásának:

- Az adott közösségi (nemzeti) egészségügyi ellátórendszer szolgáltatásain túlmutató szolgáltatások és individuális igények kielégítése, az alapvető szolgáltatások komplettálása szakmailag indokolt, bizonyítékokon alapuló ellátásokkal.
- Orvosszakmai szempontból vitatott, kevésbé költséghatékony, alternatív és komplementer eljárások felajánlása a közösségi ellátáson felül.
- Az adott közösségi ellátás igénybevételére nem jogosult személyek egészségügyi ellátásának biztosítása.

A külföldiek ellátását illetően az EU tagállamai állampolgárainak az EU területén meghatározott jogosultsága van bármely nemzeti egészségügyi ellátórendszer szolgáltatásaira, egyes szerződött országok állampolgárainak ugyancsak jogosultsága van meghatározott ellátási körre, az Európai Szociális Karta egyéb részes államai polgárainak pedig a feltétlenül szükséges és sürgős ellátásokat kell biztosítani, ha ehhez nem rendelkeznek fedezeti forrással.¹³⁷

A fedezet biztosítása egyéb külföldiek esetében vagy a közvetlen térítési díjfizetés vagy a magánbiztosítás lehet. Akár tartósan egy más államban tartózkodó, de ott a közösségi biztosításba nem tartozó személyekről van szó, akár rövidebb, turisztikai, kiküldetési célú tartózkodásról van szó a hirtelen jelentkező, nagy összegű kiadások fedezetére a magánbiztosítás jelentheti a megbízható forrást.

¹³⁷ 1999. évi C. törvény az Európai Szociális Karta kihirdetéséről, 13. cikk.

A klasszikus és az assistance biztosítások jelentősége a külföldiek ellátásban

A biztosítási termékek az elmúlt években két lényeges átalakuláson mentek át. Egyrészt megfigyelhető egy „szakosodás” a termékekben, az általános biztosítások helyett kifejezetten a konkrét kockázatokra koncentrálnak a biztosítási csomagokat alakították ki (pl. téli sport, ill. síbaleset biztosítás). Ezek nyilvánvalóan nem alkalmasak a hosszabb távú, tartós, életvitel szerű tartózkodás egészségi kockázatainak kezelésére.

Másrészt a „klasszikus” biztosítások korábban elsődlegesen a biztosított személyre bízta, hogy keressék meg egy idegen országban a panaszuk megoldását vállaló szolgáltatót. A biztosító ezt követően a beteg által megelőlegezett költségeket utólag visszatérítette. Nagy számban fordultak elő a viták, amelyek a számlán szereplő összeg indokoltságát vitatták, utólagosan a biztosító „mazzolázt”, hogy mely ellátásokat tartott ő maga is szükségesnek, illetve mennyiben tartotta reálisnak az összeget. A szolgáltatás megelőlegezése aránytalan terhet jelentett a betegeknek, ezen könnyített a biztosító felé történő közvetlen számlázás. Ez utóbbi azonban az ellátó intézmény bizonytalanságát fokozta a fedezet tekintetében, hiszen a viták, majd az esetleges későbbi behajtási eljárás az egészségügyi intézményt terhelte. Mindezek akadályt jelentettek a szakmailag indokolt és szükséges elsődleges ellátás biztosításában is.¹³⁸

A '80-as évektől kezdődött meg az „assistance biztosítások” elterjedése, amely biztosítási típus a szervezési és betegirányítási feladatokat magára vállalja és az érintett beteg számára „bejártatott betegutat biztosít”. Ennek keretében a biztosítási szerződés tartalmazza, hogy a biztosító által fedezett ellátásokat mely szolgáltatóknál lehet igénybe venni, illetve biztosítják munkaidőben vagy 24 órában, hogy a beteg konkrét panaszának és aktuális tartózkodási helyének megfelelő egészségügyi szolgáltatót ajánlanak.

A megoldás előnyei a következők:

- Ismeretlen vagy kevésbé ismert országban tartózkodó személyek számára az egészségügyi ellátórendszerben való tájékozódás nehézségeit áthidalja, nem kell tartani attól, hogy az ellátók között a beteget fölöslegesen küldözgetik vagy ellátását megtagadják.
- A betegnek nem keletkezik fizetési kötelezettsége, mert a szolgáltatót a biztosító már korábban kiválasztotta és egy előzetesen kialakított szerződéses feltételrendszernek megfelelő ellátást nyújt, az elszámolási viták minimalizálhatóak.
- Az egészségügyi szolgáltatókat a biztosítók „akkreditálják” az ellátásra, a szolgáltató számára ez minőségi bizonyítványként is használható, ugyanakkor - forgalomtól függően – bizonyos mértékű kalkulálható

¹³⁸ Felkai Péter: Zsebdoktor utazóknak. Patika Magazin Könyvek. Galenus Kiadó, Budapest, 2010. p:223-224.

szolgáltatási bevételt jelent, amely a közfinanszírozott szolgáltatások díjánál realisabb, „jobb” bevétel.

- A betegek számára a beutalási rendszert, a hálapénz fizetést elkerülhetővé teszi és az előjegyzési rendszer várakozási idejének megrövidítését ajánlja. Külföldiek számára ez általában kevésbé érzékelhető, hiszen az alaprendszer működését nem ismerik.
- Komfort szempontból általában VIP ellátást ajánlanak, ami Magyarországon a nemzetközi gyakorlatban elvárt kényelmi körülmények szolid átlagának felel meg.

A megoldás hátrányai

- Az egészségpolitikai és menedzsment szakirodalomban ismert magán egészségbiztosítási hátrányok jelen vannak a konstrukcióban (betegszelekció, előzetes kockázatok kizárása, nagy kiadással járó kockázatok kihagyása a biztosítási csomagból, stb.).
- Nem kizárt, hogy a szolgáltatói kör meglehetősen szűk, súlyosabb, krónikus ellátás esetére valódi ellátási biztonságot nem ad (ezzel kapcsolatos gyakorlati tapasztalatot tükröző elemzést nem sikerült a szakirodalomban találnom, de olyan panasszal több esetben is találkoztam, ahol már a többszöri kontroll vagy szövődményes gyógyulás esetén is megpróbált a szolgáltató kivonulni a kötelezettség teljesítéséből, illetve a betegtől kért – jogellenesen - többlettérítést).
- A tartósan más országban tartózkodók számára a legjobb ellátási biztonságot nyújtó forma az önkéntes társadalombiztosítási szerződéskötés után, de tényleges nem vethető össze annak teljes körűségével és kockázati rendszerével.
- Magyarországon a magán egészségbiztosítás szakmai tartalma kevésbé definiált. A hatályos Polgári Törvénykönyv biztosítási fejezete nem tartalmaz az egészségbiztosításra vonatkozó speciális szabályokat.¹³⁹ Az Új Polgári Törvénykönyv tervezete önálló fejezetet szentel ennek a kérdésnek, de csak egyes szerződési keretszabályokat szab, részletes, szakmapolitikai feltételrendszert kialakító szabályozás továbbra sincs.¹⁴⁰

Szolgáltatói partnerség assistance biztosításban Szegeden

A szegedi egészségügyi szolgáltatók között az assistance biztosítások tekintetében nem kerül feltüntetésre, hogy partnerei lennének magán egészségbiztosítónak (az egészségpénztárakról később szólok). A biztosítók sem jelenítik meg honlapjaikon a szerződéses szolgáltatói kört, így ténylegesen nem rendelkezünk arra vonatkozó nyilvános adattal, hogy mely szolgáltatók vesznek részt ilyen együttműködésben.

A fent kifejtettekkel sajátos ellentmondásban van a külföldi egyetemi hallgatóknak (orvostanhallgatók) adott tájékoztatás, amely a hazájukban megkötött nemzetközi biztosítások tekintetében az assistance típusú ellátást nem ismeri el,

¹³⁹ 1959. évi IV. törvény a Polgári Törvénykönyvről, XV. fejezet.

¹⁴⁰ Új Polgári Törvénykönyv, A Kodifikációs Főbizottság javaslata, 2012. on-line: <http://www.kormany.hu>.

kifejezetten felhívja a figyelmet arra, hogy a hallgatónak kell kifizetnie az ellátás költségeit, amit a későbbiekben téríttethet vissza biztosítójával.¹⁴¹

A későbbiekben bemutatom, hogy a hallgatóknak magyarországi megkötéssel javasolt, illetve felajánlott szerződés ugyanakkor az assistance szolgáltatás főbb elemeit mutatja azzal, hogy eleve az egyetemet jelöli meg a szolgáltatás nyújtójaként.

Áttekintve a hazánkban felajánlott magánbiztosítási lehetőségeket és azok igénybevételét Szegeden megállapítható, hogy az érintett betegek nyilvános tájékoztatása nem megfelelő. A szolgáltatói oldalakon magán egészségbiztosítási szerződésre utaló információ nincsen sem a társadalombiztosítási finanszírozási szerződéssel rendelkező szolgáltatóknál, sem a magánszolgáltatóknál.

A nagyobb magánszolgáltatók feltüntetik az egészségpénztári szerződéseiket, ami arra utal, hogy megjelent a harmadik fél térítési kötelezettségével járó szolgáltatások nyújtása, és kezd felértékelődni, de a biztosítások még nem érték el ezt a rangot.¹⁴² (Nem kizárható, hogy mivel a 2006-os egészségügyi reformtervek idején az egészségbiztosítás egyéni formáihoz annyi negatívum kötődött a politikai közbeszédben, ezért máig is közéleti szemérmességből nem említik ezen szerződéses kapcsolataikat a szolgáltatók). Az egészségpénztárak ugyanakkor nem alkalmasak a külföldiek betegellátását jelentő feladatok ellátására és az ehhez szükséges fedezet biztosítására, céljuk, jogszabályi küldetésük is más. A szolgáltatások köre elsődlegesen kiegészítő jellegű a pénztárak által nyújtott biztosítási ellátások tekintetében is, és ennek megfelelően az alapvető egészségbiztosítási funkciók betöltésére nem alkalmas sem jogi, sem tartalmi értelemben.¹⁴³

A pénztárak egészségbiztosítási tevékenységét csak közvetetten és semmiképpen sem biztosításpolitikai vagy egészségpolitikai szempontok alapján felügyeli a PSZÁF. Az egészségbiztosítást közvetlenül érintő állami ellenőrzési, felügyeleti szerv nincs. Ez mind a belső, mind a külföldiek számára felajánlható szolgáltatások és piac tekintetében akadályozó tényező. A pénztárak húsz éves fejlődése mellett¹⁴⁴ a 2012-ben a magán egészségbiztosítás egyes formáit adómentessé tevő rendelkezések az egészségpénztárak eddigi egészségbiztosítási tevékenységét is megzavarták, mivel eltérő adó és járulék feltételek mellett lehet nyújtani az üzleti alapú, személyes magán egészségbiztosítást, a az egészségpénztárak egészségbiztosítási szolgáltatásait és a munkáltató által az alkalmazott számára vásárolt magán egészségbiztosítást. A külföldiek számára a rendszer nehezen áttekinthető, de általánosságban elmondható, hogy számukra csak a legdrágább egyéni biztosítás lehetősége adott.

¹⁴¹ http://angoltit.ocsko.net/general_info?q=insurance

¹⁴² Az önkéntes kölcsönös biztosítópénztárakról szóló 1993. évi XCVI. törvény.

¹⁴³ Ld. PSZÁF tájékoztató az önkéntes egészségpénztárakról, valamint a kapcsolódó táblázatok:

http://www.pszaf.hu/fogyasztoknak/penztarak/egeszseges_penztarak/altalanos_tudnivalok.html

¹⁴⁴ Vallyon Andrea: A kiegészítő egészségbiztosítás helyzete az önkéntes egészségpénztárak szemszögéből. Pénzügyi Szemle, LVI. évf. 2011:2., p:252-265.

Az egészségügyi magán szolgáltatók zöme Szegeden nem célozza meg a külföldi betegellátást. Ennek oka az lehet, hogy az egyetemi hallgatók tekintetében a rájuk vonatkozó magánbiztosítás az egyetemi ellátást biztosítja, a térítéses, nem sürgősségi esetekben pedig – feltehetően – kollegiális betegirányítással érkeznek a betegek. Néhány szolgáltató angol nyelvű tájékoztatót is feltett honlapjára, egy szolgáltató pedig ukrán tájékoztatót biztosít.

A szolgáltatók és külföldi betegek kapcsolata

A Szegedi Tudományegyetem a külföldi betegellátást érintően nem nyújt nyilvános tájékoztatást a potenciális betegkörnek vagy egészségbiztosítóknak. Az egyetem által nyújtott szolgáltatások között a honlapon a betegellátó tevékenység sem közszolgáltatási, sem magánellátásként nem szerepel, külföldiek gyógykezelése nem jelenik meg az egyetemet bemutató anyagokban. Az egyetem partnerei között kizárólag a tudományos együttműködés vagy oktatási csereprogramok miatt érintett intézmények kerülnek említésre, szolgáltatói partnerség nem jelenik meg.

A Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ térítéses betegellátási szabályzata a honlapon szerepel magyar nyelven. Idegen nyelvű tájékoztatás nincs se az ellátási szabályok, se a térítési díjak tekintetében, de a szabályzat egy fejezete kitér a nem magyar állampolgárságú betegek térítéses ellátására. A szabályzat vonatkozó részeit, amelyek elsődlegesen a tolmács igénybe vételére és az idegen nyelvű felvilágosító nyomtatványok biztosítására vonatkoznak, az I. sz. mellékletében mutatjuk be.¹⁴⁵

Nincs olyan tájékoztatás vagy szolgáltatás ismertetés, amely egészségpénztári vagy magán egészségbiztosítási szolgáltatások nyújtására utalna sem magyar nyelven, sem pedig idegen nyelven. Ugyanakkor ilyen tevékenység zajlik az egyetemen, erre irányulóan szerződéses megállapodások megkötésére is törekszik az egyetem, mint szolgáltató.¹⁴⁶

A magánbiztosítási szerződéseknek kedvezhet az a 2012-es adójogi változás, amely a hazai munkáltatókat ösztönzi magán egészségbiztosítás megvásárlására alkalmazottaik számára. Ez a szolgáltatókhoz is közelebb hozhatja ezt az ellátási és elszámolási formát. Bár az egyetem számára fontos lenne az ilyen jellegű bevétel, egyelőre az ezzel kapcsolatos stratégia és szerződések előkészítése zajlik, a kifelé irányuló marketing szinte teljesen hiányzik. (A Semmelweis Egyetem tájékoztatói is tartalmazzák erre való utalást, és az egyetem magán szolgáltató kft-je felé közvetlenül is elirányítják az érdeklődőt. Emellett az árak kalkulációja és a díjszabási tájékoztató angolul is megtalálható a honlapon.¹⁴⁷) Vélhetően a piaci verseny más megoldásokra ösztönözte a fővárosi szolgáltatót, míg Szegeden a betegellátásban hegemon szerepben van az egyetem, amely mellett a magán szolgáltatói kör csak

¹⁴⁵ Teljes szövegét ld.: http://www.klinikaikozpont.u-szeged.hu/pdf/teriteses/TBSzabalyzat_alairt.pdf

¹⁴⁶ Délmagyar, április 6. http://www.delmagyar.hu/szeged_hirek/jol_jar_aki_rafizet_a_tbre/2273148/?utm_source=rssfeed

¹⁴⁷ Semmelweis Egyetem, Betegellátás. <http://semmelweis-egyetem.hu/betegellatas/teritesi-dijak/>

egyes kisebb jelentőségű járóbeteg ellátás nyújtását vállalhatja, így rendszerezettebb ügyfél toborzásra eddig nem is volt szükség.

Amennyiben nem a szolgáltató, hanem a külső szolgáltatósszervező oldaláról nézzük, akkor már a szervezett intézményi együttműködés magasabb szintje is megtalálható Szeged és egész Csongrád megye szintjén. A Hungaromed Kft. a megye területén működő egészségügyi és turisztikai szolgáltatókkal együttesen működteti a Hungaromed Clustert, amely egészségügyi és turisztikai szolgáltatásokat nyújt a megye területére érkezőknek. Ebben a sürgősségi ellátástól a gyógyturizmuson keresztül az „egyszerű” turisztikai szervezésig szerepelnek szolgáltatások, illetve ezek kombinációja. Vezető egészségügyi intézménye a Szegedi Tudományegyetem, de a megye összes kórháza és számos egyéb magánszolgáltató is részt vesz az ellátások biztosításában. Kiemelten a turisztikai programokhoz kapcsolódó egészségügyi ellátásokat, illetve gyógyító rekreációt hirdetik, de utalnak arra, hogy szinte teljes körű egészségügyi ellátás vehető igénybe a szervezeten keresztül. A szervezet tájékoztató oldalai a külföldiek számára olyan hasznos információt is tartalmaznak, hogy hová fordulhatnak sürgősségi ellátásért, hol találják az ügyeletes gyógyszerárakat, összetett sürgősségi ellátási esetekben hol találnak sürgősségi betegellátó osztályt.¹⁴⁸ A tájékoztató legteljesebb változata angol nyelven férhető hozzá, a magyar nyelvű oldalak fejlesztés alatt állnak, de már viszonylag jól használhatóak, a német nyelvű felület még gyakorlatilag nem üzemel.

A Hungaromed Cluster a régiós fejlesztési projektek keretében megvalósuló fejlesztések egyike, amely az 'ÚJ SZÉCHENYI TERV' Vállalkozásfejlesztési Program "Vállalati együttműködések és klaszterek támogatása a régiókban" pályázati felhívás alapján jött létre.¹⁴⁹

Arra vonatkozóan nincs információ a honlapon, hogy a felajánlott szolgáltatások minőségéért milyen felelősséget vállal a szolgáltató, azaz milyen akkreditációs folyamaton keresztül lehet a Clusterbe bekerülni.

Az eddigiek alapján az a következtetés vonható le, hogy a Cluster elsődlegesen nem a tartósan Magyarországon tartózkodó harmadik országbeliek ellátásának eszköze, hanem bevétel orientált szolgáltatások marketing feladatait látja el. Ezen keresztül azonban mégis nyújt szolgáltatást a tartósan itt élők számára, mert tájékoztató felülete és abban foglalt információk az egészségügyi ellátórendszerrel és annak közszolgáltatásaival összefüggő adatokat tartalmaznak.

Nem kizárható, hogy a későbbiekben a Cluster tevékenysége bővül, abban az egészségbiztosítással kapcsolatos egyéb tevékenységek is megjelennek, és az ellátásszervezői tevékenység a harmadik országbeli állampolgárok széles körére és tartós ellátása érdekében bővül.

¹⁴⁸ <http://semmelweis-egyetem.hu/betegellatas/teritesi-dijak/>

¹⁴⁹ Projektnév: „A Hungaromed Klaszter pozícionálása Európa egészségturisztikai térképén - a jelen lehetőségeinek jobb kihasználása, a hosszútávú fenntartható fejlődés megalapozása" (DAOP-1.2.1-11-2011-0024).

A biztosító egészségügyi szolgáltatói

Az előzőekben arról szóltam, hogy a szerződött szolgáltatón keresztül nyújtja a biztosító a szolgáltatást ügyfelének. A szerződésben ez a szolgáltató a „kijelölt” szolgáltató, a beteg számára választandó, finanszírozott ellátó. Ugyanakkor a biztosító betegirányító munkáját, adminisztratív költségeinek féken tartását nagyban segíti, ha saját szolgáltatója útján nyújtja a szolgáltatást, ehhez azonban megfelelő betegforgalom szükséges az adott szolgáltatónál, illetve olyan szolgáltatás, amely versenyképes az adott terület egyéb egészségügyi szolgáltatásaival és szolgáltatóival.

A II. világháborút megelőzően hazánkban is sok esetben a kórházak egy-egy közösségi biztosító társaság tulajdonában voltak, lényegében az ágazati társadalombiztosítás kórházaiként működtek.

Manapság az Egyesült Államok egészségügyi rendszerében jellemző azon kórházak és szakrendelők jelenléte, amelyek egy-egy egészségbiztosító tulajdonában állnak, és a náluk szerződött ügyfélkör ellátásra szolgálnak.

Magyarországon a magánbiztosítási ügyfélkör nagysága, a kiterjedt egyéni magánorvosi rendszer, a hálapénzzel megszerezhető szolgáltatások köre ellene hat a biztosítói magánbiztosítói kör kialakulásának. A biztosítói szolgáltatók is sok esetben nyújtanak olyan szolgáltatásokat, amelyeket teljes és közvetlen térítési díjért nem a biztosító ügyfelei vesznek igénybe. E tekintetben tehát a biztosítók által saját szolgáltatóként tekintett hálózat is átmenet a kijelölt szolgáltató és a saját szolgáltató között. A biztosító számára azonban garanciát jelentenek, hogy indokolatlan többszámolás nem történik a biztosító felé.¹⁵⁰ (A magánbiztosítási ellátás a szolgáltatók saját bevétele, ezért abban érdekeltek, hogy ezt olyan nyervekkel nyújtsák, ami a közfinanszírozás hiányosságait kompenzálja.)

Országos hálózattal, 50 egészségügyi szolgáltatóval és ezen belül szegedi telephelyű szolgáltatóval a Medicover rendelkezik, amely nemzetközi magán szolgáltató hálózat, és több biztosító szolgáltató partnere, amely maga is egészségbiztosító. Szolgáltatását úgy ajánlja ügyfeleinek, hogy lényegében az ország teljes területét lefedi, tehát a nem fővárosban élő külföldiek számára is ajánl ellátást. A külföldi diákok számára önálló biztosítási termékkel rendelkezik.¹⁵¹

A biztosítói és szolgáltatói adatok áttekintésével további nyilvános adatot arra vonatkozóan nem lehetett megismerni, amely a biztosítási szolgáltatói kör azonosítását szolgálta volna.

Az külföldiek által igényelt egészségbiztosítás kiválasztása

Az eddigiekben az egészségügyi ellátáshoz történő hozzáférés oldaláról vizsgáltuk a harmadik országok polgárainak helyzetét. A későbbiekben bemutatom,

150 Borókay Ferenc, Mezei József: Teljes körű magán-egészségbiztosítás - lehetőségek és megoldások. A Magyar Életbiztosítási Orvostani Társaság XI. Kongresszusa, 2006. május 18-20.; Biztosítási Szemle, 2006. augusztus, on-line: <http://www.biztositas.hu/Hirek-Infomaciok/Biztositasi-szemle/2006-augusztus/magan-egeszsegbiztositas.html>

¹⁵¹ <http://www.medicover.com/huhu/>

hogy egyes betegcsoportok tekintetében „irányított biztosítás közvetítés” történik, ennek példái az orvosi egyetemeken tanuló külföldi hallgatók számára ajánlott és javasolt biztosítások mutatják a legjobban.

A biztosítók közül mindazok, amelyek az egészségbiztosítási üzletággal foglalkoznak, nem zárják ki a külföldieket a szolgáltatásokból. Nyilvánvaló a csomag különbözősége, ha megcélozzák a külföldieket, vagy ha a magyar állampolgárok kiegészítő biztosításának szánják a terméket. Néhány biztosító jelzi a külföldiek számára összeállított konstrukciót.

A Magyarországra érkező külföldi állampolgár számára azonban a biztosító kiválasztása egyéni választást igényel. Ehhez vagy valamely alkusz cég közvetítése szükséges, vagy a szolgáltatásokat összehasonlító tájékoztatás.

Az alkusz cégek körében találunk olyan hazai vállalkozást, amely kifejezetten magyarországi betegbiztosítás tekintetében is ajánlja szolgáltatását magyar és angol nyelven egyaránt.¹⁵² A nemzetközi alkusz cégek között is találunk olyat, amely akár magyar állampolgárok külföldi tartózkodására, akár külföldiek magyarországi tartózkodására nyújtanak ajánlatokat a biztosítás tekintetében. Partnereik között megjelennek azok a nemzetközi érdekelttségű biztosító társaságok is, amelyek Magyarországon is kiterjedt ügyfélkörrel rendelkeznek (pl. Allianz).

Az általam áttekintett ajánlat a nagyobb magyar városokba készülőknek a város kórházait illetően is ajánl listát, illetve csak részben ajánl. A fővárosban és környékén egyes magántulajdonú egészségügyi járóbeteg központokat és egy magánkórházat jelöl meg, emellett az országban a Debreceni Egyetemet említi. Bár a városok listáján szerepel Pécs és Szeged is, sem a budapesti, sem két említett város orvosegyetemét nem említi.¹⁵³ Valószínűleg az érintett intézmények honlapjai, reklámanyagai, marketing munkája nem jutott el ehhez a potenciális üzleti partner körhöz, ami ronthatja az érintett intézmények potenciálját a későbbi szerződéskötésben.

Szeged – a külföldiek betegellátása szempontjából

Szeged és a szegeden élő, illetve szolgáltatásokat igénybe vevő külföldiek

Szeged megyei jogú város, Magyarország harmadik legnagyobb városa, a Dél-Alföld szíve, Csongrád megye székhelye.

Népessége meghaladja a 170000 főt. A népesség összetételére jellemző, hogy a magyarországi II. kisebbségi nemzetből a városban 8 van jelen.¹⁵⁴

A XX. század végén a délszláv háború elől menekülő vajdasági magyarok és szerbek költöztek a városba, ezzel jelenleg is a város legmeghatározóbb bevándorló csoportját alkotják. Más vidéki városokhoz hasonlóan Szegeden is jelentősebb kínai közösség él, a helyi kiskereskedelemben és vendéglátásban elfoglalt szerepük meghatározó a város életében. Az 1990-es években számottevő vietnámi közösség élt a városban, a helyi közéletében is aktív szerepet játszottak az általuk működtetett civil szervezeteken keresztül.

¹⁵² Pászka és Partnerei Biztosítási Alkusz Kft. <http://www.medical-insurance.hu/>

¹⁵³ 'Pacific Prime' Nemzetközi Biztosítási Alkusz Szervezet: <http://www.pacificprime.com>

¹⁵⁴ Adatforrás. Wikipédia. On-line. <http://hu.wikipedia.org/wiki/Szeged>

Szeged lakosságának 3,4 százaléka harmadik országból érkezett bevándorló, ezek 80 százaléka szerb állampolgár. A fennmaradó 20 százalék többségét Kína, Ukrajna, Irán, Izrael, illetve egyéb ázsiai és afrikai országok állampolgárai teszik ki.¹⁵⁵

A szomszédos országokban élőkkel számos rokoni és baráti szál köti össze a szegedieket, állandó turisztikai és rokonlátogatási célú mozgás figyelhető meg, a határmenti településeket jellemző néhány napos vagy néhány órás határátlépéssel is. Az országhatár közelsége miatt igen jelentős az ideiglenesen jelen lévő munkavállalóként érkező külföldi állampolgárok száma, ezek között az ingázók száma is. Jelentős az üzleti és a turisztikai átmenő forgalom. Ez utóbbi a bolgár-török átutazást és a balkán felé való átutazást ugyanúgy magában foglalja, mint a Romániából érkező átmenő forgalmat.

Szegeden a városi egészségügyi ellátást, illetve a megyei és regionális szintű ellátást is az SZTE nyújtja, más nagy szolgáltató, illetve önálló fekvőbeteg ellátó intézmény nincs. Az alapellátás, a mentés, néhány járóbeteg ellátás működik a SZTE-n kívül társadalombiztosítási szolgáltatói szerződéssel, ezen felül a magánszolgáltatók nyújtanak járóbeteg ellátást. A költséges és bonyolult ellátások tekintetében az egyetem monopol helyzetben van. A magánellátások egy részében a főállású tevékenység mellett az egyetemi klinikákon dolgozók biztosítják az egészségügyi szolgáltatásokat.

Az SZTE Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ betegellátó tevékenysége külföldi betegek tekintetében

A Szegedi Tudományegyetem 12 karán mintegy 30000 diák tanul, közöttük mintegy 800-1000 fő külföldi (a néhány hónapos ösztöndíj programok miatt, a félév és évismértlések miatt fluktuáló létszámmal kell számolnunk.) A külföldi hallgatók létszáma növekszik. Származási országuk szerint 52 ország állampolgárai a nem magyar egyetemi hallgatók, amelyek közül 34 nem uniós vagy társult állam. Kimagaslóan magas az iráni, izraeli, nigériai és japán hallgatók aránya a nem EGT államok között, míg az EU-ból a német és spanyol hallgatók aránya magas. Az egyéb államok az összes külföldi hallgató között 5% alatti arányt képviselnek.¹⁵⁶

A diákok mintegy 40%-a nemzetközi biztosítással rendelkezik, 34%-a az egyetem által javasolt és felajánlott Generali Providencia Studium biztosítást használja, 17% az E-kártyával szolgáltatást igénybe vevők aránya. Töredék arány a más biztosító csomagját vagy az OEP-pel megállapodást kötők aránya.

Az egyetemi betegellátás összességében a külföldiek leválogatása alig lehetséges, mert a szolgáltatások nyilvántartása nem állampolgárság, hanem biztosítási jogviszony alapján történik. A magyarországi járulékfizető munkavállalók, akik TAJ számmal rendelkeznek – állampolgárságtól függetlenül biztosítottak minősülnek, ellátásuk esetében sincs megkülönböztetés az adminisztratív nyilvántartásban.

¹⁵⁵ Az adatok forrása: Import hepaj. Projekt az Európai Unió Európai Integrációs Alapjának támogatásával. On-line: <http://www.importhepaj.hu/szeged/>

¹⁵⁶ Az SZTE Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ betegellátó tevékenységére vonatkozó adatok forrása jelent fejezetrészben: Dr. Záborszki Annamária, finanszírozási igazgató előadása 2012. október 27-én a külföldi betegek ellátásának szabályairól.

A külföldiként ellátást igénylők között az EU állampolgárai döntő többséget jelentenek. A román állampolgárok önmagukban az ellátást igénybe vevők háromnegyedét teszik ki, emellett az osztrák és német ellátottak jelentenek 4,5-5%-os arányt. A nem EU tagállamok közül a „szomszéd”, Szerbia állampolgárai mintegy 11%-ot képviselnek a külföldi betegellátásból.

A külföldiek térítéses betegellátása töredéke az egyetemi betegellátó tevékenységnek. A betegellátásból származó bevételek mindössze a bevételek 1,5 %-át teszi ki, ami havi szinten 30 millió forintot jelent. Ugyanakkor a külföldiek egyetemi ellátása 2005. óta megnyolcszorozódott, a román állampolgárok esetében megtízszereződött.

A külföldiek ellátása a fekvőbeteg ellátásban 70%-ban térítésköteles, tehát vagy nem EGT állampolgár ellátásáról van szó, vagy meghaladja azt a jogosultságot, amelyet az Európai Egészségbiztosítási Kártya (E-Kártya) biztosít. A járóbeteg ellátásban mintegy 370 eset jelenik meg havonta, mai az ellátott esetek töredéke, 0,2%. Az ellátott (nem térítésköteles) külföldiek között a magyar biztosítással és az E-kártyával jelentkezők aránya minimális különbséget mutat.

Az elsődleges finanszírozási adatokból levonható következtetések

A napi megérzésekkel ellentétben a külföldi betegek ellátása nem tömeges jelenség az egyetemi intézményekben. A számadatok alapján nincs elsöprő igény a magyarországi egészségügyi ellátásra sem egészségturizmus céljából, sem pedig a tartósan itt tartózkodók ellátása érdekében.

Vélhetően a hazánkba érkező külföldiek a relatíve fiatal, aktív, munkaképes személyek közül kerülnek ki, illetve diákok, akik esetében nincs szükség rendszeres orvosi ellátásra, krónikus betegségek gondozására. A nemzetközi mobilitás önmagában a vándorlók tekintetében egy fajta egészségszelekciós mechanizmus alapján történik. Az így ide érkezők ritkábban és inkább kisebb jelentőségű vagy sürgősségi betegséggel jelentkeznek ellátásra.

A román állampolgárok tekintetében ma már az EU állampolgárság keretében történő mobilitás, illetve a könnyített állampolgárság szerzés alapján beállt magyar állampolgári státus az irányadó, ez jelentős emelkedést hozott a magyarországi betegellátás igénybe vételében, de a vizsgált időszak egy részében Románia és Bulgária nem EU tagállamok voltak, ami az igénybevételi szokásokban is eredményezett változást.

A külföldiek ellátásának vizsgálatát megnehezíti, hogy a biztosítási szempontok leegyszerűsítik a beteg státusát a biztosított és ellátásra jogosult – E-kártyával (vagy államközi megegyezés alapján) bizonyos ellátásokra jogosult – és egyéb (térítésköteles) ellátásokra. Mindhárom kategóriában lehetnek harmadik országbeli állampolgárok. A jogi státus mellett az orvosi indokoltság, sürgősség fogalmi adhatnak alapot jogvitára az ellátások nyújtását illetően. Ilyen jogvitáról az SZTE, illetve a szegedi egészségügyi ellátást illetően nyilvános információ nem érhető el.

Jelen adatok alapján az SZTE bevételes, külföldiek számára ajánlott betegellátási tevékenységének fejlesztéséhez, a bevételek növeléséhez csak célzott marketing tevékenység alapján lehet reményeket fűzni, jelenleg a külföldiek által támasztott kereslet érdemi bevételt nem jelent.

Külföldiek magyarországi egészségügyi ellátásával kapcsolatos tapasztalatok az igazságügyi orvostani véleményezés során

Az igazságügyi orvosi gyakorlatban is sor kerül arra, hogy külföldiekkel kapcsolatban mondjunk véleményt. Jelen tanulmány nem a szakértői ügy szempontjából vizsgálja ezt a helyzetet, hiszen azt az egyes peres eljárások, a nyomozás vagy a közigazgatási eljárás alaki jogi szabályai határozzák meg.

A szakértői eljárásban a beteg vizsgálata és minden előzményi egészségügyi ellátásának feltárása is a feladat része, ezért a szakértő olyan tapasztalatokkal rendelkezik, amelyek – az ügytől függetlenül – utalnak az érintett egészségügyi ellátására, az ellátás igénybevételére, problémáira és pozitív jelenségeire.

A következőkben ilyen gyakorlati eseteken keresztül mutatok be a külföldiek ellátására jellemző jelenségeket.

Az igazságügyi orvosi gyakorlatban mind az esetek, mind pedig a vizsgálatok köre túlmutat a jelen kutatásban vizsgált személyi kör egészségügyi ellátásán, igyekeztem azonban csak ott tágitani a személyi kör kereteit, ahol ez egyéb okból mégis hasznos információt nyújt az ellátórendszer és a harmadik országbeli állampolgárok viszonyrendszerében. A leggyakrabban külföldiekre irányuló szakértői vizsgálatok a következők:

Halottak vizsgálata, hatósági és igazságügyi boncolás:

- Közlekedési baleset
- Ismeretlen okú (rendkívüli) halálesetek
- Ismeretlen személyazonosságú holttestek

Szeged közlekedési helyzetéből eredően a nagy átutazó forgalom, a határ közelsége, ami miatt a járművezetők megpróbálják „kibírni hazáig”, számos olyan balesethez vezet, amelyben nem magyar állampolgárok érintettek. Közöttük a nem EGT államok polgárai is relatíve nagy arányban fordulnak elő, elsősorban a volt jugoszláv területekről és Törökország területéről. Viszonylag ritkábbak az egyéb halálesetek, de akár a Tiszában talált holttestek azonosítása, akár az itt élő és dolgozó személyek halála esetében is sor kerülhet boncolásra. Orvosi szempontból a nemzetközi halott szállításra történő előkészítés jelent külön feladatot. A halálesetek kapcsán jelentős segítséget nyújt az érintett konzulátus a hozzátartozókkal való kapcsolatteremtésben és - ha szükséges – a tolmácsolás megszervezésében.

Rendkívüli haláleseti eljárásban nem találoztunk vallási alapú tiltakozással a boncolás ellen, egyéb esetekben a mellőzés kérése általános.

Sérültek és sérülések szakértői vizsgálata

- Illegális határátlépés
- Baleseti sérülés
- Bántalmazás

A sérülések és sérültek vizsgálata munkaügyi, kártérítési és büntető eljárásokban egyaránt történhet. A Szeged környéki mezőgazdasági területeken nagy számban dolgoznak nem magyar állampolgárok, köztük sok romániai munkás (magyar, román és cigány származású) valamint szerbek és más, a volt jugoszláv területekről érkezők.

Jellemzően fizikai munkát végeznek, esetleges korábbi baleseti előzményük van, de rendszeres orvosi kezelés alatt nem állnak, krónikus betegségről nem tudnak. Lehetséges, hogy a szakértői vizsgálat az első átfogó orvosi vizsgálat, amelyen átesnek. Ennek keretében súlyos betegséget feltárni az elmúlt években nem tudtunk. Feltűnő a mezőgazdasági idénymunkát végzők körében az aluliskolázottság, a tényleges vagy funkcionális analfabetizmus, amely miatt még szükség esetén sem tudnának közvetlenül orvosi segítséget hívni. Életmódjukra az egészségkárosító szokások (dohányzás, túlzott alkoholfogyasztás) sok esetben jellemző.

A bántalmazások esetében gyakran hivatkoznak arra, hogy saját környezetükben a fizikális agresszió elfogadott és az ügyek rendezésének természetes módja, a maguk részéről az életveszélyes sérülések okozását sem tekintik súlyos bűnnek.

Az illegális határátlépők egy része családtagokra hivatkozva, vagy menedékjogot kérve jön az országba határátlépésük azonban jogszerűtlen. Jelen kutatás szempontjából egészségi állapotuk és ellátásuk nem releváns.

Büntető eljárás - elkövetők elmevizsgálata

A nem magyar állampolgárságú bűncselekmény elkövetők esetében az orvosszakértői vizsgálat során általában tolmácsra van szükség. A tolmácsolás során kiténik, hogy a tolmács nem minden esetben tudja pontosan közvetíteni a kérdéseket és a válaszokat, ami a pszichiátriai vizsgálatnál fontos körülmények fel nem ismeréséhez is vezethet.

A vizsgált személyek sokszor hivatkoznak mentális betegségekre, általában depresszióra, és sokan állítják, hogy rendszeres drog, illetve gyógyszerfogyasztók. Orvosi dokumentációval nem rendelkeznek, egészségi állapotukra vonatkozóan, gyógyszerelésükre vonatkozóan bemondásuk alapján tudunk csak adatot kapni.

A vizsgáltak a magyar egészségügyi ellátást általában nem vették igénybe korábban, de összességében is ritkán járnak orvoshoz.

Ittasság és kábítószerhatás vizsgálata (soron kívül)

A szórakozóhelyek és a járművezetők ellenőrzése során végzett vizsgálatokban az orvosszakértő csak a laboratóriumi mérések elvégzésével vesz részt. Általános jellemzője, hogy a soron kívüli eljárás miatt 72 órán belül kel a vizsgálati eredményeket értékeléssel együtt kiadni, hogy a hatósági és bírósági eljárásor rendelkezésre álljon.

Magánfelek – biztosítási ellátás

Határon átnyúló szolgáltatásként definiálhatjuk, amikor a külföldi állampolgár egészségügyi ellátást érintő dokumentumok értékelését kéri, vagy személyes

vizsgálatot kér kártérítési igénye érvényesítéséhez vagy biztosítási követeléséhez. Volt arra példa, hogy a külföldi biztosító úgy nyilatkozott, hogy akkor ismeri el és fizeti ki a kárigényt, ha magyar szakértői véleményt hoz a beteg állapotáról. Olyan külföldiek jelentkeznek ezzel az igénnyel, akik a vizsgálatot megelőző időszakban vagy akkor is tartózkodtak hosszabb időn át Magyarországon, és bizalommal vannak az itteni szolgáltatások iránt.

Bevándorlási esetek (elsődleges orvosszakértés a CSMRFK kompetenciájában)

Szakértői szempontból az idegenrendészeti eljárás keretében az életkor meghatározását kell általában elvégezni annak eldöntésére, hogy kiskorú, fiataikorú vagy felnőtt személyről van-e szó.

Az SZTE IOI esetei

A szegedi igazságügyi orvostani intézetben a külföldiek vizsgálata évente változó számú, de hosszabb távon emelkedő tendenciát mutat. Schengeni határként növekszik a távoli országokból érkező illegális belépők száma is, érzékelhető, hogy az európai mobilitás kiterjed a nem EU tagállamokra is. A következőkben bemutatásra kerülő esetek is arra világítanak rá, hogy a hazai ellátási feladatoknak van olyan dimenziója, amely más tagállamok vendégmunkásaival kapcsolatban merül fel.

Az esettanulmányok között feldolgoztunk egy viszonylag „csendes” évet, amikor kifejezetten alacsony számban vizsgáltunk külföldieket (2006), és ezen felül néhány jellegzetes eset kerül bemutatásra az elmúlt 3 év tapasztalataiból.

Az esettanulmányok között sajátos helyet foglal el a külföldiek élődonoros transzplantációja, mivel ez egyidejűleg a külföldiek ellátásának sajátos etikai és szakmapolitikai dilemmáit is felmutatja, egyben Szegedre jellemző ellátási feladat.

A 2006-os esetek ismertetésekor részletesebben csak a jelen kutatás szempontjából releváns országokra, azaz a harmadik országokra térek ki. Csak a személyes vizsgálat vagy részletes (boncolásos) halottvizsgálati esetek közül válogattuk le a külföldiek ellátását. A 2006-os feldolgozás idején Románia nem volt tagja az EU-nak, ezért a kimutatásban a román állampolgárokat érintő esetek is szerepelnek.

A 2006-os évben az SZTE Igazságügyi Orvostani Intézete 2 esetben végzett orvosi vizsgálatot és 10 esetben boncolást nem magyar állampolgáron. A rendkívüli halálesetek között 2%-os aránynak felel meg. További 3 esetben külföldi születésű, de magyar állampolgárságú személy vizsgálata történt (ezeket nem foglaltuk össze).

A Szegeden megjelenő betegek és az intézet által vizsgáltak zöme jelenleg is román állampolgár. Jelen kutatás szempontjából őket ugyan nem kell figyelembe venni, de érdemes szem előtt tartani, hogy a gazdasági célú munkavállalási mobilitás keretében olyan mezőgazdasági napszámos munkát végzők érkeznek nagy számban, akik biztosítási jogosultságukat nem tudják igazolni, mivel az E-kártyát nem váltották ki és egyéb biztosítással sem rendelkeznek. Arra a kérdésre, hogy Magyarországon fizet-e a munkáltatójuk járulékot, illetve bizonyosan bejelentette-e őket, nem

tudnak válaszolni. (Néhányan úgy tudják, hogy azt a házkörüli munkát, amit végeznek, nem is kell bejelenteni.)

Személyes vizsgálattal észlelt esetek

25 éves férfi, szerb-montenegrói állampolgár

5 éve Ausztriában, Bécsben él, vendégmunkás. Eredetileg szakácsnak tanult. Bécsben takarítóként dolgozott, leghosszabb időn át 17 hónapig a metrónál volt takarító. Elbocsátása után munkanélküli ellátásban részesült, több mint egy éve nem volt munkája.

1999. és 2003 között pszichiátriai osztályon is kezelték és több alkalommal ambuláns kezelésben is részesül. Diagnózisa szerint politoxikomán, azaz alkohol- és kábítószer fogyasztó, ezek fogyasztásával visszaélő személy. Elvonó kezelésben részesült, de ez eredménytelen volt, többszörösen visszaesett, a kezelésre nem járt rendszeresen. Heroin függőség miatt kezelték Belgrádban, fogvatartási körülmények között fizikai elvonási tünetei is jelentkeztek.

Minden kábítószerrel kipróbál, illetve fogyasztott. Alkoholos és drogos állapotában emlékezetkiesései jelentkeznek. Ideges, depressziós, a fogvatartás ideje alatt 3 féle gyógyszerrel tartják egyensúlyban. Lábfájásra panaszkozik. 3 heggel gyógyult közepes nagyságú trauma nyoma a mellkason és kézen, karon, mindhárom esetben részeges szenvedett balesetet, tetőről leesett, pohárral, üveggel vágta meg a kezét.

Magyarországon korábban már fogvatartottként részesült egészségügyi ellátásban. A vizsgálatra azért került sor, mert Ausztriába a magyar határ átlépésekor kábítószerrel találtak nála. Magyarországi egészségügyi ellátást csak a börtön-egészségügyi szolgálat útján vett igénybe, elsődlegesen pszichiátriai ellátást.

Az eset – jelen kutatás számára fontos tanulságai:

Az érintett személy az EU területén, de nem hazánkban tartózkodott hosszabb ideig legálisan, ugyanakkor harmadik állampolgára és munkavállalása töredezettsége miatt az E-I I I vagy az E-kártya rendszerű ellátásra csak rövid ideig volt jogosult.

Egészségügyi ellátásra ugyan szüksége lett volna, de azt nem vette igénybe az EU területén.

Egészségügyi dokumentációval nem rendelkezett, függőségről számolt be, de a vizsgálat tényleges függőséget nem igazolt esetében, szorongásos depressziót viszont igen.

Vizsgálata tolmácsot igényelt.

Meghalt személyek vizsgálata

eset – CD, férfi, 57 éves, román állampolgár

Szegeden élő személy hirtelen halála heveny szívizomelhalás miatt. Előrehaladott koszorús verőér betegségben és májbetegségben szenvedett. Semmiféle előzetes orvosi dokumentáció nem állt rendelkezésre.

eset – KI, férfi, 32 éves, szerb-montenegrói állampolgár

Szeged irányába nagy sebességgel közlekedve gépjármű vezetőjeként balesetet okozott, a helyszínen életét vesztette.

eset – RS, férfi, 29 éves, szerb-montenegrói állampolgár

Szeged irányába nagy sebességgel közlekedve gépjármű utasaként balesetet szenvedett, a helyszínen életét veszítette. (Előbbi utasa volt a gépjárműben.)

eset – BG, férfi, 37 éves, román állampolgár

Szegedről Nagylak irányába közlekedve gépjármű utasaként balesetet szenvedett, a helyszínen életét veszítette. A gépjármű vezetője fáradtság miatt elaludt, a balesetet ez okozta.

eset – KV, férfi, 28 éves, indiai állampolgár

A mentők szállították az egyetem intenzív osztályára, mivel az esti órákban egy pizzázó mellett kontakusképtelen állapotban találták. Epilepsziás jellegű görcsroham utáni állapotot gyanítottak, emellett asztma jelei voltak észlelhetőek. Asztmás rohamra használatos gyógyszert találtak nála. A boncolás során a csecsemőmirigy visszafejlődésének hiánya és a szív ritmuszavarát elősegítő szövettani elváltozások is észlelhetőek voltak. Halálának oka szíveredetű rosszullét és ennek szövődményei voltak.

Az eset – jelen kutatás számára fontos tanulságai:

Az érintett személy krónikus megbetegedésben, tüdőasztmában szenvedett, amellyel a magyar egészségügyi ellátórendszerben kezelés alatt állott, a nála lévő gyógyszer az orvosi kezelésre utalt.

eset – NN újszülött, érettnék leány újszülött, anyja: 25 éves, román állampolgár

A magyarországi (Szeged közeli) tanyán élő anya a tanyán hozta világra a leány újszülöttet, akit az udvari WC-be dobott. Szüléskörnyéki orvosi ellátás sem az anya, sem az újszülött esetében nem történt. Orvosi előzmények a terhességre vonatkozóan nem voltak.

eset – HK, férfi, 40 éves, román állampolgár

Tanyán élt Magyarországon, a szomszéd tanyára ment át munkát keresni. Gyomorfájdalomra panaszkodott, majd összeesett és meghalt. Hozzá tartozója szerint prosztatatarákja volt, de ezt nem kezelték, gyógyszert nem szedett. Orvosi dokumentációja nem volt. A boncolás a rákbetegséget nem igazolta.

A vizsgálat pajzsmirigy megnagyobbodást, a koszorús verőerek, a főverőér és a szívbillentyűk meszesedését igazolta, a koszorúsér-betegség vezetett a szívelégtelenséghez.

Alkoholos befolyásoltság nem állt fenn, de nyomokban nyugtatóként szedett benzodiazepin gyógyszer volt kimutatható nevezett szervezetében.

Az eset – jelen kutatás számára fontos tanulságai:

Az érintett személy tartósan Magyarországon élt és dolgozott. A rendelkezésre álló adatok szerint nem járt orvoshoz. Szívbetegsége miatt rendszeres kardiológiai gondozásra lett volna szüksége.

Hozzá tartozói elmondása nem felelt meg a tényeknek, nem lehet tudni honnan származott az információ. Nem kizárható, hogy nyelvi problémák álltak fenn, nem kizárható, hogy átmeneti tüneteket valamely közmédia reklámja alapján tévesen

értelmeztek, nem kizárható, hogy panaszaival „természetgyógyászhoz” fordult, akinek tényleges orvosszakmai felkészültsége hiányzott.

A szervezetében jelen lévő gyógyszer arra utalt, hogy vagy a család valamely tagja vett igénybe ellátást Magyarországon, és a számára felírt gyógyszereket többen szedték; vagy pedig a feketepiacon, a gyógyszerári forgalmazást megkerülve jutottak a gyógyszerhez.

eset – BS, férfi, 41 éves, román állampolgár (neve alapján román nemzetiségű)

Ismeretlen körülmények között súlyos sérülést szenvedett Romániában, a temesvári orvosegyetem idegsebészetén látták el, súlyos agyi, központi idegrendszeri sérülésekkel. Magyar nyelvű zárójelentéssel adták át magyarországi ellátásra.

A magyar ellátást az SZTE Intenzív Terápiás Osztálya nyújtotta, ahol a légzési elégtelenség terápiájára is volt mód (a temesvári klinika ezt nem tudta megoldani).

A vérzéses agyi elváltozás és ennek szövődményei vezettek a beteg halálához. A sérülések bántalmazást követő lezuhanásra voltak jellemzőek.

Az eset – jelen kutatás számára fontos tanulságai:

Ez esetben a határon átnyúló egészségügyi szolgáltatás valósult meg. Ennek finanszírozási hátteréről nem rendelkezünk információval.

A temesvári klinika lényegében a progresszív egészségügyi ellátás elvének megfelelő betegirányítást végezte a szegedi áthelyezéssel.

A magyar nyelvű zárójelentés biztosította, hogy a betegellátás idővesztés nélkül folytatódjon az átvevő intézményben.

A boncolás a halál helye szerinti illetékességgel, az általános jogszabályi előírásoknak megfelelően történt.

eset – BS, férfi, 26 éves, olasz állampolgár

Gépjármű utasaként az M5 autópályán gyorsajtás miatti balesetben sérült. 8 órányi túlélést követően, traumatológiai műtéti ellátás és intenzív terápiás ellátás után az agytörzsi zúzódás és egyéb sokszervi sérülés miatt elhunyt. Biztonsági öv viseléséből származó sérülése nem volt.

eset – GT, férfi, 40 éves, ukrán állampolgár

Előző esete lefeküdt aludni, reggel holtan találták. Alapbetegség vagy kórtörténet nem ismert. A halált megállapító orvos tüdőembóliát vélelmezett. Agyalapi verőér veleszületett tágulatának megrepedése miatti agyvérzés volt a halál boncolással megállapított oka.

Korábbi panaszra, ellátásra vonatkozó adatot nem lehetett beszerezni.

Általánosítható tanulságok a bemutatott esetekből

Ahol helye volt vagy lehetett a sürgősségi orvosi ellátásnak, ott azt a beteg feltétel nélkül, az orvosszakmailag indokolt kezeléseket alkalmazva megkapta. Az egészségügyi törvény sürgősségi ellátásra vonatkozó szabályai betartásra kerültek, a betegek ellátását nem személyi joguk alapján vagy szerződéses jogosultságuk alapján, hanem sürgősségi ellátási jogosultság Magyarországra megállapított területi hatálya alapján biztosították a rászorulóknak.

A szakértői és az orvosi munkát viszont nehezíti, szakmai minőségét rontja, hogy az esetek zömében a betegre vonatkozó egészségügyi adattal nem rendelkezünk, előző kezelések, ellátások, gyógyszeres javallatok, allergiás megbetegedések nem ismertek. Nem kizárható, hogy a nyelvi nehézségek miatt a hozzátartozók vagy a beteg akaratlanul is „félreinformálja” az orvost.

A bemutatott esetek arra engednek következtetni, hogy a munkavállalási céllal érkező, „szegény” külföldiek az egészségügyi ellátás igénybevételét lehetőleg elkerülik, esetleg a feketepiacon szereznek be egyes gyógyszerek, lényegében ellátatlanok. Ez a betegkör bizonyosan nem rendelkezik magánbiztosítással, vagy – ha kötöttek is a nevükre ilyet – nem tudnak róla.

Vizsgálataink során nem rendelkezünk arra vonatkozó adattal, hogy esetükben a biztosítási jogviszony rendezett volt-e. Egyéb vizsgálatok során szóbeli közléssel jutottunk ahhoz az információhoz, hogy mind a román, mind a jelenleg is harmadik állammal minősülő országok állampolgárai közül sokan „hazaugranak” havonta egy-egy napra, így látszólagosan fenntartják azt a helyzetet, hogy nem tartózkodnak tartósan Magyarországon. Esetleges ellátásuk, szakértői vizsgálatuk, hatósági eljárás alkalmával megjelölik azt a magyarországi tartózkodási helyet, ahol bérleti szerződéssel vagy nyilvántartáson kívüli ingatlantulajdonnal életvitel szerűen tartózkodnak. Zömük szervezett formában, folyamatosan dolgozik.

Az egészségügyi ellátórendszer terhelését csökkentené, ha a baleset megelőzés eszközeit a hatóságok a nem magyar állampolgárokra is határozottan számonkérnék, ezzel a személyi sérüléssel és halállal végződő balesetek számát csökkenteni lehetne.

A következőkben részletesebben ismertetünk olyan eseteket, ahol kifejezetten az ellátáshoz való hozzáférés, annak fedezete, körülményei demonstrálhatóak és az elmúlt években a szakértői intézet vagy a (transzplantációs) etikai bizottság gyakorlatában jelentkeztek.

Esettanulmány I

FB, 17 éves lány.

Származás: Észak-Afrika, állampolgárság: származási országnak megfelelő.

Anyanyelv: arab. Beszélt nyelvek: magyar, német.

Vallás: a családban hagyományként követett iszlám, de a szigorú megkötések nélkül, „világiasan”.

Vizsgálat, orvosi ellátás oka:

Szakértői vizsgálat, garázdaság bűncselekmény miatt eljárás folyik ellene, igazságügyi pszichiátriai véleményezéssel kellett beszámíthatóságáról véleményt mondani.

Korábbi ellátása, orvosi előzményei alapján jelen kutatásban releváns eset.

Körülmények

A lány évek óta Magyarországon él. Szülei elváltak, édesanyjával élnek itt. Édesapját rendszeresen meglátogatja szülőhazájában.

Középfokú oktatásban vesz részt, szakiskolában tanul. Eredményei közepesek vagy rosszabbak, osztálytársaival kapcsolata rossz, sokat mulaszt (igazolatlanul). Az iskolába nem tudott beilleszkedni, gyakran viselkedik agresszíven, nincsenek olyan

barátai, akikkel problémáit meg tudná beszélni. Kedvenc tantárgya a testnevelés, focizik, heti több edzésre jár. Dohányzik és alkoholt is fogyaszt, cselekményére – elmondása szerint – nem emlékszik, mert Hubertust és házi pálinkát fogyasztott nagyobb mennyiségben.

Magyarországi orvosi ellátási adatok

Elmondása szerint a szívével voltak problémák, ami miatt kezelték, és pszichiátriai kezelésen is volt, gyógyszereket is szed.

Egészségügyi ellátásával kapcsolatosan nem voltak nála iratai, édesanyja sem hozta el magával. Az iratokat az ellátó intézménytől közvetlenül kellett beszerezni.

Gyermekellátást kapott a korábbiakban mind fekvőbeteg ellátásban, mind járóbeteg ellátásban, volt alkalom, amikor a mentőszolgálat sürgősséggel szállította be.

2011-ben kivizsgálás és megfigyelés történt, szívbetegsége, illetve ezzel kapcsolatos rosszulléte volt az ellátás indoka. Epilepszia megbetegedést, depressziót írtak le további diagnózisként, előzményként. Laboreredményei eltérései miatt kontrollt javasoltak, ehhez kapcsolódó további részletes genetikai vizsgálatokat tartottak indokoltnak. Ezeket előkészítették. A régebb óta elmaradt epilepszia kontrollt is elvégezték, valamint egyes tünetei miatt kivizsgálták, de az eredmény alapján a későbbiekben részletes vesebetegségre irányuló vizsgálatokat tartottak indokoltnak. Gyógyszereinek beállítása és gyógyszeres terápia elrendelése is megtörtént.

2009-es ellátását követően az akkori terápiás javaslatot nem követte, gyógyszereit nem szedte. A 2009-es kezelési dokumentáció szerint az adott időszakban az édesanyja kérte a kezelést annak ellenére, hogy megfelelő iratokat nem tudtak bemutatni ahhoz, hogy térítésmentes ellátásban vagy biztosítási ellátásban részesüljenek, ezért fizető betegként vállalták a kezelés igénybevételét.

A kezeléseket és gyógyszereléseket 2009. és 2011. között az Országos Egészségbiztosítási Pénztár számára leadott jelentések kivonatos listája alapján is ellenőriztük. E szerint a gyermek átmeneti felső légúti megbetegedések miatt vett igénybe ellátást, illetve a 2011-es – már ismertettet - többszöri vizsgálat és bennfekvés szerepelt a listán. A 2009-es évben nem volt biztosítási támogatású ellátás. Gyógyszerszedés tekintetében hasonló a helyzet azzal, hogy az ellátásban javasolt gyógyszerek közül csak a nyugtató került kiváltásra, más gyógyszerek (így az epilepszia gyógyszerei) nem.

A 2011-es ellátás során javasolt és előjegyzett, megbeszéltek vizsgálatokon a beteg nem jelent meg, ezek elvégzése, a kontroll vizsgálatok nem történtek meg.

Felmerült kérdések és jelenségek a külföldiek egészségügyi ellátásával kapcsolatban

Az ellátás során pozitív és negatív jelenségek egyaránt észlelhetők voltak.

Pozitívként elsődlegesen a gyermek-egészségügyi feladatot ellátó intézmény emelhető ki, amely a szakmai szabályoknak megfelelően és a sürgősségi feladaton messze túlmutatóan látta el a gyermeket. Ebben az esetben a dokumentáció is pontos volt, a gyermek egészségbiztosítási státusát illetően is elvégezték az adminisztratív teendőket, és figyelemmel voltak az ellátási díj térítésköteles jellegével összefüggő tájékoztatási kötelezettségekre is.

Ezek a pozitív elemek a következő rész-cselekményekkel valósultak meg:

A gyermek a sürgősségi ellátást – a jogszabályoknak megfelelően – mind a mentőszolgálat, mind a gyermekgyógyászati sürgősségi ellátás keretében feltétel nélkül megkapta.

A gyermekgyógyászati ellátás során nemcsak az éppen aktuális problémára figyeltek, hanem a kórelőzmény alapján szükséges egyéb kivizsgálásokat is elvégezték.

A kórlapban rögzítették, hogy a gyermek sem társadalombiztosítási egészségbiztosítással, sem más egészségbiztosítással nem rendelkezik, ezért ellátása a térítésköteles ellátások közé tartozik, és édesanyját nyilatkoztatták arról, hogy ennek díját vállalja. (2009-es ellátás)

Az egészségügyi ellátáshoz szükséges biztosítási jogviszony megteremtése egy ideig elmaradt, majd pedig a térítésmentes ellátás igénybevétele sem történt meg. A beteg számára konkrét helyre és időpontra előjegyzett vizsgálaton a gyermek nem jelent meg, az előírt gyógyszereket nem szedte, esetében a rendszeres gondozást igénylő állapot kontrollja azért nem történt meg, mert a vizsgálaton nem jelent meg. Ez nem az ellátók hibája, hanem a beteg alacsony szintű együttműködését mutatja.

Negatív jelenségként kell értékelnünk, hogy a hosszabb ideje Magyarországon tartózkodó és a kötelező közoktatási rendszerben részt vevő gyermek biztosítási jogviszonya rendezetlen volt, és negatív, hogy az oktatási intézmény kizárólag, mint rossz magaviseletű diákot jellemezte, sem szociokulturális háttéréből adódó nehézségeit vagy szükségleteit, sem pedig a kulturális gyökereknek ellentmondó viselkedését (és ehhez tartozóan megjelenését) nem értékelték segítséget igénylő jelenségnek.

Ezen hiányosságot demonstráló rész-cselekmények:

Az iskolai pedagógusi környezettanulmány nem említi, hogy nem magyar állampolgár, hogy arab, muszlim környezetben nevelkedett kisgyermek korában.

Iskolaorvosi vizsgálati eredmény, iskolai védőnői, pszichológusi szolgálat nem adott véleményt, nem is említik, hogy ilyen vizsgálatra irányították volna.

Az iskolai beszámoló és környezettanulmány nem tisztázza annak tényét, hogy a gyermek semmiféle egészségbiztosítási ellátásra jogosultsággal nem rendelkezik.

Az iskolai értékelés – általános értelemben – a fizikai fejlettségről és összességében vett egészségi állapotról nem szól.

A vizsgálat során nyelvi, megértési problémát nem tapasztaltunk. Tolmács igénybe vételét nem igényelték sem a tárgyaláson, sem a szakértői vizsgálaton. Érdemi kommunikációs nehézség tehát nem volt, ilyenre az egészségügyi dokumentáció sem utalt. Ugyanakkor a kötelező szakértői vizsgálaton történő megjelenést első alkalommal elmulasztották, és ki sem mentették magukat. A gyermek védőjén keresztül történt új időpont egyeztetése, aki elmagyarázta a megjelenési kötelezettséget és annak szabályait.

Esettanulmány 2

Ez az esetkör nem egy konkrét ellátás, hanem egy ellátási csoportot érintő tapasztalatok összegzését jelenti.

Az érintett ellátási csoport: külföldiek magyarországi élődonoros transzplantációs részvétele, és az ehhez kapcsolódó etikai elbírálás.

Jelen tanulmány szempontjából azért fontos ez a terület, mert akár tartósan hazánkban tartózkodó külföldi személyről van szó, akár csak az ellátást igénybe vevőről, a folyamat több hónapos járó- és fekvőbeteg ellátást, utógondozást igényel, tehát nem a sürgősségi ellátás szabályait követi. Sajatossága az is, hogy a magyar társadalombiztosítás rendszerében térítésmentes a betegeknek, de más esetekben – még EU tagállamok polgárai esetében is – a térítésköteles ellátási körbe esik. A költségek fejenként több millió forintos nagyságrendűek, ezért még inkább kiemelt jelentősége van a szakszerű és biztonságos ellátásnak. A szegedi központban az EU csatlakozást megelőzően és manapság is számos esetben román állampolgárok érintettek a transzplantációban. Szerb állampolgárok érdeklődésével is találkoztunk. Részletesebb adatok és tapasztalatok azokról állnak rendelkezésre, akik ügyét az SZTE Kórházi Etikai Bizottsága vizsgálta.

Megállapításunk szerint a transzplantáció során észleltek kiterjesztőleg alkalmazhatók a külföldiek magyarországi ellátásának egyéb eseteire is.

A transzplantáció problematikája felvet egy másodlagos kérdést is. A külföldiek nem egy esetben azért keresnek föl más országokat, mert ott speciális, igényeiknek megfelelő egészségügyi ellátást kapnak, illetve egészségturisztikai szolgáltatásokhoz férhetnek hozzá. Lényegében ez figyelhető meg a Zalakaroson hónapokon át élő, tartózkodó külföldi turisták esetében is. A transzplantációs turizmust ugyanakkor gyakran negatív jelenségként említi a szakirodalom, mert az illegális szervkereskedelemmel kapcsolható össze, a várólisták megkerülésének lehet eszköze, illetve az adományozás anyagi érdekeltsége vélhető mögötته. A magyar szabályozás várólista rendszere nem teszi lehetővé az első esetet, az élődonoros szervtranszplantáció esetében pedig – amennyiben nem genetikai rokonok közötti adományozás történik – az anyagi érdekeltség hiányát etikai vizsgálat tárgyává teszi. Elvileg tehát az intézmények szempontjából etikailag aggálytalan a hazánkba érkező transzplantációs turizmus, és az intézmények számára ez egy olyan saját bevételű tevékenység, amelynek végzésében finanszírozási korlátok nem érvényesülnek. Az intézményi bevétel ugyanakkor elemi érdeke az intézmény vezetésének.

A szerv-transzplantáció tekintetében Szeged úttörő szerepet játszott, a magyarországi első ilyen beavatkozást is a szegedi egyetemen végezték.¹⁵⁷ Az élődonoros transzplantáció hazánkban az elmúlt években kezdett fejlődni, különböző felvilágosító programok eredménye, hogy a nem genetikai rokonok között is egyre nagyobb számban jelentkeznek a kérelmezők.

A beavatkozás lényege, hogy a beteg (általában vesebeteg) valamely élő személy egyik egészséges veséjét kapja meg. A beavatkozás tervezett műtét, amelyre az adományozó és a recipiens részletes előzetes kivizsgálásával készülnek, és ennek időszakában olyan ellátásokat is elvégeznek, amelyek a lehető legoptimálisabb állapotot hozzák létre. Ez mindkét fél számára csökkenti a beavatkozás általános kockázatát, és növeli a beavatkozás sikerességét, jobb esélyűvé teszi a vese befogadását és egészséges működését a recipiens szervezetében.

¹⁵⁷ Az Országos Vérellátó Szolgálat honlapjának transzplantációs oldalai. On-line: <http://www.ovsz.hu/oco/transzplantacio>

A beavatkozás jogi feltételeit jogszabály fogalmazza meg,¹⁵⁸ ami szorosan kapcsolódik a szakmai szabályokhoz.¹⁵⁹ Az Etikai Bizottság azon eseteket vizsgálja, ahol nincs vérrokonság a donor és a recipiens között,¹⁶⁰ ilyenkor van jelentősége a szervkereskedelem megelőzése és kizárása szempontjából, hogy tisztázásra kerüljön az esetleges anyagi motiváció, vagy kényszer, fenyegetés fennállása.

Az elmúlt években előfordult olyan élődonoros kérelem, amelyben az érintett felek mindegyike román nemzetiségű román állampolgár volt, előfordult magyar vagy székely nemzetiségű román állampolgárok kérelme, illetve a különböző nemzetiségű, de román állampolgárságú személyek kérelme. Előfordult az is, hogy romániai magyar nemzetiségű személy magyar állampolgárnak ajánlotta fel veséjét. Olyan esettel nem találkoztunk, amikor magyarországi magyar állampolgár adományozó ajánlotta föl szervét romániai román állampolgárnak (nemzetiségtől függetlenül).

Felmerül a kérdés, hogy miért Magyarországon terjesztik elő a kérelmet, miért vállalják a jelentős térítési díjat és a többlet adminisztratív kötelezettségeket. Hajlamosak vagyunk azt gondolni, hogy Romániában ez az ellátásfajta nem hozzáférhető. Ez azonban nem így van. A 2006-os román törvény már az EU követelményekkel harmonizált szabályokat tartalmaz a szerv- szövet eltávolítás és beültetés tekintetében.¹⁶¹ Romániában a halottból származó szervek felajánlása az EU tagállamok közötti legalacsonyabb volt (egymillió személyből egy fő, míg hazánkban 17,5/millió), de élődonoros felajánlás ügyében jobban álltak, mint mi, esetükben 7,9 fő/millió, míg hazánkban, 1,4/millió).¹⁶²

A román szabályozás „nagyvonalú” az élődonoros transzplantációval, különösebb megkötés nélkül lehetővé teszi a donációt, az etikai feltételeket egy három tagú orvosi bizottság tekinti át, amelyben a kezelőorvos is jelen van.¹⁶³

Szerbiában is megengedett az élődonoros transzplantáció, a nem rokonok közötti adományozás is - ez egy új program eredménye, amelyet a szervhiány enyhítésére vezettek be.¹⁶⁴ 2009. óta napirenden van Szerbia csatkozása az Eurotransplanthoz is.¹⁶⁵ Ugyanakkor Szerbiában újra és újra felmerül, hogy a háború idején elfogott ellenséges katonák szerveit távolították el transzplantációs célokra, és az illegális szervkereskedelem tekintetében sok gyanús ügy volt. Emiatt – a

¹⁵⁸ Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény, 206. §

¹⁵⁹ Az SZTE Transzplantációs Centrum élődonoros tájékoztatója összefoglalja a laikusok számára a folyamatot. Ld.: on-line: http://www.surg.szote.u-szeged.hu/index.php?option=com_content&view=article&id=58&Itemid=72&lang=hu&limitstart=1

¹⁶⁰ Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény, 206. § (3) bekezdés.

¹⁶¹ Law no. 95/2006.

¹⁶² Key facts and figures on EU organ donation and transplantation. Directorate General for Health and Consumers. On-line: http://ec.europa.eu/health/ph_threats/human_substance/oc_organ/docs/fact_figures.pdf

¹⁶³ Mihaela Frunză: Ethical and legal aspects of unrelated living donors in Romania. Journal for the Study of Religions and Ideologies, 8, 22 (Spring 2009): 3-23.

¹⁶⁴ Ignjatović Lj, et al.: Living unrelated donor kidney transplantation – a fourteen-year experience. Vojnosanit Pregl 2010; 67(12): 998–1002.

¹⁶⁵ Magyar Szó, 2009. 2009. augusztus 11.

betegek referálása szerint – a más országban elvégzett transzplantációs célú beavatkozást követően a betegek utógondozását „nem vállalják”. Gyakorlatunkban volt rá példa, hogy az érdeklődő szerbiai donor és recipiens azért lépett vissza szándékától a magyarországi transzplantáció tekintetében, mert a rendszeres itteni utógondozás költségeit és terheit nem tudták vállalni.

Fentiekből az következik, hogy a szerbiai betegek esetében a belső szervhiány magyarázhatná, hogy saját egészségügyi ellátórendszerüket elhagyva végeztessék el a műtétet, de a romániai betegek esetében az adatok és a jogszabályok ezt nem indokolják. Nem kizárható, hogy nagyobb bizalommal vannak a magyar egészségügy felé, de az etikai bizottságban adott válaszok szerint a várólista hossza riasztja el őket. Lehetséges, hogy nem rendelkeznek kellő információval arról, hogy Romániában is van mód élődonoros transzplantációra, akár rokon kapcsolatban nem állók között is. Olyan eset is volt, amelyben a műteti időpont kitűzése volt irreálisan hosszú.

A külföldi állampolgár szervadományozása magyar állampolgár számára önálló finanszírozási kategória az OEP-nél. Ebben az esetben az intézmény bejelentése alapján az OEP vállalja, hogy az intézmény számára a recipiens beteg TAJ számán történő elszámolással megtéríti a szervkivétel költségeit. Ugyanakkor az előzetes kivizsgálás – amennyiben a donor saját országában nem kivitelezhető – költséget jelent. Ebben esetlegesen olyan költségek is megjelennek, amelyek fogászati kezelést jelentenek fertőző góc megszüntetése céljából, vagy egyéb, hasonló költséget jelentenek.

Az etikai biztosság számára fontos, hogy meggyőződjön arról, hogy a beavatkozás nagy eséllyel sikeres lesz. Ehhez arról is tájékozódni kell, hogy a külföldi állampolgárok milyen utógondozáshoz férnek hozzá, külföldön végzett beavatkozás esetén hazájukban jogosultak lesznek-e a kilökődést gátló költséges gyógyszerek támogatással történő igénybe vételére.

Nehezen ellenőrizhető a külföldiek esetében az, hogy áll-e anyagi megállapodás az adományozás hátterében, valóban önkéntes és érdekmentes-e a felajánlás. A szegedi bizottsági gyakorlat ennek feltárása érdekében a törvényben megfogalmazott érzelmi kapcsolat jellegét, hitelességét igyekszik vizsgálni, mert erre épülően lehet az anyagi motivációk tekintetében is tájékozódni.

Megemlítendő, hogy külföldi kezeléshez a transzplantáltak számára nincs szükség etikai engedélyre, így az esetleges hazai utánkezelés tekintetében kizárólag az OEP rendelkezik adatokkal, mint ahogy azzal is, hogy az OEP hozzájárult-e a magyar biztosítás terhére nem tudó, hanem más szerv térítésmentes beültetéséhez külföldi gyógyintézményben.

Esettanulmány 3

Ebben az esetben a sürgősségi ellátás, valamint az azon túlmutató humanitárius ellátás, illetve az egészségügyi és gyámügyi szervek együttműködése demonstrálható.

A Tisza Szerbiát és Magyarországot elválasztó szakaszán, a szülők gondatlanságából, balesetszerűen a csónakból vízbe zuhan egy szerb testvérpár, 6 és 4 évesek. A víz sodrása és apjuk mentési tevékenysége eredményképpen a magyar

oldalán érnek partot. Erősen kihűlt állapotban találják őket a mentők, akik igen gyorsan érkeznek a szokatlan mentési terepre.

A gyermekeket beszállítják a gyermekklinikára, ahol megállapítják, hogy a vízben olyan mértékben lehűlt a testük, hogy az életveszélyes állapothoz vezetett, és az ellátás során bármikor felléphet olyan szívritmus zavar, amely halálos kimenetelű.

A gyermekek mindegyike meglepően jól reagál az intenzív ellátásra, egy nap múlva lényegében tünet- és panaszmentesek.

A klinika a következő napokban minden lehetséges szövődmény tekintetében részletes kizáró vizsgálatokat végez, a feltétlenül szükségesnél hosszabb megfigyelési idővel látja el a gyermekeket. Mindeközben intézik a gyermekvédelemnél a gyermekek ideiglenes gondozásba vételét, mivel a szülők ellen eljárás folyik a kiskorúak veszélyeztetése miatt.

A magyar gyermekvédelmi hatóság rövid időn belül a szerbiai rokonoknál történő elhelyezés érdekében is tudott intézkedni.

Ebben az esetben is érvényesült a sürgősségi ellátás feltétlen primátusa. Emellett azonban a sürgősségi ellátást kiterjesztően értelmezte a klinika, és a fizetőképesség vizsgálata nélkül a gyermekek érdekében olyan ellátást és környezetet biztosított, amelyben az elszenvedett stressz hatásait is enyhíteni tudta.

Az eset rámutat ugyanakkor arra is, hogy egészségügyi ellátás nem tekinthető elszigetelt ellátásnak, hanem a széles értelemben vett jóléti szolgáltatásokkal összhangban nyújtandó a külföldi állampolgárok számára is.

Esettanulmány 4

Ez az eset a betegjogi kérdéseket, illetve az e területen szükséges konzultációs lehetőség szükségességét demonstrálja.

Magyarországon élő külföldi állampolgár (nem EGT tagállami), középkorú nő az egyetemen sebészeti jellegű beavatkozást végeztetett saját költségére. A beavatkozást követően – nem szakmai hiba vagy gondatlanság miatti - gyulladásos szövődmény alakult ki, amely önmagában nem volt veszélyes és antibiotikus kezeléssel uralni lehetett, ugyanakkor jelentősen megnőtt a beteg kockázata egyéb szövődmény (vérrögösödés) illetően.

A beteg szubjektíve jól érezte magát, az antibiotikum szedését otthonában is meg tudta oldani, ezért bejelentette távozási szándékát a kezelőorvosnak. A kezelőorvos nem javasolta a távozást, a szövődményre tekintettel további szoros megfigyelést javasolt.

A beteg ragaszkodott a távozáshoz, anyagi okokra is hivatkozott, mert szerinte fölöslegesen fizette volna a további bent tartózkodás díját.

Az ellátó osztály betegjogi konzultációt kért a teendőkről. Ennek során megállapításra került, hogy a beteg nincs életveszélyben, nem áll fenn sürgősségi ellátás igénye, aktuális állapotában – egyelőre – konkrét állapotromlási veszélyhelyzet nem áll fenn. A potenciális veszély azonban megállapítható, amelyben az utazás, mozgás esetlegesen provokáló tényező is lehet. Orvosi szempontból tehát nem volt olyan ok, amely a beteg önrendelkezését kizárta volna, a további ellátás visszautasítását ne tette volna lehetővé, vagy egyéb indokkal a beteg kötelező kórházi kezelését alátámasztotta volna.

A beteggel az orvosok az ellátás során közvetítő nyelven kommunikáltak, s bár úgy tűnt, hogy a beteg megértette a kezelőorvos érveit, ezek szóban elhangzó információk voltak. A beteg ilyen távozásához mindenképpen írásbeli nyilatkozat szükséges, amelyben arról is nyilatkozik, hogy megkapta az állapotával kapcsolatos tájékoztatást, ezt megértette, tudomásul veszi, hogy az orvosok nem javasolják távozását, és ennek ellenére döntött úgy, hogy a kórházat elhagyja.

A konzultáció alapján a beteghez hívtak egy tolmácsot, aki a beteg anyanyelvén is elmondta a tájékoztatást, és a beteg számára a fent részletezett nyilatkozatot magyarul, a közvetítő angol nyelven és a beteg anyanyelvére fordítva is elkészítették, s a beteg ez utóbbi kettőt írta alá a távozás érdekében. A nyilatkozatban a potenciális kockázatok is felsorolásra kerültek.

A beteg számára a zárójelentés angol nyelven is kiadásra került, ha bármiért sürgős ellátásra szorul, akkor otthonában is legyen mód az orvosok tájékozódására az előzményekről.

A betegnél a későbbiekben szövődmény nem alakult ki.

A konzultáció lényege ez esetben az volt, hogy az általános egészségügyi törvényi szabályokat hogyan kell és lehet kreatív jogalkalmazással ilyen speciális helyzetekre adaptálni. Az „informed consent”, azaz tájékozott beleegyezés nemcsak formális követelmény a beavatkozások és ellátások tekintetében, hanem valódi értő döntéshozatalt jelent. Esetünkben a nyelvi akadályok és a betegbiztonság szempontjai miatt is fontos volt, hogy megbizonyosodjon a kezelőorvos arról, hogy pontosan érti a beteg az érveket és a defenzív, perkiküszöbölő orvosi gyakorlat is ezen megoldás mellett szólt.

Fontos lenne, hogy a betegjogi kérdésekben eljáró személyek legyenek felkészülve a külföldiek esetében jelentkező speciális betegjogi kihívások megoldására.

Esettanulmány 5

A mentális betegek, gyógyszer és kábítószerfüggők vizsgálatával kapcsolatos problémák a külföldi betegek esetében nagy jelentőséggel bírnak.

Az esettanulmány szakértői alapját egy illegális bevándorló adta, akinek családgyesítési kérelmét a hatóságok nem ismerték el, de a későbbiekben pszichiáterekkel konzultálva a jelenség általános jellege is megállapítható volt.

A 40 év körüli, muszlim, észak-afrikai férfi pszichiátriai vizsgálata tolmács segítségével történt.

A beteg testbeszéde agresszivitást mutat, elzárkózik a vizsgálattól, időnként hangját felemeli. A tolmács a beteg kérdésekre adott válaszait a művelt köznyelvnek megfelelően, jó nyelvtaniséggel, elfogadott udvariassági formáknak megfelelően közvetíti. A vizsgálat során egy-egy nem arab nyelvű beszúrt szó, mondattöredék alapján a vizsgáló rákérdez a tolmácsa, hogy jól értette-e, hogy a beteg káromodik, trágár kifejezéseket használ. A tolmács „pirulva” mondja, hogy igen, de ő a választ pontosan, de udvariasan fordította. Pszichiátriai vizsgálat szempontjából a beteg kontrollvesztése fontos tünet. Az, hogy egy kötelező vizsgálat során az orvosokkal gátlástalanul, tiszteletlenül beszél, agresszíven lép föl, része a személyisége elemzésének.

Ezen betegek esetében a szokvány pszichológiai és egyéb vizsgáló tesztek nem lehet elvégeztetni, mivel a nyelvi korlátok ezt akadályozzák, így a pszichiátriai vizsgálat objektiválásának lehetősége elvész. Ezt csak pontos, gyakorlott tolmácsolással és az ilyen betegek vizsgálatára felkészült orvos igénybe vételével lehet elkerülni.

Ennek jelentősége azért is hangsúlyt igényel, mert a tartós idegen környezethez alkalmazkodás sok esetben a vándorlók számára jelentős pszichés stresszt jelent, amely miatt mentális segítségre szorulnak az idegen országban, idegen társadalomban. Ezt pedig a bemutatott akadályozottság miatt nem feltétlenül kapják meg. Erre a külföldi diákok ellátásánál is kitérek.

Esettanulmány 6.

Ezen az eseten azt tudjuk bemutatni, hogy az ellátók számára a külföldiek ellátására vonatkozó finanszírozási szabályok nem tisztázottak, a jelentések – részben - hibásak. GH, 25 éves nigériai állampolgár, Magyarországon él, élettársa és gyermeke van. Magyarországon dolgozik, a nyelvet beszéli, járulékfizető. Magyar gépjárművezetői engedélye és TAJ kártyája van, az ellátás és az események során ezek vele voltak.

Szórakozóhelyen szóváltásba keveredett, és tisztázatlan körülmények között, de erőszakos fizikai behatás eredményképpen a földre esett, fejét a betonba nagy erővel beütötte. A mentőszolgálat eszméletvesztéssel szállította kórházba.

A beszállítást követően megállapították, hogy életveszélyes, az agy vérzéses elváltozásával járó koponyatörést szenvedett. Az ellátás során magyar iratának adatai és a TAJ száma is bejegyzésre kerültek, de az ellátási eseményt térítéses (sürgősségi) ellátásnak kódolták.

A sérülések szövődménymentesen, relatíve szerencsés módon gyógyultak, de az utóvérzés és egyéb szövődmények miatt rendszeres kontrollvizsgálatra is szükség volt, illetve nevezett állapota indokolta a fekvőbeteg ellátást. Ennek során olyan - az agysérülésnek megfelelő – magatartás és viselkedés zavarok jelentkeztek, ami miatt pszichiátriai konzíliumra is szükség volt. A beteg a fizikális vizsgálatokat és szubjektív állapotjavulását észelve a kórházból önkényesen távozott, a pszichiátriai vizsgálat nem volt elvégezhető. A zárójelentés és a csatolt egyéb konzíliumok dokumentációja már a magyar biztosított jogviszonyban álló személyként (helyesen) rögzítették az ellátott jogosultságát. Az orvosok a családot értesítették, hogy a viselkedészavarra tekintettel milyen orvosi ellátásra lehet szükség.

Jelen esetben a beteg a szükséges kontrollokon és utókezeléseken részt tud venni, mivel biztosított. A külföldi állampolgárok esetében, amennyiben csak sürgősségi ellátásra jogosultak, a fizikális rehabilitáció és állapotellenőrző kontroll sem 'jár', ha nincs magán egészségbiztosításuk, de a pszichiátriai vizsgálat és kezelés ezen magánbiztosításoknak sem része, akkor sem, ha az elváltozás háttérében szervi elváltozás vagy sérülés áll. Egyebekben a sérülés okozója az ellátási költségek tekintetében – elvileg – megtérítésre kötelezett az OEP-nek.

Esettanulmány 7

Speciális ellátási formák

Az esettanulmányok sorában végül két olyan esetet mutatunk be, amely formálisan nem harmadik országbeliek ellátását érinti, de a szabályozás jellege miatt minden nem magyar állampolgár, illetve nem magyarországi társadalombiztosítással rendelkező személy külföldinek minősül az ellátás tekintetében.

Ezek pathológiai, kórbonctani, kórszövettani, halottkezeléssel kapcsolatos orvosi ellátások.

A kórbonctan és kórszövettan semmiképpen nem sorolható be a sürgősségi ellátások közé. Ugyancsak nem sorolható a beteg ellátás szempontjából szükséges ellátásnak. Orvosilag ugyan indokolt a halál okának korrekt megállapítása vagy a rendkívüli halál kizárása, de ez nyilvánvalóan nem a beteg individuális érdeke, legföljebb a család érdeke. Egyes biztosítók kérik a boncjegyzőkönyvet a biztosítási díj kifizetéséhez. Az ismertetett kritériumok alapján az E-kártya nem jogosítja az egészségügyi ellátórendszert a biztosítás keretében elvégzendő kórboncolásra. Magyarországon a halottkezelés 2006 óta formálisan állami költségvetés terhére elvégzendő állami egészségügyi szolgáltatás, de ez a szabály a finanszírozásban nem került átvezetésre, tehát biztosítási szolgáltatásként kezeli az OEP. Ebből következően a beteg magánbiztosításának terhére vagy a hozzátartozók költségére kell, illetve lehet csak elvégezni.

A rendkívüli halálesetek körében más a helyzet, mert ott a költségek az eljárás szakértői költségének minősülnek. A 2006-os esetek között bemutattunk néhány olyan esetet, amelyben természetes halál következett be, tehát a rendkívüli haláleseti eljárásnak nem volt vagy nem lett volna indoka. A korábbiakban a rendőrhatalóság hajlott arra, hogy nem magyar állampolgárok kórházon kívüli halála esetében szinte automatikusan elrendelje a rendkívüli haláleseti eljárást, de a takarékosági törekvések manapság az ügy tartalmi elemzése alapján engedik csak megállapítani a rendkívüli halált. Az ezzel kapcsolatos szakmai és eljárási aggályok mellett a finanszírozás speciális jellege is problémát jelent.

Rendkívüli haláleset – magánbiztosítás mellett

Röviden összefoglalva elmondható, hogy a nem rendkívüli halálesetekben könnyen előfordulhat, hogy a finanszírozás hiánya miatt nem történik meg az orvosilag szakszerű halál-megállapítás, illetve elmarad a szakmailag indokolt kórboncolás a nem magyar állampolgárok esetében. Ez a későbbiekben (életbiztosítás kifizetése, ellátással kapcsolatos perek, öröklődő, családi halmozódású betegségek feltárása) problémát is okozhat.

Konkrét példa, hogy három éven keresztül Spanyolországban legálisan dolgozó és ott családot alapító román állampolgárságú férfi Magyarországon szenvedett autóbalesetet, amelyben meghalt. A család a spanyolországi magánbiztosítása alapján kívánta az egészségügyi (és temetési) szolgáltatásokat megtéríttetni, de úgy, hogy temetésére román szülőfalujában kerüljön sor.

Az esetben érintett szolgáltatóként a spanyol magánbiztosító és a nevében az ügyintézését végző magyarországi képviselő nélkül egy elhúzódó folyamatra kellett volna számítanunk, de minden szükséges orvosi és adminisztratív feltétel megvalósulását biztosították 48 óra alatt, így a magyar egészségügyi és rendőri szervek is késelem nélkül tudtak eljárni.

Természetes haláleset

Külföldi személy halálakor a kikerző orvos nem talál semmiféle orvosi dokumentációt, nem ismeri a beteget, nem ismeri előzményét, a környezet sem tud erről információt adni. Halálánál tanúk, ismerősök, rokonok nem voltak jelen.

A rendőrhatalóság nem talál erőszakos halálra utaló körülményeket, ezért nem tartja indokoltnak a rendkívüli haláleseti eljárás megindítását. Ugyanakkor a rendőrség javasolja a kórboncolást azzal, hogy amennyiben annak során bármi gyanúsítást észlelnek, akkor ismételt megvizsgálja a rendkívüli haláleseti eljárás szükségességét.

Az orvos javasolja a kórboncolás elvégzését. A hozzátartozók a mellőzést kérik, és mivel külföldről van szó, az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 243. § (5) bekezdése alapján kell eljárni:

„(5) Nem magyar állampolgárnak Magyarország területén bekövetkezett halála esetén

- a) kórbonctani vizsgálat az elhunyt közeli hozzátartozójának kérelmére,
- b) hatósági vagy igazságügyi boncolás rendkívüli halál esetén végezhető el. Ezek során szervet, szövetet csak a halál okának és körülményeinek megállapítása céljából szabad kivenni.”

Így tehát a hozzátartozó nemleges döntése még akkor is érvényesül, ha törvény egyéb rendelkezései alapján a halál okának tisztázatlansága miatt kötelező lenne a kórboncolás. A hozzátartozó indoka az általános mellőzési szándék mellett a költségkímélés volt, mivel a beavatkozás költségeit neki kellett volna fizetni.

A lelkiismereti és vallásszabadság szempontjából akceptálandó ez a szabály, ugyanakkor véleményem szerint diszkriminatív a magyar állampolgárokat illetően. Az ő számukra ugyanis a törvény nem engedi meg ezt a választási szabadságot, lényegében az orvos döntésére bízta a boncolás elvégzését. Semmi különösebb oka nincs a megkülönböztetésnek, de mivel éppen a kegyeleti jogok, a vallásszabadság és az önrendelkezés érintett, így alapjogi szempontból válhat aggályossá a szabályok különbözősége. A bemutatott esetben pedig (ami 2012. nyarán történt) bizonytalanságot hagyott hátra, különös tekintettel arra, hogy a későbbi minden további vizsgálatot kizárt a holttest elhamvasztása.

A külföldi orvosegyetemi hallgatók, mint a magyar egészségügyi ellátórendszer igénybevevői

Az egészségügyi ellátórendszer igénybevételeiben sajátos csoportot jelent a külföldi egyetemi hallgatók jelenléte, ezen belül az orvos- és fogorvoshallgatók jelenléte, akik nemcsak egyszerű fogyasztói az egészségügyi szolgáltatásoknak, hanem belelátanak szolgáltatói oldal működésébe is, fel tudják mérni a rendszerben

dolgozók szakmai felkészültségét, a nyújtott ellátás szakmai minőségét. Összehasonlítási alapjuk van saját származási országuk vagy a képzés során gyakorlaton megismert más ország ellátórendszerének működésével és ezek hatékonyságával.

A magyar hallgatók általában sok orvos ismerőssel rendelkeznek, már az egyetemre történt jelentkezésüket megelőzően is ismerkedtek az ellátórendszerrel, így szokványos betegségük esetén relatíve könnyen jutnak ellátáshoz, automatikusan ismerik az ellátórendszer igénybevételi szabályait. Amennyiben ez szükséges, úgy az egyetemen is bárki könnyen tud segíteni az orvoshoz jutásban, s nem merül föl problémaként a finanszírozás, a biztosítási lefedettség (legfőleg a gyógyszerek lakossági térítési díja tekintetében jelent megfontolási szempontot).

A külföldi hallgató esetében mindezek – különösen az első években – hiányoznak, és a „másik oldal”, a szolgáltató sincs tisztában a nem magyar biztosítás alapján nyújtott vagy nyújtható ellátások részletes szabályaival.

Fentiekből kiindulva, célszerű volt a néhány éve itt tartózkodási tapasztalattal rendelkező hallgatók körében elvégezni egy alapkérdésekre szorító felmérést, amely a bemutatott speciális nézőpontból világítja meg a hozzáférés és igénybevétel néhány jellemzőjét.

A Szegei Tudományegyetem Általános Orvostudományi Karán 2010-ben 559 diák tanult angolul, 212 németül; a Fogorvostudományi Karon 100 angolul, a Gyógyszerésztudományi Karon 62 szinten angolul. Rajtuk kívül mintegy félszáz angol, illetve német nyelvi előkészítő hallgatóval számolhatunk. A túljelentkezés hatszoros volt, a diákok 49 országból érkeznek,¹⁶⁶ a felvett létszám kissé növekszik. A növekedés korlátozza az egyetemi oktatási infrastruktúra (tanterem, eszközök, klinikai oktatásba vonható betegek száma) és oktatói gárda rendelkezésre állása.

Az általam áttekintett szakirodalom gyakorlatilag nem foglalkozik a hazánkban tanuló külföldiek egészségi állapotával, ellátási szükségleteivel vagy mentális egészségével. A beilleszkedés technikai segítségével kívül pszichés és szocio-kulturális támogató szolgáltatások hiányoznak. A külföldiek oktatása részben, mint az egyetemek nemzetközi hírnevének javítása, az egyetem presztízse szempontjából fontos tényező van jelen, de elsődlegesen gazdasági jelentősége van, meghatározó bevételi forrást jelent a képzőhelyek számára. A hallgatói szolgáltatások is ennek megfelelően szerveződnek. A hallgatók egészségügyi ellátása sem diákjóléti megközelítésű, hanem az egyetem számára a térítéses betegellátás forrása. Ezek magyarázhatják, hogy kutató, elemző munkák nem vagy alig foglalkoznak a hallgatók magyarországi beilleszkedésének problémáival. A hallgatói migrációval foglalkozó szakirodalom általában nem tér ki az egészségügyi ellátási igényekre és szükségletekre, nem vizsgálja, hogy a hozzáférés ezen a területen ténylegesen biztosított-e. A pszichológiai és szociológiai szakirodalomban jelenik meg a kulturális sok megbetegítő hatása, amely a hallgatók körében is megjelenhet, de e tekintetben is a mentális betegségek lehetőségét említik csak. Jelen vizsgálat szempontjából is érdemes ezzel a jelenséggel foglalkozni, hiszen a külföldiek

¹⁶⁶ Sok pénzt hoz az egyetemeknek az idegen nyelvű képzés. MTI cikk, EDULINE 2010.11.26., on-line:

http://eduline.hu/felsooktatas/2010/11/26/20101126_idegennyelvi_kepzes_orvosegyetem

számára, ezen belül az egyetemi hallgatók számára ajánlott magán egészségbiztosítások a mentális betegségek kezelését nem tekintik a biztosítási termék részének.

Jelen vizsgálat sem vállalkozik a téma részletes feldolgozására, elsősorban a szorosan vett egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés szervezeti, technikai feltételeit és körülményeit vizsgálja.

Az SZTE angol tannyelvű karán általános orvostudományi és fogorvostudományi karon tanuló V. évfolyamos hallgatók körében végzett felmérés részletes adatai és eredményei

A felmérés módszertana

Az angol nyelvű képzés V. évfolyamán az igazságügyi orvostan tantárgyat a 2012/13-as tanév első félévében felvevő hallgatók körében történt a felmérés. A tantárgy jellegéből adódóan csak e két kar hallgatói körében végeztük a felmérést. A tantárgy hallgatása mindkét karon kötelező, a bejelentkezettek száma Általános Orvosi Karon 68 fő, Fogorvos Karon 12 fő. A kérdőív kitöltése önkéntes volt, amelyet az egyik előadást követően tehettek meg a hallgatók, mintegy 10 perces időkeretben. Az önkéntes kitöltés mellett sem volt kötelező, hogy minden kérdésre választ adjon a kérdezt. A szemeszter későbbi óráin egyes kérdésekkel „visszatértek” a problémához, az interjú jellegű, szóbeli információk ezekből a spontán beszélgetésekből származnak.

A kérdések egy részére egyértelmű választ vártunk, illetve az igen-nem variációk kiválasztásával lehetett válaszolni. Hat kérdésre, amelyek minőségi értékelésre adtak módot, szöveges válaszadási lehetőséget biztosítottunk, amely azonban igen-nem variációval is megadható volt, de rövid kommentárokra is mód volt. A kérdőívet 2. számú mellékletként csatoltuk.

A kérdések két szempont mentén igyekeztek benyomást szerezni a külföldi hallgatók tapasztalatairól:

Az egészségügyi szolgáltatások magyarországi igénybe vevőjeként a hallgatók eddigi tapasztalatairól kért információt, illetve

A hallgatók a magyar egészségügyet „szakemberként” is láthatják, hiszen egyetemi tanulmányaik szintere, oktatásuk és gyakorlati képzésük helye a magyar egészségügyi ellátórendszer, illetve az orvoskar adminisztratív egységei segítik mindennapjaikat.

A válaszok elemzése során nemcsak egy-egy kérdés feldolgozását végeztük el, hanem az egyes válaszok más válaszokkal, illetve a válaszolók származási országával, tapasztalataival összefüggő elemzését is, ami összetettebb következtetések levonására is módot adott. Célzottan vettük fel nemcsak a harmadik országbeli állampolgárok, hanem az EU állampolgárok véleményét is, mert utóbbi kiváló kontrollcsoportot képez.

A felmérés eredményei

Alapadatok, a válaszadók köre.

A válaszadók magyarországi ellátási jogosultságukat illetően elméletileg ismereteket nyerhetnek hivatalos (kormányzati, biztosítási) információs oldalokról, az egyetemről, amellyel hallgatói jogviszonyban állnak, a biztosítótól, amely egészségbiztosítási szerződésben áll velük és közvetlenül az ellátóktól, akkor amikor ellátásra jelentkeznek és – tanulmányaikra tekintettel – az oktatás során, mint tananyag.

A hallgatók zöme alig beszél magyarul, a mindennapi bevásárlás szintjén értenek és kommunikálnak ugyan, de a magyar írott és elektronikus média, az egészségügy szakmai, szakmapolitikai és politikai vitái itteni tartózkodásuk alatt nem vagy alig jutottak el hozzájuk, legfőleg az országra jellemző népegészségügyi helyzettel kapcsolatban szereztek mélyebb ismereteket a népegészségügy tantárgy keretében. Az oktatott tananyag más területeken csak mozaikosan és csekély terjedelemben tartalmaz társadalom-örvostani ismereteket. Ennek megfelelően azt feltételeztük, hogy oktatott ismeretként a magyar egészségügyi ellátórendszer szerkezetét, működési szabályait, igénybevételi rendjét nem sajátították el. Válaszaik tehát nem sugallt vagy megtanult sémákra épülnek, hanem szubjektív benyomásaikra (az egyéb forrásokra másuttal térek ki.)

A szeptemberi tanévkezdést röviddel követően történt a kérdőív felvétele. Az ÁOK hallgatóinak egy része ekkor még nem érkezett vissza Magyarországra, illetve még nem iratkozott be. A magyarországi egyetemisták szokásainak megfelelően, a tantermi előadások látogatottsága alacsony. Ennek megfelelően a kérdőívet 49 fő töltötte ki, ami az adott évfolyam 92%-a a fogorvos és 56%-a az orvostanhallgatók körében [1. sz. táblázat].

A potenciális 80 főből a válaszadók 61%-nak felelnek meg. A hallgatók az V. évfolyamra járnak, több mint 4 éve Magyarországon végzik tanulmányaikat, közülük sokan már egy előkészítő évet is végeztek itt, s néhányan évhalasztás, évismétlés miatt élnek régebb óta Magyarországon. Hipotézisünk szerint ezalatt az idő alatt személyes tapasztalatot is kellett szerezniük a magyar egészségügyről akár közvetlenül, akár közvetetten barátaik, ismerőseik megbetegedése során.

1. táblázat. Az angol oktatási nyelvű karok V. évfolyamos hallgatóinak létszáma, és a kérdőívet kitöltők aránya

Kar	Összes hallgató (fő)	Kitöltötte (fő - %)
ÁOK	68	38 – 56 %
FOK	12	11 – 92 %

A felmérés személyazonosításra alkalmatlan módon történt. A hallgatók karok szerinti megoszlását és nemük szerinti megoszlásukat (1. kérdés) rögzítettük [2. sz. táblázat; 1. sz. ábra; 3. sz. táblázat; 2. sz. ábra].

2. táblázat
Nemek szerinti megoszlás

Neme	fő
ffi	20
nő	29
Összesen	49

1. ábra – Nemek szerinti megoszlás



3. táblázat
Karak szerinti megoszlás

Kar	fő
ÁOK	38
FOK	11
	49

2. ábra – Karok szerinti megoszlás



2. és 3. kérdés

Személyes kérdésként a válaszolóktól nemzetiségükre kérdeztünk rá, valamint arra, hogy hol éltek egy évnél hosszabb időn át, nem számítva magyarországi tartózkodásukat [4. sz. táblázat].

4. táblázat Származási ország szerinti megoszlás

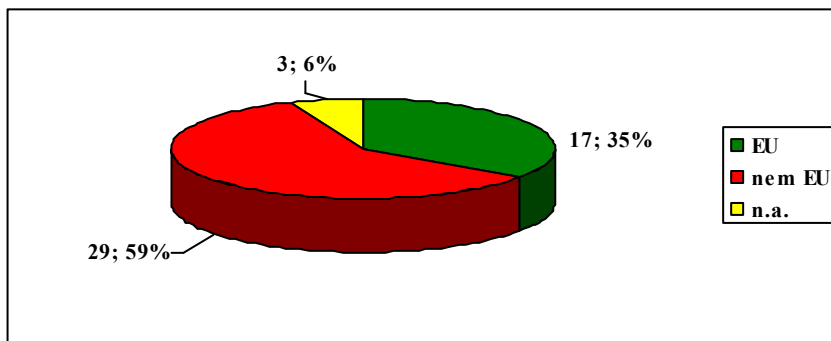
Kontinens, ill. régió	Ország	fő
EU tagállam	Ciprus	1
	Görögország	3
	Írország	3
	Magyarország	1
	Németország	3
	Norvégia	3
	Portugália	2
	Svédország	1
	Európa – nem EU tagállam	1
	Törökország	1
Közél-Kelet	Irán	4
	Izrael	9
	„Kurd”	1

Ázsia	4	
	Japán	2
	Pakisztán	1
	Taiwan	1
Afrika	5	
	Mauritius	1
	Nigéria	4
Amerika	4	
	Kanada	2
	USA	2
Nem válaszolt		4
Összesen		49

További országok, amelynek egészségügyi ellátását igénybe vették (legalább egy évet élet ott): Egyesült Királyság (Anglia); Gána; Grúzia; Malaysia; Kína.

Az Európai Unió polgárait külön csoportba soroltuk [3. sz. ábra], illetve fölmértük, hogy a harmadik országokból érkezettek milyen egészségügyi ellátórendszeri feltételek között éltek korábban, kik érkeztek fejlett egészségügyi kultúrával és technológiával rendelkező országokból és kik jöttek olyan országokból, ahol a lakosság ellátási hozzájárása és népegészségügyi helyzete is jelentősen elmarad az európai és észak-amerikai mutatóktól.

3. ábra – A hallgatók megoszlása az EU és harmadik államok között



A nemzetiségi mutatók ugyancsak fontos adatot szolgáltatnak az egészségügyi ellátórendszerrel érintő szocio-kulturális hagyományok tekintetében. A vallási hagyományok nemcsak az ellátás nyújtásakor, hanem igénybe vételekor is lényeges körülményként jelentkezhetnek. A felmérés nem tartalmazott olyan kérdést, amely ezzel kapcsolatos részletes információt kért volna, de a későbbi személyes beszélgetések során a hallgatók elmondták, hogy a magyar egészségügyi ellátórendszerben dolgozó orvosok és az egyéb ellátó személyzet általában semmiféle információval nem rendelkezik a nem keresztény kultúrák egészségügyet érintő előírásaival, etikai és betegjogi normáival. Az ilyen betegek ellátása során sem tájékozódik erről, magát a beteget sem kérdezik meg, van-e speciális igénye, elvárása. E tekintetben az oktatás során sem kapnak érdemi információt, az ellátás

nem szorosan vett szakmai tartalmán túlmutató ismereteket vagy nem kapnak vagy a hazai szabályokat oktatják számukra.

Sok esetben órán is tapasztaljuk, hogy a hallgatók vallási, kulturális identitása meghatározza az egyes ellátási esetekhez való viszonyukat is. Az abortuszhoz, euthanasiához, családtervezéshez, öngyilkossághoz, a családon belüli erőszakhoz való viszony, az elmebetegek közösségi gyógyításával kapcsolatos vélekedések, a betegjogok értelmezése és elfogadása olyan témák, amelyek a tanórán is vitákat váltanak ki. Esetenként a már öt éve tartó közös tanulmányok ellenére is élénk „összecsapások” tapasztalhatók. Ugyanakkor relatíve nagy nyitottság tapasztalható a tekintetben, hogy az egyes kultúrák előírásait és vélekedését megismerjék. Olyan jelenséggel még nem találkoztam, hogy bármelyik hallgató azért tagadott volna meg egy gyakorlaton történő részvételt,¹⁶⁷ mert az ott tárgyalt téma vagy bemutatott eset számára kulturálisan vagy más okból nem elfogadható.

Az oktatási gyakorlatban számos tantárgy nem igényel semmiféle különbségtételt a magyar nyelvű hallgatók és az angol nyelvű kar hallgatóinak oktatásában (pl. az alapozó elméleti tárgyak, mint a biokémia). Esetünkben azonban az egészségügyi jogi ismeretek, az orvos társadalmi szerepvállalásához kötődő kötelezettségek, az igazságszolgáltatást segítő törvényszéki orvosi munka társadalmi beágyazottsága kívánja, hogy a mindenkori évfolyam nemzeti összetételének és a nemzetközi dokumentumoknak megfelelő, évről-évre módosuló tartalmú ismereteket is átadjunk.

Két évtizedes angol nyelvű orvosképzési tapasztalataim alapján és a jelen felméréshez kapcsolódó kiegészítő információk alapján úgy gondolom, hogy a külföldi hallgatók értékelésére érdemes odafigyelni.

A Magyarországon tanuló hallgatók nemzetiségi összetétele évről évre változik. Jelenleg több mint egyharmaduk EU tagállam területéről érkezett, ami az uniós csatlakozásunk előtti időszakokkal összevetve növekedést jelent.

Ez az arány időszakosan is növekszik az Erasmus ösztöndíjas hallgatók megjelenésével, ami félévente 3-5 főt jelent az angol nyelvű kar egy-egy évfolyamán. A 2012-es őszi szemeszterben 19 fő érkezett Erasmus ösztöndíjjal a karra, ami egy szemeszterre vonatkozó képzést jelent, azaz a bevándorlási szabályok szerint 3 hónapon túli, tanulási célú tartózkodásnak minősül, szabályai a tanulmányaikat tartósan itt végzőkkel megegyezőek, ide értve az egészségügyi ellátást és az ennek fedezetéül szolgáló biztosítást illető előírásokat is.

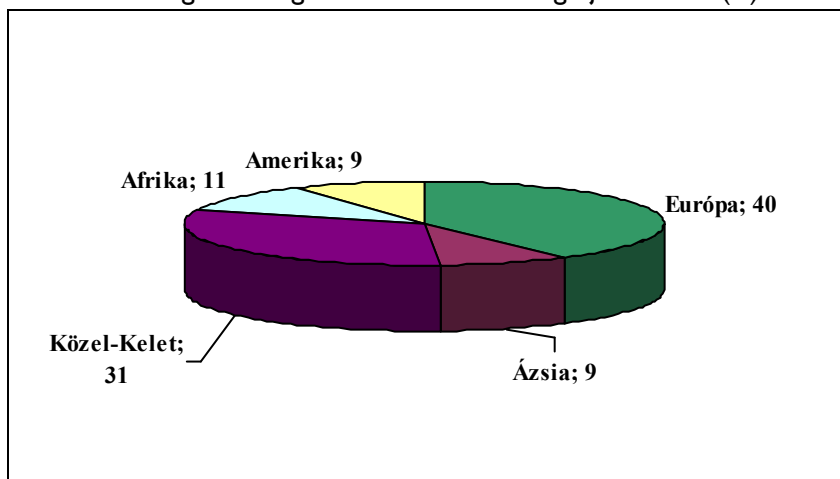
Korábbi adatok szerint (5 éve) Magyarországon az összes felsőfokon tanuló külföldi hallgató túlnyomó többsége, 79 százaléka Európából érkezett, 16 százalékuk Ázsiából, 3 százalék Észak Amerikából és további 2 százalék jött Afrika valamely országából.¹⁶⁸ Saját felmérésünk ettől lényeges eltérő arányokat mutat. Ennek oka lehet, hogy az orvosgyógyászok már a rendszerváltást megelőzően is számos Európán kívüli államból fogadtak orvoshallgatókat (akkor még magyar tannyelvű képzésben), és ennek hagyományos vonzereje is fennmaradt. A képzés költségei –

¹⁶⁷ Nem egy eljárás elvégzéséről, hanem annak passzív megismeréséről, megtanulásáról van szó.

¹⁶⁸ Langerné Rédei Mária: A tanulmányi célú mozgás. MTA Doktori Értekezés, Budapest, 2008. p:98-100. on-line: http://real-d.mtak.hu/87/1/Redei_Maria.pdf

összehasonlítva neves nyugat-európai egyetemekkel – és a megélhetés költségei alacsonyabbak, a képzés azonban elismert diplomát ad. Valószínűsíthetően a kialakult toborzási szokások is szerepet játszanak abban, hogy ez a megoszlás alakult ki. (Az egyes régiókból származók megoszlását az érdemi választ adók között úgy kalkuláltuk, hogy Törökországot Európához, Izraelt a Közel-Kelethez soroltuk.) [4. sz. ábra]

4. ábra - A hallgatók megoszlása származási régiójuk szerint (%)



A fejlett egészségügyi ellátást nyújtó, magas technológiai szinten álló országok közül az USA, Kanada és Japán valamint – orvosegyetemeken hagyományosan – Izrael hallgatói eleve magas szintű elvárásokat támasztanak az ellátással szemben, ugyanakkor – saját rendszerük ismeretében – a pozitív elemeket is értékelik. Az izraeli hallgatók a kötelező, 3 éves katonai szolgálat letöltését követően kezdik meg tanulmányaikat, néhány évvel idősebbek és tapasztaltabbak az átlagos ötödéves hallgatóknál.

A távol-keleti hallgatók szegedi megjelenése új jelenség, elvárásaikról és korábbi tapasztalataikról nem rendelkezünk információkkal.

Adataink beleilleszkednek abba trendbe, amelyet 2009-ben a „Migráció a felsőoktatásban” kutatás során találtak, amely az orvosegyetemi képzésben a nyugati kultúra erős reprezentációja mellett azt is igazolta, hogy az izraeli hallgatók hazánkba kifejezetten az orvosegyetemi tanulmányok érdekében érkeznek.¹⁶⁹ A Közel-Kelet kiemelt reprezentációja a hallgatói összetételben az izraeli hallgatók létszámából ered.

Szinte minden évben van olyan hallgató, aki magyar származású, ők általában az USA vagy Kanada állampolgárai, elvértve jó magyar nyelvtudással rendelkeznek.

¹⁶⁹ Danka Balázs: Migráció a felsőoktatásban. Kutatási tanulmány a magyarországi felsőoktatásban tanuló harmadik országbeli állampolgárokról. A Bevándorlási és Állampolgársági Hivatal „Migráció a felsőoktatásban” című projektje. 2010. p.:21 és p:31 online: http://www.bmbah.hu/ujpdf/MIGRACIO_A_FELSOOKTATASBAN.pdf?PHPSESSID=

A 49 válaszadó 23 országban élt hosszabb ideig, mint egy év, tapasztalataik tehát meglehetősen széles körűek és vegyesek, amikor véleményt mondanak az intézményrendszerrel kapcsolatban.

4. és 5. kérdés

Az ellátási jogosultság vizsgálata (Magyarországon megkötött, vagy más országban kötött egészségbiztosítás) ugyancsak az alapadatok körébe tartozik. Ezzel összefüggésben is vizsgáltuk, hogy rendelkeznek-e információval az ellátórendszerrel a biztosítottak, illetve milyen véleményük van annak minőségéről.¹⁷⁰

Az egyetem kötelezi a hallgatókat arra, hogy teljes körű egészségbiztosítással rendelkezzenek. Elfogadja a más országokban kötött egészségbiztosítási szerződéseket is, amelyek megfelelnek ennek a feltételnek. Lehetőséget biztosít ugyanakkor, hogy a hallgatók az egyetem által javasolt (ajánlott) szolgáltatóval kössenek szerződést. Az egészségbiztosítás tekintetében más szabályok vonatkoznak a harmadik országbeli állampolgárokra, mint az európai egészségbiztosítási rendszerben ellátásra jogosultakra. Összességében azt mondhatjuk, hogy mindenkinek kell egészségbiztosítással vagy az ellátásra fedezettellel rendelkeznie, de ez nem jelenti azt, hogy a hallgatóknak emiatt Magyarországon egészségbiztosítási szerződést lenne kötelező kötniük. A válaszadóktól nem kérdeztünk rá a biztosítási szerződés pontos jellegére, illetve arra, hogy mit értenek biztosításon. Ugyanakkor feltételeztük, hogy vannak olyanok, akik máshol olyan biztosítással rendelkeznek, hogy hazánkban nem kötöttek szerződést, illetve az EU tagállamok polgáraként nemcsak nem kötelező biztosítást kötniük, de könnyen hazautaznak az otthoni ellátás igénybevétele céljából, ha komolyabb betegségük alakul ki, amely nem sürgősségi ellátást igényel. Ennek alapján nemcsak a biztosítás tényét, hanem a magyar és más országbeli biztosítás egymáshoz való viszonyát is vizsgáltuk, amit összevetettünk az állampolgársággal is. Az alap adatok tekintetében megállapítható, hogy a válaszadók zöme magyarországi biztosítással rendelkezik, és ugyancsak nagy többségüknek más országban van egészségbiztosítása [5. sz. táblázat].

5. táblázat - Az egészségbiztosítási szerződéssel rendelkezők

N= 49 fő	Van	Nincs	Nem válaszolt
Magyarországon van egészségbiztosítása?	38	10	1
Más országban van egészségbiztosítása?	38	11	0

A biztosítással rendelkezők száma a két csoportban azonos, lényegében a nem biztosítottak száma is megegyező, de ez nem jelenti azt, hogy a két-két azonos

¹⁷⁰ Az egyetemi hallgatók egészségügyi ellátásáról és annak feltételeiről külön összefoglalóban szövegek.

kategória ugyanazokat a személyeket fedi. A válaszok és a válaszadók egymáshoz való viszonyának elemzéséből megállapítható volt, hogy a két biztosítással nem rendelkező csoport között nincs érdemi átfedés.

A két kérdés alapján kiválogattuk a négy lehetséges variáció szerinti válaszokat, amelyeket besoroltunk a származási ország szerint is. Ezeket összesítettük a 6. sz. táblázatban. A származási országra vonatkozó hiányzó válaszok miatt az összesítésbe a 49 válaszadóból 45 fő adatai kerültek be.

6. táblázat - A magyar és más országban biztosítással rendelkezők megoszlása származási országuk szerint

N=45 fő	EU	Nem EU
Magyarországon nincs, de máshol van	7	1
Magyarországon nincs, máshol sincs	1	1
Magyarországon van, máshol nincs	0	8
Magyarországon van, máshol is van	8	19

Az EU területéről érkezett hallgató olyan országból jött, ahol állami egészségügyi ellátórendszer működik, így a szó formális, szűk értelmében nem biztosított, de az európai jogosultság szempontjából biztosítással rendelkezőnek kell tekintenünk. A nem európai uniós hallgató esetében hasonló a helyzet, állami egészségügyi ellátórendszerre épül az alkotmányos egészségügyi ellátási jogosultság biztosítása. A magyarországi biztosítás hiányára a kérdőív alapján nem találtunk választ.

Nem találtunk olyan EU tagállamból érkezett személyt, akinek csak magyar biztosítása lenne, ami természetes, hiszen külföldi hallgatókról van szó, akik legalább 18 éven keresztül más országban részesültek egészségügyi ellátásban.

Az EU tagállamokból érkezettek egyforma arányban bíznak az E-kártya által garantált ellátási csomagban, illetve annak elégtelenségében. Arról nem nyilatkozott senki, hogy magyarországi ellátása során problémát jelentett volna az E-kártya tényleges vagy vélt „elégtelensége”¹⁷¹. Az itt is megkötött biztosítás – különös tekintettel a későbbiekben bemutatásra kerülő tartalomra – nem feltétlenül jelent valódi többletszolgáltatási jogosultságot. Nem kizárható, hogy az ellátással kapcsolatos jogosultság vitathatatlanságát megerősíti, ezért a hozzáférés biztonságát megeremti, és a szolgáltató által is könnyebben kezelhető.

Az Európán kívülről érkezők döntő többségének nemcsak Magyarországon, hanem másutt is van egészségbiztosítása, és vannak olyanok – nyilván a szegényebb államokból, ahol az egészségbiztosítási lehetőségek nagyon korlátozottak vagy nincsenek -, akiknek kizárólag itt van ilyen jellegű ellátási jogosultságuk. A nigériai hallgatók is ebbe a körbe tartoznak, akiknek egyébként lenne ellátási jogosultságuk a

¹⁷¹ Közvetlen kérdés erre nem vonatkozott, a negatív tapasztalatok között lett volna mód említeni.

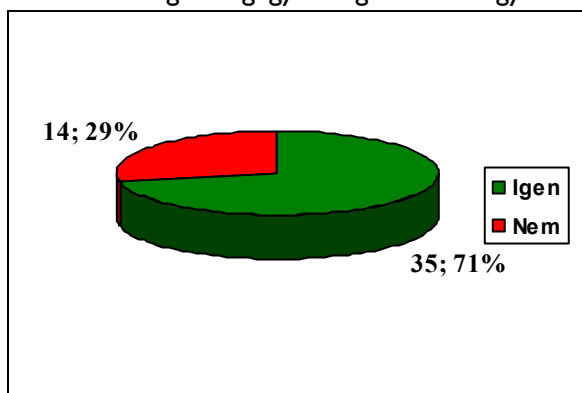
kormányközi kétoldalú szerződés alapján, de ennek a jogosultságnak a terjedelme és a hazai szolgáltatók körében való ismeretlensége miatt a tényleges ellátási hozzáférési jogosultságot a biztosítási szerződés megléte jelenti.

6. kérdéscsoport

A kérdés csoport a hallgató, mint beteg egészségügyi ellátással összefüggésben szerzett tapasztalatait mérte fel néhány csomóponti kérdés kapcsán. Kérdés vonatkozott arra, hogy vettek-e igénybe ellátást, hogy ezért kellett-e fizetni, kaptak-e számlát. Kérdés vonatkozott arra, hogy elégedettek voltak-e, és mi volt a legrosszabb és a legjobb az ellátásban. Külföldiként a kommunikációs lehetőségek jelentik bármely szolgáltatás igénybevételi korlátját, ezért az orvosi és ápolói kar angol nyelvű kommunikációs képességeire is rákérdeztünk.

A több mint 4 éves magyarországi tartózkodás alatt a hallgatók döntő többségének szüksége volt egészségügyi ellátásra. Ennek jellegét és részleteit nem kérdeztük meg. A válaszokból feltételezhető, hogy ellátáson a hallgatók az orvos-beteg találkozással járó egészségügyi szolgáltatást értették, nem valószínűsíthető, hogy az évek alatt legalább egy alkalommal ne lett volna szükségük gyógyszeres szolgáltatásra, azaz legalább nem vényköteles gyógyszert nem vettek volna be. [5. sz. ábra]

5. sz. ábra - Egészségügyi szolgáltatást Magyarországon igénybevevők



Azok között, akik nem vettek igénybe egészségügyi ellátást (14 fő, akik közül 13 fő esetében lehetett összetett étékelést végezni) néhány kiemelésre érdemes trend rajzolódik ki. A kari megoszlás szerint 5 fő a FOK-ra jár, ami a válaszadók és az összlétszám tekintetében is majdnem felét jelenti az évfolyamra járóknak, és az összes válaszadón belül jelentősen felülreprezentálja a fogorvostan-hallgatókat. Ugyancsak felülreprezentáltak azok, akiknek nincs magyarországi biztosításuk (6 fő), a mindösszesen 10 magyarországi biztosítással nem rendelkező személy között. Az európaiak 35%-a, a nem európaiak 24%-a nem vett igénybe ellátást hazánkban. A viszonylag kis vizsgálati mintaszám miatt ezek a jelenségek csak óvatosan értékelhetők, de a három jelenség együttesen rámutat arra, hogy az ellátórendszert jobban ismerők (ÁOK hallgató) és nagyobb ellátási garanciákkal rendelkező (biztosított) könnyebben és esetleg korábbi tünetekkel is igénybe veszi az ellátást,

míg az ellentétes hatások a hozzáférés szempontjából visszatartó hatásúak lehetnek. Az európaiak számára földrajzi közelség lehetővé teszi az „otthoni ellátás” igénybevételét, ez is oka lehet annak, hogy kisebb arányú volt magyarországi ellátásuk. Nem kizárható, hogy a távolabbi országok polgárai számára az idegen ország szokásaihoz, körülményeihez való alkalmazkodás önmagában olyan megterhelést jelent, amely gyakoribb megbetegedéshez vezet. [7. sz. táblázat]

7. sz. táblázat - Az egészségügyi ellátást igénybe nem vevők megoszlása a válaszadók között (N=13 fő)

	NEM		KAR		SZÁRMAZÁS		MAGYAR-ORSZÁGI EGSZÉSZSÉG-BIZTOSÍTÁS	
	Férfi	Nő	FOK	ÁOK	EU	NEM EU	VAN	NINCS
	6	7	6	7	6	7	7	6
Arány saját kategóriában	30% (N=20)	24% (N=29)	54% (N=11)	18,4% (N=38)	35% (N=17)	24% (N=29)	18,4% (N=38)	60% (N=10)

A hallgatókkal történt szóbeli konzultációk mellett kollegiális konzultációkat is folytattam. Ennek során pszichiáter szakorvosok mondták el, hogy idegen nyelvű magánpraxist is folytatva viszonylag nagy számban és hosszabb távon fogadnak klienseket a Magyarországon tanuló külföldiek közül, relative nagy számban az orvostanhallgatók közül. Problémáik a honvágy,¹⁷² az igen jelentős alkalmazkodási kihívás,¹⁷³ a korábbi közösségi kapcsolatok hiánya, az anyanyelvi közeg hiánya, amelyet összefoglalóan a kulturális sokkhatás jelenségeként ismerünk,¹⁷⁴ valamint ezt tovább növeli az orvosegyetemen az extrém szakmai terhelés.

A kulturális sokk a tartós frusztráció eredményeként akár depresszióhoz is vezethet. A jelenség magas vezető beosztású személyeken, multinacionális cégek menedzserein is megfigyelhető, nem vagy nem csak a munkaterheléshez

¹⁷² Horváth-Militityi Tünde: *Egy kultúraváltás szempontjából láthatatlan migráncsoport élményuniverzumai: a helyvesztés és a beilleszkedés pszichés dinamikája*. Doktori Értekezés. Pécsi Tudományegyetem, Bölcsészettudományi Kar, Pszichológiai Doktori iskola, 2011. p:68. on-line: http://pszichologia.pte.hu/files/tiny_mce/doktori/D-2012-Horvat-Militityi%20Tunde.pdf

¹⁷³ Egyik kollégám szavaival élve: „kulturális és kulináris terhelés”.

¹⁷⁴ Részleteket ld.: Fülöp Márta, Sebestyén Nóra: *Kulturális sokk? Kulturális különbségek Budapesten tanuló amerikai egyetemisták szemével*. MTA Pszichológiai Kutatóintézet, 2011. Tempus Közalapítvány honlapja, on-line: http://www.tpf.hu/document.php?doc_name=Bologna/Seminars/110419/c_2_fulop.pdf

kapcsolódik.¹⁷⁵ Az ennek feldolgozását segítő, támogató programok a külföldi egyetemi hallgatók számára szervezeten nem vagy alig hozzáférhetők.

A hallgatók számára javasolt biztosítási konstrukciók a mentális problémák kezelését és a pszichiátriai betegellátást általában nem finanszírozzák, ez az ellátás különösen nehezen hozzáférhető a hallgatóknak. Az Egyetemi Életvezetési Tanácsadó Központ (EÉTK) a Szegedi Tudományegyetem hallgatói részére (karoktól függetlenül) biztosít különböző mentálhigiénés szolgáltatásokat,¹⁷⁶ azonban hozzáférhetősége kizárólag magyar nyelvű, ezért erről a lehetőségről a külföldi hallgatók eleve nem értesülnek, bár nem kizárható, hogy egyedi igényre megszerveznék az angol nyelvű tanácsadást.

Az orvoscézés eleve kiemelt stresszor tényezőt jelent, a hallgatók többen küzdenek mentális problémákkal, amelyet a magyar nyelven tanuló hallgatók számára szervezett támogató szolgáltatásokkal lehet kezelni (erre vonatkozóan tapasztalatok is vannak),¹⁷⁷ de ilyen megoldások a külföldieknek számára nem állnak rendelkezésre, azaz az általuk elérhető pszichoterápiás vagy azzal rokon szolgáltatások esetében nemcsak korlátozottságról beszélhetünk, hanem teljes hozzáférhetetlenségről.

A külföldi hallgatók egészségi állapotáról nincs megbízható adatunk, mint ahogy arról sem, hogy ők maguk hogyan ítélik meg egészségi állapotukat. A magyar hallgatók körében történtek ilyen vizsgálatok a szegedi egyetemen is,¹⁷⁸ de ezt se nem terjesztették ki, se nem vetették össze a külföldiekkel. Így nincs arra adat, hogy szubjektív okból vagy objektív alapon megítéljük, hogy megfelelő-e a külföldi hallgatók állapota, és megfelelő-e az ellátásuk.

Az egészségügyi szolgáltatás igénybevételekor az esetek többségében térítési díjat kellett fizetni. Kiemelendő, hogy az SZTE bizonyos szolgáltatások tekintetében a hallgatók és a dolgozók számára térítésmentes ellátást biztosít, így pl. a fogorvosi költségek (oktatási célú ellátás keretében) térítésmentesen vehetők igénybe. (A fogművek költségeit a betegnek kell fizetnie.) Ez a külföldi hallgatókat is megillető juttatás, amelyet egy hallgatónevesített pozitívumként emelt ki. [8. sz. táblázat]

¹⁷⁵ Dr. Rudnák Ildikó: *A multikulturális környezet kihívásai a magyarországi nagyvállalatok vezetői körében*. Doktori Értekezés. Szent István Egyetem, Gazdálkodás- és Szervezéstudományi Doktori Iskola, 2010., p:51-51. on-line: http://szie.hu/file/tti/archivum/Rudnak_Ildiko_ertekezes.pdf

¹⁷⁶ SZTE Egyetemi Életvezetési Tanácsadó Központ (EÉTK) honlapja: <http://www.eletv.u-szeged.hu/index.php/en/rolunk.html>

¹⁷⁷ Rosta Eszter dr, Almási Zsuzsanna, Karácsony István, Konkoly Thege Barna dr., Hegedűs Katalin dr.: Orvostanhallgatók egészség-magatartása. Mentálhigiénés készségfejlesztés a hazai orvoscézésben. Orvosi Hetilap, 2012., 153. évfolyam, 29. szám, p1153–1157. DOI: 10.1556/OH.2012.29374.

¹⁷⁸ dr. Paulik Edit, Molnár Regina, dr. Müller Anna: *Az egészségügyi felsőoktatásban tanulók véleménye az egészségről és a betegségről*. *Lege Artis Medicinae*, LAM 2003;13(3):246-9.

8. sz. táblázat - Fizetés és számlaadás az egészségügyi szolgáltatásért

	IGEN	NEM	NEM VÁLASZOLT
Fizetett-e az ellátásért?	27	16	6
Kapott-e számlát?	25	16	8

Emellett az Európai Egészségbiztosítási Kártya térítésmentes ellátásokra jogosít, így érthető, ha relatíve nagy arányban nem kellett a hallgatóknak fizetni az ellátásért. Heten voltak olyanok, akik fizettek az ellátásért, de számlát nem kaptak róla, és egy olyan válasz érkezett, hogy a fizetést követően „néha” kapott számlát. Többen bejelölték, hogy nem kellett fizetni, de kaptak számlát, ami ugyancsak az európai kártya alapján történt ellátásra utal, ahol a beteg számára korábban kötelező volt a tájékoztató számla kiadása az OEP felé elszámolt szolgáltatásokról.

A szubjektív elégedettség vizsgálata három kérdéssel történt: az elégedettség tényét (ez esetben nem egy differenciált skálán, hanem összességében), valamint a két szélsőséges élményt, a legjobb és legrosszabb élményt határozták meg a válaszadók. Relatíve magas arányban voltak a nem válaszolók (11 fő), míg az elégedettek és elégedetlenek aránya kiegyensúlyozott volt, 19-en elégedettek voltak 17-en nem.

A válaszok egymással való összefüggéseit vizsgálva megállapítható volt, hogy a fogorvos hallgatók inkább elégedetlenek voltak az ellátással, míg az orvostanhallgatók inkább elégedettek. A szöveges válaszok arra utaltak, hogy az ellátás körülményei, a gépek kora jelentette a fogorvos hallgatók számára a leginkább negatív tényezőt.

Ugyancsak határozott eltérés mutatkozott az abban, hogy az EU állampolgárok inkább voltak elégedettek az ellátással, azaz összességében pozitívabb volt a megítélésük, mint az EU-n kívüli államokból érkezetteknek. Közöttük kiegyensúlyozottan oszlott meg az elégedettek és elégedetleneknek aránya.[9. sz. táblázat]

9. sz. táblázat - Az ellátással való elégedettség megoszlása a hallgatók egyes csoportjaiban

	FOK	ÁOK	FFI*	NŐ*	EU	NEM EU*
Elégedett	3	16	9	7	8	12
Nem elégedett	6	11	7	6	4	11

*egy hallgató „is-is” választ adott

A legjobb élmény vagy legjobb tapasztalat szöveges megválaszolására viszonylag kevesebben vállalkoztak, mindössze 26 fő adott választ. A válaszok három fő csoportba sorolhatóak: az ellátás gyorsasága (sem időpontra, sem az ellátásra nem kellett sokat várni), a megfelelő szakmai színvonalú vizsgálat és ellátás, valamint az

orvosok kedvessége. Egy hallgató kiemelte pozitív élményét az angol nyelvű ellátással kapcsolatban. Két esetben emelték ki a hallgatók, hogy a kedves és barátságos ellátást magánszolgáltatónál kapták.

A rosszabb élmény vagy legjobb tapasztalat tekintetében 34-en adtak választ, azaz többen tudtak kritikus elemeket kiemelni. A három leggyakoribb negatívum az ellátás körülményeit, eszközeit, a rendelő vagy kórház tisztaságát érintő rossz megítélés, a lassú ellátás, amelynek hátterében volt, aki a korrupciót, és volt, aki a külföldiek ellátására vonatkozó szabályok ismeretének hiányát valószínűsítette. Harmadikként a kommunikációs problémák emelhetők ki, amelyek két fő csoportja az angol kommunikációs hiányosságok (orvosok esetében is) és az udvariatlan, figyelmetlen, durva, rossz hozzáállású ellátás volt. Az ellátás szakmai tartalmára utaló kifogás mindössze 3 esetben jelent meg.

A két válaszcsoportot összevetve arra a következtetésre juthatunk, hogy egyéni szerencse és – valószínűsíthetően – a konkrét ellátóhely gyakorlata határozza meg, hogy a hozzáférés és az ellátás lassú-e, és az ellátók viselkedése megfelelő-e. Mindkét tényező független az infrastrukturális vagy finanszírozási tényezőktől, kifejezetten minőségbiztosítási és betegjogi kérdés, nagyrészt az adott szolgáltató ezirányú elkötelezettségének függvénye.

A külföldi hallgatók ellátása és ellátáshoz való érdemi hozzáférés szempontjából a kommunikáció nyelvtudási követelményei is lényegesek. Az orvosegyetemen az oktatói státus betöltésének régebb óta feltétele a nyelvtudás, amellyel elvben minden orvosnak rendelkeznie kellene. Ez természetesen nem korlátozható az angol nyelvtudásra, tehát nem várható el, hogy minden orvos beszéljen jól angolul. Egy átlagosan jó angol tudás azonban vélhetően elvárható lenne.

A feltett kérdésre 26 fő válaszolta, hogy az orvosok beszéltek angolul, 4 főnek vegyes tapasztalatai voltak, 8 fő azt válaszolta, hogy nem beszéltek angolul, és 11 fő nem válaszolt. Más szóval: csak a megkérdezettek alig több, mint fele tartotta megfelelőnek az öt ellátó angol tudását, ami mindenképpen alacsonyabb arány orvosegyetemen elvárhatónál.

Ennél is rosszabb volt a kép az ápolók (asszisztensek) körében, akikre vonatkozóan egyetlen olyan válasz sem érkezett, hogy beszélnek angolul. 34 nemleges válasz mellett egyetlen „is-is” válasz érkezett, 14-en nem válaszoltak. Nem kizárható, hogy ebben a negatív megítélésben nemcsak a betegként szerzett tapasztalatok, hanem az egyetemi gyakorlatokon szerzett élmények is szerepet játszanak, amikor a hallgatók irányításában, eligazításában, segítségével (és oktatásában) szinte semmilyen segítségre nem számíthatnak a nem orvos ellátó személyzet részéről.¹⁷⁹

A válaszokból arra is következtethetünk, hogy az ellátás igénybe vételekor minden részellátást és adminisztrációt is csak az orvoson keresztül, annak közvetlen, személyes részvételével tudnak intézni, illetve fekvőbeteg ellátásuk során az ápolási szolgálat igénybevétele számukra igen nagy mértékben nehezített.

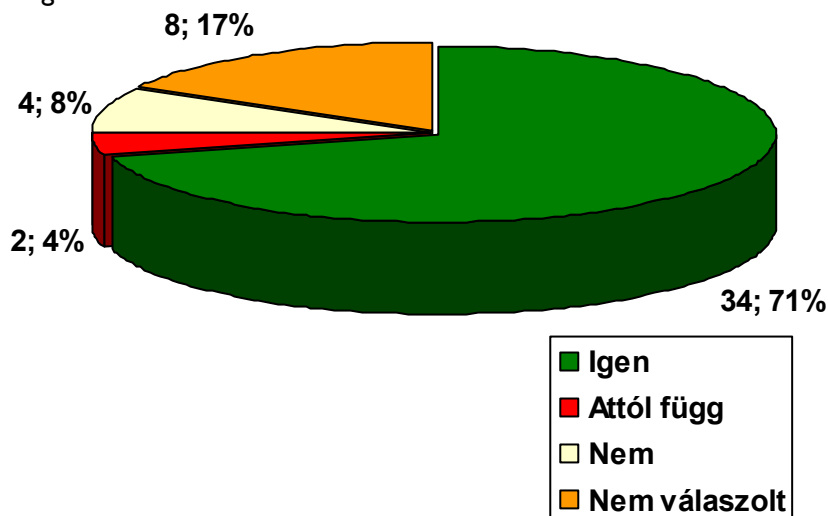
¹⁷⁹ A mi intézetünkben a hallgatói értékelésben rendszeresen kiemelik a hallgatók az oktatók átlagosnál jobb nyelvismeretét, és azt, hogy az adminisztratív munkatársak között van több angolul beszélő kolléga, akikkel ügyintézési, adminisztratív problémákat is meg tudják beszélni.

Az ellátás igénybevételét korlátozó további tényező, hogy az ellátásra vonatkozó szabályok, tájékoztatók csak magyar nyelven férhetők hozzá. Ennek az egészségbiztosítással kapcsolatos vetületeit a későbbiekben részletesen bemutatom, a mentálhigiénés szolgáltatásokra vonatkozó adatok pedig azt reprezentálták, hogy ezen – látszólag – nyelvi hiányosság terápiás konzekvenciákkal is jár, lényegében megfosztja az érintetteket egyes ellátásoktól (pl. pszichiátriai kezelés). A hallgatók szóbeli beszámolója szerint néhány oktató segítőkészsége, a külföldi hallgatók tanulmányi osztályának munkatársai segítenek áthidalni ezeket a nehézségeket.

7. kérdés

Alapvetően betegként, de részben orvostanhallgatóként válaszolták meg a hallgatók azt a kérdést, hogy szívesebben vennék-e igénybe más ország egészségügyi szolgáltatását, mint a magyart. Első megközelítésben a válasz szubjektív, ugyanakkor fontos tanulság lehet abban, hogy hazánk egészségturizmusban játszott jelentős célországként valóban szóba jön-e. Esetleg ennek érdekében alapvető változások szükségesek-e a külföldiek számára nyújtott egészségügyi szolgáltatásokban is?

6. sz. ábra - Inkább veszi igénybe az egészségügyi ellátást más országban, nem Magyarországon?



A hallgatók több, mint 70%-a inkább más országban megy orvoshoz. Vélhetően ezt fogja környezete számára is ajánlani, így az egészségturizmus „reklámozásának” természetes forrásai igen szűkek. Ha figyelembe vesszük, hogy a hallgatók tapasztalatai viszonylag gyorsan elterjednek az Erasmus hallgatókon keresztül, illetve más karok hallgatói is az orvoskariaktól kérnek tanácsot, és saját környezetükben is terjesztik véleményüket, akkor ez kifejezetten nem segíti országunk esélyeit.

A magánszolgáltatók és magánszolgáltatások esetében persze lehet jobb a helyzet, de – mint azt az előzőekben kifejtettem - ezek elsősorban egyszerűbb járóbeteg ellátásban játszanak érdemi szerepet.

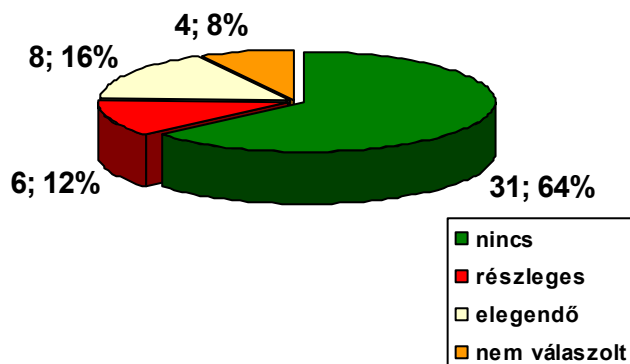
8. és 9. kérdés

A tájékoztatás és a tájékozottság területén két kérdésre vártunk választ. Arra, hogy 4 év orvostudományi képzés után van-e ismeretük a magyar ellátórendszerrel általában, és arra, hogy betegség esetére kaptak-e megfelelő tájékoztatást az ellátás igénybevételéről. Igen-nem válasz adható volt, de ha akarták, kommentálhatták is a választ a hallgatók. Kommentek a betegség esetén szükséges teendők, azaz a szubjektív érintettséget is lefedő kérdésre érkeztek.

Az V. évfolyam hallgatói már túl vannak számos olyan tantárgyon, amelynek keretében hallaniuk kellett volna – legalább példaként – a magyar egészségügyi ellátórendszer működéséről. A népegészségügyi ismeretek, az egyes szakterületek nemzetközi sémákat követő hazai szervezési szabályai, a választott szakdolgozati téma kidolgozásához adott hazai környezet arra lenne hivatott, hogy megismertesse a hazai ellátórendszer főbb elemeit.

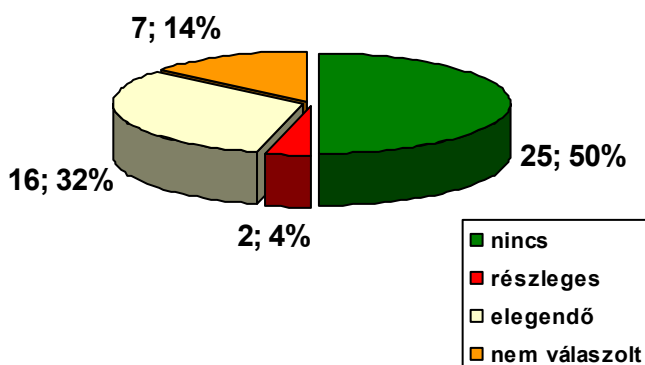
A válaszok alapján azonban úgy tűnik, hogy a hallgatók úgy végzik el az orvosegyetemet, hogy érdemben nem ismerik meg a magyar ellátórendszert, kétharmaduk nem kapott róla információt. Az előző kérdéshez is kapcsolódva, ennek alapján nem meglepő, ha nem ajánlják a magyarországi ellátást másoknak. [7. sz. ábra]

7. sz. ábra - A magyar egészségügyi ellátórendszerrel kapcsolatos ismeretek



Valamivel jobb a tájékozottság a betegség esetén követendő eljárásról. A kommentárok azonban arra utaltak, hogy ezt az ismeretet kizárólag saját egyéni erőfeszítéssel szerezték meg a hallgatók, ebben sem az ellátórendszer, sem az egyetem nem adott érdemi segítséget. „Az egyetemet nem érdekli” – írta egy hallgató, volt, aki azt panaszolta, hogy nagyon kevés az információ, volt aki az információ zavarosságára, bonyolultságára utalt. [8. sz. ábra]

8. sz. ábra - Tájékoztatás a betegség esetén követendő eljárásról



A két kérdésre adott válaszból azt a következtetést vonhatjuk le, hogy betegségük esetén a külföldi hallgatóknak nincs jó esélye arra, hogy gyorsan, hatékonyan jussanak adekvát ellátáshoz. A válaszokat összevetve azzal, hogy hányan vettek már igénybe egészségügyi ellátást hazánkban, jól látható, hogy még azok sincsenek tisztában a követendő eljárással, akik már vettek igénybe ilyet. A konkrét ellátás során tehát nem kaptak többlet információt arról, hogy milyen „rutin-megoldás” követendő az ellátás igénybe vételéhez.

A későbbiekben részletesen ismertetésre kerülő megoldás, amelyet a Semmelweis Egyetem ajánl fel hallgatóinak egy tanácsadó, call-center szolgáltatással indít,¹⁸⁰ amely minden hallgató számára térítésmentesen igénybe vehető, tehát ezeket az ismereteket szükséghelyzetben biztosítja. Megfontolandó, hogy hasonló szolgáltatást más egyetemek is ajánljanak a hallgatóknak. Már az ilyen tájékoztató szolgáltatáshoz való hozzáférés is javítaná a tényleges szolgáltatási hozzáférés lehetőségét.

10. kérdés és összefoglaló megállapítások

A záró kérdés egy összességében megfogalmazott általános véleményt kért a magyar egészségügyi ellátórendszerrel, amelyben azt kértük, hogy orvostanhallgatói nézőpontból válaszoljanak. 12 fő nem válaszolt a kérdésre, 3 fő csak annyit írt, hogy „OK” vagy „jó”, 2 fő, hogy nem jó, illetve nagyon rossz.

A válaszok igen nagy része a gépek, műszerek elavultságával, az épületek és környezet leromlott állapotával foglalkozik, amit az ellátás minőségét is meghatározó tényezőnek tekint. Sok válasz utal arra, hogy nem megfelelő a tisztaság, sem a személyi, sem pedig az infrastrukturális higiéne nem megfelelő. A fejlesztés szükségességét fogalmazzák meg. Az, hogy lehetőleg nem akarják a magyar ellátórendszert igénybe venni, részben erre vezethető vissza. Az ellátás egyenetlen színvonal, a szubjektív tényezők indokolatlanul nagy szerepe a külföldiek ellátásában is megjelenik, ami az ellátástól visszatartó körülmény is lehet. Ezzel párhuzamosan azonban azt is sok válasz említi, hogy az orvosok szaktudása jó, az

¹⁸⁰ UNIMED zöld kártya.

oktatás színvonalával meg vannak elégedve. Ez a megállapítás, amivel szemben viszonylag kevés ellentétes bejegyzés született.

A választ nem adók, a lakonikusan rövid választ adók esetében információ hiányt feltételezhetünk, de sokan ki is mondják, hogy nincs elegendő ismeretük a véleményalkotáshoz. A tájékozottság és a tájékoztatás hiánya mind általában, mind pedig a konkrét ellátási helyzetben nehezíti a hallgatók ellátási hozzáférést, amit az sem kompenzál, hogy az orvosegyetem hallgatójaként - bizonyos értelemben – „bennfentesként” vehetik igénybe az orvosi ellátást és tanácsadást.

Az ellátás tartalmára, a betegjogok érvényesítésére és érvényesíthetőségére vonatkozóan jelent figyelemzést az ellátók angol nyelvtudására vonatkozó válasz. A betegek folyamatos ellátása, ápolása, a betegirányítás, a kényelmi szolgáltatások hozzáférhetősége, az egyéni igények kielégítése messze elmarad az elvárhatótól, amennyiben a nem orvos ellátók nyelvtudása nem javul. E tekintetben az orvosok megítélése ugyan jobb, de ebben is számos kifogás merült föl. Mivel a hallgatók számára magánbiztosítás megkötését javasolják, ebben valóban elégtelen szolgáltatásnak minősül, ha nem garantálható a megfelelő orvosi kommunikáció. Ehhez járul hozzá az angol nyelvű ellátási segédanyagok hiánya is (beteg beleegyező, tájékoztató anyagok, a térítési díjszabályzat és a díjak idegen nyelvű közzététele).

Utalás történt arra is, hogy az ellátók nincsenek tisztában a külföldiek ellátást illető biztosítási szabályokkal, amely miatt az ellátását áthárítani igyekeznek más ellátóra, ami lassítja a beteg hozzáférést az egészségügyi szolgáltatáshoz. Nem a hallgatói körben, hanem egyéb ellátási helyzetekben hasonló tapasztalatokról számolnak be betegek.

Fentiek alapján összességében megállapítható, hogy a betegellátásnak a hallgatók esetében objektív akadálya nincs, de vannak olyan ellátások és szolgáltatások, amelyekhez a külföldi hallgató nem vagy csak teljes árért fér hozzá. Az egyetem által biztosított magán egészségbiztosítás elsődlegesen térítési bevételi forrás, a hallgatók tényleges szükségleteinek ismerete nélkül kerül felajánlásra és – bár a bevándorlási hatóságok elfogadják – messze nem meríti ki a teljeskörű biztosítás fogalmát.

A nem magyar állampolgárságú orvosegyetemi hallgatók egészségbiztosítása

A nem magyar állampolgárságú hallgatók esetében – elvileg – nincsenek eltérő szabályok, mint más, Magyarországon tanuló, tartózkodási engedéllyel rendelkező személyre vonatkozóan. A négy orvosképző egyetem különböző megoldásokat választ az egyetemisták egészségügyi ellátásának megfelelő biztosítására, az általános szabályokhoz igazított, esetleg azon túlmutató eszközökkel.

A következőkben röviden bemutatom és összehasonlítom a hallgatói egészségbiztosítási rendszereket, összevetve a szegedi felmérés során nyert tapasztalatokra is.

SE – Semmelweis Egyetem, Budapest

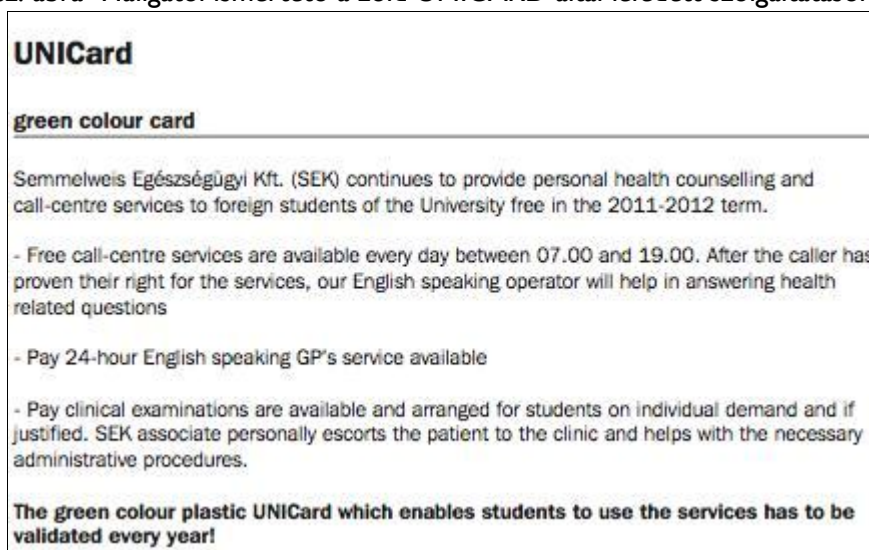
A Semmelweis Egyetem csak az első évben teszi kötelezővé, hogy a hallgatók egészségbiztosítással is rendelkezzenek. A következő évektől a hallgatók

önkéntesen választhatják az egészségbiztosítás megkötésének lehetőségét és formáit.

Az egyetem ugyanakkor lehetőséget biztosít egy speciális forma igénybe vételére. Az egyetem által alapított és tulajdonolt Semmelweis Egészségügyi Kft. (SEK)¹⁸¹ az egyetem által nyújtott és szervezett térítésköteles egészségügyi szolgáltatásainak szervezője, illetve a szolgáltatás nyújtója. Feladataik között szerepel a térítési díjköteles ellátások eljuttatása a magyarországi külföldiekhez és az egészségturizmus igénybe vevőikhez.

Az ellátás egyik formája a hallgatók által igényelhető zöld UNIMED kártya, amely az egyetem SEK-en keresztül, térítésmentesen biztosított tanácsadó szolgáltatása a hallgatóknak [9. sz. ábra].

9. sz. ábra- Hallgatói ismertető a zöld UNICARD által lefedett szolgáltatásokról



A 24 órás tanácsadói szolgáltatás jelenti az ingyenes részt, maga az egészségügyi ellátás tételes térítési díj mellett történik. A tanácsadáson túl angol nyelvű kíséretet és az ellátás megtalálásához, felkereséséhez szükséges ügyintézési segítséget nyújtja a SEK. Ez a kártya és a szolgáltatás kifejezetten és célzottan az idegen nyelvű hallgatók számára biztosít hozzáférési lehetőséget a Semmelweis Egyetem klinikáin elérhető egészségügyi szolgáltatásokhoz. Az egyetemen kívüli egészségügyi szolgáltatások igénybevételéhez sem segítséget, sem szervezést, sem egyéb lehetőséget nem biztosít. A kártya egy tanévre érvényes és évente megújításra szorul. A kapcsolódó ismertető¹⁸² a SE idegen nyelvű képzési honlapja „Díjak és költségek” aloldala

¹⁸¹ Ld.: <http://www.semmelweiskft.hu/>

¹⁸² Az ismertetés a 2011/12-es tanévre vonatkozik, de tartalma és a kapcsolódó oldalalk alapján nem történt változás a szervezés rendszerében.

tartalmazza.¹⁸³ Részletesebb információt közvetlenül a SEK biztosít, mint egyik termékét, szolgáltatását.¹⁸⁴ [10. sz. ábra]

10. sz. ábra - A SEK zöld UNICARD kártyája



A tényleges egészségbiztosítás magánbiztosítás formájában a kék UNICARD igénybevételevel lehetséges, amely az UNION Biztosító egészségbiztosítási terméke, és amelyet nemcsak a hallgatóknak, hanem más külföldieknek is ajánlanak [11. sz. ábra]. A hallgatók számára a baleseti sürgősségi ellátást az egyetem külső klinikájaként működő fővárosi intézmény nyújtja, egyebekben a betegellátás ezen biztosítás körében a fővárosban és ezen belül a SE klinikáin biztosított¹⁸⁵. A SEK honlapján a klinikák elérhetősége, a térkép, telefonszámok megtalálhatók, ami relatíve jó tájékoztatást jelent a tanácsadási és segítő szolgáltatással együttesen, azaz a hallgatók viszonylag könnyen eljuthatnak adekvát ellátóhelyre.

¹⁸³

Ld.:

http://www.semmelweis-english-program.org/index.php?option=com_content&task=view&id=62&Itemid=84&limit=1&limitstart=3

¹⁸⁴ Ld.: <http://www.unicardinfo.hu/>

¹⁸⁵ Ld.: <http://www.unicardinfo.hu/?site=clinics>

11. sz. ábra - A kék UNICARD kártyával igénybe vehető hallgatói szolgáltatások tájékoztatója

UNICard

blue colour card

Insurance
First-year students attending the courses in English are entitled to enlist the UNIMed health insurance. Furthermore, all our students have the opportunity to request UNIMed Health Insurance.
Students with this insurance are given a blue card with their names and validity date indicated in it.
The maximum insurance amount is 2 million HUF per year. For further details please, consult our webpage: www.unicardinfo.hu .
UNIMed services also include 24-hour English language assistance 7 days a week and escorting services to medical examinations.

The insurance is available at SEK (1094 Budapest, Tompa u. 26/b.) Please, double check the address before visiting the office by phone: +36 1 327-0452.

A biztosítási szerződés az egészségügyi ellátásra vonatkozó általános magánbiztosításoknak megfelelő szolgáltatási csomagot ajánlja. A biztosítás felső értékhatárral korlátozott, általában 50%-os díj megtérítést biztosít. Általánosságban úgy foglалható össze, hogy a biztosítás nem terjed ki a magyar társadalombiztosítási egészségbiztosítási csomagba nem tartozó ellátásokra, egyes állami ellátásokra és – más magánbiztosításhoz hasonlóan – az előzetesen már fennálló, be nem jelentett betegségek, fogyatékoságok miatti ellátásra, a HIV kezelési költségeire, a meddőségi kezelésre, abortuszra, fogamzásgátlásra. A kék UNIMED biztosítási kártya és a szolgáltatás a SEK és a biztosító társaság közös terméke, a kártya mindkét társaság logóját tartalmazza [12. sz. ábra].

12. sz. ábra - A kék, egészségbiztosítási UNIMED kártya az SE és az UNION Biztosító logójával



A hallgatói hozzáférés tekintetében három ponton hiátus említhető az SE gyakorlatában, illetve a hallgatói tájékoztatásban. Egyrészt semmilyen formában nincs utalás arra, hogy az egészségbiztosítási szerződést máshol, más módon is megköthetik a hallgatók. Az a látszat alakulhat ki, mintha ez lenne az egyetlen lehetőségük az ellátásra. Szakmai tartalmát tekintve kifogásolható, hogy kizárólag a fővárosban ad lefedettséget az ellátásra, a külföldi hallgató az országot járva – akár vidéki nyári gyakorlata alatt – nem jogosult biztosítási ellátásra. Végül, a biztosított számára elvileg előnyös, de félrevezető, hogy a tájékoztató azt sugallhatja, hogy a hallgatók soron kívüli, elsőbbségi ellátásra lennének jogosultak kártyabirtokosként.¹⁸⁶ Ez ellentétes lenne az SE egészségbiztosítási szolgáltatási szerződésével, amelynek alapján a jogszabályok és az Országos Egészségbiztosítási Pénztár is tiltja a magánbetegek és térítési díjfizetésre kötelezett betegek soron kívüli ellátását a társadalombiztosítási szolgáltatások nyújtásának időszakában.¹⁸⁷

PTE – Pécsi Tudományegyetem, Pécs

Pécsett a hallgatók első beiratkozása előtt a felvételt nyertek kapnak egy információs csomagot, ez tartalmaz adatokat az egészségbiztosítást illetően is.¹⁸⁸ A szűkszavú, egy bekezdésnyi terjedelmű ismertetés szerint a hallgatóknak rendelkezniük kell biztosítással, amelyet számukra felajánl a Generali-Providencia

¹⁸⁶ „All you have to do is present your UNICard in any of the clinics and staff working in patient admissions will give you priority.” – Ld.: <http://www.unicardinfo.hu/?site=clinics>

¹⁸⁷ Természetesen kollegiálisan segítenek egymásnak a dolgozók, és segítenek a hallgatóknak is, hogy olyan időszakban vehesse igénybe a nem sürgősségi ellátást, amelyben minimalizálható a várakozási idő.

¹⁸⁸ *Admission and academic bulletin for prospective international students at the english-language programs. General medicine course, dentistry course, 2011/12. University of Pécs. IS International Studies, p7, on-line: <http://aok.pt.e.hu/docs/anghall/file/Pecs-angol.pdf>*

Biztosító, amely kifejezetten a hallgatóknak kidolgozott konstrukcióra szerződik, és amelynek keretében az egyetem klinikáinak orvosai látják el az arra rászorulókat. Figyelmeztetik továbbá a hallgatókat, hogy ez a biztosítás kizárólagosan Magyarország területén érvényes. Egyebekben a hallgatókhoz eljuttatandó részletes dokumentumokra utal a tájékoztató. Ez a bulletin nem része a hallgatók számára közvetített általános információknak, az egyetem honlapján az idegen nyelvű képzés „toborzó szervezetek” oldalán, mint egyéb megjelölés nélküli információ szerepel.

A nyilvános tájékoztató oldalakon a felvételizőknek a bevándorlási szabályokat ismertető oldalon a hallgatói célú tartózkodási engedélyt érintő jogszabályi előírásokat idézik szó szerint, angol nyelvű fordításban, ezek között a biztosítási kötelezettség is szerepel.¹⁸⁹

DE – Debreceni egyetem, Debrecen

A Debreceni Egyetem, mint előfeltételt határozza meg az egészségbiztosítási szerződés meglétét. Ebben nem enged szabad választást a hallgatóknak, hanem kötelezővé teszi az egyetemi tandíjba épített egészségbiztosítási díj megfizetését, és ezzel együtt a szerződés megkötését. Sürgősségi esetben a biztosítás az ország egész területén ellátásra jogosít, azonban minden egyéb esetben kizárólag az egyetem klinikái által nyújtott szolgáltatások tartoznak az ellátási csomagba.¹⁹⁰

A szerződést kifejezetten a Debreceni Egyetemmel hallgatói jogviszonyban állókra dolgozta ki a biztosító, a Generali Providencia Biztosító. A konstrukció „klasszikus” magánbiztosítás, amely az ellátások széles körét (rehabilitáció, mentális betegségek ellátása, védőoltások fedezete) kizárja, az OEP által sem finanszírozott szolgáltatásokra nem nyújt fedezetet, VIP elemeket kizár (komfortosabb hotelszolgáltatások). A fedezet éves maximuma 3000000 millió forint a 2012. őszi módosítástól kezdődően.

A szerződés tartalma – annak a klinikákra szűkített jellegén túl – hasonló a szegedi magánbiztosítási feltételekhez. Itt sem érvényesül a teljeskörűség, de lényegesen pontosabb a tájékoztatás, amely mind a hallgatók, mind más érdeklődő számára hozzáférhető.

A konstrukció leginkább vitatható eleme, hogy minden hallgató megkötí a szerződést azzal, hogy árukapsolásként azt a tandíj részeként befizeti. Nem zárható ki, hogy esetleg ezáltal a szerződéses szabadság sérülhet.

A debreceni sajátosságok közé tartozik, hogy a Hallgatói Szolgáltató Központ honlapján is található tájékoztatás az egészségbiztosítási szolgáltatásokat illetően, amelyben az OEP-pel köthető megállapodást is szerepeltetik, azaz jogi értelemben teljes körű tájékoztatást nyújtanak. Problémát jelent, hogy ez a tájékoztatás, amely címében is a külföldi hallgatókat célozza, magyar nyelvű, angol változata nincs, és mindez a tudományegyetemi karok hallgatóihoz szól, tehát pl. az orvostanhallgatók

¹⁸⁹

Ld.:

http://aok.pte.hu/index.php?page=egyseg&egy_id=1680&menu=dinam&dmid=18&nyelv=eng

¹⁹⁰ Ld.: A Debreceni Egyetem honlapja, Orvosi és Egészségtudományi Centrum, angol információ, „Practical Information”, Health Insurance: on-line http://edu.dote.hu/index.php?option=com_content&task=view&id=119&Itemid=44

és a számukra ügyintézési feladatokat ellátók napi használatán és ismeretein kívül esnek.¹⁹¹

SZTE – Szegedi Tudományegyetem, Szeged

A Szegedi tudományegyetem orvoskari képzési programjában a felvételi tájékoztató füzet¹⁹² lehetőségként tartalmazza a Generali-Providencia Biztosítónál megköthető szerződést, amely az egyetemi intézmények és orvosok ellátására jogosít. [3. sz. melléklet] Ugyanakkor felhívja a figyelmet arra is, hogy más biztosítás, ami teljes körű ellátási lefedettséget biztosít és az európai biztosítási jogosultság is megfelel az egészségbiztosítási követelménynek. [4. sz. melléklet] A biztosítás itt is a STUDIUM biztosítási termék, azonban kizárólagosságról és kötelezőségről nem beszélhetünk, és az igénybe vehető klinikák, az elsődleges hozzáférési pontok is megjelölésre kerültek a csatolt tájékoztatóban.¹⁹³ [5. sz. melléklet]

A hallgatók számára az általános információ tartalmaz további részleteket, többek között a szolgáltatás díját is. Ez egy szemeszterre (5 hónap) 25000-35000 Ft, azaz az OEP-nél kötött megállapodás 20-25%-a, azonban az ellátások tekintetében jelentősebb szűkebb csomagra és mindösszesen 50%-os térítésre jogosít, valamint az ellátás igénybe vételét kizárólag az egyetemi klinikákon, mint szolgáltatónál veheti igénybe a hallgató, nincs tehát a biztosításnak tényleges országos lefedettsége.¹⁹⁴

Összegzés, tanulságok

A hatályos szabályok^{195, 196} a harmadik országból érkező orvosegyetemi hallgatók tartózkodási engedélyének kiadásához feltételül szabják az egészségügyi ellátás költségeinek fedezetét. Ez megtörténhet biztosítás megkötésével vagy annak igazolásával, hogy az érintett az ellátás díjtételének fizetésére rendelkezik megfelelő pénzügyi fedezettel. Az ezzel kapcsolatos információk és tájékoztatás az állami szervek szintjén nem megy túl azon, hogy a jogszabály szó szerinti szövegét ismétli meg magyar és több idegen nyelven.¹⁹⁷ Az előírás a jogosultságok lehetséges fajtáit sorolja föl, amelyben a „szerződéses szolgáltatás” lehetősége megjelenik, de a tájékoztatások kifejezett utalást nem tartalmaznak magánbiztosítási lehetőségre.

Ugyancsak nincs arra utalás, mint tájékoztatás, hogy a jogszabályok lehetővé teszik, hogy a magyar egészségbiztosítási rendszerbe az érintett személy bekerüljön

¹⁹¹ Ld.: DE TEK HSZK honlapja, Gyakran ismételt kérdések. On-line: http://hszk.tek.unideb.hu/index.php?option=com_content&task=view&id=71&Itemid=25

¹⁹² ENGLISH LANGUAGE PROGRAMS, Admission and Academic Bulletin 2012/13 year IS International Studies, on-line: http://angoltit.ocsko.net/pdf/Application_and_Admission_Bulletin_2012_2013.pdf

¹⁹³ Ld.: http://angoltit.ocsko.net/pdf/Providencia_Product_Information_2012-2013-1.pdf

¹⁹⁴ Ld. <http://www.szote.u-szeged.hu/angoltit/>

¹⁹⁵ 2007. évi II. Törvény a külföldiek beutazásáról és tartózkodásáról, 13.§ (1) bekezdés g)

¹⁹⁶ 114/2007. (V. 24.) Korm. rendelet a harmadik országbeli állampolgárok beutazásáról és tartózkodásáról szóló 2007. évi II. törvény végrehajtásáról, 29.§ (7) bekezdés

¹⁹⁷ Az Állampolgársági és Bevándorlási Hivatal honlapjának tájékoztató oldala, on-line: http://www.bmbah.hu/ugyintezes_eljarasrend.php?id=92

az OEP-pel kötött szolgáltatási megállapodás révén. Az OEP tájékoztatója, amely a megállapodás alapján szereshető ellátási jogosultságot részletezi, kitér erre a lehetőségre, s ezen belül a tanulási céllal hazánkban tartózkodókra vonatkozó szabályozást is ismerteti.¹⁹⁸ Az OEP-pel kötött önkéntes szerződés jellemzőire és előnyeire a magyar nyelvű szakirodalom utal.¹⁹⁹

A honlap alapvetően magyar nyelvű, angol (német és francia) nyelven csak egyetlen tájékoztató cikket tartalmaz,²⁰⁰ amely a fenti információra nem tér ki, a harmadik országbeliek számára csak azt a tájékoztatást adja, hogy ha nincsenek más megállapodás hatálya alatt, akkor az ellátás térítési díját meg kell fizetniük, s ezt a díjat az intézmények maguk szabják meg, tehát az OEP nem befolyásolja és nem is tartja nyilván.

Az egyetemi hallgatók egészségbiztosítása egyebekben az OEP számára vélhetően nem lenne veszteséges terület, mivel egészséges, fiatal felnőttekről van szó, esetükben tehát a nettóbefizetői pozíció jóval inkább valószínűsíthető, mint az ellátás nagyértékű szolgáltatásainak igénybe vétele. A minimálbér összegének 30%-át kell fizetnie ezen megállapodás alapján az érintettnek (2012-ben ez havi 27.900 Ft), ezzel gyakorlatilag teljeskörű biztosítási lefedettséghez jut.

A magánbiztosításban (3 egyetemen a Generali-Providencia által) felajánlott árelőny a hallgató számára vonzó lehet. Bízva egészségükben könnyen hajlanak arra, hogy az olcsóbb, de messze nem teljes körű biztosítást válasszák. A felmérés adatai azt mutatták, hogy az egyetem a későbbiekben vagy nem ellenőrzi a biztosítás megkötésének tényét, vagy sokan élnek a lehetőséggel, hogy nem kötnek biztosítást, hanem közvetlen térítési díjfizetést vállalnak, amelyet a tartózkodási engedély megújításakor kell a hatóságoknak ellenőrizniük.

Egy célzott tanulmány²⁰¹ szerint „az egészségbiztosítás megkötésében mindenhol segítik a hallgatókat, abban mutatkozik esetleges különbség, hogy az intézmények egy része kötelezővé teszi meghatározott biztosítás megkötését, míg mások kizárólag opcionálisan ajánlják fel. Az egyetemek esetenként a biztosítókkal kötött megállapodásuk értelmében előnyösebb feltételek mellett tudnak szerződéskötést biztosítani.”

¹⁹⁸ Ld.: OEP honlap, Lakossági oldalak: Az egészségbiztosítás szolgáltatásaira jogosultak – kizárólag egészségügyi ellátásra jogosultak és Külföldiek megállapodáson alapuló egészségügyi szolgáltatásra jogosultsága.

http://www.oep.hu/pls/portal/docs/PAGE/LAKOSSAG/OEPHULAK_EBELLAT/ELLATASMO/KIZAROLAG_EU_SZOLG_JOGOSULTAK_2012_02.PDF valamint

http://www.oep.hu/pls/portal/docs/PAGE/LAKOSSAG/OEPHULAK_EBELLAT/ELLATASMO/KULFOLDIEK_MOI_ELLATASRA_JOG_2012_01.PDF

¹⁹⁹ Dr. Menyhárt Szabolcs: Megállapodás társadalombiztosítási ellátásra, avagy kinek éri meg és miért. Cikk a NAV honlapján. On-line:

http://nav.gov.hu/data/cms139790/int.cikk.09.13_14.pdf

²⁰⁰ OEP honlap, Lakossági oldalak: Health Care Services Available During Temporary Stay in Hungary. On-line: <http://www.oep.hu/oepdok/fajlok/e.pdf>

²⁰¹ Danka Balázs: Migráció a felsőoktatásban. Kutatási tanulmány a magyarországi felsőoktatásban tanuló harmadik országbeli állampolgárokról. A Bevándorlási és Állampolgársági Hivatal „Migráció a felsőoktatásban” című projektje. 2010. p.:7 és on-line: http://www.bmbah.hu/ujpdf/MIGRACIO_A_FELSOOKTATASBAN.pdf?PHPSESSID=

Fentiek alapján ez a megállapítás vitatható. Az állami szervezetrendszer nem magyar nyelven korlátozottan segíti a harmadik országból érkezőket az egészségbiztosítás megismerésében.

Ezt a hátrányt kompenzálhatná az egyetemek részletesebb információja az adott témában, de ahogy azt láthattuk, az egyetemek nem adnak részletes tájékoztatást hallgatóiknak. A debreceni tudományegyetemi karokon működő Hallgatói Szolgáltatói Központ tájékoztatása tartalmilag az igényes elvárásoknak is megfelel, azonban csak a hallgatók szűk köréhez jut el, és idegen nyelven nem hozzáférhető, ezért hatékonysága mérsékelt. Határon túli magyar nyelvű hallgatók számára lehet fontos ennek megléte, ez azonban egy másik problémacsoportba tartozik, nem az általunk vizsgált körbe.

Pécsett a jogszabályra történő visszautaláson kívül semmilyen egyéb szolgáltatást nem ajánlanak föl. Az SE által preferált megoldás egy területileg és szolgáltatását illetően is szűkített biztosítás, az SZTE megoldása jelentősen szűkebb szolgáltatási csomagot ajánl magánbiztosításként értékhatárral, mint a társadalombiztosítási egészségbiztosítás. Debrecenben az SE és az SZTE megoldásainak keveréke érvényesül. Az egyetemről elvben független biztosító magánbiztosítást köti meg a hallgató, de ennek szolgáltatásait (néhány kivétellel) kizárólag az egyetemen veheti igénybe, és a szolgáltatás tartalma, az ellátási csomag is korlátozott. Pécs gyakorlatilag alig ad tájékoztatást, de a lakonikus információ alapján az SZTE-hez hasonló magánbiztosítási lehetőséget ad a hallgatóknak. Egyik esetben sem beszélhetünk országos lefedettségről, a hallgató csak oktató egyetemén vehet igénybe biztosítási ellátást.

2009-ben a Magyarországon tanuló külföldi diákok 30%-a (több mint 1800 fő) a négy orvostudományi egyetemen tanult.²⁰² Kimondva vagy kimondatlanul, az orvosegyetemek számára a térítéses (OEP szerződésen kívüli) betegellátás forrását is jelenti a külföldi hallgatók ellátása, amely hozzájárul az egyéb – ehhez az oktatáshoz kapcsolódó – bevételekhez.

Az egyetemek által felajánlott, általam vizsgált biztosítások egyike sem merítette ki a „teljes körű” ellátási lefedettséget, bár a jogszabály kifejezetten ezt írja elő. Az OEP-pel köthető megállapodást pedig, úgy tűnik, sem az egyetemek, sem a Bevándorlási és Állampolgársági Hivatal, sem maga az OEP nem „reklámozza” kellően az érintettek körében. Csekély a valószínűsége annak, hogy az egyetemek külföldi diákokkal foglalkozó adminisztratív részlegein az ügyintézők részletes szóbeli tájékoztatást adnának erről a lehetőségről. A harmadik országból érkező diákok esetében az egészségbiztosítás nyilván nem központi probléma. Megítélésem szerint az orvostudományi egyetemeken azonban annak kellene lennie. Egyrészt, mert maga az intézményi profil azt sugallja, hogy erre nagyobb figyelmet fordítsanak, másrészt mert a hallgatóknak az átlagosnál nagyobb veszélyeztetettséget jelent egyes betegségek (különösen a fertőző betegségek) potenciális kockázata szempontjából.

Az egyetemek mindegyike javasol egy adott konstrukciót a hallgatóknak, amelyben a preferált szolgáltató az egyetem. Az SE erős nyomást gyakorol a saját biztosítási konstrukció megkötésére, Debrecen egyenesen lehetetlenné teszi az

²⁰² Id. mű p:12

által nyújtott szolgáltatás megkerülését. Az SZTE a hallgatói tájékoztatást megadja, és ezen belül javasolja a saját ellátását preferáló biztosítás megkötését, Pécs pedig ezt egy rejtettebb, kevésbé nyilvános eszközzel teszi. A pécsi információs oldalak a biztosítás tartalmát illetően szinte semmi adattal nem szolgálnak, a többi egyetem olyan ismertetést nyújt, amely akár össze is vethető más ajánlatokkal.

Az egyetemek gyakorlatát nemcsak a tájékoztatás oldaláról, hanem a betegjogok érvényesülése oldaláról is érdemes megvizsgálni. Minden egészségbiztosítás tartalmaz bizonyos restriktciókat a szabad orvosválasztás szempontjából, de általában lehetővé teszik - legalább néhány egészségügyi intézményre kiterjedően – a szabad orvosválasztást. Az egyetemek a külföldi hallgatók esetében ezt jelentősen korlátozzák, mivel mind a négy egyetem olyan biztosítási konstrukciót ajánl, amelyben a szolgáltatások kizárólagos nyújtója ő maga.²⁰³

Ez elvileg is szűkíti, esetlegesen sérti a betegjogok érvényesülését. A szabad orvos- és intézményválasztás ugyan nem jelent abszolút szabadságot, de esetünkben egyetlen egy intézményre szűkíti le a választható szolgáltatói kört, azaz teljes mértékben kiüresíti a jogot. Ugyanez történik a második szakvéleményhez, a konzíliumhoz való joggal. Ezt kizárólagosan ugyanezen intézmény orvosától kérheti a beteg (ha egyáltalán kérheti ebben a biztosításban), ami jelentősen rontja az esélyét arra, hogy az első megítéléstől független orvosi szakvéleményt szerezzen be.

Míg az egyik oldalon jó lehet az, hogy a hallgatók egy fajta „bennfentességgel” veszik igénybe az ellátást saját oktatóik, gyakorlatvezetőik gyógyító tevékenységével, addig ugyanez zavaró körülmény is lehet. Sérülhet a szeméremérintet, ha a más szerepkörben megszokott oktatóval kerül gyógyítási viszonyba a hallgató. Zavaró lehet, ha az oktatás során kialakult viszony rossz, a hallgató rossz jegy, rossz vizsgaélmény vagy más oktatási ok miatt nem bízik az orvosban, de hozzákerül ellátásra. Problémát jelenthet, ha a hallgató más orvost választ, mint az oktatója, hiszen az ezt bizalmatlansági jelként is értékelheti az oktató, amelyet esetleg „megbosszulhat” az oktatás során. Az oktató és a hallgató között, az egyetem és a hallgató között függelmi viszony van. A függelmi viszony kereti között nyújtott egyéb szolgáltatások, különösen a bizalmi viszonyt feltételező szolgáltatások esetében a felek közötti kapcsolat negatívan hathat vissza akár a függelmi, akár a másik jogviszony teljesítésére, illetve kölcsönösen negatív interrelációba kerülhetnek ezek a szétválasztást igénylő viszonyok.

Végül, de nem utolsó sorban, az oktató intézmény egészségügyi szolgáltatójánál történő ellátást követően az átlagosnál jóval nagyobb esély van arra, hogy kitudódjon szélesebb körben, hogy ki, mikor és miért szorult ellátásra, ami kínos és sérelmes lehet a betegre, azaz a hallgatóra, sérülhet az adatvédelem és titoktartás követelménye.

Fentiek alapján a biztosítási szerződés is a jogszerűség határán mozog a betegjogok szempontjából, de egyetlen biztosítás kötelezővé tétele bizonyosan túlmegy az indokolt és arányos jogkorlátozáson, amely a biztosítás gazdaságossága alapján indokolható.

²⁰³ A sürgősségi ellátás és a gyógyszerek, gyógyászati segédeszközök árához nyújtott támogatás – természetesen – kivételt jelent.

A felajánlott biztosítási szerződések mellett mindezek elkerülésére nincs mód, illetve csak a teljes térítési díj fizetése mellett igénybe vehető magánellátás. Ha a hallgató erre kényszerül, akkor ez értelmetlenné, fölöslegessé teszi a biztosítás meglétét, és feltehetően rontja az ellátó és az ellátórendszer megítélését.

Mindezekon kívül is megjelenik egy további betegjogi kérdés, ami nemcsak a harmadik országok polgárait érinti, de az SZTE-n végzett felmérés, valamint a többi egyetem és az állami, kormányzati szervek anyagainak áttekintése együttesen hívja föl rá a figyelmet. Ez pedig az egészségügyi törvény általános, nem a közvetlen orvos-beteg kapcsolatban megjelenő betegjogainak érvényesítése. Az általános betegjogok az ellátórendszer és annak fenntartója és a potenciális igénybevevők közötti, az egészséggel, az egészségüggyel kapcsolatos jogosultságokat tartalmazzák. Esetünkben a vizsgálandó jog az ellátórendszer ismeretéhez, a szükség esetén alkalmazandó szabályok ismeretéhez való jog.²⁰⁴

A jog érvényesülése akkor biztosított, ha léteznek olyan tájékoztató anyagok, információs oldalak, kormányzati vagy egyéb összefoglalók, amelyek akár a magyar állampolgárok, akár más állampolgárok számára az igénybevétel rendjét és menetét, a beutalási és a sürgősségi rendszert nem a jogszabály, hanem a gyakorlati probléma megoldás szintjén magyarázzák el. Ilyen információs oldal ma nincs. Az OEP információk a biztosítás megkötésében segítenek. Az OEP információk a biztosítás megkötésében segítenek. Az igénybe vétel rendjéről a DrInfo portál honlapja ad felvilágosítást,²⁰⁵ beleértve a területi ellátási kötelezettséget, az ügyeket, ügyeletes gyógyszerárakat és sok egyéb hasznos információt. A GYEMSZI elsősorban nem a betegellátással és orvos-beteg kapcsolattal, hanem az egészségügyi irányítás és igazgatás egyéb vetületeivel kapcsolatos adatokat tartalmaz. Ezeknek a portálnak is korlátozott az a felülete, amely a magyarul nem beszélő személyeket informálná.

A betegjogi képviselő készített az ellátási jogosultsággal kapcsolatos tájékoztató füzetet 2009-ben, amely röviden, a jogszabályok alapján összefoglalja a hallgatók és más külföldiek ellátási hozzáférési jogosultságát.²⁰⁶ Erre a tájékoztató anyagra is igaz, hogy csak magyar nyelven hozzáférhető, tehát közvetlen információátadást a külföldiek számára nem biztosít, de az egészségügyi intézmények számára ennek alapján a betegjogi képviselő segítséget nyújthat a külföldi betegek fogadásakor.

A „MIGHEALTHNET” - Információs hálózat a "helyes" gyakorlat kialakítására Európában, migránsok és kisebbségek egészségügyi ellátásában honlapján utalások találhatóak a migránsok egészségével kapcsolatos információk fontosságára, de erre vonatkozó kutatási anyagok, adatok hazánkat illetően nincsenek, az ellátórendszer ismertetése már hatálytalan információt tartalmaz, a közzétett szakmai anyagok pedig a kisebbségi tematika körébe tartoznak. A külföldiek ellátási hozzáférése az OEP oldalainak bemutatására szorítkozik.

²⁰⁴ 1997. évi CLIV törvény az egészségügyről, 5§. (3) bekezdés b) pont

²⁰⁵ Ld.: <http://drinfo.eum.hu/drinfo/pid/0/sitemap>

²⁰⁶ Ivonyné Dr. Munk Julianna: *Egészségügyi ellátás és a betegek jogai az Európai Unió országaiban*. Jogvédelmi füzetek sorozat, 1. kiadás Betegjogi, ellátottjogi és gyermekjogi képviselői hálózat és civil jogvédő munka fejlesztése TÁMOP-5.5.7-08/1-2008-0001 projekt. Betegjogi, Ellátottjogi és Gyermekjogi Közalapítvány, Budapest, 2009.

A külföldi hallgató tehát nehezen ismerheti meg a magyar egészségügy működését előzetesen. Mindaddig, ameddig beiratkozik, csak olyan általános információhoz jut, amely valós döntési lehetőséget nem feltétlenül biztosít abban, hogy megválassza az általa preferált biztosítási konstrukciót, beleértve a magyar társadalombiztosításhoz történő csatlakozást. Ez utóbbiban a legkevésbé érdekelt az oktató orvosegyetem, hiszen az önkéntes megállapodás alapján biztosítottá váló hallgató onnan kezdve az alulfinanszírozott magyar egészségügyi ellátórendszerben venné igénybe az ellátást, ittlétének többszörös díjbevételei lehetőségei csökkennének.

A kialakított és ajánlott biztosítási konstrukciók tekintetében azonban az egyetemek (egy kivétellel) a hallgatók számára az ajánlott szerződés közvetítését vállalják, esetenként a szerződés megköthető és a díj befizethető az egyéb fizetési kötelezettségekkel együtt az egyetemek hallgatói irodáján, ami a hallgatók számára az adminisztratív és ügyintézési terheket mérsékli.

Az egyetemektől függetlenül, a biztosítók termékei között megjelennek a külföldi hallgatók számára ajánlott, illetve reklámozott biztosítások is. Itt a biztosító üzletpolitikája elsődlegesen a hallgató célországában folytatott tevékenységre, az ott megszerzett üzleti bizalomra épül. Ilyen pl. a Medcover egészségbiztosítási terméke, amelyet kifejezetten azzal ajánlanak, hogy megfelel a tartós magyarországi tartózkodáshoz megkövetelt feltételeknek és magánklinikai ellátást (VIP ellátást) biztosít. A nagy egyetemi városok mindegyikében vannak szolgáltatási pontjai, amelyek a járóbetegellátásban magánellátó egészségügyi intézmények. Az általános magán egészségbiztosítás mellett kifejezetten egyetemi hallgatók számára szóló, STUDY egészségbiztosítást is ajánlanak. Itt tehát nemcsak a hallgatók, hanem más külföldiek „nem OEP” biztosítására is mód van.²⁰⁷ Az SE ajánlott rendszerét maga az UNION Biztosító is hirdeti „Egészséges tanulmányok” címmel, egyetemtól független szolgáltatásként.²⁰⁸ Ebben összehasonlítást adnak saját biztosításuk és az OEP-pel kötött megállapodás feltételeit illetően. A cikk, illetve a tájékoztatás nem tér ki a korábban kifejtett aggályokra a szabad intézményválasztást és a korlátozott és részleges biztosítási lefedettséget, a kifejezetten szűkebb szolgáltatási csomagot illetően. [I. sz. táblázat]

²⁰⁷ Ld.: <http://www.medcover.com/huhu/1231.Egeszsegbiztositas-kyfoldi-diakoknak.htm>

²⁰⁸ Union Biztosító honlapja, Sajtószoza, *Egészséges tanulmányok*. On-line: http://www.unionbizosito.hu/az_union_rol/sajtoszoza/egeszseges_tanulmanyok

II. sz. táblázat - Az OEP-pel kötött megállapodás szerinti és az UNION biztosító egészségbiztosítási szolgáltatásának összehasonlítása

Forrás: UNION Biztosító

	TE	UNIMED
biztosítási jogviszony kezdete	első befizetést követő hónap 1. napjától	azonnal*
egészségügyi szolgáltatások kezdete	az első 6 hónapban csak sürgősségi ellátást kaphat, de ez plusz díjért kiváltható	azonnal*
nyelv	magyar	angol/magyar
telefonos asszisztencia	nincs	angol/magyar nyelvű, 24 órás call center
biztosítás díja	27.900 Ft/hó	5.665 Ft/hó

*a biztosítás megkötését követő naptól

A betegjogok érvényesülése a külföldiek ellátása során

Az áttekintett szegedi helyzetkép, a külföldi diákokat illető általános áttekintés és a felmérés, valamint az egyes esetekből levonható tapasztalatok és tanulságok alapján érdemes kitérni a külföldi betegek betegjogainak érvényesülésre is. A következtetések megfogalmazásánál figyelemmel voltam azokra a tapasztalatokra és beszámolókra is, amelyeket magyar orvosok és orvoshallgatók általános betegjogi képzése során szereztem, és jelen tanulmányban részletesen nem ismertettem.

A betegjogokat több féle szempont alapján csoportosíthatjuk. Az ellátás fázisai alapján két csoportot alkotnak.

- Az ellátás igénybe vételéig történő eljutás, vagy más néven a hozzáférési jogok,
- Az ellátás során érvényesülő, gyógyítási viszonyokhoz kapcsolódó betegjogok.

A hozzáférési jogok közül a külföldiek ellátása szempontjából kiemelendő:

- Az idegen ország ellátórendszerének és igénybevételi feltételeinek megismerhetősége;
- Hozzáférés a társadalombiztosításhoz vagy más biztosítási (szociális) fedezeti forráshoz;
- Az ellátó intézmény tényleges igénybe vehetősége, a szabad orvos, illetve intézményválasztás.

A gyógyító jogviszonyban a külföldiek szempontjából jelentősebb betegjogok és kötelezettségek

- Anyanyelv használhatósága
- Tájékoztatáshoz való jog
- Speciális vallási, kulturális igények biztosítása az ellátásban
- Ellátás visszautasításának joga

- Kapcsolattartás joga
- Térítési díjfizetési kötelezettség
- Más betegek jogainak tiszteletben tartása
- Az ellátók jogainak tiszteletben tartása

Az idegen ország ellátórendszerének és igénybevételi feltételeinek megismerhetősége;

Ismertetésem alapján kijelenthető, hogy akkor érvényesülnek hatékonyan a betegjogok, ha az ellátórendszerrel és az igénybevétel feltételeiről nemcsak magyar nyelven érhető el tájékoztatás. Üdvözlendő, ha helyi, illetve regionális szinten hozzáférhető tájékoztatók készülnek a szolgáltatások nyújtásában is érdekelt intézmények bevonásával, mint ahogy azt a Hungaromed Cluster esetében is bemutattuk. Itt a Cluster – bár magán szolgáltatásként van jelen a piacon – közszolgáltató feladatot lát el, ami a létrehozását támogató közpénzekre tekintettel, elvárható magatartás más esetekben is. Az egyetemek, mint a hallgatókkal elsődlegesen kapcsolatba kerülő intézmények is a tájékoztatás egyik fő terepét jelenthetik.

Hozzáférés a társadalombiztosításhoz vagy más biztosítási (szociális) fedezeti forráshoz;

E tekintetben Magyarországon egyetlen külföldi sincs a hozzáférésből kizárva. Az önkéntes OEP megállapodás megkötésének lehetősége és a biztosítási piac is biztosít lehetőséget az egészségügyi ellátás biztonságos megteremtéséhez.

E területen is bővíthetne a tájékoztatás köre, a piaci szereplők nem biztosítanak teljes körű információt, de jelen vannak olyan alkusz szervezetek is, amelyek az ügyfél igényének megfelelő szolgáltatási csomag kiválasztásában segítenek.

Az ellátó intézmény tényleges igénybe vehetősége, a szabad orvos, ill. intézményválasztás;

A beteg ellátását az intézmények általában nem tagadják meg, ugyanakkor problémát jelenthet az ellátás tartalma, minősége. Az egészségügyi törvény a sürgős ellátás biztosítása tekintetében írja elő, hogy az nem köthető előzetes fizetési feltételekhez, illetve az OEP biztosít egy mechanizmust arra, hogy a beteg fizetési képtelensége vagy tartozás behajthatatlansága esetén a szolgáltató megkapja az ellátás díját. Ennek adminisztrációja viszont bonyolult, szóbeli információk szerint az intézmények a bizonytalan fizetőképességű beteg esetében, amennyiben ez lehetséges, inkább az elsősegélyre redukálják a nyújtott ellátást, de eltekintenek a díj behajtásától.

A magyar szokások szerint, a magyar betegek a sürgősségi ellátást is tágan értelmezik, jóval tágabban, mint az más országokban történik. A külföldi beteg könnyebben elfogadja a szűkebb értelmezést, mert maga is ehhez szokott. Konkrét panasz vagy kifogás hiányában úgy kell értékelnünk, hogy e tekintetben kirívó probléma nincs.

Problémát jelent ugyanakkor a biztosítások teljes körűsége. A társadalombiztosítási szervvel kötött megállapodás is korlátozottabb, mint a magyar biztosítottak számára elérhető biztosítási csomag (igaz, ez az eltérés főként a külföldön OEP finanszírozással igénybevett ellátásokból való kizárást jelenti). A magánbiztosítások biztosítási csomagja messze nem éri el ennek szolgáltatási csomagnak a szintjét sem. Nincs jogilag kibontva, illetve nem elérhető egységes jogalkalmazói értelmezése annak, hogy mit jelent pontosan, hogy a tartózkodási engedélyért folyamodónak teljes körű egészségbiztosítási lefedettséggel kell rendelkeznie. A gyakorlatban a nemzetközi biztosításokat nem mindig fogadják el, a számlát a betegnek közvetlen térítéssel kell kifizetnie.

Ugyancsak sérelem érheti a betegjogokat a szabad orvosválasztás tekintetében. Egyes esetekben a magánbiztosítás keretében nincs választási lehetőség több szolgáltató között, így az esetleges kifogás vagy bizalomvesztés, személyes konfliktus esetében a beteg csak a teljes biztosítási szerződés felmondásával tud szolgáltatót váltani. A diákszerződéseknél kimutatható volt, hogy a diák ellátása lényegében az oktatási városban, az ottani egyetemen biztosított, az ország más részében sem vehető igénybe. Ez jelentős szűkítése a hozzáférési jogosultságnak, és éppen azt nem veszi figyelembe, hogy hosszabb idejű, életvitelszerű magyarországi tartózkodása alatt a biztosításnak Magyarország egész területét lefedőnek kellene lennie.

Anyanyelv használhatósága, kommunikáció;

A betegek számára az anyanyelv használata – nyilvánvalóan – csak korlátozottan biztosítható. Az elterjedt közvetítő nyelvek, így első sorban az angol nyelv használata a kórházakban azonban elvárható lenne. A felmérés szerint azonban gyakran ez is problémát jelent. Az orvosok körében sem megfelelő a nyelvtudás, de az ápolók körében még inkább nehéz idegen nyelven kommunikálni. A betegellátás töredék idejében foglalkozik az orvos a beteggel, az ellátás során jórészt az ápoló, szakdolgozó végzi a rutin feladatokat, ő felel a kényelmi szolgáltatások nyújtásáért. A nyelvtudás hiánya, a kommunikáció lehetetlensége befolyásolhatja az ellátás szakmai minőségét is.

A tolmács vagy közvetítő személy nincs ugyan folyamatosan jelen a beteg ellátásában, de szükséges lenne, hogy rendszeresen segítse a gyógyító munkát. Ugyanakkor a kívülálló tolmács sok esetben nem tudja az egészségüggyel kapcsolatos szakkifejezéseket, ezért a beteg tájékoztatása, az anamnézis felvétele, a kórelőzményi adatok értékelése súlyos hiányokat szenvedhet.

A tapasztalatok szerint ugyancsak gondot jelenthet a hazai ellátásban az idegen nyelvű zárójelentés vagy lelet elkészítése, ami a beteg későbbi, más országban történő ellátásnak is akadálya lehet.

Tapasztalataink szerint ennek a problémának a jelentőségét az ellátók nem ismerik fel, maguktól még olyan helyen sem biztosítják az anyanyelvi kommunikációs lehetőséget, ahol erre lenne mód (romániai beteg ellátása során a Romániából származó nővér bevonásával pl.). Ugyanakkor egyes magánszolgáltatók szolgáltatásai között szerepel, hogy a beteg számára olyan kísérőt biztosítanak, aki az ellátás során szervezői és tolmácsolás feladatokat egyaránt ellát.

Tájékoztatáshoz való jog;

A hazai betegtájékoztatási kultúra általában lemaradásban van a nyugat-európai államokhoz és Észak-Amerikához képest. A külföldi beteg esetében a nyelvi kommunikációs nehézségek még növelik ennek jelentőségét. Ugyanakkor az intézmények idegen nyelvű tájékoztatókat, vagy írásos anyagokat nem vagy csak szűk körben biztosítanak a betegek számára.

E területen a közeljövőben nem várható lényegi változás, mivel jelentős anyagi forrásokat igényelne akár a tolmácsolás biztosítása, akár az idegen nyelvű tájékoztató anyagok elkészítése.

A tájékoztatási jog szorosan összefügg a beteg együttműködési kötelezettségével. Ennek keretében nemcsak a beteg jogosult a tájékoztatásra, hanem az orvosnak is meg kell kapnia minden releváns információt a betegtől. Az az általános tapasztalat, hogy a betegek előzményi adatai, másutt keletkezett egészségügyi dokumentációja nem hozzáférhető a külföldiek esetében, az a dokumentáció sem áll rendelkezésre, amelyet a hosszabb távon más országban tartózkodóknak mindenképpen célszerű lenne bemutatniuk.

A kommunikációs nehézségek miatt pedig a betegek szóban sem tudnak megfelelő tájékoztatást adni állapotukról, korábbi betegségeikről, szedett gyógyszereikről, gyógyszerérzékenységükről. Ez esetben a betegellátással összefüggő jogok spontán sérülnek, ezzel kapcsolatban az orvos nem hibáztatható, ezt nem tudja kiküszöbölni. Ekkor lenne fontos, hogy a dokumentációt a korszerű informatika eszközeinek felhasználásával az otthon maradt hozzátartozók eljuttassák a szolgáltatókhoz – ami a származási ország fejlettségétől, politikai viszonyaitól és számos egyéb tényezőtől függ.

Az információ hiánya, az előzmények ismeretének elmaradása nemcsak a betegjogok, mint személyhez fűződő jogok sérelmével járhat, hanem az ellátás szakmai hibáinak kockázatát is növeli, végső soron a betegre nézve veszélyes.

Speciális vallási, kulturális igények biztosítása az ellátásban;

Az SZTE adataiban is egyértelműen látszott, hogy a külföldi betegek jelentős része muszlim országokból érkezik, de a hallgatók esetében sokan izraeli állampolgárok. Természetesen a magyar beteg esetében is megjelenhetnek speciális vallási és kulturális igények, de a magyar beteg könnyebben megtalálja az ennek megfelelően eljáró egészségügyi szolgáltatót, míg a külföldiek számára ez lényegesen nehezebb.

A magyar orvosképzés nem készíti fel a hallgatókat a multikulturális társadalmakban szükséges egészségügyi ismeretekre sem a magyarországi etnikai kisebbségek, sem a vallási különbségek, sem az esetleges külföldi ellátás tekintetében. A betegjogi képviselők számos betegjogi kérdésben hasznos segítséget tudnak nyújtani a szolgáltatóknak, de e területen ők sem kaptak célirányos képzést.

A kulturális szokások tekintetében fontos lehet, hogy egyes vizsgálatoknál mely hozzátartozónak kell jelen lennie, a betegellátásban fontos lehet az egyes kultúrák

étkezési előírásainak figyelembe vétele, de egyéb, az ellátást közvetlenül érintő előírások is érvényesülhetnek (pl. halottkezelést és kegyeleti előírásokat illetően).

Ezen jogok tiszteletben tartása csak úgy történhet meg, ha a beteg is tudomására hozza ezt az ellátónak, vagy ha az ellátást szervező biztosító vagy tanácsadó szervezet teszi ezt, és módja van az orvosnak ezen kérdésekben a konzultációra.

Ellátás visszautasításának joga;

Az ellátás visszautasítására irányuló szándékról mindösszesen egy esetfajától tudok: a boncolás mellőzése, illetve a halottkezelés és a vallási előírások összhangjának megteremtése érdekében.²⁰⁹

Az egészségügyi törvény nemzetközi rendelkezései lehetővé teszik, hogy a nemzetközi gyakorlattól eltérő hazai szabályozástól el lehessen tekinteni a boncolást illetően, így tulajdonképpen maga a törvény biztosít kegyeleti szempontú pozitív diszkriminációt a klinikai boncolások (kórboncolás) esetében. Míg a magyar szabályok szerint általában fel kell boncolni a holttestet és ennek mellőzése a kivételes szabály, addig más országokban a hozzátartozó kérésének megfelelően csak szűk esetkörben kell boncolást végezni. A természetes halálesetekben a magyar jog is az utóbbi szabályozást fogadja el, ami egyébként a „térítésköteles boncolás” esetében a hozzátartozói kiadásokat is jelentősen csökkentheti. Nem jelent tényleges megoldást az ún. „virtuális boncolás”, mivel nem helyettesíti a boncolási információkat, de annál jelentősen drágább képpalkotó eljárások alkalmazását jelenti.

Nehezebb a helyzet a holttest nemzetközi szállításakor, amikor járványügyi érdekből kell egyes eljárásokat elvégezni, így pl. fertőtlenítési célú halott konzerválást végezni. Egyes vallások (pl. a judaizmus) a holttest meggyalázásának tekintik ezeket az eljárásokat, amelyeket szigorúan tilalmaznak. A betegjogi dilemma feloldása általában csak a kérdésben jártas vallási vezető bevonásával lehetséges, akivel közös megoldást kell találni a szakmailag elfogadható, a vallás szempontjából megengedhető eljárások mezsgyéjén.

Elvileg problémát jelenthet az újraélesztést megtagadó nyilatkozat elfogadhatósága, de ezzel kapcsolatban magyarországi külföldi beteggel kapcsolatos gyakorlati esetet nem ismerek.

Kapcsolattartás joga;

A magyar gyakorlat restriktív kapcsolattartási szemléletre épül. A beteglátogatás időtartama korlátozott, a betegek számára a telefonos kommunikációt sok helyen korlátozzák, a levelezés biztosítása pedig szinte nem ismert.

Külföldi beteg esetében ennek jelentősége megnő, hiszen a hozzátartozók távolléte fokozott stresszt jelent. Éppen a kommunikációs hiányosságok áthidalása miatt lenne fontos, hogy a beteg korlátlanul tudjon kapcsolatot tartani az általa megválasztott személyekkel.

²⁰⁹ További részleteket ld.. Kereszty Éva. Halottak, akik köztünk élnek. Medicina Könyvkiadó, Budapest, 2006.

Amennyiben a beteg magánbiztosítása VIP ellátást foglal magában, úgy a többi beteg zavarása nélkül lehet a kapcsolattartást - a beteg igényeinek megfelelően - biztosítani. A gyakorlatban olyan panaszokkal találkoztam, amikor a külföldről érkező hozzátartozót nem engedték be a beteghez a hivatalos látogatási időn túl, illetve az egyházi támogató személy kapcsolattartását akadályozták. A telefonos kommunikáció – különösen a külföldi hívások – költsége a beteget terhelik, így ezzel kapcsolatban a kórház nem szenvedhet hátrányt.

Különösen fontos, hogy a beteg hozzáférjen az esetleges konzuli segítséghez vagy tolmács segítségéhez.

Térítési díjfizetési kötelezettség;

Az egészségügyi törvény a beteg jogai és kötelezettségei fejezetben a beteg kötelezettségei között megfogalmazza a térítési díj megfizetésének kötelezettségét. A külföldi betegek ellátása során ez a kötelezettség jogviszonyfüggő. Az OEP-pel szerződött betegek ellátása és az assistance típusú biztosítások nem jelentenek kockázatot a szolgáltatóknak, mert ezekben az esetekben az ellátó a biztosítóval számol el.

A beteg közvetlen fizetési kötelezettsége azonban problémát jelenthet. Az intézmények kötelesek közzétenni díjszabásukat és kalkulációjukat, amelyet általában meg is tesznek, de nem mindig teszik meg idegen nyelven. Az ellátás folyamatában felmerülő költségeket a beteg nem mindig tudja ellenőrizni, ezért a ténylegesen számított díjat nem tudja ellenőrizni. Ez nem jelentene problémát, ha vita vagy panasz esetén rövid úton lehetne ellenőrizni a számla indokoltságát. Ma Magyarországon a fogyasztóvédelem a magánszolgáltatókat sem ellenőrzi, bár erre általános felhatalmazással rendelkezik.²¹⁰

A számla végösszege tekintetében tehát a beteg van kiszolgáltatott helyzetben. A kifizetés tekintetében azonban a kórház van bizonytalanságban, hiszen a sürgősségi ellátást megelőzően nem vizsgálhatja a beteg fizetőképességét, illetve nem kérheti a térítési díjat előre. Ahogy korábban utaltunk rá, a betegről való behajtás lehetetlensége esetén kérheti az intézmény az OEP-től a költségek megtérítését. Ez azonban nem vonatkozik a magánszolgáltatóra, amely ugyancsak köteles a halaszthatatlan, sürgős ellátás nyújtására. Az eljárás igen hosszadalmas és bonyolult, legalább egy évet vesz igénybe.²¹¹

Ugyancsak jelentős problémát jelent a magyar származású, hazatelepedett, de biztosítással vagy érdemleges jövedelemmel és lakhatási lehetőséggel nem rendelkező nem magyar állampolgárok otthoni ápolási, elme-szociális otthoni ellátása. Ez ugyan nem tömeges jelenség, de az érintett intézményeknek hosszabb távon súlyos gazdálkodási nehézséget jelentő tényező.

Nem kapcsolódik szorosan a beteg térítési díj fizetési kötelezettségéhez, de érdemes megjegyezni, hogy az egészségügyi szolgáltatók nem érdekeltek abban,

²¹⁰ Siklósi Máté. Jogok és Jogvédők az egészségügyben. Tudatos Vásárló Magazin. 18. szám, 2010.

²¹¹ Dr. Záborszki Annamária, finanszírozási igazgató előadása 2012. október 27-én a külföldi betegek ellátásának szabályairól

hogy a külföldiek bekapcsolódjanak önkéntes megállapodással a magyar egészségbiztosítási rendszerbe. A közszolgáltató egészségügyi ellátórendszer egyrésztől alulfinanszírozott, másrésztől pedig a külföldiek miatti betegellátási többletet nem fogadja el többletfeladatnak (az általános betegellátási korlát alá esik). Ezen betegek sima biztosítottként történő ellátásában tehát az intézmény nem érdekelt, pénzügyileg ez neki nem éri meg a TVK miatt.

Ugyanez érvényesül az E-kártyával jelentkezők esetében is. Itt ugyan az OEP megkapja a külföldi biztosítótól az ellátás fedezetét, de ezt nem adja tovább tételesen az intézményi finanszírozásban, hanem az ellátási korlátok között számolja el.²¹²

Az egészségügyi intézményeknek tehát kizárólag a térítésköteles ellátások nyújtásában van érdekeltsége, ami magánbiztosításhoz vagy közvetlen díjfizetéshez kötődik. Ezeket az ellátásokat azonban – elvileg – az intézmény csak a társadalombiztosítási ellátásoktól élesen elválasztva, azokat követően nyújthatná. Ez nemcsak soron kívüli, VIP ellátást nem jelentene a betegnek, de a szükséges és szakmailag indokolt ellátást is veszélybe sodorná a fekvőbeteg ellátást igénylő esetekben.

Más betegek jogainak tiszteletben tartása;

A külföldiek betegellátása során a külföldiek részéről két ponton merül föl a többi beteg jogainak megsértése. Egyrészt egyes járványügyi területek lehetnek érintettek, másrészt a beteg kapcsolattartási szokásai lehetnek zavaróak a környezetnek.

A járványügyi területek alatt a kötelező védőoltások hiánya és a fertőző betegségek esetén a járványügyi zárlat vagy elkülönítés szabályainak be nem tartása értendő. A hazánknál rosszabb járványügyi helyzetben lévő országokban a szabálykövetés lazasága is oka fertőzések terjedésének. A szigorúbb magyar és európai rendszerek szorosabb ellenőrzésének elkerülése, a megelőzés módszereit illető ismerethiány egyaránt oka lehet helyi fertőzések terjedésének. A megfelelő betegjárást és fokozott ellenőrzés segíthet ezek megakadályozásában.

A külföldiek – származási országokra tekintettel – jelenthetnek fokozottan kockázatos betegcsoportot járványügyi szempontból. A védőoltások hiánya miatt fogékonyabbak lehetnek olyan fertőzésekre, amelyek a magyar lakosság körében nem jelentenek komoly veszélyt, de esetükben súlyos megbetegedéshez vezetnek. Egyes betegségek, amelyeket hazánkban nem lehet elkapni (biológiai és klímátényezőik miatt – pl. malária), behurcolt megbetegedésként jelentkezhetnek, és ritkaságuk miatt a magyar egészségügyi ellátórendszerben felismerésük és kezelésük nehezebb, mint ott, ahol ez rutin eljárásnak minősül. A betegség gyanúja vagy fennállása önmagában nem lehet alapja az országban tartózkodást kizáró intézkedésnek, de az egészségügyi és egyéb hatóságoknak is kiemelt szerepe van

²¹² Mozgásszervi műtéti ellátást nyújtó fekvőbeteg ellátó szolgáltatók információi megerősítették a jogszabályok alapján feltételezett helyzetet. Több intézmény azonosan számolt be a bemutatott gyakorlatról.

abban, hogy a betegek önkéntes, tudatos együttműködésével kerüljön sor a szükséges kontrollvizsgálatokra és kezelésekre.

A járványügyi ellátás az egészségügyi törvény alapján az állami költségvetésből megvalósuló közvetlen állami egészségügyi feladat. A külföldi betegek ilyen irányú ellátásra megfelelő forrásokat szükséges biztosítani, mert az együttműködés csak akkor várható el, ha a betegeket nem terheli a fertőzés megelőzését szolgáló vizsgálat és kezelés díja, illetve egyes nem kötelező, de szakmailag ajánlott védőoltás biztosítása.

A kulturális különbségekből eredhet, ha a beteg kapcsolattartása hozzátartozókkal a környezet számára zavaró, mert túl sokan, túlságosan hangosan viselkednek a beteglátogatás során. Ez azonban nem kizárólag a külföldieket érintő probléma, hanem bármely más beteg esetében is előfordulhat. Megoldása általános kórházvezetői feladat, ezáltal nem függ össze a külföldiek ellátására vonatkozó speciális intézményi politikával.

Az ellátók jogainak tiszteletben tartása;

Az ellátók jogainak tiszteletben tartásán nemcsak az orvosok, hanem az ápolók és egyéb személyzet tiszteletben tartását értjük. Az általános, a szakirodalomban ismert és az egyes szakterületeken fokozottan jelentkező konfliktusok mellett az ellátókkal szembeni agresszió oka lehet a beteg inadekvát elvárása. A külföldi beteg a magyar ellátótól nem tudja, mit várhat, ugyanakkor nem kizárt, hogy VIP ellátást ígért számára a biztosító. Térítési díja ellenében az adott körülmények között nem biztosítható elvárásokat fogalmaz meg, korlátlan jogosultságú szolgáltatás vásárlóként jelenik meg, és elvárásait erőszakosan kívánja érvényre juttatni. Erről a jelenségről elsősorban azok a szolgáltatók számolnak be, akik relatíve rövidebb időre, elsősorban pihenés, üdülés, szórakozás céljából érkeznek, és ennek során szorulnak orvosi ellátásra.

A konfliktusok másik fajtája az eltérő társadalmi-kulturális hagyományrendszer miatt alakulhat ki, pl. a férfi beteg nővel szembeni agressziója lehet saját kulturális gyökereiből fakadó, amelynek eredményeként az ápolónőt vagy a orvosnőt is alárendelt, akár fizikailag is büntethető, megalázható csoportba sorolja, a velük való együttműködést nem tekinti feladatának. A magyar szabályok lehetőséget adnak arra, hogy a beteg nem a betegségével összefüggő agresszivitása esetén az ellátását az orvos visszautasítsa. E tekintetben a beteg figyelmét fel kell hívni együttműködési kötelezettségeire, az elvárt viselkedésre és a lehetséges szankciókra.

Egyéb, népegészségügyi szempontok a külföldiek ellátásával és megbetegedéseivel kapcsolatban;

A Magyarországon élő vagy hosszabb időn át tartózkodó külföldiek egészségi állapota és ellátási mutatója eddig nem volt vizsgálat vagy nyomon követés tárgya. Mindenképpen indokolt lehetne egy monitorozási rendszer alkalmazása, amely az egyes nagyobb csoportok ellátási szükségleteinek felmérését is szolgálná, esetlegesen célzott népegészségügyi programok és ellátási csomagok kialakítását

segítené, és a magyar lakosság adataival összevetve a magyar lakosság egészségi állapotának javításához is adna közvetett információt.

A külföldiek és általában a vándorló személyek egészségi állapota, a vándorlás hatása és kockázatai az egészségi állapotra népegészségügyi szempontból feltáratlan terület, amely kutatások tárgya is lehet a jövőben.

Az eddigi követetlen állapot alaptalan feltételezések, előítéletek melegágya lehet, a kirekesztő, elutasító magatartást támogatja.

A külföldiek, különösen az Európám kívülről érkezők esetében a korábban kifejtett betegjogi hátrányos helyzet, a kommunikációs nehézségek, a kórtörténeti előzmények hiánya, az eltérő szokások és az egyéb részletezett körülmények azt eredményezik, hogy ezek a betegek az általánosnál fokozottabban vulnerábilis csoportként határozható meg, ellátásuk során a betegjogi sérelmek és a szakmai hibák kockázata jelentősen nagyobb az átlagosnál.

Emiatt célszerű az ellátók számára lehetőséget biztosítani arra, hogy ezen betegcsoport ellátására tudatosan és célirányosan készülhessenek. Ezen ismeretek az orvosok folyamatos, kötelező képzési anyagában helyet kaphatnak, célszerű lenne az oktatási anyagok összeállításához, a programok elindításához közfinanszírozási forrásból vagy pályázati úton forrást biztosítani.

I. sz. Melléklet

„A Magyarországon tartózkodó személyek magán egészségbiztosítási lehetőségei alapján nyújtott szolgáltatások Szegeden” c fejezethez

Szegedi Tudományegyetem
Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ
Térítéses Betegellátási Szabályzata
Szeged, 2010
(Kivonatos közlés)

Harmadik rész

A térítéses betegellátással kapcsolatos részletes szabályok

3. Nem magyar állampolgárságú betegek tájékoztatáshoz való joga, nyilatkoztatása

A külföldi betegek tájékoztatására, nyilatkoztatására idegennyelvű dokumentumok használatával; valamint szükség esetén – amennyiben a beteg a dokumentumok tartalmát nem érti, illetve a beteg kifejezett kérésére - tolmács bevonásával, az alábbi lehetőségek szerint kerül sor:

1. Magyarul nem értő betegek részére a magyar nyelvű dokumentumokkal mindenben megegyező, idegen nyelvre (elsősorban angol, szükség szerint bármely idegen nyelv) fordított nyilatkozatok, tájékoztatók segítségével nyújtunk tájékoztatást. Az idegennyelvű nyilatkozatokat a beteg azok elolvasását és a bennük foglaltak megértését követően kéjegyével ellátja.

a. A központi, általános dokumentumok idegen nyelvre történő fordíttatása központilag, a térítéses betegellátási koordinátor közreműködésével történik. Az egységenkénti, speciális nyilatkozatok lefordítása az egységek saját keretéből kerül kifizetésre. A speciális dokumentumok fordíttatásában a Klinikai Központ a térítéses betegellátási koordinátor közreműködésével igény szerint koordinációs szerepet vállal, támogatást nyújt (fordítóiroda megkeresésében, egyeztetésben, végrehajtásban).

2. A beteg kifejezett kérésére, térítési díj ellenében tolmácsot biztosítunk. Tolmács közreműködése esetén minden beteg által aláírt nyilatkozatba kötelezően bele kerül egy, a tolmácsra vonatkozó záradék, melyet a tolmács aláírásával és engedélyszámával kötelezően ellát.

a. Amennyiben a beteg maga kíván tolmácsot hozni, a tolmácsnak engedéllyel (és engedélyszámmal) kell rendelkeznie.

b. Ha a beteg kérésére engedéllyel nem rendelkező személy végzi a fordítást, a betegnek külön nyilatkozatot kell aláírnia erről.

A teljeskörű adatvédelmi tájékoztatás érdekében - az SZTE Adatvédelmi Szabályzat rendelkezései szerint - a tájékoztatás alapvetően a kifüggesztett, illetve a fekvőbetegek részére átadott SZTE Adatvédelmi Szabályzat melléklete: a SZTE Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ és az ÁOK Adatvédelmi Szabályzata 2. sz. melléklet: Tájékoztató alkalmazásával történik. A térítéses ellátásban részt vevő

külföldi állampolgárságú, magyarul nem értő betegek adatvédelmi tájékoztatására a magyar nyelvű Tájékoztatóval mindenben megegyező Information c. dokumentum alkalmazását vezettük be oly módon, hogy az angol nyelvű tájékoztató dokumentum a térítéses betegellátás részéről frekventált egységeknél kifüggesztésre, fekvőbetegek részére átadásra kerül.

Az adatvédelmi jogok között szerepel a rendelkezés joga az adatok kezeléséről mind a betegellátók, mind a külső személyek vonatkozásában. Ezen jogok érvényesítéséhez az E-I I Adatvédelmi Eljárási Rend nyomtatványokat tartalmaz:

Rendelkezés a tájékoztatásról illetve az egészségügyi adatok hozzáférhetőségéről
Nyilatkozat az adatkezelés, adattovábbítás tiltásáról

Adatkezelési igény bejelentésÉrintett által kért adattörlések

Fenti nyomtatványok kezelése szintén idegen nyelvre fordított dokumentumok használatával (ld. jelen szabályzathoz közvetlenül kapcsolódó dokumentumok) vagy esetenként, tolmács igénybevételével történik.

2. sz. melléklet

Kérdőív az angol tannyelvű hallgatók számára

Szegedi Tudományegyetem
Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ
IGAZSÁGÜGYI ORVOSTANI INTÉZETE
Tanszékvezető: DR. habil .KERESZTY ÉVA
egyetemi docens
6724 Szeged, Kossuth L. sgt. 40., Pf.: 427.
Telefon: (62) 546-883
Fax: (62) 545-708

Dear Student,

In a research program we would like to monitor the health care of non-Hungarian people here in Hungary. The next questions may be answered voluntarily and it is anonym, so we can't use any personal data.

Thank you for the contribution, if you answer.

Szeged, 17, Sept, 2012

Eva

Kereszty

1. Gender: male (1) Female (2).....()
2. Nationality:
3. Countries, where you lived at least one year (other, than Hungary):
4. Do you have health insurance in Hungary? Yes (1) No (2).....()
5. Do you have health insurance in an other country? Yes (1) No (2).....()
6. Did you need health care in Hungary? Yes (1) No (2).....()
- 6/a Did you have to pay for it? Yes (1) No (2).....()
- 6/aa Did you get bill? Yes (1) No (2).....()
- 6/b Were you satisfied with the care, you got? Yes (1) No (2).....()
- 6/c What was the best in the care?.....
- 6/d What was the worst in the care?.....
- 6/e Did the staff speak English? Doctor: Yes - No Nurse: Yes - No
7. Do you prefer to go for health care to other country, than Hungary?

8. Do you have enough information from the Hungarian health care?
9. Did you get information, what to do, if you are sick?
10. As a medical student, what is your opinion about the Hungarian health care system?

3. sz. melléklet

Az idegen nyelvű képzés honlapja az SZTE egészségügyi képzési területen

Insurance

All students must have a health insurance during their stay in Szeged.

- International health insurance:

International health insurances are only acceptable if they offer full coverage in Hungary. The insurance is usually contracted in the student's home country. The costs of medical treatments have to be paid by the student. A refund of the costs is to be claimed retrospectively from the insurance company.

- European Health Insurance Card:

According to the European Union law, citizens from EEA countries are subjects of free medical care in emergency cases, provided they have a valid European Health Insurance Card (EHIC) at hand from an EEA member home country. However, an appropriate insurance is still needed to ensure one is fully covered for all eventualities. The EHIC can only be used in the framework of public health care provision.[1]

- Studium health insurance (offered by the University):

You can sign up for a Hungarian health insurance plan provided by the Generali-Providencia Company. The cost is 25 000 - 35 000 HUF(approx. 110 - 150 USD) per semester. Your health care provider for general medical treatment (University doctor) is located on campus. In order to consult a specialist one needs to be hospitalized by the University doctor. Outside office hours of the University doctor or in emergency cases, the outpatient clinic of the 1st or 2nd Department of Internal Medicine is in charge of medical care. The insurance does not cover dental treatment (except for emergency cases), pre-natal and abortive treatment, cosmetic and rehabilitation treatment, alcohol and drug abuse cases, routine medical check-ups, HIV treatment, treatment related to the consequences of illnesses existing (known prior to the commencement of the insurance or earlier), psychiatric and psychotherapy treatment. The costs of medicine approved by the University doctor will be refunded (50% of the price). The insurance can be purchased at the Foreign Students' Secretariat at the beginning of each semester.

[Providencia Terms and Conditions](#) [2]

[Product Information](#) [3]

Source URL: <http://www.szegedmed.hu/insurance>

Links:[1] http://www.szegedmed.hu/pdf/insurance_more.pdf

[2] http://www.szegedmed.hu/pdf/Providencia_Terms_and_Conditions_2011.pdf

[3] http://www.szegedmed.hu/pdf/Providencia_Product_Information_2011.pdf

4. sz. melléklet

Az SZTE számára a hallgatói egészségbiztosítás keretében ajánlott szerződés

„STUDIUM” Fee-for-Service Health Insurance – Terms and Conditions

The present general insurance terms and conditions shall, unless otherwise agreed by the parties hereto, be applicable to the fee-for service health insurance services of Generali-Providencia Biztosító Zrt., provided that the insurance contract (hereinafter: contract) has been concluded with reference to the present conditions.

As regards issues not regulated under these insurance terms and conditions, provisions of the Hungarian Civil Code and effective Hungarian regulations shall prevail.

Section 1 Definition of Terms

1.1. **Illness:** abnormal physical or mental condition known in generally acknowledged medicine.

1.2. **Accident:** a sudden, one-time, external physical or chemical impact occurring during the period of insurance, independently of the will of the insured and resulting in a permanent injury to the health of the insured, or the death of the insured.

1.3. **Health care:** any and all health care activities that can be pursued in possession of an operation permit issued by the health care authority (the Hungarian medical officer's and professional supervision), which aims at examining and treating the patient, caring for, attending him/her, decreasing pain and suffering and for the purpose of the above, the processing of the patient's examination documents in order to preserve the insured person's health, as well as for the prevention, early recognition, establishment, treatment of illnesses, averting dangers of life, improving the condition occurred due to attaches, or as a consequence of accidents and for the purpose of preventing further condition deterioration.

Health care shall furthermore include activities related to medications, bandage, medical aids, medical care in accordance with effective legislation, as well as rescue and patient transport.

1.4. **Primary health care:** health care services which can be freely received by the insured person at his/her own discretion, without the physician's order.

1.5. **Specialized health care:** health care used by the insured person upon the physician's order.

1.6. **Health care service provider:** an organization which is recognized by the medical authorities (Hungarian medical officer's and professional supervision), is entitled to provide health care services in accordance with effective legislation, and whose operation is authorized in Hungary.

For the purposes of the present conditions, **health care service provider shall not include** sanatoriums, rehabilitation institutes, thermal or hydro-mineral establishments, asylums and care centers for patients with mental disorders and other psychiatric diseases, geriatrics, chronic institutes, social homes, alcohol and drug detoxification institutes (hereinafter jointly referred to as: other health care institutions), even if these provide health care services, or departments of health care institutions which provide health care services in line with the operations of health care institutions as defined herein (for the purposes of this section, hereinafter: department), provided that the insured person has received services in line with the specialization of the other health care institution or of the department.

1.7. **Designated health care service provider:** the health care service provider contracted with the Insurance Company to render health care services and specifically named on the Health Insurance Card by the Insurance Company.

1.8. **Outpatient care** shall be provided for any person who, as a result of an accident or illness, receives primary medical or specialist care the duration of which does not exceed 24 hours, and which is not considered as inpatient care.

1.9. **Inpatient care** shall be provided for any person who, as a result of an accident or illness, is hospitalized in a health care service provider institution for several days to receive medical attention, and the person spends every night during his/her hospitalization, between admission and release, in such institution in connection with the medical treatment. The insured shall be hospitalized for multiple days if his/her release from the health care institution is on a later day than that of his/her admission.

1.10. Emergency: a sudden change in health conditions as a consequence of which the insured person's life would be at direct risk, or could suffer severe or permanent injury to health without receiving immediate medical attention.

1.11. Pre-financed health care: health care services provided by a person or institution duly authorized to render health care services, received by the insured in medically justified cases, where the costs are settled to the service provider directly by a person or entity other than the insurance company.

1.12. Proposal/policy/statements (insured's statement): is a written document bearing a serial number which contains the insured's declarations with respect to the health insurance contract, and in particular information regarding the rights and obligations of the insured, the name of authorities and institutions which the insurer's secrecy obligation shall not apply to, as well as the insured's Assignment with respect to the payment of benefits, forming an integral part of the insured's statement to which it is annexed. The insured's statement shall be an integral part of the Stúdium contract to which it is annexed.

1.13. Health insurance card: A card bearing the same serial number as that of the proposal/policy/statements referred to in Clause 1.12 and issued by the insurance company containing the most important data related to the insurance, which is designed to be proof of the validity of the insurance before the Health care service provider.

1.14. Annual limit: the upper threshold of the Insurance Company's total benefit payment (annual limit) specified in the Stúdium Product Information material which is an integral part of the contract, in relation with the insured's health care treatment during a given policy/financial year and with respect to the particular benefit types, above which the Insurance Company shall not be bound to provide services (pay benefits).

1.15. Pro rata limit: a part of the annual limit pro rata temporis for the services specified in the Stúdium Product Information material, in relation with the insured's health care treatment and with respect to the particular benefit types in a given insurance period.

1.16. Deductible (or excess): a lower threshold of the Insurance Company's benefit payment obligation specified in the Stúdium Product Information material, which is an integral part of the contract, construed and applied by insured events and by insureds. This is the amount which the insured shall cover himself/herself in relation with the insured's health care treatment.

Section 2 General Provisions

2.1. Parties to the insurance contract (insurance company, policyholder, insured)

2.1.1. Generali-Providencia Biztosító Zrt. (hereinafter: insurance company) shall, in consideration of the insurance premium payment, bear insurance risk during the period of insurance specified in the contract, and undertakes the obligation to deliver the insurance services set forth in these general terms and conditions.

2.1.2. **Policyholder also Insured:** a party that proposes the conclusion of the insurance contract by completing and signing the Proposal/policy/statements (insured's statement) in a consolidated structure and undertakes to pay the insurance premium.

2.1.3. Insured: any natural person whose health is covered under the insurance contract with respect to specific insured events, and who is a student at the University of Szeged (registered seat: [6720 Szeged, Dugonics tér 13.](#)) during the term of the insurance.

2.1.4. For the purposes of these insurance terms and conditions, an insured can be a foreign citizen **who is not less than 18 and not more than 65 years of age** as at the date when the insurance contract is concluded, and **is not insured under the national social insurance scheme in Hungary.**

2.1.5. For the purposes of these insurance terms and conditions, an insured may not be engaged in the following occupations, nor may pursue the following activities:

stuntmen, circus artists, equilibrists, test pilots, parachute jumpers, jet plane crew in the army, bodyguards, commando staff, foreign legionnaires, peacekeepers, secret agents, armed guards,

armored car personnel, contractors working in the army or persons in conscription who pursue increased danger activities (e.g. bomb experts, divers).

2.2. Conclusion of the contract

2.2.1. The contract shall be concluded by execution of a written agreement by and between the policyholder and the insurance company.

2.2.2. The consolidated version of the insurance 'proposal/policy/statements' (insured's statement) shall be an integral part of the contract to which it is annexed.

2.2.3. The insurance company shall be entitled to collect advance premium in the amount of the first premium or single premium of the contract, which shall be regarded as an interest-free advance payment.

If the contract is concluded, the insurance company shall include the premium advance in the insurance premium. In case the contract is not concluded, the insurance company shall refund the advance premium to the policyholder.

2.2.4. Before concluding the contract, the insurance company is entitled to carry out underwriting and for that purpose may require a statement of health (pre-conditions), medical tests or other written declarations from the insured. The insurance company shall be entitled to verify the data so obtained.

2.2.5. In the medical statement, as well as in all other written declarations, all data or circumstances explicitly requested by the insurance company in the form of questions or in a statement must be true and accurate.

2.2.6. When the contract is concluded, the insurance company issues a Health insurance card for the insured, which contains the most important data related to the insurance, and the insurance status of the insured.

2.3. Effective date of the contract, commencement of coverage

2.3.1. The insurance company shall be entitled to set out a waiting time in the contract, the duration of which shall be a maximum of 6 months from the entry into force of the contract. The term of the waiting period, if stipulated by the insurance company, is indicated by the insurance company on the endorsement of the contract and/or the policy. During the waiting period, the insurance coverage shall be partial, and it shall only apply to accidents and insured events in direct causal relationship with accidents.

2.3.2. Unless the insurance company carries out underwriting, the insurance coverage for the particular insured **shall take effect** – taking into account the waiting period if one is stipulated by the insurance company in the contract and/or in the proposal/policy/statements – **at 0 hours on the day following the day when the proposal/policy/statements are signed by the policyholder/insured**, provided that the premium for the insurance period specified on the document titled proposal/policy/statements has been credited to the bank account of the insurance company.

2.4. Term of coverage, technical commencement of premium payment

2.4.1. The health insurance contract may not be concluded for a period longer than the fixed period of the policy year/financial year specified in Clause 2.4.2, it being understood that if the insurance period specified on the consolidated version of the document titled the proposal/policy/statements is shorter than the policy year/financial year but is at least as long as one insurance period, then the insurance contract shall be concluded for the insurance period specified on the document titled proposal/policy/statements.

2.4.2. Policy year/financial year: one (1) year starting on 1st September of the current year and ending on 31st August of the subsequent calendar year.

2.4.3. The policy year/financial year can be divided into insurance periods. The insurance periods are specified on the document titled the proposal/policy/statements.

2.5. Termination of the contract, termination of the insurance coverage

2.5.1. The contract shall terminate:

- a) at the date specified in the contract (at the end of the insurance period), or
- b) in the case of non-payment of premium, after 30 days from the due date of the first missed premium, or
- c) at the end of the policy/financial year in which the insured reaches the age of 65, or
- d) if the insured dies.

2.6. Geographical limit of the insurance

2.6.1. The insurance coverage shall only be applicable in the territory of the Republic of Hungary.

2.7. Rights and Obligations of the Parties to the Contract

2.7.1. Any amendment of the contract shall be subject to a written consent from the insured.

2.8. Obligation of the policyholder and the insured to disclose data and report changes

2.8.1. The policyholder and the insured shall comply with their obligation to disclose data and report changes.

2.8.2. Obligation to disclose data shall mean that when making an insurance proposal the policyholder and the insured person shall declare to the insurance company all circumstances which may be relevant for underwriting and which they are or must have been aware of. Parties shall comply with their obligation to disclose data by answering the written questions of the insurance company provided that such statements and answers are true and accurate.

2.8.3. Obligation to report changes shall mean that during the insurance period the policyholder and the insured shall give written notification of any change in any relevant condition specified or included in the contract within 15 days following such change. Relevant condition shall include everything that the insurance contract provides for or which the insurance company has asked or which was required to be stated.

2.8.4. The insurance company shall be entitled to verify any disclosed data.

2.8.5. If the obligation to disclose data and report change is infringed, the insurance company shall be exempt from payment of the insurance benefit, save for the case when it is proven that the undisclosed or undeclared condition was known to the insurance company at the time when the insured event occurred, or it did not intervene in the occurrence of the insured event.

2.8.6. The occurrence of any of the above cases shall be evidenced by the party that refers to it.

2.8.7. If the insurance company becomes aware of any relevant condition after the conclusion of the contract, it may initiate the amendment of the contract within 15 days after obtaining such information, or if it does not accept the risk under the new circumstances, it may terminate the contract in writing giving 30 days notice.

2.8.8. If the policyholder (insured) does not accept the recommended modification or does not respond within 15 days from its receipt, the contract shall terminate on the 30th day after notification of the modification was given, provided that the insurance company has advised the insured of this legal consequence when sending notification of the modification.

2.9. Insurance premium

2.9.1. For all issues in relation to the payment of the insurance premium, the consolidated version of the document titled 'insurance proposal/policy/statements' shall apply.

2.9.2. The policyholder shall fulfill his/her obligation to pay the insurance premium as of the day when **the insurance premium is credited to the account of the insurance company.**

2.9.3. The policyholder undertakes to pay the insurance premium at the time when the insurance contract is concluded, or if payment deferment is applied, at the payment dates specified, **in one sum and in advance for each insurance period.**

2.9.4. If the contract is terminated as a result of a default on premium payment, the insurance company shall be entitled to claim insurance premiums in proportion to the actual period in which coverage was provided.

Section 3 Insurance coverage

3.1. Insured Event

3.1.1. The insurance covers events when, during the period of insurance, the insured receives health care services in a medically justified case as a result of an accident or illness from a health care service provider named (designated) on the Health insurance card in accordance with the conditions of the contract. **Health care services received in other institutions shall only be covered if the condition of the insured did not make it possible to be treated in the designated institution.**

3.2. Services of the insurance company

3.2.1. The insurance shall cover **health care services provided in Hungary only.**

3.2.2. The insurance shall cover costs related to the insured's medically justified health care treatment as defined in these conditions provided that their justified use is properly supported by the insured.

3.2.3. The insurance benefit the insurance company shall pay to cover the costs of health care services under this insurance contract, shall be limited to the annual limit and pro rata limit as specified in the consolidated version of the proposal/policy/statements, and shall be reduced by the deductible, if the insurance company applies deductibles.

3.2.4. Within the framework of the outpatient treatment, the insurance company shall pay for:

- a) the costs of primary health care services,
- b) the costs of specialized health care treatment,
- c) the costs of a physician's field-work incurred when the insured's condition does not make it possible to visit the physician in his/her office (e.g. case of emergency),
- d) the costs of special tests (e.g. laboratory tests, X-ray diagnosis, ultrasound examination); which the insurance company shall only cover if these are necessary for the exploration or treatment of the illness.)

3.2.5. Within the framework of inpatient treatment, the insurance company shall pay for the costs incurred from the insured's hospitalization and medical treatment. The insurance company, shall in particular pay for:

- a) the costs of medical treatments prescribed by a physician, (including necessary surgeries);
- b) the costs of nursing;
- c) the costs of medically justified abortion.

3.2.6. The insurance shall cover the costs of medications, bandage, temporary medical aids (products officially listed as medical aids) if required for the health care treatment, subject to and taking account of the annual limit, pro rata limit and deductible set out in the consolidated version of the proposal/policy/statements.

3.2.7. Costs of travel or transport to a physician are covered by the insurance if they are within the territory of the country and such transport to the hospital (in an ambulance, taxi) is medically justified.

3.2.8. The insurance company shall cover the costs of repatriation (transport home) if the condition of the insured so requires or makes it possible and the medical service provider specified by the Insurance Company also recommends repatriation.

3.3. Payment of Insurance Services

3.3.1. **The insurance company shall pay the costs of medical treatment received from, arranged by or delivered with the cooperation of the designated health care service provider directly to the designated health care service provider.**

3.3.2. The Insurance Company shall pay the costs of emergency health care services received from other than the designated health care service provider in an emergency after consultation between the designated health care SP, the affected health care SP and the insured.

3.3.3. If the cost of a **pre-financed health care treatment is settled by the insured**, the insurance claim for recovering the costs of the health care service must be filed to the insurance company within 15 days from the issue of the invoice.

3.3.3.1. To enforce an insurance claim for covering the costs of any health care service, the following documents shall also be submitted to the insurance company:

- a) original invoices certifying payments, issued to the name and address of the Service Provider
- b) a copy of all medical documents related to the insured event.

3.3.3.2. If the claim is grounded, the designated service provider shall settle the insurance claim within 15 days upon receipt of all documents necessary for the assessment of the claim.

3.4. Exclusions

3.4.1. The insurance shall not cover:

- a) **any illness or pathological condition of the insured which has been proven to have existed prior to the effective date of the insurance cover, or any permanent health damage of the insured which has been diagnosed prior to the effective date of the insurance coverage.**
- b) **health care services relating to pregnancy or child birth,**
- c) abortion of pregnancy, unless termination of the pregnancy was necessary to preserve the life or health of the mother, or if termination of the pregnancy was performed in a case where pregnancy was the result of a criminal act,
- d) surgeries related exclusively to treating infertility, and medical treatments related to any form of artificial reproductive techniques,
- e) sterilization surgeries and consequences,
- f) sex reassignment surgeries,
- g) treatments and surgeries exclusively for aesthetic (cosmetic) purposes,
- h) eye correction surgeries,
- i) dioptric glasses/sunglasses, contact lenses and their accessories,
- j) hearing aid,
- k) **dental treatments, with the exception of acute conditions, cases of emergency and accident consequences,**
- l) health care services in relation to HIV infection,
- m) tests taken and treatments performed in relation to the consumption of alcohol or narcotic drugs,
- n) convenience (V.I.P.) health care services (e.g. single bedroom),
- o) acupuncture, acupressure treatment, oriental medicine,
- ö) **psychiatric and psychotherapy treatment,**
- p) immunization shots,
- q) treatment received in sanatoriums or in assisted accommodation,
- r) rehabilitation or nursing of chronic illnesses (especially geriatrics, hospice care, special needs education, speech therapy, physiotherapy, physical therapy, bath therapy, weight loss therapy), excluding treatments which are for the purpose of diagnosing chronic illnesses, initiation of a therapy, the prevention of significant deterioration of acute conditions,
- s) **medical care that is not for the purpose of diagnosis of illness for the insured, or for the prevention of deteriorating condition and rehabilitation of the insured's health, especially screening tests not ordered or received in relation to this insurance,** or a parent having to stay at a hospital with his/her child, nor is the insured's stay at a hospital for the purpose of nursing a parent,

t) treatment by a person who does not have medical certification and permit to practice medicine, and medical or other health care treatment made necessary as a result of treatments performed by such person.

3.4.2. Furthermore, the insurance will not cover events which are in part or in whole caused by any of the following:

- a) mental abnormality,
- b) HIV infection
- c) ionizing radiation,
- d) nuclear energy,
- e) warlike event, or a crime against the state.

For the purposes of these conditions warlike events shall mean war (whether war be declared or not), border conflicts, insurrection, revolution, riots, coup d'état or attempted coup d'état, civil war.

3.4.3. The insurance shall not cover insured events which may have been caused by the insured's engagement in sports activities with increased risks listed herein: scuba diving under 40 m, one-arm and open sea sailing, white-water rafting, hydrospeed, canyoning, surfing, mountaineering and rock-climbing from peg 5, high-mountain expeditions, caving and cave expeditions, bungee jumping, auto-motor sports (e.g. auto-crash, go-kart, moto-cross, motorboat sports, motorcycle sports, rally, ability competitions by car), quad, private flying/sports flying/aviation sports (e.g. paragliding, ballooning, motor sail plane, hanggliding and ultra-light flying, hot-air ballooning, parachute jumping, free plane flying, stunt flying, base jumping).

3.5. Exemptions

3.5.1. The insurance company shall be exempt from payment of the insurance benefit if the insured event was caused by an unlawful and willful behavior of the policyholder or the insured or unlawfully and in gross negligence by them.

3.5.2. The insured shall act in gross negligence, in particular, if

- a) the insured event occurred in relation to regular alcohol consumption, drug consumption, the administration of stupefying agents or medications by the insured, unless the latter was administered as prescribed by the attending physician,
- b) the insured was verifiably in an alcoholic condition at the time of the insured event, or was under the influence of drugs or stupefying agents and this fact intervened in the occurrence of the insured event. If a blood alcohol test was performed, blood alcohol concentration exceeding 1.5‰ – or 0.8‰ during driving a vehicle – shall be deemed as an alcoholic condition.
- c) the insured drove a motor vehicle without a valid traffic license or the insured did not have a valid driving license required for driving such vehicle, and this fact intervened in the occurrence of the insured event.
- d) the Insured has committed at least two traffic offences violating the traffic regulations effective in the particular country at the time of the occurrence of a traffic accident.

3.5.3. If the policyholder or the insured infringe their obligation to disclose or to report changes, the insurance company's obligation to pay the benefits shall not set in, unless it is proven that any of the following circumstances exist:

- a) the concealed or unreported circumstance was known to the insurance company at the time of concluding the contract; or
- b) the policyholder or the insured infringed their obligation to report changes, but the insurance company was made aware of such concealed or unreported circumstance during the term of insurance, before an insured event, and the insurance company did not exercise its rights to amend or terminate the contract within 15 days, or
- c) the concealed or unreported circumstance did not intervene in the occurrence of the insured event.

3.5.4. Should an insured event occur, the insured must act as generally expected in the given situation; accordingly, the insured must have recourse to prompt medical assistance and must keep to the instructions of the acting physician on an on-going basis until completion of the therapeutic procedure. The insurance company shall be exempt from its obligation to pay benefits to the extent

5. sz. melléklet

A STUDIUM egészségbiztosítás tájékoztatója az SZTE honlapján

**PRODUCT INFORMATION REGARDING THE GENERALI-PROVIDENCIA
STUDIUM FEE-FOR-SERVICE HEALTH INSURANCE
for the period between**

September 01, 2012 – January 31, 2013

The STUDIUM health insurance – valid in Hungary - provides **full coverage** for the costs of justified medical treatment, **50% of coverage** of the costs of medicine and therapeutic aids. Details regarding the insurance can be found in the **Terms and conditions of STUDIUM service financing health insurance** displayed on the Notice Board & website of the Foreign Students' Secretariat of the University of Szeged: <http://www.szegedmed.hu> (under GENERAL INFORMATION).

Note that **there are exclusions and cases of relief** related to the insurance coverage in which cases the Insurance Company does not cover the costs of treatment (eg. medical treatment arising from the consumption of alcohol and drugs; treatment related to the consequences of illnesses existing, known prior to the commencement of the insurance or earlier; health care services relating to pregnancy or child birth; psychiatric and psychotherapy treatment; dental treatment - except for acute and emergency cases and the consequences of accidents etc.).

For details please read the Terms and Conditions carefully!

Designated health care provider: University of Szeged, Albert Szent-Györgyi Clinical Center

Primary care: **For the period between: September 01, 2012 – June 30, 2013**
Family Medicine Department (Szeged, Pécsi u.4/a) Tel.: 545-552

Reception hours:			Registration on spot till:
Monday	13:00 – 15:00		14:00
Tuesday	13:00 – 15:00		14:00
Wednesday	13:00 – 15:00		14:00
Thursday	11:00 – 13:00		12:00
Friday	08:00 – 10:00		09:00

If you do not register till the time indicated above, consultation cannot be guaranteed.
In every case the doctors of the Family Medicine Department should be consulted first.

For the period between: July 01, 2013 – July 31, 2013
Outpatient clinic of the First Department of Internal Medicine (Korányi Fásor 8-10)

For the period between: August 01, 2013 – August 31, 2013
Outpatient clinic of the Second Department of Internal Medicine (Korányi Fásor 6)

Secondary care: Clinics of the Albert Szent-Györgyi Clinical Center
For treatment provided by medical specialists one needs a referral from the Family Medicine Department.

Emergency care: **For the period between: September 01, 2012 – January 31 2013 and August 01 – August 31, 2013**
Outpatient clinic of the Second Department of Internal Medicine (Korányi Fásor 6)

For the period between: February 01, 2013 – July 31, 2013
Outpatient clinic of the First Department of Internal Medicine (Korányi Fásor 8-10)

Costs of medical care received at the University clinics generally do not have to be pre-financed, however if treatment was not justified or falls into the exclusions, the student has to pay for the costs of treatment on spot. In case treatment was justified and the clinic required immediate payment, the costs will be reimbursed by the Financial Department of the Clinical Center. Costs of medicine will be reimbursed regularly during the insurance period by the Insurance Company by bank transfer. All invoices (treatment and medication) have to be submitted at the Foreign Students' Secretariat.

Nemzetközi kitekintés: Migránsok egészségügyi ellátásra való jogosultsága Romániában, Bulgáriában és Szlovákiában

Általános bevezetés

A tanulmány célja

Jelen kézikönyv nemzetközi összehasonlító tanulmányának célja, hogy egy összehasonlító elemzést lehetővé tevő rendszer-bemutatót nyújtson a Magyarország szomszédságában található, részben hasonló történelmi-kulturális gyökerekkel, illetve gazdasági fejlettséggel, lehetőséggel rendelkező EU-tagállamok egészségbiztosítási rendszereiről, különös tekintettel az egyes ellátórendszerekhez való hozzáférésre. A környező államok rendszerének bemutatása lehetőséget ad arra, hogy megfelelő összehasonlításban lehessen látni Magyarország egészségügyi ellátórendszerét, és különösen azon belül a harmadik államok polgárainak ellátásokhoz való hozzáférését.

A migráció fogalma és típusai

Migrációnak nevezik azt a folyamatot, melynek során egyes személyek vagy csoportok úgy váltanak lakókönyezetet; illetve társadalmat, hogy ez a váltás időlegesebből tartóssá, huzamossá válik.²¹³ A migráció tipikus kiváltó oka gazdasági – munkavállalási – jellegű, de jelentős a vallási, etnikai és politikai hátrányok vagy egyenesen üldöztetés által kiváltott vándorlás is. Térbeli szempontból a vándorlásszociológia megkülönböztet belső (intern), valamint nemzetközi (extern) vándorlást. A harmadik állambeli migránsok esetén természetesen ez utóbbival van dolgunk. Időtartam szempontjából megkülönböztetnek korlátozott vagy időszakos vándorlást és tartós vagy folyamatos vándorlást. Jelen esetben mindkét kategóriának van jelentősége elemzésünk szempontjából. Az egyéni migrációs döntések szempontjából megkülönböztetnek önkéntes vándorlást és kényszervándorlást. Szerencsére a XXI. században Európán belül ez ritka jelenség, azonban a jugoszláviai háború, illetve a közel-keleti fegyveres konfliktusok hatással voltak az általunk vizsgált országok bevándorlási képére. Terjedelem szempontjából megkülönböztetnek egyes vagy egyéni vándorlást, valamint kollektív migrációt. Ilyen tömegvándorlás a vizsgált országok esetében inkább emigrációs szempontból jelentkezett: Bulgária esetében etnikai, Románia esetében részben etnikai, de főként gazdasági szempontból. A kivándorlás azonban nem képezi vizsgálatunk tárgyát.

A szakirodalom egységesen azt illetően, hogy a hagyományos megkülönböztetésnek a „klasszikus” bevándorlás és a „munkaerómigráció” között a

²¹³ Treibel, Anette: *Migration in modernen Gesellschaften*. Weinheim und München 1993.

mai vándorlási folyamatokban alig van jelentősége. Európában sok vendégmunkás tartósan letelepül, és gyakorlatilag bevándorlóvá válik.

Új gazdasági növekedési pólusok alakulnak ki, melyek munkaerőt vonzanak magukhoz, azonban nem azokat, akik a nyomor és a szegénység elől menekülnek, hanem többnyire az egyébként rendezett helyzetű, képzett munkaerőt, akiknek a munkavállalás élet- és munkafeltételeik viszonylagos javulását hozza. A fertilitási ráta is jelentősen lecsökkent a vizsgált országokban (az 1980-as 2 gyermek/nő körüli értékről 2009-re 1,5 körüli értékre vagy az alá²¹⁴). Egyes bevándorló-csoportoknál – közel-keltiek, afrikaiak – esetén ez a ráta még mindig fölötte van a reprodukciós szintnek. A negatív természetes szaporodás vonatkozásában szinte homogenizálódik Európa.

Minden országban az etnikailag (de legalábbis kulturálisan-vallásilag) rokon bevándorlók jelentik a jogilag és politikailag leginkább elfogadott csoportot. Ezen személyek gyakran rokoni kapcsolataik révén, gyorsan megkapnak minden állampolgári jogot, és nem ritkán külön állami programok segítik beilleszkedésüket, jóllehet támogatottságuk miatt olykor ellenállást is kiválthatnak a befogadó társadalomból.

Jóllehet, a vizsgált országok a 2000-es években bizonyos gazdasági fellendülést éltek át, melynek köszönhetően nőtt az életszínvonal, és egyes területeken akár munkaerő-hiány is fellépett, de szervezett munkaerő-importra nem került sor. A 2009-ben kirobbant gazdasági válság jelentősen mérsékelte Románia és Szlovákia ugrásszerű fellendülését; 2012-ben Bulgária és Szlovákia még mindig 12 %-on felüli munkanélküliségi mutatókkal küszködik, Romániában pedig a korábbi munkaerőhiányból 7% feletti munkanélküliség lett.²¹⁵

Tekintve, hogy a vizsgált országokban nem volt jellemző jelenség a bevándorlás, az immigráció kérdését az érintett társadalmak nem tudják kezelni. Ez természetesen lecsapódik abban, ahogy az egészségügyi ellátórendszer nem kezeli a külföldiek specifikus problémáit. Jellemzően a kérdés ezen országokban politikailag nincs tematizálva, és sem a jogalkalmazás, sem a közigazgatás nincs felkészülve a migránsok integrációjára. Az általunk vizsgált országokra is érvényes tehát Cseresnyés Ferenc megjegyzése, amely szerint sokkal jobban be kellene vonni a közvéleményt a bevándorlás és a menedéj jog kérdéseinek megoldásába és elfogadásába.²¹⁶ A tagállamok hivatalnokai nem teszik széles körű megfontolás tárgyává a mindennapi életre mélyreható következményekkel járó intézkedéseiket, így nem sok esély mutatkozik arra, hogy a kérdéskört társadalmi szempontból ne ignorancia, vagy indulatok övezzék és a populáris politika ne használja ezt ki.

²¹⁴ Eurostat Statistics in Focus: Citizens of European Countries Account for the Majority of the Foreign Population in the EU27 in 2008. Eurostat, Luxemburg, 2009.

²¹⁵ Ibid.

²¹⁶ Cseresnyés Ferenc, Migrációs potenciálok és trendek Európában, Regio. Kisebbség, politika, társadalom 1996. 7. évf. 4.sz.

Egészségügy és migráció

Harmadik állambeli migránsok az EU-ban

Az Európai Unió 27 tagállamában élő harmadik állambeli migránsok számát az Eurostat statisztikai 4% körülire becsülik (2009-es adat), ennél feltehetően magasabb lehet a tényleges szám, ha figyelembe vesszük az időközben állampolgárságot szerzett, valamint a (hivatalosan legalábbis) rövid ideig tartózkodó, és a nyilvántartásokban nem szereplő személyeket. Egyes becslések szerint a 27 EU-tagállamban a harmadik állambeli migránsok száma akár ennek duplájára is rúghat.²¹⁷ Az adatok összehasonlításában további jelentős nehézséget jelent, hogy a tagállamok eltérő definíciókat alkalmaznak a migránsokra, jöllehet, az ENSZ próbálkozott egységes definíciót alkotni, amely alapján migráns „az a személy, aki egy éven túl a rendszeres tartózkodási helyétől eltérő államban lakik”.²¹⁸ Az eltérő fogalomhasználat mellett figyelembe kell vennünk továbbá, hogy általános tapasztalat szerint a migránsok második generációja (akik természetesen gyakran nehezen kategorizálhatók migránsokként²¹⁹) rendszerint hasonló, vagy még nagyobb nehézségekkel néznek szembe az egészségügyi ellátások igénybe vételének terén, mint az „első generációs”, tehát tényleg egy másik országból beköltöző migránsok.

Általánosan megállapítható tehát, hogy egységes definíció és megfelelő adatgyűjtés híján rendkívül nehéz a harmadik államokból származó migránsokról általános kijelentéseket tenni az Európai Unió vonatkozásában. Ehhez hozzájárul továbbá, hogy a harmadik állambeli migránsok jellemzően nem jelentenek kezelhetetlen kihívást és jelentős többletterhet a fogadó államok számára. Sőt, mivel alapvetően fiatal, munkavállaló vagy munkakereső populációról van szó, számos tagállamban a lakosság átlagához képest lényegesen jobb általános egészségügyi állapotnak örvendenek a harmadik államokból betelepülők („healthy migrants effect”). Ugyanakkor speciális helyzetükből következően e személyek körében gyakoribbak (lehetnek) a veszélyes vagy egészségtelen munkakörülmények miatt kialakuló betegségek, és – a jellemzően fiatal korosztályhoz tartozó – migránsok esetében gyakran fordul elő a terhesség és gyermekszülés, valamint ennek következtében az már második generációnak számító kisgyermekek betegségei, melyeken keresztül szükségszerűen találkoznak a fogadó államok egészségügyi rendszereivel.

A migránsok egészségügyi igényeire vonatkozó európai kutatások rámutattak, hogy alapvetően nem feltétlenül veszélyeztetettebb csoportról van szó, mint a többségi társadalmak, a betegségeik és az általuk igénybe vett egészségügyi ellátások

²¹⁷ Karl-Trummer, U., Metzler, B. and Novak-Zezula, S. (2009) *Health Care for Undocumented Migrants in the EU: Concepts and Cases*. Geneva: International Organization for Migration.

²¹⁸ United Nations Department of Economic and Social Affairs (1998) *Recommendations on Statistics of International Migration, Revision 1*. New York: Statistics Division, UN DESA (Statistical Papers, Series M, No. 58, Rev.1)

²¹⁹ Kobayashi, A. (2008) A research and policy agenda for second generation Canadians. *Canadian Diversity*, 6(23): 3–6.

sem térnek el gyökeresen a (befogadó) többségi társadalmak jellemzőitől. A menedékjogot kérelmezők és az illegális migránsok természetesen nagyobb egészségügyi kockázatoknak vannak kitéve, azonban az európai államok zöme nem különösebben törődik e csoporttal jogszabályi szinten. Az Európai Unió Tanácsának 2003-as, menedékjog-kérelmezők esetében megfogalmazott minimumfeltételekről szóló irányelve²²⁰ ellenére az európai államok zöme továbbra is legfeljebb sürgősségi ellátást biztosít e személyi kategóriának.²²¹ Hasonlóan mostoha körülmények várják az illegális, illetve nem megfelelően regisztrált/dokumentált migránsokat az Európai Unió államaiban. A legtöbb tagállam csupán sürgősségi ellátást biztosít részükre, nem ritkán azon megfontolásból, hogy kimondva-kimondatlanul elvegyék a (potenciális) bevándorlók kedvét a beutazástól és letelepedéstől. Ettől függetlenül néhány, a bevándorlás kérdésével nem csekély mértékben a gyarmattartó múltja miatt szembesülő ország – mint pl. Franciaország, Portugália, Hollandia – az ellátási jogosultságot bizonyos esetekben az alapellátásra, illetve egyéb ellátási formákra is kiterjeszti. A téma kutatói összességében azonban egyetértenek abban, hogy a migránsokat

- a nyelvi és kulturális akadályok, továbbá
- jogaik ismeretének hiánya mellett leginkább
- a fizetési kötelezettségek, önrészek, valamint
- a beutalási rendszer hátráltatja leginkább az ellátások igénybevételében.²²²

Az általunk vizsgált kelet-európai tagállamokban a migránsok egészségügyi ellátása semmiképpen sem minősül kiemelkedő politikai és egészségpolitikai témának. Ennek oka részben a migránsok – viszonylag – alacsony aránya az összlakossághoz képest, másrészt ezen államok egészségügyi rendszerei a saját állampolgárok igényeit sem tudják maradéktalanul kielégíteni. Harmadrészt figyelembe kell venni azt a Nyugat-Európában is jellemző általános politikai légkörbeli tendenciát, amely nem kedvez a migránsok befogadásának. Az egész Európában „divatos” politikai populizmus érzékelhetően és jogszabályokban is megjelenő módon elsődlegesen a bevándorlás korlátozására és nem a migránsok integrálására irányul.

A közép- és kelet-európai régió államai – természetesen különböző mértékben – a '90-es évektől főként kibocsátó országokként jelentek meg a migrációs folyamatokban, melynek hatására politikai szinten is lényegesen nehezebben birkóznak meg a bevándorlás kérdésével, mint a nyugati tagállamok, esetleg tudomásul sem veszik azt. Ugyanakkor a nemzetközi migrációban új jelenségek is

²²⁰ A Tanács 2003/9/EK irányelve (2003. január 27.) a menedékkérők befogadása minimumszabályainak megállapításáról, HL L 31., 2003.2.6., magyar kiadás 19. kötet 06. o. 101 - 108

²²¹ Nørredam, M., Mygind, A. and Krasnik, A. (2006) Access to health care for asylum seekers in the European Union – a comparative study of country policies. *European Journal of Public Health*, 16(3): 286–90.

²²² Nielsen, S., Krasnik, A. and Rosano, A. (2009) Registry data for cross-country comparisons of migrants' healthcare utilization in the EU: a survey study of availability and content. *BMC Health Services Research*, 9: 210.

napvilágot láttak, mint pl. a körforgásszerű migráció, amely egyfajta új nomadizmusként jelentkezik: az állandó letelepedésre irányuló migrációt világjelenségként egyre erősebb mértékben kezdi kiegészíteni a „cirkuláris”, munkalehetőséget követő és adott esetben a kibocsátó államba visszairányuló vándorlás.

Ami a migránsok – becsült – számadatait illeti, a statisztikák módszertana rendkívül eltérő az Európai Unió tagállamaiban. Már az sem világos, milyen személyi csoportok kerülnek be a statisztikákba, különösen a fent kifejtett definíciós problémára tekintettel. Ugyanakkor az egyes államok módszertaniban és gyakorlatában is megfigyelhető változás: számos országban azért nőtt a migránsok száma és lakosságon belüli aránya, mert a statisztikai adatgyűjtésben korábban mellőzött csoportokat is elkezdtek figyelembe venni, illetve egyes országokban illegális bevándorlók tömegeit legalizálták. A nehezen összehasonlítható adatok ellenére nyilvánvaló, hogy a harmadik államokból származó migránsok (származási helyük szerinti sorrendben: Afrika, Ázsia és Latin-Amerika) legalább harmada koncentrálódik Franciaország, Spanyolország, Németország, Olaszország és az Egyesült Királyság területére. A kelet-európai régióból nagyobb migráns-populációt valójában csak a balti államok tudnak felmutatni, amely azonban többnyire korábbi migráció, a szovjet múlt öröksége. Az általunk vizsgált Szlovákia, Románia és Bulgária a területükön élő migránsok számát tekintve (kevesebb, mint a lakosság 1%-a) európai sereghajtónak bizonyul (lásd grafikon lent). E tekintetben azonban a statisztikák a külföldi állampolgárokat tekintik migránsnak ²²³

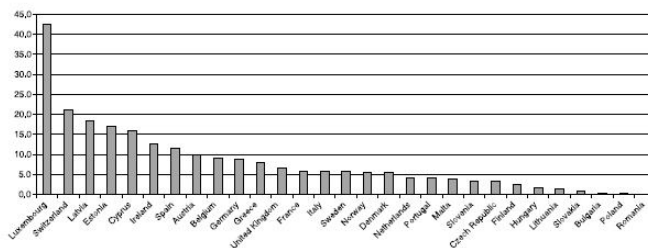


Figure 2.1 Foreign citizens as a percentage of the total population in EU member states, Norway and Switzerland, 2008
Source: Vasileva, A. (2009)

²²³ Vasileva, K. (2009) Citizens of European countries account for the majority of the foreign population in EU-27 in 2008. In: *Population and Social Conditions, Statistics in Focus 92/2009*. Luxembourg: Eurostat, European Commission.

A harmadik államokból eredő migráció mellett nagy jelentősége van az Európai Unión belüli migrációnak is, ez azonban nem képezi vizsgálatunk tárgyát. Megjegyzendő azonban, hogy Románia szerepe e téren kiemelkedő: Spanyolország, Olaszország és Magyarország területén a legnagyobb külföldi állampolgár-csoportot a román állampolgárok képezik, és az egész Európai Unióban harmadikok a török és marokkói állampolgárokat követően. A XXI. században jelentkező, kiemelkedő trend a kínai állampolgárok tömeges megjelenése, amely az Európai Unió keleti tagállamait is jelentősen érinti. A harmadik állambeli migránsok mozgását földrajzi, kulturális és történelmi tényezők jelentősen meghatározzák.

Harmadik állambeli migránsok Bulgáriában, Romániában és Szlovákiában

Az Eurostat felmérése szerint pl. 2008-ban Bulgáriában a külföldiek legnagyobb csoportját a nyelvileg, kulturálisan és vallásilag is rokon oroszok és ukránok alkották (9 és 2,2 ezer fő), míg Romániában a politikai retorikában a román nemzethez tartozó moldávok (5,5 ezer fő) tették ki a lakóhellyel rendelkező külföldiek legnagyobb részét. Szlovákiában a szomszédos EU-tagállamok polgárai (főként csehek és lengyelek) jelentik a migránsok zömét, és mellettük csak csekély számban található ukrán állampolgárok (3,7 ezer fő). Az általunk vizsgált országokban tehát semmiképpen sem beszélhetünk a harmadik állambeli migránsok tömegéről, hiszen Bulgáriát, Romániát és Szlovákiát együttesen vizsgálva is alig éri el számuk a néhány tízezres nagyságrendet.

Állampolgárság

Nagy a változatosság az állampolgárság megadását illetően az egyes EU-tagállamok körében. Az állampolgárság megszerzéséhez feltételül támasztott kritériumok tekintetében Románia kimondottan restriktívnek számít, míg Szlovákia és Bulgária az európai középmezőnybe tartozik.²²⁴ Ez ugyanakkor nem feltétlenül tükröződik az új állampolgárok számában: Románia 2008-ban több mint 5500 főnek adott állampolgárságot, míg Szlovákiában az új állampolgárok száma nem érte el az ötszázat. A viszonylagosan liberálisabb állampolgársági politikát tükrözheti, hogy Bulgária ezen időszak alatt több mint hétezer főnek adta meg az állampolgárságot (forrás: Eurostat). Az állampolgársági politikát természetesen egy adott állam geopolitikai és történelmi determinációja is jelentősen befolyásolhatja. Természetes, hogy az „anyaországhoz” nyelvileg és kulturálisan kötődő etnikai csoportokhoz tartozó személyek általában könnyebben tudják teljesíteni az állampolgárság feltételeit és a velük szemben alkalmazott gyakorlat is megengedőbb, mint egyéb harmadik állam polgárával kapcsolatban. Összességében azonban Románia, Bulgária és Szlovákia nem sorolható a migránsok integrációját könnyítő, vagy legalábbis számottevően nem akadályozó államok közé.

Migránsok egészségügyi igénye

A migránsok egészségüggyel kapcsolatos problémái, amint láttuk, nem általánosíthatók, ugyanakkor a vonatkozó kutatások megfigyeltek bizonyos trendeket az ellátások igénybevételét, illetve az ellátásokhoz való viszonyulást illetően. Általánosságban megfigyelhető, hogy a migránsok az adott állam polgáraihoz képest ritkábban veszik igénybe a preventív ellátásokat, a szűréseket, illetve védőoltásokat, illetőleg ritkábban jutnak ezekhez, mint a hazai lakosság. Ami azonban a házi orvosi (alap)ellátást illeti, annak igénybevétele rendkívül változó, és már koránt sem lehet meggyőződéssel állítani, hogy az alapellátást a hazai lakosságnál kevésbé vennék igénybe.

²²⁴ Howard, M.M. (2009) *The Politics of Citizenship in Europe*. New York: Cambridge University Press.

Nyilvánvalóan kimondható azonban, hogy a migránsok ellátásában – össz-európai szinten – mindenképpen a sürgősségi ellátások dominálnak. Tehát a migránsok, legyenek azok rövid távú, legális vagy illegális migránsok, többnyire csak akkor fordulnak orvoshoz, vagyis a befogadó ország egészségügyi ellátórendszeréhez, ha már ténylegesen betegek, és az adott betegség máshogyan nem, csak orvosi segítséggel kezelhető. Tény továbbá, hogy a legtöbb államban, köztük az általunk vizsgált országokban is, a sürgősségi ellátás a mindenki számára legkönnyebben hozzáférhető ellátási forma, amely a leghatékonyabb eszköz arra, hogy a beteg tényleg bekerüljön az egészségügyi ellátórendszerbe és rövid időn belül megfelelő ellátáshoz jusson. Ráadásul a sürgősségi ellátás szervezésében és finanszírozásában a központi költségvetésnek illetve közvetlenül az egyes államok kormányainak van jelentős felelőssége, amely lehetővé teszi a különleges szabályok alkalmazását az általános egészségbiztosítási jogosultsági szabályokhoz képest. Ez összességében azt eredményezi, hogy a migránsok a sürgősségi ellátásokat alapvetően „túlfogyasztják”, vagyis a szükségesnél többször veszik igénybe: részben, mert ez a legkönnyebb lehetőség bekerülni az ellátó-rendszerbe, részben mert adott esetben ez az egyetlen lehetőségük közfinanszírozott egészségügyi szolgáltatáshoz jutni.

A sürgősségi ellátások dominanciája jellemző tehát a migránsok által igénybe vett ellátások között, ezzel azonban a migránsok természetesen nincsenek egyedül, tekintve, hogy a vizsgált országokban általában jellemző, hogy a helyi lakosság számára is a sürgősségi ellátás biztosítja a magas, vagy legalábbis megfelelő színvonalú ellátáshoz való legkönnyebb hozzáférést.

Jellemző továbbá a migránsok által igénybe vett szolgáltatások összetételére a diagnosztikai szolgáltatások csekély aránya. A migránsok – éppen a sürgősségin túlmenő, főként megelőző – ellátásokhoz való korlátozott hozzáférésük okán gyakran nem jutnak időben a megfelelő, korai felismerést biztosító szolgáltatásokhoz. Az általános európai tapasztalatok értelmében pedig szűréseken gyakorlatilag egyáltalán nem vesznek részt. Amikor a migránsok diagnosztikai ellátásokat vesznek igénybe, az gyakran már csak későn történik, nemritkán erőteljes panaszok jelentkezése után, amikor az orvosi beavatkozás elkerülhetetlen. Nem meglepő, hogy az elkerülhető, korai felismeréssel és szűréssel megelőzhető betegségek kialakulása a migránsok esetében jóval gyakoribb, mint a hazai lakosság körében.

Formális és informális akadályok

A migránsok az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés terén tehát mindenképpen hátránnyal indulnak a befogadó (?) társadalom tagjaihoz képest. Az ellátások igénybevételével kapcsolatban szükségszerűen egy sor akadállyal találják szembe magukat, melyeket a szakirodalom formális és informális akadályokként kategorizál.

Formális akadályok tipikusan a jogszabályi korlátozások, melyek bizonyos (jellemzően a sürgősségin túlmenő) ellátások igénybevételét biztosítástól (kötelező egészségbiztosított státusztól) vagy ad absurdum állampolgárságtól teszi függővé. Ez a fajta általános korlátozás mindhárom vizsgált országban megfigyelhető. Gyakorlatilag sem Bulgáriában, sem Romániában és Szlovákiában nincs olyan

egészségügyi ellátás, ami kimondottan csak az állampolgárokat illetné meg, általában azonban, hogy az ellátások igénybevételének feltétele az egészségbiztosítási jogviszony. Ez a jogviszony nem szükségszerűen feltételez járulékfizetést, ugyanis mindhárom országban viszonylag széles a járulékfizetés alól mentesülő jogosultak száma is. A lakóhely – vagyis az adott állam területén való, életvitelszerű helyben lakás, ami (jogsabályi definíciótól függően) párosulhat a létérdek központjával is. A lakóhely létesítése azonban nem EGT-állampolgárok számára korántsem egyszerű: a letelepedés számos különböző feltételhez kötött, melyek teljesítése korántsem egyszerű a harmadik országbeli állampolgár számára. Az egészségügyi ellátórendszerhez való hozzáférés útjában álló formális akadályok szempontjából tehát kulcsfontosságú a migráns letelepedési/idegenrendészeti státusza. Amennyiben az adott állam jogszabályai szerinti, elismert lakóhellyel rendelkezik, az egészségügyi ellátórendszerhez való hozzáférés valamilyen formában, általában nem teljesíthetetlen módon, adott. A lakóhellyel nem rendelkezők esetén azonban az ellátásokhoz való hozzáférés is korlátozott lehet.

A formális akadályok további részét képezik az önrészek, melyek alkalmazásával az adott állam egészségügyi kormányzata – jellemzően a költségek féken tartásának céljából – akaratlagosan korlátozza az ellátások hozzáférhetőségét. Természetesen az alkalmazott önrészek tekintetében is jelentős különbséget jelent maga a mérték, illetve az, hogy fix összegű hozzájárulás (vizitdíj/napidíj), vagy százalékos mértékben meghatározott co-payment, tekintve, hogy ez utóbbi egy nagy értékű ellátás esetén ténylegesen rendkívüli terhet róhat a beteg háztartására. Az önrészek általánosan alkalmazandó hozzájárulások, nem egy konkrét csoportot sújtanak, és a saját állampolgárok számára ugyan úgy többletkiadást jelentenek és az ellátás igénybevételének akadályát képezik, mint a migránsok számára. Ettől függetlenül a vizsgált országokban viszonylag csekély a tehetősebb harmadik állambeli migránsok száma, és leginkább olyanok vannak jelen, akiknek bármilyen mértékű fizetési kötelezettség tényleges akadályt jelent az egészségügyi ellátásokhoz való hozzáférés szempontjából. Az önrészek ellátás-igénybevételtől való visszatartó jellege a vizsgált államok közül mára főként Bulgáriával kapcsolatban merül fel. Bulgáriában azonban a széles körben alkalmazott egészségügyi ellátási díjak a bolgár lakosság körében is pontosan olyan igénybevételi/hozzáférési problémákat okoznak, mint a migránsok számára, így e helyzet nehezen nevezhető diszkriminatívnak a migránsokkal szemben.

A formális akadályokat többnyire jogszabály rögzíti és általánosan alkalmazandók mindenkivel szemben. Ilyen szempontból ugyan komoly – néha felülmúlhatatlan – akadályt képeznek, de alapvetően átláthatóak és megismerhetők. Ezzel szemben a migránsok számára az informális akadályok, ami a hiányos nyelvismerettel, az egészségügyi ellátórendszerrel kapcsolatos felületes tudással, a nehéz kommunikációval függnek össze, rendszerint igen nagy kihívást jelent. Tovább nehezíti a helyzetet, hogy ezek az akadályok egyéniek, jelentősen függnek az adott személy egyedi ismeretétől és a helyi társadalomba való integráltságának fokától. Gyakorlatilag ezek az akadályok ugyan általánosságban azonosíthatók, de ténylegesen nem mérhetők, hiszen nagymértékben függvényei az adott migráns helyzetétől. A migránsok kiszolgáltatottságát itt éppen a kulturális akadályok

(sokszor a migráció jellege miatt lényeges nyelvi akadályokkal nem kell számolni) és a kapcsolati hálózatok hiánya fokozza.²²⁵

Európai uniós stratégiák

Az Európai Unióban 2007-ben, a portugál Elnökség idején új témaként került napirendre az egészségügy és a migráció kapcsolata, különösen tekintve, hogy az ENSZ 2006-os adatai szerint a világ migránsai 34%-ának Európa a célállomása.

Az Európai Bizottság megállapította, hogy

- a migránsok az egész unió szintjén fontos szerepet játszanak a gazdasági és demográfiai növekedésben;
- ugyanakkor különösen érzékeny és egészségügyi szempontból sérülékeny csoportot alkotnak;
- a migránsok egészségi problémáinak hátterében túlnyomórészt társadalmi és környezeti tényezők állnak;
- a migránsok csoportjai rendkívül sokrétűek, különösen iskolázottsági szint, kulturális identitás, vallás, nyelv és társadalmi státusz tekintetében.

Az Európai Unió a szolidaritás, a demokrácia, a diszkrimináció ellenzése és az emberi jogok elismerésének alapelveire épül. Az egészség szorosan összefügg ezekkel az alapelvekkel, és az ahhoz való jog alapvető emberi jognak tekintendő. Az Európai Unióba érkező személyeknek magas szintű egészségvédelemben kell részesülniük, tekintet nélkül hátterükre, képzettségükre és társadalmi, valamint idegenrendészeti státuszukra. Az egészségi egyenlőtlenségek elleni küzdelem így nagy kihívást jelent a migráció összefüggésében. A migránsok jelentős részét alkotják az Európai Unió népességének, és specifikus szükségleteikhez igazodó politikát igényelnek.²²⁶

Annak ellenére, hogy a bevándorlók egészségi állapota általában jobb, mint az otthon maradt honfitársaiké, a befogadó országban sokkal sebezhetőbbek, betegségekre fogékonyabbak, ráadásul új betegségeket is hordozhatnak. Mindez nagy kihívást jelent az egészségpolitika szempontjából. A rosszabb egészségi állapotért egyrészt azok a kockázati tényezők felelősek, amelyeket a bevándorlók magukkal hoznak, másrészt azonban azok a körülmények, amelyek között az Európai Unióban élnek. A rossz életkörülmények felelősek a migránsok körében nagyobb arányú csecsemő-halandóságért, a fertőző betegségekért és a krónikus betegségekért. A rossz munkakörülmények, az egészségi és biztonsági rendszabályok ismeretének hiánya vagy be nem tartása magyarázza a balesetek nagyobb gyakoriságát. Az egészségügyi szolgáltatásokhoz való nehezebb hozzáférés eredményeként a megelőzhető betegségek előfordulási aránya magasabb, a társadalmi integráció tökéletlensége mentális zavarokat eredményezhet. Az Európai

²²⁵ Nørredam M., Krasnik A. *Migrants' Access to Health Services in Migration and health in the European Union* Ed. Rechel, B., Mladovsky, Ph., Devillé W., Rijkts B., Petrova-Benedict R., McKee M., Maidenhead: Open University Press

²²⁶ Révai Róbert, Görbe Attiláné Zán Krisztina, *Egészség és Migráció az Európai Unióban és Magyarországon*, Hadmérnök IV. Évfolyam 2. szám - 2009. június

Unió végső célkitűzése az egész népesség egészségi állapotának javítása egy befogadó társadalomban.²²⁷ A hatékony fellépéshez a nemzeti szervek és az EU, továbbá a többi nemzetközi érintett és a szomszédos országok együttműködésére lesz szükség. Az Európai Unió finanszíroz olyan projektet, amely az Európán belüli migránsok egészségi állapotának monitorozását és az indikátorok kidolgozását támogatja.²²⁸ A legmegfelelőbb intézkedések csak a szisztematikus információk alapján határozhatók meg. Az EU finanszírozza egy olyan hálózat fenntartását is, amelyik a nem dokumentált/regisztrált bevándorlóknak szóló szolgáltatásokkal foglalkozik. A migránsok egészségi szükségleteinek kielégítése beletartozik az egészséggel kapcsolatos egyenlőség és méltányosság tágabb kérdéskörébe, ez pedig az EU új egészség stratégijában is megjelenő alapelv.²²⁹

A migráció helyzete a vizsgált országokban

Románia

Románia az 1989-es forradalmat követően főként migránsokat kibocsátó országgént volt jelen a nemzetközi szinten, és egyes becslések szerint 1990 óta az ország lakosságának hozzávetőlegesen 15 %-a vándorolt ki.²³⁰ Sőt, a '90-es évek elejétől – amikor zömmel etnikai alapú volt az „anyaországokba” (Magyarországra, NSZK-ba) történő elvándorlás – a 2000-es évek első évtizedéig a kivándorlás kimondott gyorsulást mutatott. Kezdetben Izrael, Törökország, Olaszország, az Egyesült Államok és Kanada voltak a célországok, majd a 2000-es évek elejétől ismét Európa felé fordult a migráció: főként Olaszország és Spanyolország váltak új célországokká.²³¹

Románia tehát inkább kibocsátó, mint fogadó ország, és az ezredforduló előtt a bevándorlás ténylegesen elhanyagolható is volt. A 2000-es években az Európai Unióhoz való csatlakozás perspektívája, valamint az azzal járó gazdasági fellendülés hozta meg az első bevándorlási hullámot. A gazdaság megnövekedett munkaerőigényére tekintettel a 2007-es gazdasági válságot megelőzően a román hatóságok azzal számoltak, hogy a bevándorlók száma éveken eléri a negyedmilliós nagyságrendet is.²³² Ez azonban a gazdasági fejlődés lendületének megtöréséből

²²⁷ Forrás: Európai Bizottság, DG Sanco

²²⁸ Mighealthnet. http://www.mighealth.net/index.php?title=About_the_project

²²⁹

http://europa.eu/legislation_summaries/public_health/european_health_strategy/index_en.htm

²³⁰ Lăzăroiu S., Alexandru M. (2008) *Who is Coming after Who is Leaving? Labour Migration in the Context of Romania's Accession to the EU. Country Report*. International Organization for Migration, Genf

Horvath, I. (2007) Romania. Country Profile No. 9, Focus-Migration, <http://www.focus-migration.de>

²³¹ Sandu, Dumitru et al. (2006) *Living Abroad on a Temporary Basis. The Economic Migration of Romanians: 1990-2006*, Open Society Foundation, Bucharest

²³² Románia Belügy- és Közigazgatási Reformért felkelős Minisztériumának évkönyve: *Imigrația și Azilul în România. Anul 2006*

kifolyólag nem következett be. Az EU-csatlakozást megelőzően a Romániában hosszabb távon tartózkodó (tartózkodási és letelepedési engedéllyel rendelkező) külföldi állampolgárok száma alig haladta meg az 50 ezres nagyságrendet, és a migránsok zömét az egyébként nyelvíleg-kulturálisan és gazdaságilag Romániához kötődő Moldovai Köztársaság polgárai adták.

Jellemző Romániára, hogy a migránsok általában valamilyen módon kötődnek az országhoz és igyekeznek az állampolgárság felvételére; az ENSZ becslése szerint, ha a külföldön született román állampolgárokat is beszámítjuk, akkor a migránsnak tekinthető személyek száma már 2005-ben meghaladta a 130 ezret.²³³ A Világbank felmérése szerint az EU-csatlakozást megelőzően a Romániában élő migránsok főbb származási országai Moldova, Ukrajna, Oroszország, Szíria és Törökország voltak.²³⁴ A hivatalos, állampolgárság szerinti statisztikák mind a tartózkodási, mind a letelepedési, illetve munkavállalási engedélyek szempontjából a moldovai, a török és a kínai állampolgárok dominanciáját mutatják. Ugyan ez a három fő „küldő” ország áll a élen az illegálisan Románia területére belépő, illetve illegálisan ott tartózkodó személyek állampolgárságát illetően.²³⁵ Tehát mind a legális, mind az illegális migráció tekintetében Romániában a moldovai, a török és a kínai állampolgárok állnak az élen.

Bulgária

Romániához hasonlóan Bulgáriában is a kivándorlás jellemző, és különösen így volt ez a rendszerváltozás körüli időszakban, amikor – a '90-es évek elején – főként török etnikumú bolgár állampolgárok vándoroltak ki Törökországba. Becslések szerint ebben az időszakban közel 350 ezer török nemzetiségű személy hagyta el Bulgáriát, és e masszív kivándorlásnak csak Törökország megszigorított vízumpolitikája vetett véget.²³⁶ A Bulgáriából induló migránsok másik hulláma gazdasági jellegű volt: a 2000-es évekig közel 200 ezer bolgár vándorolt ki könnyebb megélhetést és munkalehetőséget keresve egyes dél-európai államokba, különösen Spanyolországba).

Az EU-csatlakozás közvetlenül megelőzően a bolgár Belügyminisztérium adatai szerint mintegy 55 ezer külföldi állampolgár élt Bulgária területén életvitelszerűen, döntő többségük török, illetve ukrán, orosz és macedón állampolgár. Ezzel szemben a külföldön született bolgár állampolgárokat is migránsnak tekintő ENSZ-

²³³ United Nations Secretariat, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2005) *Trends in Total Migrant Stock: The 2005 Revision*.

²³⁴ World Bank, Development Prospects Group (2005) *Migration and Remittances Factbook*

²³⁵ Futo P., Jandl M. (szerk.) (2007) *2006 Yearbook on Illegal Migration, Human Smuggling and Trafficking in Central and Eastern Europe. A Survey and Analysis of Border Management and Border Apprehension Data from 20 States*. International Centre for Migration Policy Development (ICMPD)

²³⁶ OECD (1997) *Trends in International Migration: SOPEMI*

becslés szerint a migránsok száma már ekkor is meghaladta a 100 ezret.²³⁷ Az illegális migráció küldő országai között is főként Törökország és Moldova vezet.

Az Ázsia felől Európába irányuló migrációs útvonalon Bulgária Törökországgal határos, és a bolgár-török határszakasz talán a legérzékenyebb és a legnagyobb átjárást engedi meg. Főként Irakból, Afganisztánból, Pakisztánból, a palesztin területekről és egyéb arab országokból érkeznek menedékjog-kérelmezők Bulgáriába. E menekültek célja jellemzően nem Bulgária, sokkal inkább Észak- és Nyugat-Európát célozzák, azonban arra kényszerülnek, hogy Bulgáriában kérjenek menedékjogot.

Az afrikai államokból érkező bevándorlók jellemzően legálisan, tartózkodási vízummal érkeznek az országba, azonban az ő céljuk is általában Nyugat-Európa. Igyekeznek tehát megragadni az alkalmat a távozásra, amennyiben ez nem sikeres, könnyen ún. „nem dokumentált” migránssá válhatnak, akik illegálisan, tartózkodási jogcímük lejártá után is az országban tartózkodnak, ugyanakkor az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés szempontjából komoly kihívásokkal kell szembe nézniük.

A migránsok között külön kategóriát képeznek a moldáv állampolgárok, akik a 2000-es évek közepétől egyre nagyobb számban érkeztek Románián keresztül Bulgáriába azzal a céllal, hogy Görögországban kezdjenek új életet. Közülük sokan nem tudtak bejutni Görögországba, így kénytelenek voltak Bulgáriában maradni. Státuszuk általában rendezett, így nem meglepő, hogy a külföldiek statisztikaiban rendszerint előkelő helyen állnak.

Szlovákia

Szlovákia a vizsgált országok közül az, amely az alacsony bevándorlási rátája ellenére pozitív bevándorlási egyenleget mutat (0,7/1000 lakos) és a bevándorlók aránya eléri a 2,4 %-ot.²³⁸ Ellentétben Romániával és Bulgáriával, Szlovákiára nem volt jellemző a '90-es években nagymértékű kivándorlás, ugyanakkor a bevándorlás is jellemzően alacsony szinten maradt. Ráadásul Szlovákiára történelmi okokból a Csehországgal kapcsolatos kétirányú migráció volt korábban is a legjellemzőbb. Csehszlovákia felbomlása után a két önállóvá vált állam közötti költözések száma lecsökkent, ugyanakkor egyéb politikai események újabb lökést adtak a migrációnak. Jelentősen – bár még így is csak néhány százas nagyságrendűre – nőtt a Jugoszlávia utódállamaiból Szlovákiába irányuló migráció. Emellett, főként gazdasági okokból az ukrán állampolgárok száma is megnőtt. Megjelentek továbbá új „küldő” államok is: Szlovákia Európában a vietnami állampolgárok fő állomáshelyévé vált.

A 2000-es évek elejéig jellemző volt Szlovákiára egyfajta „remigráció” is, vagyis a korábban emigrált szlovákok visszatérése Szlovákia területére, ami magyarázza az egyesült államokbeli, kanadai, német és osztrák állampolgárok viszonylag nagy arányát a '90-es években érkezett migránsok között. Migráció szempontjából Szlovákia megőrizte tranzit-ország szerepét, még ha a 2000-es években

²³⁷ United Nations Secretariat, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2005) *Trends in Total Migrant Stock: The 2005 Revision*.

²³⁸ 2010, forrás: International Organisation for Migration

valamennyire nőtt is a külföldiek beáramlása.²³⁹ A 2000-es évek derekán a rohamosan gyorsuló gazdasági fejlődés hatására növekedésnek indult a munkavállalási célú betelepülők száma, ez a trend azonban nem tartott sokáig, mivel a gazdasági válság visszavetette a külföldi munkaerő iránti keresletet is.²⁴⁰ Alapvetően megmaradt azonban a bevándorlók '90-es évektől kialakult tevékenységi szerkezete: az ukránok és lengyelek zömmel iparban, építőiparban tevékenykednek, az ázsiaiak a kiskereskedelemben és a vendéglátásban vannak jelen, míg a balkánról (főként a volt Jugoszlávia) területéről származók többnyire kisvállalkozók.

Egészségügyi rendszerek – általános bemutatás

Románia²⁴¹

Az államszocializmus idején Románia egészségügyi rendszerét is a teljes állami felelősség és fennhatóság jellemezte, teljes centralizációval és központi tervezéssel. Az 1989-es forradalmat követően az ország folyamatosan szakított a központosított rendszerrel és a decentralizáció felé tett lépéseket. 1998-ban került bevezetésre a kötelező egészségbiztosítás, amely 42 megyei pénztárral átvette az egészségügyi szolgáltatók finanszírozásának feladatát. Az egészségbiztosítás keretében igénybe vehető szolgáltatások körét és az ellátások nyújtását évről évre az egészségbiztosító által kidolgozott, és az Egészségügyi Minisztérium által jóváhagyott keretszerződés szabályozza. A kiadásokat az állam a költségvetési törvényben hagyja jóvá és szabályozza.

Előzmények

Romániában már a két világháború között jelentkeztek az egészségbiztosítás csírái, jóllehet még kizárólag a bismarcki modellre épülő pénztárak formájában, és a kötelező biztosítás mindössze csak a lakosság 5%-át fedte le. 1949-től, a többi, szocialistává váló országhoz hasonlóan, Románia is bevezette az általános, államilag finanszírozott és központilag tervezett egészségügyet, amely aztán négy évtizeden keresztül meghatározta a román ellátórendszert. A központi tervezés merevvé tette a rendszert, ráadásul az ellátáshoz való hozzáférésbeli anomáliák is jelentőssé váltak a betegek által az egészségügyi dolgozóknak adott informális juttatásokkal

²³⁹ European Commission Project: "Sharing Experience: Migration Trends in Selected Applicant Countries and Lessons Learned from the 'New Countries of Immigration' in the EU and Austria" vol. V – Slovak Republic An Acceleration of Challenges for Society (2003) Boris Divinsky, International Organization for Migration - Bratislava

²⁴⁰ <http://www.iom.int/jahia/jahia/pid/1384>

²⁴¹ Források:

Tájékoztató országtanulmány Románia, ESKI Egészségügyi Rendszertudományi Iroda, Budapest, 2005

Vlădescu C, Scîntee G, Olsavszky V, Allin S and Mladovsky P. *Romania: Health system review. Health Systems in Transition*, WHO, 2008

Európai Bizottság, Foglalkoztatás, Szociális ügyek és Társadalmi összetartozás Főigazgatósága *Az Ön szociális biztonsági jogai Romániában*, Európai Unió, 2011

(hálapénz) és a politikai elit privilégiumaival. A mindenkire kiterjedő jogosultság sem tudta megakadályozni a nagy területi ellátásbeli különbségek kialakulását. A forradalom és rendszerváltás után a kormány jelentős változásokat hozott az egészségügy finanszírozásában, melyek egy része kísérleti és pilot-jelleggel irányult a teljesítményfinanszírozás bevezetésére. A reformkísérletek végül a kötelező egészségbiztosítás bevezetésében, majd a 2006-os egészségügyi reformban csúcsosodtak ki.

Az egészségbiztosítás szervezete

Az egészségbiztosítás alapvetően decentralizált módon gazdálkodik a forrásokkal: a 42 megyei pénztár az adóhatóság által beszedett járulékok 75%-át helyben nyújtott ellátások finanszírozására fordítja, csak 25%-ot utal az országos pénztárhoz, amely a veszteségeket kiegyenlítő redisztribúciós alapot kezeli.

Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár a 2000-es évek elején egy rövid ideig az Egészségügyi Minisztérium fennhatósága alatt volt, majd önálló szervezetté vált, mely jóformán autonóm módon szervezheti az egészségbiztosítás rendszerét, különös tekintettel a megyei pénztárakra. Az Országos Pénztár elnökét a miniszterelnök nevezi ki, amivel a kormány biztosítja a kormányprogramhoz való lojalitást.

Megyei szinten az egészségügyi szolgáltatókkal a megyei pénztárak szerződnek és ők fizetik ki a finanszírozási tételeket a nyújtott ellátások után. A 42 megyei pénztár mellett (ide értve a fővárosit is) egyes foglalkozási csoportokra (közlekedési dolgozók, fegyveres testületek tagjai és igazságügyi dolgozók) külön, országos hatáskörű pénztárak rendelkeznek hatáskörrel, melyek a megyei pénztáraknak megfelelő, gyakorlati feladatot látnak el az országos pénztár koordinálása mellett.

A romániai egészségügyi kiadások GDP-arányosan messze alulmúlják az európai átlagot – bár ez részben módszertani okokra vezethető vissza (a betegek közvetlen kiadásai nem kerülnek be a statisztikákba). Az alacsony kiadási szinten belül azonban egyértelműen a közkiadások dominálnak: az egészségbiztosítás a teljes kiadás több mint 80%-át teszi ki. A közkiadások az alacsony szint ellenére jelentős növekedést mutattak az elmúlt években, amely részben a gyógyszerár-támogatás (legalábbis időleges) növelésére, és nem utolsósorban a jelentős technológiai beruházásokra is visszavezethető.

Jogosultság az ellátásokra

A kötelező egészségbiztosítás jogszabály alapján kiterjed a román állampolgárokra és a Románia területén lakó külföldiekre is. Az egyébként a kötelező biztosítás alól mentességet élvező személyek (pl. diplomaták, ideiglenes tartózkodó külföldiek, hontalanok) önkéntesen csatlakozhatnak az egészségbiztosításhoz.

A biztosítottak után járulékot kell fizetni a román jogszabályok szerint. Munkavállalók esetén a járulékfizetés megoszlik a munkáltatók és a munkavállalók között. Az önálló tevékenységet folytatók – ide értve az őstermelőket is – a járulékot saját maguk után fizetik teljes összegben (igaz, az őstermelők esetében ez

egy alacsony mértékű elvárt járulékalap figyelembe vételével történik). Bizonyos csoportok esetén a járulékot a központi költségvetés fizeti meg, pl. a katonai szolgálatot teljesítők, a szülési szabadságon lévők vagy a fogvatartottak esetében. A rendszeres szociális ellátásban részesülő személyek esetén a járulékot a települési önkormányzatok fizetik meg. A kiskorúak, nappali tagozatos hallgatók és a biztosítottak családtagjai, továbbá egyes egyéb speciális csoportok (veteránok, a forradalom hősei, súlyos rokkantak) mentesülnek a járulékfizetés alól. Viszonylag új jelenség, hogy a nyugdíjasok is járulékot fizetnek, amely a nyugdíjuktól kerül levonásra automatikusan. A nyugdíjasok járulékfizetésével jelentősen nőtt a járulékfizetők aránya, amely a 2006-os egészségügyi reform előtt a lakosság 20-22 %-át tette ki.

A biztosítottak a román jogszabályok szerint jogosultak szabadon megválasztani az egészségügyi szolgáltatót (orvost) és az egészségbiztosítót is. Ez utóbbinak az országos egészségbiztosítási alap miatt nincs jelentősége. Megállapítandó azonban, hogy a szabad orvosválasztás csak korlátozottan alkalmazható. A háziorvosválasztásra hat havonta van lehetősége a betegnek, a szakellátó intézmény megválasztását pedig jelentősen korlátozza, hogy ha más településre kíván utazni a beteg, az utazási költségeket saját zsebből kell állnia.

Ellátások

A jogszabályok értelmében a biztosítottak az egészségügyi szolgáltatások alapsomagjára jogosultak, amely magában foglalja az orvosi ellátást, a gyógyszerek és a gyógyászati segédeszközök támogatott igénybevételét, amely a biztosítottakat a betegségük kezdetétől a gyógyulásukig megilleti.

Az igénybe vehető ellátások:

- háziorvosi alapellátás,
- járóbeteg szakellátás,
- fekvőbeteg ellátás,
- sürgősségi ellátás,
- prevenció,
- fogászati ellátás,
- szüléssel, anyasággal kapcsolatos ellátások,
- otthoni szakápolás.

A prevenció keretében a felnőttek évi egy alkalommal vehetnek igénybe általános kivizsgálást illetve fogászati szűrővizsgálatot, míg 18 éves kor alatt (illetve az oktatási rendszerben) az egészségbiztosító által finanszírozott szűrővizsgálatra akár negyedévente is sor kerülhet.

A járóbeteg szakellátás (és annak keretében a diagnosztikai vizsgálatok, konzultáció, ápolás és rehabilitáció) a háziorvos beutalójával vehető igénybe, tiszteletben tartva az orvosválasztás szabadságát, amely a szakorvosra is kiterjed – amennyiben legalábbis a beteg rendelkezik háziorvosi beutalóval.

A fekvőbeteg ellátás – elviekben – akkor vehető igénybe, ha járóbeteg ellátás nem bizonyult hatékonynak, illetve elegendőnek. Ebben az esetben a kórházban nyújtott ellátás (fekvőbeteg-ápolás, műtétek, gyógyszeres kezelés, kórházi

rehabilitáció), valamint az étkezés, továbbá a 3 év alatti gyermekek kísérőinek szállása jár a biztosítottoknak.

Támogatott gyógyszerként az arra jogosított orvos által vényen rendelt, az évente közzétett támogatott (pozitív) listán szereplő készítmények között szereplők vehetők igénybe, melyek kiváltását az egészségbiztosító a referencia-ár figyelembe vételével támogatja. A gyógyszerészeket jogszabály kötelezi arra, hogy az azonos hatóanyagú termékcsoportból a legolcsóbb generikus készítményt adják ki.

A nemzeti népesedési politika keretében a várandós nőket és kismamákat speciális jogosultságok illetik meg: járulégmentesen jogosultak egészségbiztosítási ellátásokra, illetőleg utazási költségtérítés is megilleti őket, amennyibe anyasági ellátás igénybevétele céljából utaztak, továbbá mentesülnek a fizetendő önrészek (vizitdíj, napidíj) alól.

Az önkéntes alapon biztosítottak által igénybe vehető ellátási csomag különbözik az általánostól, de mindenképpen kiterjed a sürgősségi ellátásokra, a védőoltásokra, az anyasági és gyermek-ellátásokra és a fertőző betegségek kezelésre.

Az állam biztosítja továbbá a legfontosabb ellátásokat a biztosítással nem rendelkezők számára is, mint például a sürgősségi ellátás, a fertőző betegségek megelőzése és kezelése, valamint a családtervezési tanácsadás és az ahhoz kapcsolódó szolgáltatások. A kormány lehetővé teszi továbbá, hogy a nem biztosítottak is részt vegyenek az állam által finanszírozott egészségügyi programokban, mint pl. az alapvető laborvizsgálatokat is tartalmazó éves szűrések.

A kötelező egészségbiztosítás nem fedezi

- a foglalkozási megbetegedésekből és üzemi balesetektől származó kezeléseket,
- a foglalkozás-egészségügyi ellátást,
- bizonyos, meghatározott speciális orvosi beavatkozásokat,
- egyes fogászati ellátásokat,
- kényelmi (hotel-)szolgáltatásokat a kórházakban, továbbá
- 18 éven felüliek számára nyújtott plasztikai sebészeti (szépsészeti) ellátásokat és
- a mesterséges megtermékenyítést (IVF).

Ellátások rendszere

Háziorvos

Románia területén mintegy 10.000 háziorvos látja el az alapellátási feladatokat, jellemzően szabadfoglalkozású, szerződött orvosként. A háziorvosi ellátás finanszírozása részben fejkvóta-alapú, részben a konkrét teljesítmény díjazza pontrendszeren keresztül. A rendszer alapvetően kapuőr szerepet szán a háziorvosnak: a szakellátás térítésmentesen csak háziorvosi beutalóval vehető igénybe, a beutaló nélkül igénybe vett ellátásokért a beteg díjat köteles fizetni. A prevenció, szűrés, tanácsadás és a betegút követése is a háziorvos feladata.

Szakellátás

A szakellátás Románia területén jellemzően kórházi feladat: a járóbeteg ellátás is főként a kórházakhoz kapcsolódó szakrendelők, diagnosztikai egységek és laborok feladata. Emellett Romániára továbbra is jellemző a szocializmus alatt kifejlesztett kórházi szektor túlsúlya. A kórházi betegfelvétel aránya nemzetközi összehasonlításban is magas, amely egyrészt az alap- és járóbeteg ellátás hiányosságairól árulkodik, másrészt jól mutatja, hogy a kórházi (krónikus) ápolásnak még mindig hangsúlyos feladata van a szociális ellátásban.

A járóbeteg ellátás továbbra sem kap akkora hangsúlyt a román ellátórendszerben, mint amekkora szükséges lenne, és a lakosság igénybe vételi szokási is csak rendkívül lassan változnak, amelyek következtében a kórházak terheit a járóbeteg szakellátás még nem tudja érdemben csökkenteni.

A járóbeteg-ellátás, ide értve a diagnosztikai szolgáltatásokat és a dialízis-ellátást, pontrendszer alapján, tételesen finanszírozzák, míg a kórházi ellátás részben homogén betegcsoportok alapján (DRG-rendszerben), másrészt esetenként fix díjjal történik.

Gyógyszer-ellátás

A biztosítottak számára a Közegészségügyi Minisztérium az egészségbiztosítóval együtt minden évben listát állít fel, amelyen a támogatással igénybe vehető készítmények szerepelnek, főszabály szerint hatóanyaguknak megfelelően. A minisztérium és az egészségbiztosító referencia árat is rendel egyes termékcsoporthoz. A biztosított gyógyszerkiváltáskor ennek a referenciaárnak 10-50%-át fizeti ki. Amennyiben a biztosított nem a legolcsóbb terméket választja, a referenciatermék ára és a választott készítmény ára közti különbséget is ki kell fizetnie.

Sürgősségi ellátás

Románia egy jól szervezett és fejlett sürgősségi ellátórendszerrel rendelkezik, melyben a sürgősségi egységek, a mentőszolgálat szorosan együttműködik a sürgősségi ellátás nyújtására alkalmas és arra felkészített megyei kórházakkal. A sürgősségi ellátórendszer működőképességét az is jelezi, hogy a lakosság nagy része közvetlenül sürgősségi ellátásra jelentkezik, és nagy átlagban csupán a segélyhívások durván negyede vonatkozik ténylegesen sürgősségi esetekre.

Románia egészségügyi kiadásai a forradalom óta nőttek és a kiadások forrása 2000 óta jelentős változáson ment keresztül. A korábbi 100%-os állami finanszírozást az egészségbiztosítás dominanciája váltotta fel, ugyanakkor a teljes egészségügyi kiadások több mint egy harmadát a lakosság állja, ami más európai országokkal összehasonlítva jelentős terhet ró a román lakosságra.

A román lakosság egy jelentős, mintegy 7%-ra rúgó része nem szerepel a háziorvosok nyilvántartásában, amely a biztosítás hiányára utal. Ez a széles – főként a roma lakosság köréből kikerülő – réteg biztosítás hiányában csak a

legszükségesebb ellátásban részesül, mint a fertőző betegségek (pl. tbc) és egyes krónikus betegségek (diabétesz) kezelése, fogamzásgátlás, továbbá a legfeljebb 3 napi kórházi tartózkodást magában foglaló sürgősségi ellátás.

Bulgária²⁴²

Bulgária – hasonlóan más, kelet-európai államokhoz – a rendszerváltást követően szakított a szocialista típusú, központilag tervezett és irányított, bázisfinanszírozású, ugyanakkor nem megfelelően irányított és a hálapénz által áthatott egészségüggyel. A '90-es évek vége óta az ellátórendszer finanszírozását a Nemzeti Egészségbiztosítási Pénztár tartja a kezében, amely gazdálkodik a járulékbévételekkel, és azokat allokálja az egészségügyi ellátások céljára. Az egészségbiztosítás forrását a munkáltatók és a munkavállalók között megoszló járulék biztosítja, amely alapján a kötelezően biztosítottak az egészségügyi szolgáltatások alapcsomagját vehetik igénybe, melynek tartalmát nemzeti keretmegállapodás határozza meg. A Nemzeti Egészségbiztosítási Pénztár 1998 óta szerződik a szolgáltatókkal az egészségügyi szolgáltatások nyújtására, de az Egészségügyi Minisztérium által nyújtott kiegészítő finanszírozás a 2000-es évek derekáig fennmaradt. A bolgár egészségbiztosítási finanszírozási szerződések a teljesítményfinanszírozás talaján állnak: a járóbeteg ellátásban a pontrendszer, míg a fekvőbeteg ellátásban a homogén betegcsoportok (diagnózis) alapján nyújtott finanszírozás a jellemző.

A '90-es években – újdonságként – bevezetésre került Bulgáriában is a házi orvos intézménye, mely erős „kapuőrként” szűri meg az egyébként járó- vagy fekvőbeteg ellátást igénybevevőket. Általánosságban elmondható azonban, hogy Bulgáriában a kórházi szektor túlsúlya még mindig domináns, és számos olyan beteget kezelnek kórházban, akit egyébként feltehetőleg akár járóbetegként is el lehetne látni. Erről tanúskodik a kórházi ágyak európai viszonylatban magas száma, amely azonban az európai átlagot alulmúló átlagos kórházi tartózkodási idővel párosul.

Az 1998 óta működő egészségbiztosítási rendszer elősegítette ugyan az egészségügyi ellátórendszer pénzügyi stabilizálását, továbbá új tulajdoni és vezetési modellek jelentek meg az egészségügyi intézményekben, az informális szektor azonban továbbra is igen nagy, és az ellátórendszer egyértelműen alulfinanszírozottnak mondható.

A legtöbb kritikát azonban a bolgár egészségügyi rendszer az ellátásokhoz való hozzáférés problémáival, a nyújtott ellátások nem kielégítő mértékével és – nem utolsósorban – azzal váltja ki, hogy a kötelező egészségbiztosítás koránt sem terjed ki a teljes népesség minden csoportjára. Ezek a nehézségek természetes módon

²⁴² Források:

Európai Bizottság, Foglalkoztatás, Szociális ügyek és Társadalmi összetartozás Főigazgatósága
Az Ön szociális biztonsági jogai Bulgáriában, Európai Unió, 2011

Georgieva L, Salchev P, Dimitrova S, Dimova A, Avdeeva O. Bulgaria: Health system review. Health Systems in Transition, WHO, 2007

Borbás Ilona, Szirmai László, Verdes Norbert, Vilusz Lászlóné, Zelenkáné Lux Lilla, Egészségügyi rendszerek Kelet-Európában, ESKI, Budapest, 2005

hangsúlyosan érintik a harmadik államok polgárait, akiknek az ellátásra való jogosultság megszerzése rendszerint egyébként is problematikus.

Előzmények

Bulgáriában az egészségbiztosításról szóló első jogszabályok már az első világháborút követően jelentek meg, amely a '20-as években a munkásokra és az állami alkalmazottakra terjedt ki, és alapelve a szabad orvosválasztás volt. A második világháború után Bulgária megszüntette a fejlődő, és időközben üzemi balesetekre is kiterjedő egészségbiztosítást, amit egy központi, tervezett, irányított és teljes egészében közpénzekből finanszírozott – a betegek részére ingyenes – állami egészségügyi ellátással váltott fel. Az ellátórendszer kórházközpontúvá vált, amit tovább erősített az is, hogy a járóbeteg-ellátás tulajdonképpen kizárólag a kórházakba integrált szakrendelők (poliklinikák) feladata volt, és az alapellátást is a szervezetileg a szakrendelőkhez tartozó körzeti orvosok nyújtották. A mindenki számára ingyenes és teljes körű ellátás azonban, kiegészülve a merev tervezési és irányítási rendszerrel, nem tudott megbirkózni a '90-es évek súlyos gazdasági visszaesésével, és az azt követő forráshiánnyal.

Az 1998-ban bevezetett egészségbiztosítás teljesen új – szerződéses – alpra helyezte az egészségügyi ellátást, melynek fő aktusa az évenként megújítandó Nemzeti Keretszerződés, melyet az egészségbiztosító köt az egészségügyi szakmai szervezetekkel, főként az orvosok és a fogorvosok országos ernyőszerzeteivel, és amely meghatározza az egészségügy struktúráját, finanszírozási módjait és az igénybe vehető ellátások körét.

Az egészségbiztosítás szervezete

Az 1999 óta működő Nemzeti Egészségbiztosítási Pénztár független szervként hajtja végre a kötelező egészségbiztosításra vonatkozó jogszabályokat, és ezáltal feladatkörébe tartozik az ellátásokhoz való hozzáférés garantálása a biztosítottak részére. A Pénztár 28 megyei szervvel rendelkezik, és szervezetével az ország területi és helyi közigazgatási struktúrájához igazodik. A 28 megyei egészségbiztosítási pénztár felelős az adott területen szerződni a szolgáltatókkal, és a szolgáltatói finanszírozás is a megyei pénztárakon keresztül történik. A megyei pénztáraknak szerepük van a megyei szintű egészségügyi kapacitási térképek kialakításában, ezzel elősegítve a helyi igények megfelelő kielégítését.

Megemlítendő továbbá az egészségügyi szolgáltatók privatizálására irányuló tendencia. Az új évezred elejétől az egészségbiztosítás szabadon szerződhet vállalkozási formában működő intézményekkel vagy önálló tevékenységet folytató orvosokkal, és tény, hogy az egészségügyi szolgáltatók többsége jellemzően a helyi vagy területi önkormányzatok tulajdonát képezi.

A bolgár egészségügyi kiadások az egészségbiztosítás 1998-as bevezetését követően mind nominálisan, mind a GDP-arányában számottevően nőttek a WHO becslése alapján azonban a teljes egészségügyi kiadások több mint 40 %-át teszik ki a betegek közvetlen kiadásai (a magán egészségpénztárak szerepe marginális), és az egészségbiztosítás a központi költségvetéssel kiegészítve is az egészségügyi kiadások

alig több mint felét fedezi. A kötelező egészségbiztosítás csupán a lakosság 92%-át fedi le, és népes társadalmi csoportok, mint a munkanélküliek – sőt, a WHO szerint a romák is – kívül rekednek az egészségbiztosítási rendszeren.

Megemlítendő továbbá, hogy az állami/önkormányzati szektornak továbbra is kiemelkedő felelőssége van a kórházi szektor finanszírozásában, mivel az egészségbiztosító nem köteles szerződni a kórházakkal, így a nem szerződött városi kórházakat a helyi önkormányzatok, a megyei kórházakat pedig a központi költségvetés tartja fenn.

Az adott évben érvényes finanszírozási módszertant is a Nemzeti Keretszerződés határozza meg. Az évről évre hosszabbított keretszerződések azonban nem változtatnak azon, hogy a járóbeteg-ellátás és a hozzá kapcsolódó diagnosztika teljesítmény-alapon, az ellátások pontértéke alapján kerül finanszírozásra, méghozzá elsődlegesen a tervek alapján, prospektív jelleggel.

Az ellátások szempontjából nagyobb kockázatot jelent a fekvőbeteg ellátás, melyben az egészségbiztosító diagnóziscsoport alapján nyújtja a finanszírozást. Az egészségbiztosító rendszerint a szerződésben rögzíti a finanszírozható esetek (betegségcsoportok) maximális számát, melyet a kórház legfeljebb csak 20%-kal léphet át, ám a 20%-os többlet is csak degresszíven finanszírozható.

Egyes, különleges feladatokat ellátó intézményeket azonban nem az egészségbiztosító, hanem közvetlenül az Egészségügyi Minisztérium finanszíroz, a beteg kórházban töltött napjai után fizetett fix összeggel. Ilyen intézmények például

- a sürgősségi ellátást nyújtó intézmények,
- a pszichiátriai intézmények, továbbá
- a gyógyító ellátást is nyújtó gyermekotthonok.

Ezek tekintetében nem merülhet fel, hogy a szerződés kimerítése miatt az ellátások finanszírozására nem kerül sor.

Jogosultság az ellátásokra

A szabad orvosválasztás Bulgáriában elsődlegesen a házi orvos szabad megválasztásában jelentkezik, egyéb esetben a házi orvos beutalójával vehető igénybe az ellátások. 2005 óta egyes biztosítotti csoportok szabadon választhatnak orvost meghatározott szakmákban: pl. gyermekorvost vagy nőgyógyászt is. A kötelező beutaló ellenére a betegek nincsenek földrajzi területhez kötve, gyakorlatilag az ország teljes területén választhatnak a szakellátó intézmények között. Az egészségbiztosító azonban – költséghatékonysági okokból – adminisztratív módon, kvóta meghatározásával korlátozza az egy házi orvos által egy hónapban szakellátásra kiállítható beutalók számát. A beutaló nélkül igénybe vett szakellátásért a betegnek – biztosítástól függetlenül – fizetnie kell. Hozzá kell tenni, hogy a beutalóval igénybe vett szakellátás sem ingyenes: a betegeknek bizonyos önrészt kell fizetniük, amely gazdaságilag jelentősen korlátozza az alacsony jövedelmű rétegek ellátáshoz való hozzáférését.

Az egészségbiztosítási törvény értelmében az ellátás minden bolgár állampolgárnak és minden, állandó tartózkodási engedéllyel rendelkező, tartósan

Bulgáriában élő külföldi állampolgárnak, valamint a menekülteknek, illetve menekült státuszt kérelmezőknek jár.

A munkavállalók munkáltatójukkal megosztottan járulékot fizetnek, az egyéni vállalkozók és szabadfoglalkozásúak maguk után fizetik a teljes (egyébként munkáltató és munkavállaló között megosztott) járulékot.

Biztosítottak minősülnek még a foglalkoztatottakon kívül

- a fizetés nélküli szabadságon lévők,
- egyházi személyek,
- keresőképtelenség vagy anyaság miatt pénzbeli ellátásban részesülők.

A központi költségvetés fizet:

- a nyugdíjasok,
- a munkanélküliségi ellátásban részesülők,
- a rokonukat tartósan ápoló személyek
- a szociális vagy árvásági ellátásban részesülők,
- hadirokkantak és szolgálatteljesítés közben megsérült személyek,
- a kiskorúak (18 év alattiak) és
- a felsőfokú oktatási intézmények 26. életévüket be nem töltött hallgatói után.

Nem jogosultak azonban az egészségbiztosítás ellátásaira azok, akik nem tartoznak a fenti kategóriákba, és nem képesek az önálló járulékfizetésre. Ezek jellemzően azok a személyek, akik egyébként szociális ellátásra szorulnának, de nem teljesítik annak kritériumait. Az egészségbiztosításból ilyen módon kiszorulók számát a bolgár Nemzeti Egészségbiztosítási Pénztár közvetlenül Bulgária EU-csatlakozását megelőzően közel 1 millióra becsülte!

Ellátások

A bolgár egészségbiztosítás a Nemzeti Keretszerződés értelmében az alábbi tartalmú alapsomagot nyújtja:

- krónikus betegségek kezelése;
- orvosi és fogászati prevenció;
- sürgősségi ellátás
- járóbeteg szakellátás és diagnosztika;
- fekvőbeteg ellátás;
- szülészeti ellátás és gyermekgyógyászat;
- rehabilitáció;
- otthoni ápolás;
- betegszállítás.

A Nemzeti Keretszerződés a fentiekén túlmenően meghatározza a támogatással igénybe vehető gyógyszereket és a támogatott gyógyszer rendelésére jogosító betegségeket is. Jóllehet, a keretszerződés figyelembe veszi a WHO és az EU ajánlásait is, a gyógyszer-támogatást alapvetően az egészségbiztosító pénzügyi lehetőségei határozzák meg. A támogatás hatóanyag alapján jár, így favorizálja a

rendszer a generikumokat is, azonban a támogatás csak a házi- vagy szakorvos által felírt recept szerződött gyógyszerárban való kiváltása esetén alkalmazható.

Az egészségbiztosító a Nemzeti Keretszerződés terminológiájában csak alapcsomagot finanszíroz, azonban az alapcsomag is olyan széles, hogy az ellátások költségei messze meghaladják/meghaladnák a járulékbévételekből keletkező forrásokat. Az alulfinanszírozásból kifolyólag az ellátórendszeren belül jelentős a betegek informális fizetési kötelezettsége: kórházi ellátásban akár az ágynemű cseréjét vagy a napi étkezést is megfizettethetik a betegekkel.

A betegek hivatalosan is fizetnek

- önrészt az ellátások igénybevételekor;
- az ellátás teljes díját, ha beutaló nélkül veszik igénybe az ellátást és végül
- az ellátás teljes díját akkor is, ha beutalóval jelentkeznek ugyan ellátásra, de az ellátó intézmény nem kötött szerződést az egészségbiztosítóval, továbbá – ha az általában a biztosítottaknak nem járó kényelmi „hotel” szolgáltatásokat szeretne igénybe venni (egyágas szoba, televízió stb.).

Az ellátás szerződött szolgáltatónál való igénybevételeért is kell tehát fizetni. A biztosított által fizetendő önrész (vizitdíj, napidíj) mértékét törvény határozza meg, amely bizonyos csoportoknak önrész-mentességet is ad:

- gyermekek;
- munkanélküliek;
- szociálisan rászorultak;
- krónikus betegségben szenvedők;
- fogvatartottak;
- hadirokkantak;
- otthont nyújtó szociális vagy gyermekvédelmi intézményben elhelyezettek;
- egészségügyi dolgozók.

Tekintve, hogy a vizitdíj, illetve a kórházi napidíj mértékét a jogszabály a minimálbérhez viszonyítva határozza meg (1%/konzultáció ill. 2%/kórházi nap), erős a feltételezés, hogy az alacsonyabb jövedelmű, de már önrész-mentesség alá nem eső csoportok esetében a vizitdíj kifizetése jelenős kiadást jelent. Ennek megfelelően a WHO erőteljesen kétségbe vonja a bolgár egészségbiztosítási törvényben garantált ellátásokhoz való egyenlő hozzáférés gyakorlati érvényesíthetőségét.²⁴³

²⁴³ Georgieva L, Salchev P, Dimitrova S, Dimova A, Avdeeva O. Bulgaria: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2007, 57. oldal

Ellátások rendszere

Háziorvos

Bulgáriában az ellátó rendszerhez való hozzáférés kulcsa a háziorvos. A háziorvos utalja be a betegeket szakellátásra, és, jóllehet a beutalóval igénybe vett ellátások is díjkötelesek (vizitdíj, illetve kórházi napidíj), ám beutaló nélkül a beteg a szolgáltató által piaci alapon megállapított árat fizeti az ellátásért. A háziorvos azonban egy adott hónapban csak meghatározott számú beutalót állíthat ki.

A többnyire vállalkozóként vagy társas praxisban dolgozó háziorvos a betege útját végig kíséri a védő oltásoktól a diagnosztikai vizsgálatokon keresztül a rehabilitációig, sőt: gyakran még egyszerűbb műtérteket is elvégezhetnek. A háziorvosok által elfogadott betegek száma nem korlátozott, ugyanakkor általában 1000 és 1800 fő között váltakozik, természetesen nagy regionális eltérésekkel. Bulgáriában is – hasonlóan más országokhoz – elsődlegesen a vidéki területeken jellemző a háziorvosi ellátáshoz való nehezebb hozzáférés.

Szakellátás

A járóbeteg szakellátást Bulgáriában szakrendelők, illetve magánpraxisban tevékenykedő szakorvosok nyújtják. Ide tartozik a diagnosztikai ellátás is, amelynek szolgáltatói szintén változatos formában működhetnek. A földrajzi eltérések természetesen a szakellátás koncentrációjában is megfigyelhetők. A kórházi ellátás a specializált sakkórházak, az általános megyei illetve városi kórházak által nyújtott ellátásokat öleli fel. A kórházak rendszerint – tulajdonostól függetlenül – gazdasági társaság formában üzemelnek.

Bulgáriában a rehabilitáció is a szakellátás keretében történik, az egészségbiztosító a kórházi rehabilitációt azonban csak szívinfarktust, illetve szívműtétet követő ellátás, illetve általános idegrendszeri rehabilitáció esetén finanszírozza.

Gyógyszer-ellátás

Az egészségügyi minisztérium évente felállítja az egészségbiztosító által támogatott/támogatható gyógyszerek ún. „pozitív listáját”. A listán szereplő gyógyszereket az egészségbiztosító teljes mértékben vagy részlegesen támogatja a hatóanyagok szerint megállapított referencia áraknak megfelelően. Összességében az egészségbiztosító a kiváltott gyógyszerek árához átlagosan 60%-os mértékű támogatást ad.

Sürgősségi ellátás

A '90-es években tapasztalható szervezetlenséggel és a tisztázatlan felelősségi körökkel szakítva 2001-ben Bulgáriában újjászervezték a sürgősségi ellátást. Az ellátás megyei sürgősségi központok szervezik az ország területén mintegy 50

állomás segítségével. A sürgősségi ellátást teljes egészében az állam finanszírozza, bár az országszerte mintegy 4000 alkalmazott nem élvez különleges státuszt.

Bulgáriában minden egészségügyi szolgáltató köteles a sürgősségi ellátást ingyen nyújtani. Az ellátás visszautasítása esetén a szolgáltató pénzbüntetésre, súlyosabb esetben a működési engedély visszavonására számíthat. A nem biztosított külföldieknek azonban a nem biztosítottakra irányadó kórházi tarifákat kell kifizetniük.

A 2000-es évek tapasztalatai egyértelműen mutatják, hogy a sürgősségi ellátás növekvő tendenciát mutat, és ez jelzi

- az alap- és szakellátás minőségi problémáit, valamint
- az ellátásokhoz való hozzáférés általános nehézségét, továbbá
- a sürgősségi ellátások harmada végződik kórházi ellátással, amely arra utal, hogy a lakosság széles körben használja a sürgősséget a fizetős kórházi ellátás kikerülésére.

Növekvő szerepe ellenére a sürgősségi ellátás továbbra is a nagyobb városokra koncentrálódik, ahol lényegesen kevesebb infrastrukturális és logisztikai probléma jelentkezik, mint a hegyvidéki területeken.

Szlovákia²⁴⁴

Az egészségbiztosítás Szlovákiában az 1994-ben elfogadott új törvény alapján kezdett működni, de az új rendszer alkalmazását számos gyermekbetegség kísérte. A szlovák egészségbiztosítási törvény ugyanis – a magyarral ellentétben – engedte, sőt, kifejezetten bátorította a kötelező magán-egészségbiztosítók létesítését és több egészségbiztosító versenyét. A „beletanulás” nehézségei elsősorban a biztosítók közötti gyenge koordinációban és az állam által rendelkezésre bocsátott források nem megfelelő allokációjában nyilvánultak meg. Ez 1998-ra azt eredményezte, hogy a biztosítók 5 milliárd koronával (35 milliárd forint körüli összeggel) tartoztak a szolgáltatóknak. Ezt tetézte az is továbbá, hogy a romló gazdasági helyzet következtében csökkentek, illetve elmaradoztak a munkáltatói járulékbefizetések is. Mindennek következtében a gyengébben teljesítő kisebb biztosító társaságok folyamatosan mentek csődbe, gyakran úgy, hogy tartozásaikat nem rendezték a szolgáltatók felé. 1996-ban még 12 egészségbiztosító működött Szlovákiában, 2003-ra a biztosító társaságok száma 5-re, majd 2010-re 3 biztosító társaságra csökkent, és közülük egy, állami (VšZP) tömöríti a biztosítottak közel 70%-át (ez utóbbi esetében az állam mögöttes felelősséget vállal a biztosító tartozásaiért). A több biztosítós rendszer – tekintve, hogy mindegyik biztosítónak el kellett látnia a törvény által előírt feladatokat – szükségszerűen az egészségbiztosítási

²⁴⁴ Források:

Európai Bizottság, Foglalkoztatás, Szociális ügyek és Társadalmi összetartozás Főigazgatósága
Az Ön szociális biztonsági jogai Szlovákiában, Európai Unió, 2011

Szalay T, Pažitný P, Szalayová A, Frisová S, Morvay K, Petrovič M, van Ginneken E. Slovakia: Health system review. Health Systems in Transition, WHO, 2011

Tájékoztató országtanulmány Szlovákiáról, ESKI Egészségügyi Rendszertudományi Iroda, Budapest, 2011

adminisztráció felduzzadásával és az ehhez kapcsolódó költségek növekedésével járt.

A biztosítók sokszínűsége azonban nem az egyetlen hozadéka volt a korábbi merev szabályozás elutasításának. Megfelelő tervezés és ellenőrző-mechanismusok hiányában ugyanis mind a gyógyszerek, mind a szolgáltatások költségei elszabadultak, a rendszer erőteljesen veszített hatékonyságából, ami viszont negatívan hatott az egészségügyi dolgozók bérezésére is. Mindez nyilvánvalóvá tette, hogy a szolgáltatások széleskörű ingyenessége nem tartható fenn sokáig. A helyzetet ráadásul tovább nehezíti, hogy csak nehezen érnek célra a szlovák egészségügyi kormányzat azon erőfeszítései, hogy az ellátórendszer súlypontját a kórházaktól az alapellátás felé tolják el.

Megemlítendő ugyanakkor, hogy a több (jelenleg 3) egymással versengő egészségbiztosító konkurenciája pozitív hatásokkal is jár: az államilag tervezett és központilag irányított rendszerekhez képest mindenképpen jobban igyekszik figyelembe venni a biztosítottak igényeit és a verseny növeli az ügyfél-kiszolgálás hatékonyságát. A verseny eszközrendszerét képezi a szolgáltatók tekintetében szelektív szerződési rendszer és a rugalmas árképzés is.

Az egész egészségügyi rendszerben a tulajdoni formák sokszínűsége jellemző: az állam a legnagyobb egészségbiztosító, továbbá a legnagyobb, specializált egyetemi klinikák tulajdonosa. A kisebb kórházak, laborok, gyógyszertárak és egyéb szolgáltatók szinte kizárólag gazdasági társaság formájában működő magán-intézmények, ugyanakkor léteznek állami/önkormányzati tulajdonú kórházakhoz kapcsolódó járó beteg szakrendelők is.

Előzmények

A mai Szlovákia területén az egészségbiztosítás gyökerei – történelmi okokból következően – természetesen a magyarral egyeznek meg. A XIX. század végén egyazon törvény rendelte el az ipari munkások kötelező betegbiztosítását a történelmi Magyarország teljes területén. Szlovákiában a magyar jogot a '20-as évektől kezdve az egyébként szintén a Monarchia hagyományait folytató – és a biztosítottak körét tovább bővítő – csehszlovák szabályok váltották fel; Szlovákia 1993-ban bekövetkező önállósulásáig az egészségügyi rendszert gyakorlatilag Prágában szabályozták és alakították.

Megemlítendő azonban, hogy az 1924-ben Csehszlovákiában bevezetett társadalombiztosítás, amely egészségügyi szolgáltatásokat is nyújtott, 1938-ra már jóformán a teljes lakosság felét lefedte.

A biztosítási alapú – ún. bismarcki – rendszerek elveit követő csehszlovák biztosítási szisztémát az 1948-as kommunista hatalomátvétel az egészségügyi-egészségbiztosítási szektor teljes államosításával váltotta fel. Érdekes azonban, hogy az egészségügyi finanszírozás mindemellett alapvetően megőrizte biztosítási jellegét, és a „járulék-rendszerrel” csak a '60-as években, különösen a '68-as eseményeket követően szakítottak és tértek át az adóból való finanszírozásra. Ezen a téren azonban, Magyarországhoz hasonlóan, a rendszerváltás Szlovákiában is jelentős változtatásokat hozott, a korábbi finanszírozási módot ugyanis ismét egy kötelező egészségbiztosítási rendszer kialakítása követte. Ezzel párhuzamosan az egészségügy

struktúrája és szervezete is változott. Hazánkhoz hasonlóan a szlovákiai háziorvosi praxisok és gyógyszertárak zömét szintén privatizálták és a szakorvosok nagy része is magánrendelőt nyitott, valamint a gyógyfürdők is magánkézbe kerültek. A nagy lendülettel folytatott egészségügyi magánosítás ellenére természetesen a kevésbé rentábilisnak mondható kórházak továbbra is központi tervezés alapján működő, állami intézmények maradtak.

Az egészségbiztosítás szervezete

Szlovákiában több – jelenleg 3 – gazdasági társaságként bejegyzett egészségbiztosító társaság működik, melyek felügyeletét az állam részéről az Egészségügyi Felügyeleti Hatóság (ÚDZS) látja el, mely jelentős kompetenciákkal rendelkezik az egészségügyi rendszerek irányítása, értékelése és tervezése terén is, továbbá az állampolgári panaszokat is kezeli.

Az egészségbiztosítók Szlovákiában részvénytársasági formában működő gazdasági társaságok: a jelenlegi, hosszabb összeolvadási folyamatot követően fennmaradó, 3 egészségbiztosítóból egy állami, kettő pedig magánkézben van. Az egészségbiztosítók a szolgáltatókkal kötött szerződéseken keresztül felelősek a lakosság egészségügyi ellátásának biztosításáért, és az ellátások fedezetéért, továbbá az egészségbiztosítás pénzügyi egyensúlyáért. Az egészségbiztosítók vezetőit azonban a kormányzat bevonja a biztosítottak által hozzáférhető ellátások meghatározásába is.

Az egészségbiztosítás pénzügyi forrását a munkáltatók és munkavállalók, továbbá az önálló tevékenységet folytatók és az önkéntesen biztosítottak által fizetendő járulékok, valamint a járulékfizetésre nem kötelezettek esetén az állami hozzájárulások képezik.

1994-től kezdve Szlovákiában kötelező a biztosítás minden, Szlovákia területén élő személynek, és bizonyos, hátrányos helyzetű társadalmi csoportokat leszámítva mindenkinek járulékot kell fizetnie a jogosultság megszerzéséhez. A csökkent munkaképességűek és a munkanélküliek számára a járulékok mértéke alacsonyabb, ugyanakkor létezik járulékfizetési felső határ is (ilyen pl. a magyar egészségbiztosításban nincs). Az egészségbiztosítási gazdálkodásról összefoglalóan elmondható, hogy az utóbbi tíz évben nőttek az egészségügyi kiadások, ezek fedezetének összetétele azonban igen előnytelen, a kiadások egy harmadát a központi költségvetés állja.

Jogosultság az ellátásokra

A szlovák jogszabályok értelmében Szlovákia minden állandó lakosa biztosított, kivéve azokat, akik – tipikusan munkavégzésükből kifolyólag – az Európai Unió egyéb tagállamaiban biztosítottak. Ezen lakosság-csoport létszáma azonban 130 ezer fő körül mozog, és az ő jogosultságuk az európai uniós szabályokból kifolyólag biztosított.

A menekültek, menedékjogot kérelmezők, továbbá a Szlovákia területén kereső tevékenységet illetve tanulmányokat folytató külföldiek alapesetben szintén kötelezően biztosítottak. A 3 egészségbiztosítási pénztár valamelyikéhez kötelező

csatlakozni, és a biztosított évente válhat egészségbiztosítót. Az ellátások igénybevételének feltétele az egészségbiztosítási járulékok megfizetése a tárgyhónapra. Ez természetesen nem alkalmazandó azok esetében, akinek az állam biztosítja az ellátásokat és fizeti a járulékokat. Amennyiben a biztosított nem tesz eleget járulékfizetési kötelezettségének, tartozása rendezéséig kizárólag a feltétlenül szükséges ellátásokat veheti igénybe, és az egészségbiztosító megtéríttetheti az igénybe vett ellátások költségeit.²⁴⁵

Ellátások

A szlovák alkotmány előírja, hogy minden polgárnak joga van a kötelező egészségbiztosítás keretében nyújtott egészségügyi ellátásokra. Jogszabály meghatározza azon ellátások körét, melyek térítésmentesen igénybe vehetők, ilyenek a diagnosztikai ellátások, bizonyos indikációkhoz kötött gyógyszerek és gyógyfürdő ellátások, továbbá a „prioritásos diagnózisok” kezelései. A prioritásos diagnózisok közé nem tartozó betegségek kezelése esetén a szolgáltatók díjat kérhetnek, de ez nem jellemző. A beteg kívánságára elvégzett, de orvosilag nem szükséges beavatkozások díját a betegnek teljes mértékben térítenie kell.

A biztosítottak által igénybe vehető ellátási formák:

- járóbeteg szakellátás,
- háziiorvosi ellátás,
- nappali ápolás,
- támogatott gyógyszer, gyógyászati segédeszköz és gyógyfürdő ellátás,
- fekvőbeteg ellátás,
- sürgősségi ellátás,
- rehabilitáció.

Ellátások rendszere

Háziiorvos

Alapellátás Szlovákiában jóformán a beteg és az orvos „első találkozása” egy adott betegség során. Az alapellátásban – jóformán kivétel nélkül magánpraxisban – dolgozó orvosok lehetnek háziiorvosok, gyermekorvosok, nőgyógyászok és fogorvosok, számuk közel 9.000 országszerte. Az alapellátás ugyan a szándékok szerint kapu lenne az egészségügyhöz, gyakran előfordul azonban, hogy a betegek a háziorvost kikerülve közvetlenül fordulnak az ambuláns szakellátó intézményekhez. Ez a tendencia azonban természetesen nem változtat azon, hogy a háziiorvosok által szakellátásra, illetve kórházba való beutalások száma igen magas.

²⁴⁵ Szalay T, Pažitný P, Szalayová A, Frisová S, Morvay K, Petrovič M, van Ginneken E. Slovakia: Health system review. Health Systems in Transition, WHO, 2011, 70. o.

Szakellátás

A járóbeteg ellátást Szlovákiában elsősorban a poliklinikának nevezett rendelőintézetek nyújtják, amelyek száma nem túl nagy és jellemzően csak a nagyobb városokban található. Emellett már a '90-es évek közepén megindult a rendelőintézetek privatizációja. Az ambuláns szakellátásban több, valamely egészségbiztosítóval szerződésben álló orvos tevékenykedik, aki a poliklinikától bérel rendelőt. Ugyanakkor a nagyfokú magánosítás még várat magára, igazából csak a jövőben képzelhető el, mikor a finanszírozási rendszer már bejáratottan működik.

A szakellátás igazi színtere továbbra is a gyakorlatilag teljesen állami (java részben közvetlenül a központi kormányzat által fenntartott) kórházi szektor. A betegek az alapellátásból általában közvetlenül a kórházakba kerülnek. Jelenleg Szlovákiában a specializáltság szintjei szerint négy különböző típusra oszlanak a kórházak az általános helyi kórházaktól a regionális kórházakon keresztül az egyetemi klinikákig. A kórházak egyébként önálló jogi személyiséggel rendelkező egységek, amelyek – ennek megfelelően – a törvény által lefektetett kereteken belül szabadon szerződhetnek az egészségbiztosítókkal. A finanszírozási szerződések rendezik a biztosító által fizetendő árakat és meghatározzák a kórházi kapacitásokat is; ez utóbbiak 1997 óta csökkenő tendenciát mutatnak. A magyarországi kórház-finanszírozással ellentétben egyébként Szlovákiában az ellátások után a biztosítók általában napi díjat fizetnek. Részben ebből, a betegek hosszabb kórházi tartózkodását favorizáló rendszerből következik, hogy a szlovák kórházi szektor egyszerre küzd forráshiánnyal és a magas ágyszám által gerjesztett „túteljesítéssel”. Az ágyszám-csökkentés Kelet-Közép-Európában már a rendszerváltás előtt elkezdődött folyamat, Szlovákiában azonban igen óvatosan nyúltak ehhez a kérdéshez, különösen a krónikus esetek ápolására fenntartott kórházi ágyakat illetően. A drasztikus csökkentések elmaradásával a kórházi ágyak lakossághoz viszonyított aránya 15%-kal meghaladja az Európai Unió átlagát, igaz, még mindig alacsonyabb, mint a magyarországi arány. Szlovákia mindemellett azonban összeurópai összehasonlításban is jól megállja a helyét, ami az orvosok számát illeti. Sőt, a kórházi ápolószemélyzet létszámát tekintve kimondottan Közép-európai éllóvasnak számít.

Gyógyszer-ellátás

Szlovákia is referencia-ár rendszert alkalmaz az adott hatóanyaggal rendelkező termékek esetén. Az egészségbiztosító a meghatározott referencia-árat téríti meg a patikának. A biztosított azonban saját zsebből fizeti a referencia-termék és a kiváltott készítmény közötti, a jogszabály által előírt 0,17 € összegű receptdíjat.

Sürgősségi ellátás

Szlovákia a 2004-ben elkezdett fejlesztéseknek köszönhetően kimondottan fejlett sürgősségi ellátó hálózattal rendelkezik. Köszönhetően annak, hogy a mentőállomások száma jelentősen nőtt, a mentőszolgálat az ország 95%-án a hívástól számított 15 percen belül helyszínre tud érni. A sűrű mentőhálózatot kiépített járóbeteg-ügyeleti rendszer egészíti ki, melynek keretében a járóbetegszakellátó intézmények 24 órás ügyeleten fogadják a sürgős eseteket. Ezen kívül a kórházak sürgősségi osztályai is fogadnak azonnal ellátandó járóbetegeket. A mentés Szlovákiában ingyenes, azonban a sürgősségi ellátás igénybevétele esetén 2 € összegű ügyeleti díjat számítanak fel a biztosítottaknak – amennyiben az ügyeleti ellátást követően nem szükséges a további kórházi ellátás.

Az egészségügyi rendszerek főbb jellemzőinek összehasonlítása

Az Európai Bizottság Egészségügyi és Fogyasztóvédelmi főigazgatósága (DG SANCO) már egy évtizede célul tűzte ki az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés bővítését és általánossá tételét, tiszteletben tartva az egyes tagállamok szuverenitását az egészségügyi ellátórendszer szervezésével kapcsolatban. Az EU Bizottsága által támogatott HealthACCESS-projekt kijelölte azon irányokat, amelyek mentén az ellátórendszerekhez való hozzáférés általános jelleggel mérhető, összehasonlítható és értékelhető.²⁴⁶

A lefedett népesség:

Lefedettség tekintetében a vizsgált államokról elmondható, hogy jogszabályaik arra törekcszenek, hogy a teljes lakónépességet lefedjék és a lakosságnak teljes körű ellátást nyújtsanak. Itt a harmadik államok polgáraival kapcsolatban elsődlegesen az kérdéses, hogy milyen esetben válnak ők a lakónépesség részeivé, tehát milyen feltételekkel tudják teljesíteni a lakóhely feltételét, erre az idegenrendészeti szabályok adnak részben választ.

Az egészségügyi/egészségbiztosítási rendszer keretében igénybe vehető ellátások köre („ellátási csomag”)

A vizsgált országok törekcszenek arra, hogy a lefedett (biztosított) népesség számára teljes körű ellátást nyújtsanak, amely magában foglalja az elérhető ellátások teljes körét – valamilyen szinten. Tekintve, hogy a potenciálisan igénybe ellátások köre tipikusan körülhatárolhatatlan, a gyakorlati hozzáférés az adott élethelyzettől és az ellátás adott időpontban való rendelkezésre állásának együttes függvénye. A probléma érinti a harmadik államok polgárait is, de nem reájuk nézve specifikus.

²⁴⁶ Lásd: Wörz-Foubister-Busse: *Access to health care in the EU Member States* in Euro Observer 2006 Vol. 8 Nr. 2, 1-4.o.

Költségmegosztás

A beteg hozzájárulását az ellátás költségeihez valamilyen szinten minden vizsgált állam rendszere tartalmazza. Legtisztábban Bulgáriában nyilvánul meg az önrészfizetési kötelezettség, de legalábbis a gyógyszerekért és a fogászati ellátásért az összes vizsgált országban kell fizetnie a betegnek. A nem - EGT-állampolgárok esetén érvényesített önrészek további akadályt jelentenek az ellátások igénybevételét illetően. Ráadásul az állam jellemzően nem korlátozza a szolgáltatókat a szolgáltatások szabad árazásában, amely azzal jár, hogy az ellátások költsége gyakran nem tervezhető, illetőleg nem megfizethető a migráns számára.

Földrajzi lefedettség – szolgáltatók elérhetősége

A földrajzi akadályok általában a teljes rendszer hibáira mutatnak rá, a vizsgált országokban nincs olyan terület, amely egyértelműen és meghatározható módon rosszabb egészségügyi ellátással rendelkezne, mint az adott ország más területei. A domborzati viszonyokat természetesen nem lehet figyelmen kívül hagyni, hiszen mindhárom ország rendelkezik nehezen járható hegyvidéki területtel, ahol a helyi lakosság egészségügyi ellátáshoz való hozzáférése közlekedési szempontból korlátozott. Mivel azonban a külföldiek bevándorlása sokkal inkább az egyébként jól ellátott, urbanizált területekre koncentrálódik, az ilyen típusú ellátási egyenlőtlenségeknek nincs jelentősége.

Az ellátás igénybevételének adminisztratív akadályai – várólisták

Az egyes ellátásokhoz való hozzáférés korlátozása, illetve adminisztratív akadályozása lényegesen érintheti a harmadik állampolgárok jogait és tényleges lehetőségeit. A három vizsgált országban ugyanakkor a várólisták nem jelentenek komoly gondot, legalábbis egészségpolitikai szinten nem jelenik meg problémaként.

Az ellátások tényleges igénybevétele – társadalmi-gazdasági háttér;

A teljes nyilvántartott nem - EGT-állampolgárságú népesség számadata és az általa igénybe vett ellátások adatai – ideális esetben – összehasonlíthatók a teljes lakosságra vonatkozó adatokkal, melyekből következtetések vonhatók le az elvárt és a tényleges ellátás-igénybevétel különbségével kapcsolatban. Erre vonatkozóan azonban szervezett statisztikai adatgyűjtés a három vizsgált országban nem történt, így ezzel kapcsolatban adat nem áll rendelkezésre.

Bulgária, Románia és Szlovákia egészségbiztosítási rendszerének összehasonlítása²⁴⁷

	Bulgária	Románia	Szlovákia
Finanszírozás			
Elkülönült alap	X	X	X
Központi költségvetés	X	X (+ megyei költségvetés)	Járulékot fizet
Egy (állami) egészségbiztosító	X	X	
Több egészségbiztosító			X (2011: 3 biztosító, 1 domináns)
Egészségpolitikáért felelős	Egészségügyi Minisztérium	Egészségügyi Minisztérium	Egészségügyi Minisztérium
A szolgáltatói szerződések	Országos/Regionális Egészségbiztosítási Pénztár	Megyei egészségbiztosítási pénztárak	
Szolgáltatóválasztás	Szabad orvosválasztás de szakellátáshoz háziiorvosi beutaló szükséges	Szabad háziiorvos választás Szakellátáshoz beutaló kell, kivéve ügyelet	Teljesen szabad
Járulékok megoszlása	Munkáltató-munkavállaló: 60:40% (4,5% vs. 3,2%) Állam: 8%-os járulék [50%-ios járulékalap] inaktívak után	Munkavállaló: 5,5% Önálló vállalkozó: 5,5% Munkáltató: 5,2+0,85% Nyugdíjas: 5,5% Állam: 6,5% [a minimálbér 2× alapján] inaktívak után	Munkáltató: 10% Munkavállaló: 4% Állam: átlagbér ~4,32%-a az inaktívak után
Egyéni járulékfizetés	Kötelező – a minimálbér 8%-a; 36 hónap alatt <3 hónap elmaradás	Ideiglenes tartózkodás esetén: megállapodás	
Állami ellátási kötelezettség Jogosultság	állampolgárság lakóhely	-	

²⁴⁷ Forrás: MISSOC 2011.

Ellátások	sürgősségi ellátás szülés vérellátás, transzplantáció szállítás	-	
Egészségbiztosítás Jogosultak	állampolgárság lakóhely állandó tartózkodási engedély	Minden lakóhellyel rendelkező személy + 6 havi járulékfizetés/12 hónap	Lakóhely
Egészségbiztosítási csomag	„alapcsomag”: megelőzés diagnosztika gyógyító ellátások rehabilitáció gyógyszer, gyse	Díjmentes alapcsomag – EüM határozza meg és frissíti.	
Önrész	Vizitdíj: minimálbér 1%-a Kórházi napidíj: minimálbér 2%-a, max. 10 napra	Gyógyszer, fogászat, szemészet – térítésköteles	Sürgősségi ellátás, receptkiállítás, betegszállítás, fogászati anyagok
Önrész-mentesség	kiskorúak eltartott hozzátartozók súlyos, krónikus betegek, rokkantok fogvatartottak terhes/szülő nők		
Egyéb		Az ellátásra való jogosultság a romániai tartózkodás jogától függ	

Idegenrendészet

Ahogy láttuk, az egészségbiztosítási ellátásra való jogosultság mindhárom, általunk vizsgált országban szoros összefüggésben áll az adott személy tartózkodásával, idegenrendészeti helyzetével. Az alábbi fejezet egy rövid

áttekintést nyújt arra vonatkozóan, hogy a vizsgált államokban milyen tartózkodási jogcímek léteznek.

Románia

Az Európai Gazdasági Térség államainak polgárait, továbbá a legtöbb európai ország állampolgára vízum nélkül utazhat Romániába, ahol külön engedély nélkül 90 napig tartózkodhat. Az Európán kívüli államok döntő többségével szemben azonban Románia továbbra is fenntartja a vízumkötelezettséget, sőt, egyes államok polgárainak egyenesen meghívólevélre van szükségük a romániai tartózkodáshoz.²⁴⁸ A Románia külképviseletein – egységesen 60 eurós díjért, kiváltott vízum azonban csak Románia területére való belépésre jogosít, a hosszabb tartózkodáshoz tartózkodási engedélyre, majd letelepedési engedélyre van szükség. A vízummal megszerzett tartózkodási jog alapvetően nem hosszabbítható meg, ugyanakkor, ha a beutazó valamely, indokolható okból nem tudja időben elhagyni Románia területét, az idegenrendészeti hatóság külön engedélyével további 15 nappal meghosszabbíthatja romániai tartózkodását. A rövidtávú (beutazó) vízum célja szempontjából lehet turista, látogató, üzleti, fuvarozási, sport, illetve kulturális/művészeti. Vízum nélkül utazhatnak be Romániába azok, akik EGT-állampolgár hozzátartozói, állandó tartózkodási engedéllyel rendelkeznek valamely EGT-állam területén, vagy ún. „Schengen”-vízummal rendelkeznek és Románián átutaznak.

A migráció és menedékjog Romániában²⁴⁹

Romániában 2007-ben, közvetlenül az EU-csatlakozást követően hozták létre a Bevándorlási Hivatalt, amely a külföldiek beutazásával és tartózkodásával foglalkozik. A Bevándorlási Hivatal az Idegenrendészeti Hatóság és a Menekültügyi Hivatal összeolvadásával jött létre, és részben átvette a Belügyminisztérium külföldiekkel kapcsolatos feladatit is. Románia ezen felül felállított egy embercsempészet elleni hivatalt is, ami a probléma fontosságát jelzi a romániai politika szempontjából.

Nem menekült bevándorlók

A román jogszabály²⁵⁰ értelmében Románia területére az a harmadik állambeli állampolgár utazhat be, aki rendelkezik a román hatóságok által elismert, érvényes útlevelemmel, továbbá – vízumkötelezettség esetén – vízummal, és nem veszélyeztetik Románia biztonságát, különösen (függetlenül attól, hogy Románia nem tartozik a Schengen-övezetbe) nem szerepel a Schengeni Információs Rendszer nyilvántartásában, továbbá rendelkezik megfelelő anyagi eszközökkel a romániai tartózkodás költségeinek fedezésére és megjelöli a romániai tartózkodásának

²⁴⁸ A 2010. szeptember 29-i 1.743. sz. rendelt (Ordine) értelmében

²⁴⁹ Források: <http://ori.mai.gov.ro/home/index/en>; <http://www.politiadefrontiera.ro>; <http://www.mai.gov.ro/Home/index.htm>

²⁵⁰ 194/2002. sz. Kormányrendelet

pontos helyét. A vízum kategóriája szerint lehet légi, illetve általános tranzit, rövid távú, vagy tartós vízum. Ez utóbbi a célját tekintve több alkategóriára oszlik, melyek közül kiemelendő a munkavállalási vagy egyéb kereső tevékenység, a családegyesítés és a kutatási vagy tanulmányi cél. A vízumkérelmet a kérelmezőnek Románia valamelyik külképviseletén, személyesen kell benyújtania, és a vízum kiadását gyakran megelőzi a kérelmezővel való személyes megbeszélés is.

A Romániába 90 napos tartózkodásra jogosító tartózkodási vízummal vagy vízumkötelezettség nélkül beutazó személyek már Románia területén kérhetik az egy éves érvényességű tartózkodási engedély kiadását. Ennek feltétele, hogy a külföldi a romániai megélhetését bizonyítsa, továbbá egészségügyi igazolással támassza alá, hogy nem jelent veszélyt a romániai közegészségre. A jogszabály ezen kívül megköveteli az egészségbiztosítás meglétét és annak igazolását, továbbá az esetlegesen felmerülő költségek fedezetének bemutatását.

A hosszú távú – az uniós terminológia szerint huzamos – tartózkodási engedély megszerzéséhez a harmadik állam polgárának hosszabb távú, jogszerű romániai tartózkodást kell igazolnia. Ez a hosszabb táv alapesetben 5 év, melynek során 6 hónapnál hosszabb egyszeri és összességében legfeljebb 10 hónap megszakítás mutatkozik. A hosszú távú tartózkodáshoz olyan további feltételek szükségesek, mint a megélhetés, a lakhatás és az egészségbiztosítás igazolása, továbbá a román nyelv elfogadható szintű ismerete. Akik korábban román állampolgárok voltak, természetesen különleges elbírálást élveznek. Nem kaphat hosszú távú tartózkodási engedélyt, aki tanulmányi célból, menekültként vagy menedékesként, illetve kiküldött diplomataként tartózkodik Romániában. A huzamos tartózkodási engedéllyel rendelkezők számos területen a román állampolgárokkal azonos jogokat élveznek, így pl. a foglalkoztatás, az oktatás, az ingatlan-vásárlás, és az egészségügy, valamint a szociális védelem területén is. E jogok alapesetben csak a Románia területéről való hosszabb távú távolmaradás (12 hónapot meghaladó, ha EGT-n kívüli, és 6 évet meghaladó folyamatos, egy másik EGT-államban való tartózkodás esetén) vonhatók el.

A Románia területén legalább öt éven keresztül folyamatosan, jogszerűen tartózkodó külföldiek benyújthatják a letelepedési engedély iránti kérelmüket is. Nem kérelmezheti a letelepedett státuszt azonban a menekült, illetve aki humanitárius okokból befogadott státuszban van, továbbá aki Romániában korábban kizárólag tanulmányi céllal vagy diplomáciai képviselet tagjaként tartózkodott. A letelepedéshez a kérelmezőnek igazolnia kell, hogy legalább a nettó minimálbérnek megfelelő jövedelemmel rendelkezik, nem jelent veszélyt a társadalomra és megfelelő szinten ismeri a román nyelvet, továbbá teljes körű egészségbiztosítással rendelkezik. A letelepedettek tulajdonképpen a román állampolgárokkal azonos jogokat élveznek, különösen a munkavállalás és a társadalombiztosításhoz, azon belül is az egészségbiztosításhoz és az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés terén.

Amennyiben a harmadik állambeli állampolgár azonban nem teljesítette még a letelepedéshez szükséges feltételeket, akkor a romániai munkavállalásához engedély szükséges. Az engedélyt szintén a Bevándorlási Hivatal adja ki, amelyhez azonban szükséges a foglalkoztatási szolgálat igazolása arról, hogy az adott munkaerőigény

kielégítésére nem áll rendelkezésre román- vagy EGT-állampolgár, illetve letelepedett személy.²⁵¹

Amennyiben a külföldi nem teljesíti a beutazásának, illetve tartózkodásának jogszerűségéhez szükséges feltételeket, illetve lejárt a tartózkodásának jogcíme, Románia területéről kiutasítható. Hasonló a helyzet, ha romániai tartózkodása során válik veszélyessé a közrendre és a román társadalomra, pl. bűncselekmény elkövetésével.

Bulgária

Bulgária rövid tartózkodásra alapvetően turista, illetve üzleti vízumot ad ki, melyek alapján az egyszeri tartózkodás alapesetben turista vízum esetén a 30, míg üzleti vízum esetén a 90 napot nem haladhatja meg. A 90 napot meghaladó tartózkodás esetén a külföldinek tartózkodási engedélyre van szüksége.

Bulgária 2005-ben jelentősen szigorított idegenrendészeti politikáján, és a harmadik államokból származó beutazóktól – ide értve a bolgár állampolgárok harmadik állambeli hozzátartozóit is, napi 50 eurónak megfelelő fedezetet kíván meg a jogszabály a beutazáshoz.

A tartózkodási engedély érvényessége 12 hónap, amely a tartózkodás függvényében hosszabbítható. Bulgária a tartózkodó személy státusza szerint különböző tartózkodási engedélyeket ad ki munkavállalóknak, nyugdíjasoknak és önálló tevékenységet végzőknek. A hozzátartozók a tartózkodási engedélyt a kereső tevékenységet végző személy jogán kapják meg.

A tartózkodási engedélyt a bolgár hatóságok 12 hónapra adják ki, amely további, 12 hónapos periódusokkal hosszabbítható, de a hosszabbítási igény beadása csak legalább 6 hónap tartózkodás után lehetséges. Legalább öt éves folyamatos tartózkodás után a harmadik állambeli migráns letelepedési engedélyt igényelhet, amely a bolgár állampolgárokkal azonos jogokat biztosít számára.²⁵²

Migráció és menedékjog Bulgáriában²⁵³

Bulgária 2007-ben elfogadta a 2004/38/EK irányelvvel teljesen összhangban álló törvényt az Európai Unió polgárainak és családtagjainak beutazásáról és tartózkodásáról. Ezzel tulajdonképpen megszületett Bulgáriában a „harmadik állam polgárának” fogalma és a megkülönböztetés az uniós – és azokkal egyenlő bánásmódban részesülő – valamint az Európai gazdasági térségen kívüli államból érkezők között. Míg az uniós polgárokat és családtagjaikat csak regisztrációs kötelezettség terheli, addig z ún. „harmadik államok polgáira” továbbra is a régi idegenrendészeti törvény vonatkozik – annak minden megszorításával és korlátozásával. Bulgária a jogharmonizációs kötelezettségeire tekintettel mindemellett átültette a más tagállamban hozott kiadatási határozatok elismerését,

²⁵¹ 76/2002. sz. törvény

²⁵² Bolgár idegenrendészeti törvény (angol nyelven), <http://www.mvr.bg/en/RegulatoryFramework/default.htm>

²⁵³ Forrás: European Migration Network, <http://emn.intrasoft-intl.com/html/index.html>

továbbá az Emberi Jogok Európai Egyezményének a külföldiek védelmére vonatkozó rendelkezéseit is. Bulgária migrációs – és különösen bevándorlási – politikáját elsődlegesen két tengely jellemzi. Az ország különös hangsúlyt fektet a bolgár származású külföldiek letelepítésére és integrációjára, amelyet a kormány a lehetséges eszközökkel támogat, továbbá, tekintettel az egyes szektorokban jellemző munkaerőhiányra, igyekszik a megfelelő, szakképzett munkaerő letelepítésének könnyítésére. Amint azonban láttuk, a migrációs trendek nem feltétlenül felelnek meg a politikai célkitűzéseknek.

Nem menekült bevándorlók

A harmadik országbeli állampolgárok Bulgáriába való beutazásához főszabály szerint érvényes útlevél és vízum szükséges – kivéve, ha nemzetközi egyezmény vagy uniós rendelet ettől eltérően rendelkezik. Nem szükséges vízum továbbá a bulgáriai tartózkodási és/vagy letelepedési engedéllyel rendelkezőknek, valamint a bolgár és egyéb uniós állampolgárok családtagjainak, amennyiben valamely EU-tagállamban tartózkodási kártyával rendelkeznek. A belépési vízumokat a Bolgár Köztársaság külképviseletei adják ki, és alapvetően az alábbi formában léteznek: A: légi tranzit vízum, B: tranzit vízum, C: rövid idejű tartózkodásra jogosító vízum, D: hosszú távú tartózkodási vízum. Az országba való belépéskor a harmadik országbeli állampolgárnak nyilatkoznia kell tartózkodásának céljáról, továbbá be kell jelentenie szálláshelyét.

A vízum kiadása, illetve a beutazás megtagadható – többek között – közrendi és közbiztonsági vagy közegészségügyi okokból, illetve ha a külföldi nem rendelkezik olyan minimális jövedelemmel vagy készpénzzel, ami lehetővé teszi a tartózkodási költségei fedezetét. Mindemellett a Bulgáriába beutazó külföldi állampolgárnak – jogszabályi előírás szerint – igazolnia kell, hogy egészségügyi ellátás fedezetére jogosító biztosítással rendelkezik.

Harmadik országbeli állampolgárok Bulgáriában tartózkodhatnak rövid vagy hosszú ideig. A rövid idejű tartózkodás alapesetben nem haladhatja meg a kilencven napot, ez azonban különleges esetben hosszabbítható. A hosszú távú tartózkodásnak két fajtája van: a huzamos tartózkodási engedély, amely alapján egy évig lehet Bulgáriában tartózkodni, és a letelepedési engedély, amely korlátlan ideig teszi lehetővé a tartózkodást. Huzamos tartózkodási engedély (a teljesség igénye nélkül) kereső tevékenység folytatása, családdegyesítés vagy – amennyiben a költségek fedezete igazolt – egészségügyi ellátás igénybevétele céljából adható ki. A kereső tevékenységet végzők a jogszabály értelmében kötelező egészségbiztosítással kell, hogy rendelkezzenek, az egyéb célból tartózkodók esetén pedig jogszabályi elvárás, hogy meglegyen számukra az egészségügyi ellátások igénybevétele céljából elvárható fedezet. Huzamos tartózkodási engedély kiadható továbbá Bulgária területén letelepedni szándékozó nyugdíjasnak, valamint kutatóknak²⁵⁴ is.

Leteledési engedélyre elsősorban bolgár nemzetiségűek vagy volt bolgár állampolgárok jogosultak, illetve azon személyek, akik legalább 500.000 \$ értékű

²⁵⁴ A 2005/71/EK irányelv rendelkezéseinek megfelelően.

tőkét fektettek be Bulgáriában. Ezen privilegizált csoportokba nem tartozó személyektől a jogszabály legalább öt éves, folyamatos bulgáriai tartózkodást követel meg.

A harmadik országbeli állampolgárok foglalkoztatása Bulgáriában alapvetően engedélyköteles. A munkavállalási engedély megszerzéséhez a foglalkoztatónak be kell jelentenie munkaerőigényét a munkaügyi központnak és igazolnia kell, hogy az adott munkakörre nincs megfelelő szaktudással rendelkező bolgár jelentkező. Természetesen a speciális szaktudást, illetve képességeket igénylő esetekben lehetséges ettől eltérni, sőt, kormányrendelet meghatározza azon munkaköröket, amelyekben nem szükséges a munkavállalási engedély.

A Bulgáriában tartózkodási engedéllyel rendelkező személyek alapvetően mentesülnek a munkavállalási engedély kötelezettsége alól. Ez egyben azt is jelenti, hogy szabadon vállalhatnak munkát, amely alapján kötelezően biztosítottá válnak.

Általános szabály, hogy a külföldinek tartózkodási jogcímének lejártá előtt el kell hagynia az országot. Különleges esetben, amikor az ország elhagyásának objektív akadályai vannak, az idegenrendészeti hatóság kivételes jelleggel eltekinthet a kényszerintézkedések alkalmazásától, egyéb esetben kiutasításnak van helye. A tartózkodási vízum érvényességi ideje alatt a vízum kedvezményezettje tartózkodási engedélyt, míg a tartózkodási engedély birtokosa az engedély meghosszabbítását kérheti.

Szlovákia

A beutazó vízumokon túl Szlovákia is alkalmaz rövid távú tartózkodási engedélyt a harmadik államok polgáraival szemben. Ezek a tartózkodási engedélyek minden esetben konkrét célra, pl. munkavállalásra, önálló tevékenység folytatására vagy pl. családdegyesítésre szólnak. A tartózkodási engedélyt a rendőrség céltól függően 2, 3 vagy 5 évre adja ki, amelynek lejártát követően letelepedési engedély igényelhető.

A hosszú távú tartózkodási/letelepedési engedélyt a rendőrség előzetesen, 5 éves időtartamra adja meg, ami – legalább egy 4 éves időszak leteltét követően – határozatlan idejűre hosszabbítható. A határozatlan idejű letelepedési engedély is megvonható azonban a harmadik állam polgárától, ha szociális segélyre szorul.

A szlovák jog külön, speciális tartózkodási jogcímként ismeri továbbá az eltúrt tartózkodást is, amellyel a Szlovák Köztársaság területére jogszerűtlenül érkező, dokumentumokkal nem rendelkező, kiskorú, vagy egyéb okból nem kiutasítható és kitoloncolható külföldiek élhetnek.²⁵⁵

Nem menekült bevándorlók

Szlovákia 2007 végétől tagja a Schengen-övezetnek, ennek megfelelően a Schengeni Egyezmény előírásai szerinti vízumokat ad ki külképviseletein keresztül. A vízumkérelmeket ugyanakkor az idegenrendészeti hatóság hagyja jóvá, a külképviseletek csak közvetítik a hatóság döntését.

²⁵⁵ Az idegenrendészetről szóló 2011. október 21-i 404/2011 törvény

A szlovák jog alapvetően ideiglenes és huzamos tartózkodás között tesz különbséget. Ezen felül ismeri még az ún. „eltűrt” tartózkodást is bizonyos, jogszabály által konkrétan meghatározott esetekben.

A Szlovákia területére illegálisan beutazók, akik nem kérnek menedékjogot, idegenrendészeti őrizetbe kerülnek, és fogvatartottnak minősülnek.

Az ideiglenes tartózkodási engedély főszabály szerint a 90 napot meghaladó tartózkodás esetén adható ki, és időtartama nincs maximálva. Amennyiben fennállnak a feltételek, az ideiglenes tartózkodás a szlovákiai letelepedés pillanatáig fennmaradhat tartózkodási jogcímként. Az ideiglenes tartózkodási engedély kiadható munkavállalási vagy egyéb kereső tevékenység folytatásának a céljából, családegyesítés miatt, tanulmányi célból, vagy egyéb, különleges esetben, pl. sportolók, oktatók, kutatók részére. 2010-től az idegenrendészeti törvény további két jogcímmel bővítette ki a jogosultak körét: az önkéntes munkát végzők és az egészségügyi ellátás igénybevételének céljából beutazók is kaphatnak ideiglenes tartózkodási engedélyt. Az ideiglenes tartózkodási engedély alapesetben 2 évre szól, és összességében akár az első beutazástól számított 5 évig is hosszabbítható, sőt, tanulmányi célból akár azonnal öt éves érvényességgel is kiadható. Az ideiglenes tartózkodási engedélyt is – főszabály szerint – Szlovákia külképviseleteinél kell igényelni. Kivételt képeznek ez alól azon külföldi állampolgárok, akik vízum nélkül utazhatnak Szlovákiába, illetve akik eredetileg nem munkavállalási szándékkal érkeztek az országba, viszont munkavállalási célból igénylik a tartózkodási engedélyt. Az ideiglenes tartózkodási engedély esetében – amennyiben nem szezonális munkavállalás vagy tanulmányok folytatása céljából adták ki – a tartózkodási cél az engedély érvényességi ideje alatt is változtatható.

A hosszú távú tartózkodási engedélyt a Szlovákiában élő harmadik átlalmbeli polgár elsősorban öt éves (2012. január 1-jétől már négy éves!) folyamatos tartózkodás után igényelheti. Ennél korábban ilyen engedély kiadására csak akkor kerülhet sor, ha az adott személy családegyesítés céljából kérelmezte a letelepedést. A hosszú távú tartózkodási engedélynek alapvetően két fajtája van: az első engedély 5 éves időtartamra szól, az azt követő második azonban már határozatlan idejű letelepedésre jogosít. A hosszú távú tartózkodási engedély csak különleges esetben korlátozható vagy semmisíthető meg, kimondottan Szlovákia érdekeinek sérelmére hivatkozva.

Azon személyek, akik (már) nem tartózkodnak jogszerűen a Szlovák Köztársaság területén, de valamilyen okból nem utasíthatók ki, „eltűrt” jogcímen tartózkodhatnak. Ilyen módon egyszerre 180 napos érvényességgel adható ki tartózkodási engedély, ami további fél éves periódusokkal hosszabbítható szükség esetén. Az „eltűrt” státusszal rendelkezők nem jogosultak sem egészségbiztosításra, sem egyéb ellátásokra. Kivételt képeznek itt azonban az embercsempészet áldozatai, akik – egyéb jogcím híján – Szlovákiában szintén eltűrtként tartózkodnak, azonban van lehetőségük munkavállalásra és biztosítottá is válhatnak.

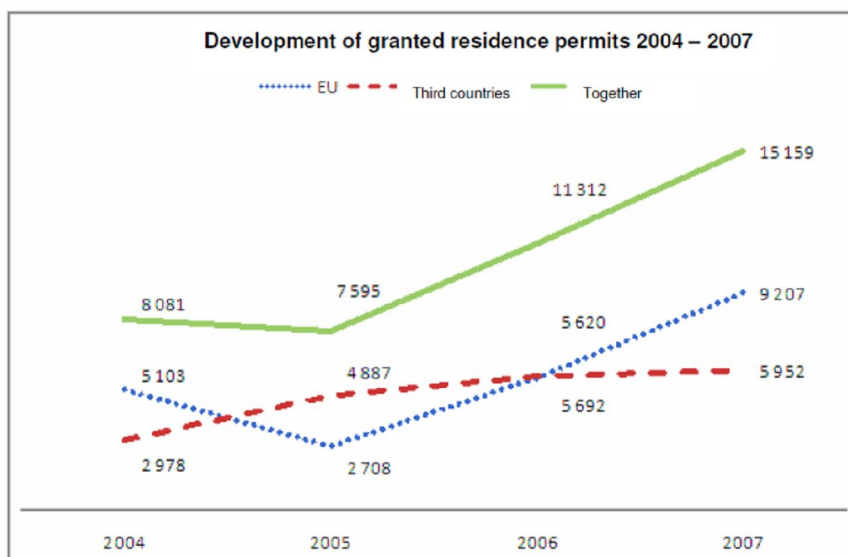
A letelepedési (határozatlan idejű huzamos tartózkodási) engedéllyel rendelkezők korlátlanul végezhetnek munkát Szlovákiában. A hosszú távú tartózkodási engedéllyel rendelkezők közül azonban csak a családegyesítési, illetve a tanulmányi célú engedéllyel rendelkezők élvezhetnek hasonló jogokat (ez

utóbbiak is csak időben korlátozottan). Ők a munkavállalás alapján kötelezően biztosítottá is válnak.

A harmadik országbeli állampolgárok minden egyéb esetben csak munkavállalási engedéllyel vállalhatnak munkát, ami jelentős megszorítást jelent. Nem csak a munkához jutásuk nehéz, de a munkaviszony megváltoztatása is külön engedélyköteles.

Az alábbi ábra szemléletesen érzékelteti, hogy – ellentétben a menedék-kérelmek csökkenő számával – a tartózkodási engedélyek száma jelentősen növekedett Szlovákiában. Igaz, a növekedésért elsődlegesen az uniós polgárok felelősek, mivel a tartózkodási engedélyt kapó harmadik országbeli állampolgárok száma gyakorlatilag stagnál.²⁵⁶

..... EU-állampolgárok
----- harmadik államok polgárai
——— összesen



Lakóhely, mint jogosultsági feltétel

Amint láttuk az egészségügyi rendszerek elemzésénél, a lakóhelynek az ellátásokra való jogosultságok meghatározásánál jelentős szerepe van. A harmadik országbeli állampolgárok esetében a lakóhely létesítésének lehetőségét alapvetően behatárolja a tartózkodási jogcím. Sőt, bizonyos tartózkodási jogcímek nem is járhatnak mással, csak lakóhellyel, mint ahogy pl. a tartózkodási vagy a letelepedési engedély is lakóhelyet feltételez. Ettől függetlenül célszerű röviden összefoglalni a

²⁵⁶ Forrás: Guličová-Bargerová u.o.

vizsgált álmokban alkalmazott lakóhely-fogalmakat és azok kapcsolódását a társadalombiztosítási jogosultságokhoz.²⁵⁷

Románia

Romániában az egészségügyi ellátásra való jogosultság nem csak a lakóhelytől függ – lakóhely nélkül is lehet valaki biztosított. Azonban általánosan elmondható, hogy a lakóhely kétség esetén alátámasztja, sőt, megalapozza az egészségbiztosítási jogosultságot.

A román jogszabály²⁵⁸ különbséget tesz otthon és lakóhely között. Otthon az a lakcím, ahol a természetes személy életvitelszerűen él. Ezzel szemben lakóhely az, ahol az otthon elhagyásának szándéka nélkül, átmenetileg tartózkodik az adott személy, legalább 15 napon keresztül.²⁵⁹

Romániában minden, lakóhellyel rendelkező személy – állampolgárságától függetlenül – a kötelező egészségbiztosítás hatálya alá tartozik. Ennek megfelelően azon, harmadik országbeli állampolgárok is kötelezően biztosítottak, akik akár ideiglenes, akár huzamos tartózkodási vagy eltelepedési engedéllyel rendelkeznek. A biztosítás alapvető feltétele a járulékfizetés. A járulékfizetési kötelezettség alól azonban vannak kivételek, melyek közül a harmadik országbeli állampolgárokat ténylegesen legfeljebb csak az életkorhoz és a tanulmányokhoz kötődő (legfeljebb 26 éves korig tartó) mentesség érinthet. A román jogszabályok széles körben biztosítanak mentességet a különböző segélyekben, szociális juttatásokban részesülő, illetve jövedelemmel nem rendelkező lakossági csoportoknak, figyelembe véve azonban az ilyen helyzetek idegenrendészeti szabályokkal való összeférhetetlenségét, nehezen képzelhető el, hogy a harmadik országbeli állampolgárok kihasználhatnák e jogszabályi lehetőségeket. Amennyiben a tartózkodási/letelepedési engedéllyel rendelkező külföldi egyéb módon nem válik jogosulttá az egészségügyi ellátásokra, az egészségbiztosítónál járulékfizetőként nyilvántartásba vetetheti magát, és közvetlenül fizet járulékot.²⁶⁰ A román egészségbiztosítási jogszabályok nem ismerik az állampolgársági alapú megkülönböztetést. Az a külföldi, aki megszerezte az egészségbiztosítási jogosultságot, pl. romániai lakóhelyére tekintettel, ugyanolyan ellátásokra jogosult, mint a román állampolgárok.

²⁵⁷ Forrás: TrESS Think Tank Report 2008, The Relationship and Interaction between the Coordination regulation and the Directive 2004/38, 2008, Ghent University

²⁵⁸ 97/2005. sz. Kormányrendelet

²⁵⁹ Ez a különbségtétel megfelel nagyjából a magyar jogban ismert lakóhely-tartózkodási hely kettősségének

²⁶⁰ TrESS Think Tank Report 2010: Healthcare provided during a temporary stay in another Member State to persons who do not fulfil conditions for statutory health insurance coverage, 2010, Ghent University

Bulgária

A bolgár egészségbiztosítási törvény a bulgáriai lakóhelyhez előírja, hogy az adott személy lakóhelye akkor marad fenn, ha az adott naptári évben nem tartózkodott 183 napnál hosszabb időt külföldön. Ugyanezen törvény kimondja továbbá, hogy az uniós polgárokra, családtagjaikra, valamint a tartózkodási engedéllyel rendelkező harmadik országbeli állampolgárokra ugyan olyan feltételek vonatkoznak, mint a bolgár állampolgárokra, kivéve, ha jogszabály állampolgárságot ír elő. Ez lényegében azonos elbírálást ír elő. A lakóhelyről a bolgár idegenrendészeti törvény csak annyit ír, hogy rövid vagy hosszú távú tartózkodáshoz kapcsolódhat, a tartózkodási engedély jellegétől függően.

A tartózkodási vagy letelepedési engedéllyel rendelkező külföldiek főszabály szerint kötelezően biztosítottak. Azok a harmadik állambeli külföldiek, akik nem szereztek tartózkodási engedélyt, csak térítés mellett – a szolgáltató által megszabott ár kifizetésével – vehetik igénybe az egészségügyi szolgáltatásokat. A harmadik országbeli állampolgárok azonban egészségbiztosítás hiányában is igénybe vehetnek olyan ellátásokat, melyeket a bolgár állam a központi költségvetésből finanszíroz, és ilyen módon nem képezik az egészségbiztosítási szolgáltatások részét. Ezen ellátások közül kiemelendők a sürgősségi ellátások, a szülés – biztosítással nem rendelkező nők esetén, valamint a pszichiátriai fekvőbeteg-ellátás.

Szlovákia

Szlovákiában 2012 januárjától változott a lakóhely definíciója, különösen a külföldiek letelepedése terén.²⁶¹ A módosítás az ideiglenes és a hosszú távú tartózkodási/letelepedési engedélyeknél több kategóriát is bevezetett, továbbá a letelepedéshez szükséges előzetes tartózkodás idejét 5-ről 4 évre csökkentette le. A tartózkodási és letelepedési engedéllyel rendelkező személyek Szlovákiában egészségbiztosítás szempontjából ugyan olyan jogokat élveznek, mint a Szlovákiában lakóhellyel rendelkező szlovák állampolgárok. Ez egyben azt is jelenti, hogy az egészség biztosítás kötelező számukra, így rendelkezniük kell olyan jogcímmel, amely alapján vagy ők és/vagy munkáltatójuk, vagy az állam fizeti a járulékokat.²⁶²

Ennek következtében minden, állandó jelleggel Szlovákiában tartózkodó személy, legyen akár tartózkodási engedéllyel rendelkező harmadik állambeli polgár, kötelezően biztosított. Bizonyos ellátások, leginkább a sürgősségi ellátás, amelybe a szülés is beleértendő, érvényes biztosítás nélkül is igénybe vehető.

²⁶¹ A 48/2002. sz. törvény módosítása

²⁶² Ez utóbbi a statisztikai átlagkereset meghatározott százalékának megfelelően; 2011-ben ~ 32 €, forrás: MISSOC 2011

Migránsok helyzetének összehasonlítása

Az ellátórendszerek közös problémái

Némi eltéréssel a három vizsgált ország igen hasonló utat járt be a szocialista rendszerrel való szakítást követően. Mindhárom ország szakított az álmilag vezérelt és finanszírozott egészségüggyel, és valamilyen mértékben igyekezett visszakanyarodni a második világháború előtti, bismarcki jellegű hagyományokhoz. Mindhárom vizsgált országra jellemző, hogy az egészségügyi szolgáltatásokra való jogosultság kötelező egészségbiztosítástól függ. A biztosítás alapja a kereső tevékenységen alapuló járulékfizetés. Eltérően azonban a klasszikus biztosítási rendszerektől, a nem aktív személyek jogosultságukat nem a járulékfizető biztosítottaktól származtatják. Tulajdonképpen mindhárom országban a klasszikus, járulékfizetés-alapú biztosítás keveredik a teljes lakosságot lefedő általános jogosultsággal. A szolidaritás e rendszerekben azt jelenti, hogy a jövedelemmel rendelkezők járulékot fizetnek, míg egyéb jogosultsági csoportok (kiskorúak, nyugdíjasok stb.) után az állam fizet járulékot, illetve egyéb módon járul hozzá a járulékot nem fizető populáció ellátásainak költségeihez (pl. az egészségbiztosító deficitjének fedezetével).

Mindhárom országban a kötelező egészségbiztosítás finanszírozza az ellátások költségeit. Ezen a téren Bulgária kicsit eltérő, hiszen az ellátások bizonyos formáit közvetlenül az állam (az Egészségügyi Minisztérium) biztosítja, de a kompetenciák nincsenek pontosan definiálva, mint ahogy az sem nyilvánvaló, hogy mely ellátások vehetők igénybe a migránsok által és milyen feltételekkel. Általánosságban elmondhatjuk, hogy a vizsgált országok egyike sem fordít figyelmet a migránsok ellátására, illetve ellátásokhoz való hozzáférésére, amely részben a migránsok viszonylag csekély számával és téma politikai súlytalanságára vezethető vissza.

Mindhárom országról elmondható, hogy politikailag és jogszabályban is deklarált céljuk a teljes lakónépesség számára a legteljesebb körű ellátás biztosítása. Ez azonban a rendelkezésre álló források akadályába ütközik, és a 2000-es években mindhárom országnak szembe kellett néznie azzal, hogy saját állampolgárai számára is korlátozni kényszerül az ellátásokhoz való hozzáférést. Ez részben a vizitdíjak rendszerében nyilvánult meg, ami a 2006-os szlovákiai kormányváltást követően mára csak Bulgáriában maradt meg teljesen. Másrészt az ellátásokhoz való hozzáférést a házi orvos szerepének növelésével, valamint a szigorú beutalási rendszer alkalmazásával is lehet szigorítani – ezzel különböző mértékben mindhárom ország élt is. A legnagyobb korlátozások e téren szintén Bulgáriára jellemzők: a három vizsgált ország közül az egyetlen, amely a beutalási rendszert explicite finanszírozási kritériumokhoz köti (a kiadható beutalók számának limitálásán keresztül).

Összességében elmondható, hogy jogszabályi szinten kevés különbség mutatható ki a három vizsgált ország között: hasonlóak az alapelvek, az ellátórendszer finanszírozása, a jogosultsági feltételek. A gyakorlatban természetesen vannak nyilvánvaló különbségek, melyek az egészségügyi rendszer működtetésére rendelkezésre álló forrásokkal is összefüggnek. A gazdaságilag relatíve fejlettebb

Szlovákiában, amely ráadásul Csehszlovákiától egy hatékony szolgáltatói infrastruktúrát is örökölt, a helyi lakosság is könnyebben hozzáfér a magas színvonalú szolgáltatásokhoz, mint a nemzetközi összehasonlításban is kirívóan alacsony egészségügyi kiadást teljesítő Romániában vagy Bulgáriában. Az egészségbiztosítás szervezete, a Romániában és Bulgáriában működő állami, és a Szlovákiában tapasztalható piaci verseny között.

Az ún. „ellátási csomag”, vagyis az igénybe vehető egészségügyi szolgáltatások köre nagy vonalakban megegyezik a három országban, különösen azért, mert az igénybe vehető ellátásokat a vonatkozó jogszabály nem tételes felsorolásként, hanem az ellátás-típus meghatározásaként tartalmazza.

Közös továbbá a három vizsgált országban, hogy valójában a területükön legálisan tartózkodó migránsok egészségügyi ellátáshoz való hozzáféréssel kapcsolatos problémái nem térnek el lényegesen a hazai lakosság problémáitól. Ahol a migránsok is lényeges akadályokba ütköznek, ott a helyi lakoságnak is nehézséget okoz a megfelelő és minőségi szolgáltatásokhoz való hozzáférés. Ez különösen igaz pl. a restriktív Bulgária esetében.

Ország-specifikus problémák

A vizsgált országok között mutatkoznak azonban eltérések az igénybe vehető egészségügyi szolgáltatások tekintetében.

Általánosan igaz, hogy a sürgősségi ellátás igénybevétele nyitva áll a migránsok előtt, a sürgősségi ellátások tartalmában azonban mutatkoznak különbségek. Míg Szlovákiában az „azonnal szükséges” ellátás magában foglalja a járó- illetve a fekvőbeteg ellátást heveny megbetegedés vagy sürgős szükség esetén, Romániában és főként Bulgáriában ez a közvetlen életveszély elhárítására szorítkozik, és főként azon ellátásokat érinti, melyeket a sürgősségi ellátórendszer (mentőszolgálat) keretében lehet igénybe venni. Ráadásul a sürgősségi ellátás térítésmentessége sem egyértelmű az egyes államokban. Bulgáriában a jogszabály ad lehetőséget többféle értelmezésre, Szlovákiában pedig egy külön eljárást kell lefolytatni ahhoz, hogy a szolgáltató ténylegesen megkapja a finanszírozást.

További különbség mutatkozik még a vizsgált országok között a nem aktív népesség ellátásokra való jogosultságát illetően. Általános elv, hogy a nem biztosított külföldi munkavégzés hiányában járulékot fizet, a járulékfizetés kötelező jellege, és annak érvényesítése azonban nem egyértelmű. Míg Bulgáriában nem tisztázottak az inaktívak által teljesítendő az egészségügyi szolgáltatási járulékfizetés feltételei külföldi állampolgárok esetén, addig Romániában egy kötelezettségről van szó, melynél azonban kérdéses, hogy egy esetleges külföldi járulékfizetési időszak is figyelembe vehető-e előzményként.

Eltérések mutatkoznak továbbá a háziorvosi és a járóbeteg szakellátás igénybevétele szempontjából. Míg Romániában és Bulgáriában a háziorvos kikerülhetetlen, és a szakellátás csak beutalóval vehető igénybe, addig Szlovákiában szélesebb körű lehetőség van a szakellátások beutaló nélküli igénybevételére.

A migránsok specifikus problémái

Általános jelleggel megállapítható, hogy a migránsok olyan, érzékeny és sebezhető, ennek megfelelően egészségileg veszélyeztetett csoportot képeznek, akiknek speciális igényeik vannak. Ezt a helyzetet súlyosbítja, hogy jogi/tartózkodási helyzetük többnyire tisztázatlan, és maguk a migránsok is rendszerint igen eltérő élethelyzetből kerültek ki és különböző anyagi, kulturális és képzettségi háttérrel rendelkeznek. A migránsok jellemző problémáit a HUMA és a MigHealth.net kutatásai alapján az alábbiak szerint összegezzük.²⁶³

Az ellátáshoz való hozzáférés egyúttal az egészséggel, gyógyulással kapcsolatos információkhoz való hozzáférést is jelenti. Minél nehezebb a kommunikáció orvos és beteg között (akár nyelvi okokból, akár félelem miatt), annál kevésbé kapnak orvosaitól felvilágosításokat. Mivel az orvos-beteg viszony kommunikáción keresztül valósul meg, kézenfekvő, hogy az orvos és beteg közötti bizalom és a megértés szintje befolyásolja az ellátásokhoz való viszonyt is.

A házi orvosok egy része a szociálisan perifériális helyzetű, közülük migráns betegeknek kisebb költségű vizsgálati palettát nyújt, mint másoknak, egyúttal e betegekkel való kommunikációjuk átlag alatti nivójú, illetve átlag felett tapasztalhatók konfliktusok.²⁶⁴

A migránsok által jelzett főbb akadályozó tényezők, melyek az egészségügyi ellátások igénybevételét gátolják:²⁶⁵

- Nyelvtudás hiánya.
- Földrajzi távolság az egészségügyi szolgáltatótól.
- Információ hiány az egészségügyi szolgáltatással kapcsolatban.
- Az egészségügyi intézmény nem megfelelő nyitva tartása.
- Túl drága az ellátás/gyógyszer költsége.
- Vélt vagy valós diszkrimináció.
- Adminisztratív akadályok.
- A munkáltatótól való félelem.
- Idegenrendészeti hatóságoktól való félelem.
- Női orvossal való konzultáció lehetetlensége.
- Túl hosszú várólista az adott ellátáshoz.

A várakozásnak különös jelentősége a van a migránsok egészségügyi ellátórendszerrel összefüggő személyes bizonytalanságainak fokozása szempontjából. A várakozás ebben a kontextusban nem, csak az ellátáshoz való hozzájutásra várakozást jelenti, de legalább ugyan olyan egészségügyi

²⁶³ HUMA Network (2010) Access to health care for undocumented migrants and asylum seekers in 10 EU countries <http://www.huma-network.org/Publications-Resources/Our-publications/Law-and-practice.-Access-to-health-care-for-undocumented-migrants-and-asylum-seekers-in-10-EU-countries>

²⁶⁴ http://www.mighealth.net/index.php?title=State_of_the_Art_Reports

²⁶⁵ HUMA network (2009). Access to healthcare for undocumented migrants and asylum seekers in 10 EU countries. Law and practice. Paris, Médecins du Monde.

következményei vannak a tartózkodási jogcím rendezésére (pl. a menedékjog iránti kérelem elbírálására) való várakozásnak, amely a stresszhelyzet miatt kimutathatóan csökkenti az ellenálló képességet, fejfájást és egyéb zavarokat okoz, valamint csökkenti a már bekövetkezett traumák feldolgozásának esélyét.²⁶⁶ Nem csoda, hogy különösen a bizonytalan helyzetben lévő, idegenrendészeti és menekültügyi eljárás alatt állók különösen sebezhetőek, és olyan egészségügyi kockázatoknak vannak kitéve, amit a többnyire legfeljebb csak alacsony színvonalú alapellátást nyújtó „befogadó” állam nem képes megfelelően elhárítani.

Különösen a menedékkérőkről lehet elmondani, hogy a vizsgált országok jogszabályai passzivitásba kényszerítik őket, tekintve, hogy megtiltják számukra a (legális) munkavégzést, és ezáltal az állami gondoskodás kiszolgáltatottjai lesznek anélkül, hogy felelősséget vállalhatnának saját életükért. Ez a menekültek nem kis része számára okoz szorongást és pszichés nyomást, amely szintén gyengíti egészségügyi helyzetüket. Ezzel szemben azonban az elismert menekült státuszuknak éppen egészségnövelő hatása van.

Külön kiemelkedő problémát jelent a migránsok számára, ha már meglévő, krónikus betegségekkel érkeznek, amelyek hosszú távon folytatandó terápiát tesznek szükségessé. Különösen a szenvedélybetegeknek van nehéz dolguk, hiszen – különösen Romániában és Bulgáriában – a helyi lakosság is alig fejlett ellátóstruktúrákkal találkozik ilyen betegségek kezelésének szükségessége esetén. Erre a – talán egyik legnagyobb – nem csak migránsokat érintő egészségügyi problémára minden egyes országnak magának kell választ találnia, sőt, egyedi esetekre egyedi választ kell adni.

Következtetések

Az általunk vizsgált Szlovákia, Románia és Bulgária a területükön élő migránsok számát tekintve európai szinten nem számít jelentős befogadó országnak. Ezen államok harmadik állambeli migránsokkal kapcsolatos politikája ráadásul szigorúbb az EU tagállamok átlagánál.

Románia, Bulgária és Szlovákia tehát nem minősíthető nem sorolható a migránsok integrációját könnyítő országként.

Tényleges, megbízható minőségi adatok hiányában is megállapítható, hogy a migránsok az adott állam polgáraihoz képest ritkábban veszik igénybe a preventív ellátásokat, a szűréseket, illetve védőoltásokat, azonban a sürgősségi ellátásokat a szükségesnél többször veszik igénybe. Mindemellett az elkerülhető, korai felismeréssel és szűréssel megelőzhető betegségek kialakulása a migránsok esetében jóval gyakoribb.

A közhiedelemmel ellentétben a migránsok nem vesznek igénybe több ellátást, mint a hazaiak, sőt, gyakran, információ hiányból vagy félelemből a nekik egyébként legálisan járó ellátások igénybevitelétől is tartózkodnak. Nem igaz az általános vélekedés, hogy a migránsok éppen az egészségügyi szolgáltatások igénybevitel

²⁶⁶ Schöpf, M., Inthorn, J., Asyl und Gesundheit, Eine qualitativ-explorative Untersuchung, 2009, Wien.

céljából költöznek az adott országba. Ezt egyébként a vizsgált országok által nyújtott egészségügyi ellátások színvonala nem is feltétlenül támasztja alá.

A legálisan, hosszú távon a vizsgált országok területén tartózkodó harmadik országbeli állampolgárok ugyan olyan módon juthatnak ellátásokhoz, mint a hazaiak, e téren diszkriminációról nem beszélhetünk. Az ellátások igénybevételét korlátozó formális akadályról is igazából csak Bulgária esetében beszélhetünk. Ott azonban a biztosítottak által fizetendő vizitdíj – mégoly alacsony is – nem csak a külföldieket riasztja el az ellátások igénybevételétől.

Abban az esetben azonban, ha a migráns jogi helyzete nem rendezett – vagyis „nem dokumentált” – tulajdonképpen csak sürgősségi ellátás igénybevételére jogosult.

A migránsok egészségügyi ellátáshoz való hozzáférését jóval nagyobb mértékben befolyásolják az informális akadályok, ami a hiányos nyelvismerettel, az egészségügyi ellátórendszerrel kapcsolatos felületes tudással, a nehéz kommunikációval és a hálózati kapcsolatok hiányával függ össze.

A migránsok egészségügyi igényeinek kezelését illetően az érintett államoknak és egészségügyi ellátó rendszereiknek tisztában kell lenniük a migránsok sokféleségével. A migránsok, különösen a harmadik államokból érkező migránsok nem alkotnak homogén csoportot, jelentős különbségek tapasztalhatók közöttük vallási, kulturális, nyelvi és származási ország tekintetben. Igen sokszor – különösen a nem dokumentált és a menedékjogot kérelmező külföldiek esetében – a migráns helyzet összefüggésben áll a hátrányos társadalmi-gazdasági helyzettel, amiben e migránsok élnek, és gyakran nehéz felállítani az ok-okozati viszonyt a migráció és a társadalmi hátrányok között. Nem ritkán, ahogy fent is kitértünk erre, maga a migráció okozza az egészségügyi kockázatot. Megállapítható azonban, hogy a migránsokhoz való hozzáállást a vizsgált országokban legkevésbé sem jellemzi az a differenciáltság, ami kívánatos lenne. Nem szabad elfelejtenünk azonban, hogy a harmadik államokból érkező migránsok száma egyik vizsgált országban sem mondható jelentősnek, és problémáik nem érték el a helyi társadalom ingerküszöbét olyan mértékben, hogy megfelelő politikai-jogi válasz szülessen igényeikre.

Bár, amint megállapítottuk, a migránsok a vizsgált országok egészségügyi ellátórendszerével kapcsolatban felmerülő problémái gyakorta azonosak a helyi lakosság ellátás-igénybevételi nehézségeivel, mindenképpen léteznek nem elhanyagolható különbségek is. Általánosságban megállapítható, hogy a harmadik államokból származó migránsok rendszeresen a befogadó állam lakosságának átlagához képest nagyobb mértékben van/volt kitéve a fertőző betegségeknek. Különösen az Afrikából és Ázsia egyes részéből származó migránsokra mondható el, hogy származási országukban az európainál jobban ki voltak téve pl. TBC-, hepatitisz- vagy HIV-fertőzésnek. Általánosan tapasztalható, hogy a szüléssel kapcsolatban sem egyenlők a migránsok esélyei: halva születés és csecsemőhalandóság tekintetében egész Európában veszélyeztetettebbek a migránsok, mint a helyi lakosság, ami részben nem véletlenül a terhes-gondozás

elhanyagolására vezethető vissza.²⁶⁷ Bár a vizsgált országok szempontjából konkrét adatok erre nincsenek, de nagy valószínűség szerint nem mutatnak nagy eltérést. A migráció, különösen a nem dokumentált, esetleg illegális migrációból származó pszichés problémák kezelése további kihívás elé állítja a fogadó államok egészségügyi ellátó rendszereit, amelyek már így sem tudnak, és részben nem is akarnak megbirkózni a marginálisnak tartott migráns-problémákkal.

Összességében megállapítható, hogy a migránsokat

- a kiszolgáltatott és egészségügyileg sebezhetőbb helyzetük mellett
- a fizetési kötelezettségek, önrészek és
- az esetenként restriktív beutalási rendszer mellett (mindkettőre valójában Bulgária a tényleges példa)
- a nyelvi és kulturális akadályok, továbbá
- jogaik ismeretének hiánya
- hátráltatja leginkább az ellátások igénybevételeiben.

Felhasznált irodalom

Borbás Ilona, Szirmai László, Verdes Norbert, Vilusz Lászlóné, Zelenkáné Lux Lilla, (2005) Egészségügyi rendszerek Kelet-Európában, ESKI, Budapest

Carin Björngren Cuadra, Policies on Health Care for Undocumented Migrants in EU27, Country Report Romania (2010) Malmö, ennek ellentmond a HUMA Network megállapítása, amely Románia kapcsán jelentési kötelezettségről számol be

Carin Björngren Cuadra, Policies on Health Care for Undocumented Migrants in EU27, Country Report Bulgaria, (2010) Malmö

Chauvin P., Parizot I., Simonnot N. (2009) Access to health care for undocumented migrants in 11 European countries, Paris, Médecins du Monde European, Observatory on Access to Healthcare

Cholewinski R. Study on Obstacles to Effective Access of Irregular Migrants to Minimum Social Rights. Council of Europe, Strasbourg, 2005

Cseresnyés Ferenc, Migrációs potenciálok és trendek Európában, Regio. Kisebbség, politika, társadalom 1996. 7. évf. 4.sz.

Divinsky, B. (2008). Undocumented Migration. Counting the Uncountable. Data and Trends across Europe. Clandestino Country Report.

Dzhengozova, M. (2009). Report Bulgaria. REGINE, Regularisations in Europe. Bécs: ICMPD.

Eurohealth tematikus szám: Meeting the health care needs of tourists, Vol. 13 Nr. 4, 2007

Európai Bizottság, Foglalkoztatás, Szociális ügyek és Társadalmi összetartozás Főigazgatósága Az Ön szociális biztonsági jogai Bulgáriában, Európai Unió, 2011

Európai Bizottság, Foglalkoztatás, Szociális ügyek és Társadalmi összetartozás Főigazgatósága Az Ön szociális biztonsági jogai Romániában, Európai Unió, 2011

Európai Bizottság, Foglalkoztatás, Szociális ügyek és Társadalmi összetartozás Főigazgatósága Az Ön szociális biztonsági jogai Szlovákiában, Európai Unió, 2011

²⁶⁷ Rechel, B., Mladovsky, Ph., Devillé, W., Rijks, B., Petrova-Benedict, R., McKee, M., The future of migrant.

health in Europe in: Migration and Health in the European Union, 2011, Open University Press, Maidenhead.

European Commission Project: "Sharing Experience: Migration Trends in Selected Applicant Countries and Lessons Learned from the 'New Countries of Immigration' in the EU and Austria" vol. V – Slovak Republic An Acceleration of Challenges for Society (2003) Boris Divinský, International Organization for Migration - Bratislava

Eurostat Statistics in Focus: Citizens of European Countries Account for the Majority of the Foreign Population in the EU27 in 2008. Eurostat, Luxemburg, 2009

Fernandes A, Pereira Miguel J. Health and Migration in European Union: Better Health for All in an Inclusive Society, Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, Lisszabon, 2009

Foubister Th., Wörz M. Access to health care: Illegal immigrants and asylum seekers, Euro Observer Vol. 8 Nr. 2, 2006 p. 6-7

Futo P., Jandl M. (szerk.) (2007) 2006 Yearbook on Illegal Migration, Human Smuggling and Trafficking in Central and Eastern Europe. A Survey and Analysis of Border Management and Border Apprehension Data from 20 States. International Centre for Migration Policy Development (ICMPD)

Georgieva L, Salchev P, Dimitrova S, Dimova A, Avdeeva O. Bulgaria: Health system review. Health Systems in Transition, WHO, 2007

Guličová, M.G., Bargerová, Z., Organisation of Asylum and Migration Policies in the Slovak Republic, 2010, Bratislava

Health Assembly, Genf, 2008

Horvath, I. (2007) Romania. Country Profile No. 9, Focus-Migration, <http://www.focus-migration.de>

Howard, M.M. (2009) The Politics of Citizenship in Europe. New York: Cambridge University Press.

http://ec.europa.eu/justice_home/doc_centre/immigration/studies/docs/regine_appendix_b_january_2009_en.pdf

HUMA Network (2010) Access to health care for undocumented migrants and asylum seekers in 10 EU countries <http://www.huma-network.org/Publications-Resources/Our-publications/Law-and-practice.-Access-to-health-care-for-undocumented-migrants-and-asylum-seekers-in-10-EU-countries>

Ingleby D. European Research on Migration and Health. International Organization for Migration, Brüsszel, 2009

Karl-Trummer U., Metzler B., Novak-Zezula S. Health Care for Undocumented Migrants in the EU: Concepts and Cases. International Organization for Migration, Genf, 2009

Karl-Trummer U., Novak-Zezula S., Metzler B. Access to health care for undocumented migrants in the EU: A first landscape of NowHereland, Eurohealth Vol. 16 Nr. 1, 2010, p. 13-17

Karl-Trummer, U., Metzler, B. and Novak-Zezula, S. (2009) Health Care for Undocumented Migrants in the EU: Concepts and Cases. Geneva: International Organization for Migration.

Kobayashi, A. (2008) A research and policy agenda for second generation Canadians. Canadian Diversity, 6(23): 3–6.

Lásd: Wörz-Foubister-Busse: Access to health care in the EU Member States in Euro Observer 2006 Vol. 8 Nr. 2, p.1-4.

Lăzăroiu S., Alexandru M. (2008) Who is Coming after Who is Leaving? Labour Migration in the Context of Romania's Accession to the EU. Country Report. International Organization for Migration, Genf

Magánszolgáltatók az EU tagországok egészségügyi ellátásában, ESKI Egészségügyi Rendszertudományi Iroda, Budapest, 2008

- McKay, S., Markova, E., Paraskevopoulou, A., Wrigh, T., The relationship between migration status and employment outcomes, 2009, Undocumented Worker Transitions
- Mladovsky P. Migration and Health in the EU. Commission of the European Communities, Brüsszel, 2007
- Nielsen, S., Krasnik, A. and Rosano, A. (2009) Registry data for cross-country comparisons of migrants' healthcare utilization in the EU: a survey study of availability and content. *BMC Health Services Research*, 9: 2010.
- Niessen, J., Huddleston, T., Citron, L., Geddes, A., Jacobs, D. (2007) Migrant Integration Policy Index. Brussels: British Council and Migration Policy Group.
- Nørredam M., Krasnik A. Migrants' Access to Health Services in Migration and health in the European Union Ed. Rechel, B., Mladovsky, Ph., Devillé W., Rijks B., Petrova-Benedict R., McKee M., Maidenhead: Open University Press
- Nørredam, M., Mygind, A. and Krasnik, A. (2006) Access to health care for asylum seekers in the European Union – a comparative study of country policies. *European Journal of Public Health*, 16(3): 286–90.
- OECD (1997) Trends in International Migration: SOPEMI
- OECD International Migration Outlook 2009, OECD, Párizs, 2009
omania_en.pdf
- Pace P. (ed) International Migratio Law. Migration and the Right to Health: A Review of European Community Law and Council of Europe Instruments, International Organization for Migration, Genf, 2007
- Pace P. Migration and the Right to Health: A Review of International Law. International Migration Law Series No.19. IOM, Genf, 2009
- Pace P. What can be done in EU Member States to better protect the health of migrants?, *Eurohealth* Vol 16 No 1, 2010, p. 5-10
- Predescu, M. (2008). Quality in and Equality of Access to Healthcare Services. Country Report for Romania. The Institute of Public Health, Bucharest, Romania. http://ec.europa.eu/employment_social/spsi/docs/social_inclusion/2008/healthquest_r
- Révai Róbert, Görbe Attiláné Zán Krisztina, Egészség és Migráció az Európai Unióban és Magyarországon, Hadmérnök IV. Évfolyam 2. szám - 2009. június
- Sandu, Dumitru et al. (2006) Living Abroad on a Temporary Basis. The Economic Migration of Romanians: 1990-2006, Open Society Foundation, Bucharest
- Szalay T, Pažitný P, Szalayová A, Frisová S, Morvay K, Petrovič M, van Ginneken E. Slovakia: Health system review. Health Systems in Transition, WHO, 2011
- Tájékoztató országtanulmány Románia, ESKI Egészségügyi Rendszertudományi Iroda, Budapest, 2005
- Tájékoztató országtanulmány Szlovákiáról, ESKI Egészségügyi Rendszertudományi Iroda, Budapest, 2011
- The health of migrants – the way forward: report of a global consultation Madrid, WHO, Genf, 2010
- Treibel, Anette: Migration in modernen Gesellschaften. Weinheim und München 1993
- TrESS Think Tank Report 2008, The Relationship and Interaction between the Coordination regulation and the Directive 2004/38, 2008, Ghent University
- TrESS Think Tank Report 2010: Healthcare provided during a temporary stay in another Member State to persons who do not fulfil conditions for statutory health insurance coverage, 2010, Ghent University
- United Nations Department of Economic and Social Affairs (1998) Recommendations on Statistics of International Migration, Revision I. New York: Statistics Division, UN DESA (Statistical Papers, Series M, No. 58, Rev.1)

United Nations Secretariat, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2005) Trends in Total Migrant Stock: The 2005 Revision.

United Nations Secretariat, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2005) Trends in Total Migrant Stock: The 2005 Revision.

Vasileva, K. (2009) Citizens of European countries account for the majority of the foreign population in EU-27 in 2008. In: Population and Social Conditions, Statistics in Focus 92/2009. Luxembourg: Eurostat, European Commission.

Vlădescu C, Scîntee G, Olsavszky V, Allin S and Mladovsky P. Romania: Health system review. Health Systems in Transition, WHO, 2008

Vogel D. Size and Development of Irregular Migration to the EU, Hellenic Foundation for European and Foreign Policy, Athén, 2009

WHO Health of Migrants. Report by the Secretariat. World Health Organization, Sixty-first World

World Bank, Development Prospects Group (2005) Migration and Remittances Factbook

Wörz M, Foubister T, Busse R, Mossialos E, et al. Mapping Health Services Access – National and Crossborder Issues (HealthACCESS - Phase I).

Wörz M., Foubister Th., Busse R. Access to health care in the EU Member States, Euro Observer, Vol. 8 Nr. 2, 2006, p. 1-4

További információk:

MISSOC 2011/07

International Organization for Migration www.iom.int

Platform for International Cooperation on Undocumented Migrants (PICUM) www.picum.org

Nowhereland www.nowhereland.info

International Centre for Migration and Health (ICMH) www.icmh.ch

MIGHEALTHNET <http://mighealth.net>

<http://ori.mai.gov.ro/home/index/en>

<http://www.politiadefrontiera.ro>

<http://www.mai.gov.ro/Home/index.htm>

Függelék

Románia, Bulgária és Szlovákia egészségbiztosítási rendszereinek fő jellemzői (összehasonlítás)²⁶⁸

Bulgária	Románia	Szlovákia
I. Pénzügyi alap		
Alapelv		
Járulékok adóbevételek	és Munkáltató, munkavállaló, egyéni vállalkozó munkanélküli személyek fizetett járulék	Járulékok (munkáltató/munkavállaló) és állami hozzájárulás által
Járulékok		

²⁶⁸ Forrás: MISSOC 2011

Munkavállalók:	Munkáltató: 5.2%.	A járulékalapot képező
8% a bruttó Felső határ nélkül. jövedelem:		
bérből, amelyből: Munkavállaló: 5.5%		
3.2%	Felső határ nélkül. 4.0%	
munkavállalói, Egyéni vállalkozó: munkavállaló (2% rokkantság		
4.8%	5.5%. Felső határ esetén),	
munkáltatói rész. nélkül.		
A minimális Munkanélküli: 5.5% 10.0%		
mérték ágazatonként Felső határ nélkül. munkáltató (5.0% rokkantság		
változó.		
Plafon:		
BGN 2,000	14.0%	
(€ 1,023)/hó.	egyéni vállalkozó (7.0%	
egyéni rokkantság esetén).		
vállalkozó: 8% a	Járulékalap: bruttó bér,	
járulékalapot képező	Egyéni vállalkozó: az előző naptári	
jövedelemből.	év adóalapjának 50%	
Minimális	Járulékalap felső határa: Minimum	
járulékalap: BGN 420	(egyéni vállalkozóknál) a	
(€ 215) és BGN 550	nemzetgazdasági átlagkereset	
(€ 281)/hó között a	44.2%-a, maximum € 2,233.50/hó.	
2009-es bázisév alapján.		
Az egyéb		
módon		
egészségbiztosítási		
jogosultsággal nem		
rendelkező személyek az		
egyéni vállalkozókra		
irányadó járulékalap		
(BGN 420 (€ 215) /hó)		
8%-ának megfelelő		
járulékot fizetnek..		
az állam szerepe		

<p>A nyugdíjasok és a munkanélküliek után az állam fizeti a járulékokat. Az alábbi személyek után az állam a járulékalap 50%-ának (BGN 420 (€215)/hó) 8%-át fizeti:</p> <ul style="list-style-type: none"> * 18 év alatti kiskorúak * 26 év alatti felsőoktatási hallgatók; * katonai szolgálatot teljesítők; * szociálisan rászorultak; * fogvatartottak; * menekültügyi eljárás alatt lévő személyek; * hadi veteránok; * fogyatékos személyt gondozó rokona/házastársa * fegyveres testület külszolgálaton lévő tagjának házastársa <p>A központi költségvetés a foglalkoztatott rokkantak járulékaiknak egy részét is átvállalja</p>	<p>A minimálbér kétszeresének 6.5%-át fizeti az állam az alábbi személyek után</p> <ul style="list-style-type: none"> * katonai szolgálatot teljesítők; * keresőképtelen munkavállalók; * gyermeknevelési szabadságon lévő munkavállalók; * munkanélküliek és a jogszabályban rögzített szintet el nem érő nyugdíjjal rendelkező nyugdíjasok; * fogvatartottak; * embercsempészet áldozatai; 	<p>Az állam fedezi az egészségbiztosítási alap deficitjét. Az állam járulékot fizet a kiskorú és/vagy eltartott gyermek, a nyugdíjasok, valamint tb. és szociális ellátásban részesülők, a 6 évnél fiatalabb gyermeket nevelők, a fogyatékosokról gondoskodó, valamint a munkanélküliek után. Az állam hozzájárulásának mértéke 32.16 €/fő/hó.</p>
---	--	--

Bulgária	Románia	Szlovákia
II. Egészségügyi ellátás		
Jogalap		

Закон за здравното осигуряване 1998. Закон за здравето 2004. Закон за лекарствените продукти в хуманната медицина 2007. Закон за съсловните организации на лекарите и на лекарите по дентална медицина 1998. Кодекс за социално осигуряване 1999. Мódosítva 2003. Закон за интеграция на хората с увреждания 2004. Национален рамков договор за медицинските дейности Национална здравно осигурителна каса-Български лекарски съюз 2011. Национален рамков договор за денталните дейности Национална здравно осигурителна каса-Български зъболекарски съюз 2011.	95/2006 törvény	sz.	Zákon o zdravotnom poistení No. 580/2004. Zákon o zdravotnej starostlivosti a službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti No. 576/2004. Zákon o rozsahu zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia a o úhradách za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti No. 577/2004. Zákon o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch a stavovských organizáciách v zdravotníctve No. 578/2004. Zákon o zdravotných poisťovniach No. 581/2004. Zákon o záchranej zdravotnej službe No. 579/2004. Nariadenie
--	-----------------	-----	--

vlády o výške úhrady poistenca za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti No. 722/2004.

Alapelvek		
Kötelező társadalombiztosítás, amely kiterjed a bolgár állampolgárokra és a lakóhellyel rendelkező külföldiekre; bizonyos szolgáltatások adóból finanszírozva	Alapvetően járulékbételekből finanszírozott, minden lakosra kiterjedő rendszer.	Minden lakosra kötelező rendszer.
Alkalmazási kör		
I. kedvezményezettek		
Bulgária minden lakosa - az államilag finanszírozott szolgáltatások tekintetében	Minden, Románia területén lakóhellyel, tartózkodási vagy letelepedési engedéllyel rendelkező, járulékfizető személy, 18 év alatti kiskorúak	Minden, Szlovákia területén lakóhellyel rendelkező vagy dolgozó személy
* Kötelező egészségbiztosítás: állampolgárok (akiknek nincs állampolgárságuk);		
* más állampolgárok;		
* Bulgária területén élő bolgár állampolgárok;		
* huzamos tartózkodási engedéllyel rendelkező külföldiek és hontalanok		
* menekültek és humanitárius státusszal rendelkezők;		
* a szociális biztonsági koordinációs szabályok szerint bolgár biztosítottak.		

2. Kivétel a kötelező biztosítás alól		
Az országot legalább 183 napos időszakokra elhagyó személyek, más EU-tagállamban biztosítottak	* kiskorúak * önálló jövedelemmel nem rendelkező 26 év alattiak, * jövedelemmel nem rendelkező rokkantak, * terhes és szülő nők	Külföldön biztosítottak, diplomáciai mentességet élvezők
3. önkéntes biztosítás		
Nincs	Csak kiegészítő jelleggel	Nincs
Bulgária	Románia	Szlovákia
4. Igényjogosult eltartott hozzátartozók		
Egyéni jogosultság	házastárs	Egyéni jogosultság
Feltételek		
I. Előzetes biztosítási időszak		
A jogosultság az alapjogviszony kezdőnapjától fennáll. Ha a biztosított 36 hónapos időszak alatt 3 havi járulékkal elmarad, akkor az ellátásokat a tartozása rendezéséig csak teljes térítés mellett veheti igénybe	Nem szükséges	nem szükséges
2. Az ellátás időtartama		
Nincs korlátozás	A biztosítási jogviszony fennállása alatt	Nincs korlátozás
Szervezet		
I. Orvosok:		
Feltételek		

Szerződés az egészségügyi kamarai tagság szerződés az minisztériummal vagy az az és bizottság értékelés értékelő által	szerveződéssel	szerveződéssel
Díjazás		
Alapellátás: fejkvóta. teljesítményfinanszírozás	Szakellátás:	Alapellátás: fejkvóta, munkabér
		fejkvóta és teljesítmény-finanszírozás keveréke
2. Kórházak		
A betegút finanszírozását az egészségbiztosítóval kötött szerződés határozza meg	Az egészségbiztosítóval kötött szerződés alapján	Az egészségbiztosítóval szerződött köz- és magánkórházak. Az alapvető kórházi hálózat tagjai elsőbbséget élveznek.
Ellátások		
I. egészségügyi ellátás:		
Orvosválasztás		
Kötelező házi orvos-választás - évi kétszeri váltási lehetőséggel	Szabad orvosválasztás	Szabad választás a szerződött orvosok között.
Szakellátás		
A házi orvos beutalója alapján	Házi orvos beutalója alapján, kivéve a sürgősségi ellátást	Beutaló nélküli szakorvosi ellátás
Fizetés az orvosnál		
A biztosítottaknak nem kell kifizetniük az ellátás teljes költségét	Az ellátás díját az egészségbiztosító fizeti	Az egészségbiztosító fizet.
Beteg által fizetendő hozzájárulás		
Vizitdíj: a minimálbér 1%-a (BGN 2,4, 1,2 €)	Nincs.	* € 1.99 - ügyeleti díj * € 0.17 - receptdíj, * € 0.07 - a betegszállítás kilométereiként.
Bulgária	Románia	Szlovákia
Mentesség a díj alól		

* betegségben * * teljesítők; * veteránok; * * részesülő; * dolgozók.	a meghatározott szenvedők kiskorúak; katonai szolgálatot hadi rokkantak és fogvatartottak; szociális ellátásban egészségügyi	Nincs	dialízis, onkológiai ellátás és szívműtét esetén nem kell betegszállítási díjat fizetni
--	---	-------	---

2. Kórházi ellátás:

Kórház megválasztása

Háziorvosi beutaló alapján választható. Sürgősségi esetben nem kell beutaló.	Háziorvosi beutaló alapján választható. Sürgősségi esetben nem kell beutaló.	Háziorvosi beutaló alapján választható. Sürgősségi esetben nem kell beutaló.
--	--	--

Beteg által fizetendő hozzájárulás

Vizitdíj: a minimálbér 1%-a (BGN 2,4, 1,2 €)	Nincs.	Nincs
---	--------	-------

Mentesség a díj alól

* betegségben * * teljesítők; * veteránok; * * részesülő; * dolgozók.	a meghatározott szenvedők kiskorúak; katonai szolgálatot hadi rokkantak és fogvatartottak szociális ellátásban egészségügyi	Nincs	dialízis, onkológiai ellátás és szívműtét esetén nem kell betegszállítási díjat fizetni
--	--	-------	---

3. Fogászat:

Kezelés

Kiskorúak: évente 1 vizsgálat és 4 beavatkozás 18 év fölött: évente 1 vizsgálat és 2 beavatkozás	18 év alattiak, terhes nők és sürgősségi esetekben.	Szerződött fogorvosnál csak az anyagköltség fizetendő.
---	---	---

Fogpótlás

Nem finanszírozott	Nem finanszírozott	Átlagosan a teljes anyagköltség (€165 - €829) 35%-a.
--------------------	--------------------	--

A szerb egészségügyi ellátórendszer jellegzetességei

Bevezetés

Az egészség jelentős hatással van az emberek mindennapi életére, az országuk gazdasági és szociális fejlődésére. Ebből a szempontból, az egészséges lakosság jelenti a legfontosabb nemzeti erőforrást. A fejlődő országok, mint pl. Szerbia, jövőbeli fejlődése a lakossága egészségügyi állapotától függ nagymértékben.

Szerbiában, az 1990-es években a háborús konfliktusok, a tömeges migráció, a politikai és gazdasági instabilitás időszak alatt az egészségügyi ellátórendszer nem volt megfelelő. 2000-ben, a demokratikus változások hatására, a szerb kormány elindította az egészségügyi rendszer újjáépítését és fejlesztését. Manapság, a szerb egészségügyi ellátórendszer stabil, megfelel a lakosság igényeinek, és Szerbiában nem léteznek epidemiológiai indikációk. Bár források és beruházások hiányában szenved, a szerb egészségügy képes biztosítani az ország lakossága számára az egészségügyi alapszolgáltatást.

Demográfia

Szerbia becsült népessége 2010-ben 7 291 436 fő volt.²⁶⁹ A népességnövekedési ráta az előző évhez képest (2009-hez képest) negatív volt (-4/ 1000 lakos).²⁷⁰ A népességcsökkenési tendencia és az elöregedő népesség főbb jellemzői a szerb demográfiai helyzetnek. 2010-ben a halálozási ráta 14,2/ 1000 lakos, a születési ráta 9,4/ 1000 lakos volt, ebből következően a természetes szaporodási ráta -4,8 volt.²⁷¹ A vezető halálokok a férfiaknál és a nőknél is, továbbra is a keringési megbetegedések és daganatok maradtak.

A 65 évnél idősebbek (≥ 65 év) aránya a teljes lakossághoz képest 16,9% volt 2010-ben (16,6% 2002-ben). A 15 évnél fiatalabbak (0-14) aránya a teljes lakossághoz képest 15,1% volt 2010-ben (16,1% 2002-ben). A 65 évnél idősebbek aránya magasabb az európai régió átlagánál (15,1%), míg a 15 évnél fiatalabbak aránya az európai régió átlaga alatt van (17%). A szerb népesség átlagéletkora 40,2 évről (2002) 41,4 évre (2010) nőtt.²⁷² 2010-ben a nők születéskor várható

²⁶⁹ Institut za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut“: Zdravstveno-statistički godišnjak Republike Srbije 2010., Beograd, 2011., 21. p. <http://www.batut.org.rs/download/publikacije/pub2010.pdf> Letöltés ideje: 2012.07.29. 12:34

²⁷⁰ Republički zavod za statistiku: Statistički godišnjak Republike Srbije, Beograd, 2011., 25. p. <http://www.srbija.gov.rs/pages/article.php?id=45625> Letöltés ideje:2012.07.30.15:31

²⁷¹ Institut za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut“: Zdravstveno-statistički godišnjak Republike Srbije 2010., Beograd, 2011., 21. p. <http://www.batut.org.rs/download/publikacije/pub2010.pdf> Letöltés ideje 2012.07.29. 12:34

²⁷² Republički zavod za statistiku: Statistički godišnjak Republike Srbije, Beograd, 2011., 25. p. <http://www.srbija.gov.rs/pages/article.php?id=45625> Letöltés ideje: 2012.07.30.15:31

élettartama 76,6 év volt, a férfiak születéskor várható élettartama 71,4 év volt, ami 6 évvel alacsonyabb az EU átlagánál.²⁷³

A huszadik század második felében Szerbia lakossága fiatalabb volt az európai átlagnál. A 90-es években bekövetkezett kedvezőtlen társadalmi és demográfiai tényezők hatására felgyorsult a népesség öregedése. Fontos szerepe volt ebben a születési ráta csökkenésének, a halálozási ráta növekedésének, a lakosság kivándorlásának, a társadalmi rendszer és állami szervek összeomlásának.²⁷⁴

Szerbiában a népesség száma 2002 és 2010 között 209 ezerrel csökkent.²⁷⁵ A szerb Országos Statisztikai Intézet előrejelzései alapján 2032-ig folyamatos népességcsökkenés várható, illetve a 2002 - 2032 közötti időszakot a depopuláció (elnéptelenedés) jellemezheti. 2032-ben Szerbia a negatív természetes szaporodással rendelkező országok tipikus példája lehet.²⁷⁶

A népesség számának csökkenése szempontjából fontos szerepe van a kivándorlásnak.²⁷⁷ Ennek közvetlen és közvetett hatása van, mivel a kivándorolt polgárokkal az ország el fogja veszíteni azok utódjait is. Strukturális veszteségekről is beszélhetünk, mivel nagymértékben a szakmailag magasan képzett lakosság vándorol ki. A helyzetet még az nehezíti, hogy a természetes szaporodás csökkent, illetve negatív lett, és a lakosság kivándorlása még mindig folyamatban van.²⁷⁸

A gyermekhalandóság Szerbiában 2010-ben 6,7 volt. 1998-ben a gyermekhalandósági ráta még 11,6 volt és ehhez képest jelentősen csökkent 2010-re. Az értéke még mindig meghaladja az EU- országok értékeit (4,6 / 1000 élveszületés).²⁷⁹ A gyermekhalandóság fontos demográfiai mutató, amelynek alapján lemérhető egy ország szociális, gazdasági helyzete, az egészségügyi rendszer fejlettsége és a lakosság egészségi állapota. Megmutatja az egy éves koruk előtt elhalálozott csecsemők arányát 1000 lakoshoz viszonyítva.

Gazdasági háttér

Szerbiában 2000 utáni időszakban pozitív trendek voltak megfigyelhetők a gazdaság területén, a bruttó hazai termék (GDP) növekedése, a relatív monetáris stabilitás, a növekvő egészségügyi kiadások. Azonban a 2008-as világválság hátrányosan érintette az ország gazdaságát. A még mindig alacsony GDP és magas

²⁷³ Institut za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut“: Zdravstveno-statistički godišnjak Republike Srbije 2010., Beograd, 2011., 21. p. <http://www.batut.org.rs/download/publikacije/pub2010.pdf> Letöltés ideje: 2012.07.29. 12:34

²⁷⁴ Macura, M.: Starenje stanovništva i populaciona politika, In: Gerontologija; Časopis Gerontološkog društva Srbije, br.1 1993. 16-22.p.

²⁷⁵ Uo.

²⁷⁶ Uo.

²⁷⁷ Prim dr sci med Tatjana Radosavljevic: Demografski trendovi i zdravstveni sistem Srbije, Konferencija lista „Danas”—Demografski trendovi i zdravstveni sistem Srbije, 2012.02.08.

²⁷⁸ Uo.

²⁷⁹ Republički zavod za statistiku: Statistički godišnjak Republike Srbije, Beograd, 2011., 25. p. <http://www.srbija.gov.rs/pages/article.php?id=45625> Letöltés ideje 2012.07.30.15:31

munkanélküliségi ráta korlátozó tényezőket jelentenek az egészségügyi ellátás finanszírozásában.²⁸⁰

Az ország egy főre jutó GDP-je 2011-ben 4 288 EUR volt, ami 1,6%-os növekedést jelentett az előző évhez képest (2010-ben 3 841 EUR/ fő volt). 2008-ban egy főre jutó GDP 4 444 EUR volt, következő évben pedig 3,5%-os csökkenés figyelhető meg. A szerb Pénzügyminisztérium nyilvános adatai szerint 2000 óta, 2008-ig folyamatos GDP emelkedés volt. 2009-es 3,5%-os GDP/fő csökkentés után, ismét növekedés figyelhető meg.²⁸¹

Szerbiában magas a munkanélküliség. 2011-ben a munkanélküliek aránya 23,7% volt. 2006-tól 2008-ig munkanélküliségi ráta csökkent – 2006-ban 20,9%, 2007-ben 18,1% és 2008-ban 14,0%. 2009-ben a munkanélküliek aránya ismét növekedett 16,6%-ra.²⁸²

A 2000 és 2008 közötti időszakban folyamatos nettó havi átlagkereset emelkedés történt, bár feltűnően különböző intenzitással. 2001-ben a nettó havi átlagkereset 6 078 dinár volt (101 EUR), 2004-ben 14 108 dinár (194 EUR) és 2008-ban 32 746 dinár (402 EUR). 2009-ben, illetve 2010-ben visszaesés tapasztalható az előző évhez képest. 2011-ben nettó havi átlagkereset 37 976 dinár volt (372 EUR), ami növekedést jelentett az előző évhez képest, bár még mindig alacsonyabb, mint 2008-ben.²⁸³

A szerb egészségügyi rendszer kialakulása és fejlődése

A szerb egészségügyi rendszer az I. világháború után kezdett kialakulni, bár már 1872-ben megalapították a Szerb Orvosi Társaságot. 1920-ban Belgrádban létrehozták az Orvostudományi Kart, amely fontos intézmény volt az egészségügyi személyzet képzése szempontjából. A 20. század közepéig kialakult az egészségházak, ambulanciák és nagyobb egészségügyi központok hálózata.²⁸⁴

A Jugoszláv Királyságban (1929-1941) az egészségügyi szolgáltatások igen alacsony pénzügyi alappal rendelkeztek, az egészségügyi intézmények hálózata még nem alakult ki teljesen, és nagyon kevés volt az egészségügyi személyzet.²⁸⁵ Mivel fejletlen volt az egészségbiztosítási rendszer és igen drágák az orvosi szolgáltatások, a lakosság nagy része nem részesülhetett ebben az ellátásban. A nagyobb városokban és az ipari központokban működtek egészségügyi intézmények, míg számos vidéki területen még mentőszolgálat sem működött.

²⁸⁰ Ministarstvo zdravlja Republike Srbije: Plan razvoja zdravstvene zaštite Republike Srbije 2010-2015., Beograd, 2009., 9. p.

²⁸¹ Ministarstvo finansija i privrede Republike Srbije: Osnovni indikatori makroekonomskih kretanja, ažurirano 24.9.2012.godine <http://mfp.gov.rs/UserFiles/File/tabele/2012%20septembar/Tabela%201%20Osnovni%20makroekonomski%20indikatori.pdf> Letöltés ideje: 2012.08.15.16:42

²⁸² Uo.

²⁸³ Uo.

²⁸⁴ Centar društvenih djelatnosti SSOH: Društveni razvoj socijalističke Jugoslavije, Zagreb, 1975., 121. p.

²⁸⁵ Centar društvenih djelatnosti SSOH: Društveni razvoj socijalističke Jugoslavije, Zagreb, 1975., 121. p.

A fenti egészségügyi körülmények miatt, a II. világháború utáni Jugoszláviában fő cél volt az egészségügyi intézmények modernizációja, az egészségügyi szakszemélyzet kialakítása, valamint a tudományos eredmények alkalmazása a betegségek megelőzésében és kezelésében.²⁸⁶ Komoly erőfeszítésekkel elérték azt, hogy a teljes lakosság egészségügyi ellátásban részesüljön, és a lakosság legnagyobb részének ez ingyenes volt. 1959 óta a mezőgazdasági termelők és családjaik is rendelkeztek egészségbiztosítással. Jugoszlávia felbomlásáig a teljes népesség rendelkezett egészségbiztosítással.²⁸⁷

A délszláv háború és a nemzetközi közösség szankciói alatt, a XX. század utolsó évtizedében, Szerbiában omladozott a társadalmi rendszer, és így az egészségügyi rendszer is.²⁸⁸ 2000 után a hatékonyság, a minőség és a racionális felhasználás helyreállítása és biztosítása érdekében számos jogszabályt fogadtak el az alábbi célokkal:

- az egészségügyi ellátás minőségének javítása,
- az egészségügyi szakszemélyzet oktatására és képzésére szolgáló programok és módszerek fejlesztése,
- az egészségügyi dolgozók regisztrációja és engedélyek kibocsátása,
- az új gyógyszerek regisztrációja és engedélyezése,
- az egészségügyi menedzsment létrehozása és fejlesztése,
- a Helyes Klinikai Gyakorlat irányelveinek kidolgozása,
- az információs technológiák fejlesztése és felhasználása,
- az Orvosi, Gyógyszerészi, Egészségügyi Szakdolgozói Kamara létrehozása.²⁸⁹

A szerb egészségügyi rendszer felépítése és működése

A szerb egészségügyi rendszer megszervezése és irányítása 3 intézmény feladata:²⁹⁰

- I. Egészségügyi Minisztérium:
 - egészségügyi politika meghatározása,
 - egészségügyi szolgáltatások működéséhez szükséges szabványok meghatározása,
 - minőség-ellenőrzési mechanizmusok meghatározása,
 - minőség ellenőrzése.

²⁸⁶ Uo. 122. p.

²⁸⁷ Uo. 122. p.

²⁸⁸ Ministarstvo zdravlja Republike Srbije: Plan razvoja zdravstvene zaštite Republike Srbije 2010-2015., Beograd, 2009., 32. p.

²⁸⁹ Ministarstvo zdravlja Republike Srbije: Plan razvoja zdravstvene zaštite Republike Srbije 2010-2015., Beograd, 2009., 32. p.

²⁹⁰ Ministarstvo zdravlja Republike Srbije: Vodič kroz sistem zdravstvene zaštite, Beograd, 2000., I. p. http://www.zcvajjevo.rs/_down/Urbani%20vodnic%20final%20mali.pdf Letöltés ideje: 2012.08.15. 10:35

A Minisztérium feladatkörébe tartozik az egészségügyi ellátórendszer, az egészségügyi szolgáltatás, az állampolgárok egészségügyi állapotának megőrzése és javítása, az egészségügyi rendszer ellenőrzése, az egészségügyi szolgáltatások felügyelete és más feladatok.

2. Közegészségügyi Intézet „Dr Milan Jovanović- Batut”:

- adatok összegyűjtése az állampolgárok egészségügyi állapotáról és az egészségügyi létesítmények, intézmények működéséről,
- az összegyűjtött közegészségügyi indikátorok elemzése,
- a közegészségügy javítására irányuló intézkedések javaslata,
- javaslatok az egészségügyi intézmények működésének évi tervére,
- az egészségügyi információs rendszerek fejlesztése és összehangolása.

A „Batut” intézet olyan egészségügyi intézmény, amely a népegészségtani, járványtani, mikrobiológiai, egészségügyi jogi, biztosítási és gazdasági feladatokkal is foglalkozik. Ez egy szakmai, metodológiai és oktatási intézmény, amely koordinálja és figyelemmel kíséri más intézmények szakmai munkásságát.

3. Országos Egészségbiztosítási Alap

- anyagilag támogatja az egészségügy működését minden szinten,
- szolgáltatási szerződéseket köt az állami és a magánszektorban működő egészségügyi intézményekkel,
- a szerződésekben vállalt kötelezettségek végrehajtásának ellenőrzését végzi,
- meghatározza az alap egészségügyi szolgáltatásokat.

Az Országos Egészségbiztosítási Alap nemzeti szervezet, amelyen keresztül az állampolgárok finanszírozzák saját egészségbiztosításukat, és amelynek működése biztosítja az állampolgárok egészségbiztosítási jogainak érvényesülését.

Szerbiában az egészségügyi szolgáltatás elemei az egészségügyi intézmények és a magánpraxis. A szolgáltatás elemei közé sorolhatók az egészségügyi intézményekben és a magánpraxisban tevékenykedő egészségügyi szakszemélyzet és egyéb személyzet.²⁹¹

Az egészségügyi intézmények és a magánpraxis Szerbiában

Az egészségügyi intézmények nyújtják az egészségügyi szolgáltatásokat. A magánpraxisok az egészségügyi szolgáltatások bizonyos területeihez tartozó tevékenységekkel foglalkoznak.²⁹²

Az egészségügyi intézeteket az állam, az autonóm tartomány, a helyi önkormányzatok, a jogi és a természetes személy állapíthatják meg.²⁹³ Az állami

²⁹¹ Zakon o zdravstvenoj zaštiti Član 45., In: Sl.glasnik RS 107/2005,72/ 2009- dr.zakon, 88/2010,99/2010 i 57/ 2011

²⁹² Uo. Član 45

egészségügyi intézetek alapítása a hálózati tervvel összhangban történik meg, és az alapítójuk lehet az állam, autonóm tartomány és az önkormányzatok, illetve a városok.²⁹⁴ A magánpraxist létrehozhatja a munkanélküli egészségügyi szakdolgozó vagy az öregségi nyugdíjban lévő egészségügyi szakdolgozó.²⁹⁵

A szerb egészségügyi törvény szerint minden egészségügyi intézmény köteles:²⁹⁶

- Felügyelni a lakosság egészségügyi állapotát azon a területen, amelyre megszervezték és intézkedéseket javasolni, illetve végrehajtani a lakosság egészségügyi állapotának javítása érdekében;
- Figyelemmel kísérni és végrehajtani a megelőző (prevenciós), a diagnosztikai, a kezelési (gyógyítási) és a rehabilitációs eljárásokat, különösen a meghatározott szakmai, metodológiai és doktrinális protokollokat;
- Megszervezni és végrehajtani a nővérek, az ápolók, az egészségügyi technikusok és a szülésznők által elvégzendő egészségügyi ellátást;
- Megfelelő feltételeket biztosítani az alkalmazottak folyamatos szakmai képzéséhez;
- Végrehajtani a különböző egészségügyi programokat;
- Végrehajtani az egészségügyi ellátás során felmerülő nem kívánt szövődmények és a következmények megelőzésére szolgáló intézkedéseket, valamint a betegek egészségügyi intézményekben történő biztonságos tartózkodását szolgáló közbiztonsági intézkedéseket, és ezeket folyamatosan ellenőrizni;
- A szakmai munka minőségének folyamatos fejlesztését szolgáló intézkedéseket megszervezni és végrehajtani;
- Megszervezni és végrehajtani az intézkedéseket abban az esetben, ha természeti vagy más súlyos katasztrófák következnek be, illetve vészhelyzeti körülmények alakulnak ki;
- Megszervezni és biztosítani az egészségügyi hulladék ártalmatlanítását illetve megsemmisítését, a törvénnyel összhangban;
- Elvégezni a törvény által előírt egyéb feladatokat.

Egy egészségügyi intézmény csak olyan egészségügyi tevékenységet folytathat, amely szerepel az Egészségügyi Minisztérium határozatában, a működési feltételek teljesítésének megfelelően.²⁹⁷

2010. december 31-én Szerbia területén összesen 157 Egészségház, 22 Egészségügyi Központ, 40 Általános Kórház (Opšta bolnica, ang. General Hospital), 37 Speciális Kórház (Specijalna bolnica, ang. Special Hospital), 4 Klinikai Korhási Központ (Kliničko bolnički centar, ang. Clinical Hospital Centre), 4 Klinikai Központ (Klinički centar, ang. Clinical Centre), 7 Klinika, 22 Intézet- Zavod (ang.

²⁹³ Uo. Član 46

²⁹⁴ Uo. Član 48

²⁹⁵ Uo. Član 55

²⁹⁶ Uo. Član 80

²⁹⁷ Zakon o zdravstvenoj zaštiti Član 51, In: Sl.glasnik RS 107/2005,72/ 2009- dr.zakon, 88/2010,99/2010 i 57/ 2011

Institute), 15 intézet- Institut (ang. Institute),²³ Közegészségügyi intézet (Zavod za javno zdravlje, ang. Institute of public health), 36 Gyógyszertár (Apoteka, ang. Pharmacies) működött.²⁹⁸

2010. december 31-én Centrális Szerbia területén 113 Egészségház, 22 Egészségügyi Központ, 31 Általános Kórház (Opšta bolnica, ang. General Hospital), 26 Speciális Kórház (Specijalna bolnica, ang.Special Hospital), 4 Klinikai Korhási Központ (Kliničko bolnički centar,ang. Clinical Hospital Centre), 3 Klinikai Központ (Klinički centar, ang.Clinical Centre), 6 Klinika, 17 Intézet- Zavod (ang. Institute), 11 intézet- Institut (ang. Institute),¹⁶Közegészségügyi intézet (Zavod za javno zdravlje, ang. Institute of public health), 26 Gyógyszertár (Apoteka, ang. Pharmacies) működött. ²⁹⁹

2010. december 31-én Vajdaság (Vojvodina) területén 44 Egészségház, 9 Általános Kórház (Opšta bolnica, ang. General Hospital), 11 Speciális Kórház (Specijalna bolnica, ang.Special Hospital), 1 Klinikai Központ (Klinički centar, ang.Clinical Centre), 1 Klinika, 5 Intézet- Zavod (ang. Institute), 4 intézet- Institut (ang. Institute),⁷ Közegészségügyi intézet (Zavod za javno zdravlje, ang. Institute of public health),¹⁰ Gyógyszertár (Apoteka, ang. Pharmacies) működött.³⁰⁰

Az egészségügyi szakszemélyzet Szerbiában

Szerbiában az egészségügyi szakszemélyzetet azok a személyek jelentik, akik orvosi, fogorvosi, gyógyszerészi, egészségügyi főiskolai diplomával vagy egészségügyi szakközépiskolai érettségivel rendelkeznek, és akik közvetlenül egészségügyi szolgáltatásokat nyújtanak állami intézményekben, illetve magánpraxisban.³⁰¹

Az önálló egészségügyi tevékenység folytatásához az állami egészségügyi intézmények, illetve a magánpraxis szakszemélyzetének teljesítenie kell a következő feltételeket:³⁰²

- Gyakornoki időszak és az államvizsga sikeres teljesítése.
- Kötelező megfelelő kamarai regisztráció és tagság.
- Az önálló egészségügyi tevékenységhez szükséges engedély megszerzése, illetve megújítása.

A szerb egészségügyi ellátórendszer szintjei

Szerbiában az egészségügy három szinten működik: elsődleges, másodlagos és harmadlagos szinten.³⁰³

²⁹⁸ Institut za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut“: Zdravstveno-statistički godišnjak Republike Srbije 2010., Beograd, 2011., 67. p. <http://www.batut.org.rs/download/publikacije/pub2010.pdf> Letöltés ideje: 2012.07.29. 12:34

²⁹⁹ Uo.

³⁰⁰ Uo.

³⁰¹ Zakon o zdravstvenoj zaštiti Član 165., In: Sl.glasnik RS 107/2005,72/ 2009- dr.zakon, 88/2010,99/2010 i 57/ 2011

³⁰² Zakon o zdravstvenoj zaštiti Član 168., In: Sl.glasnik RS 107/2005,72/ 2009- dr.zakon, 88/2010,99/2010 i 57/ 2011

Az elsődleges szintű egészségügyi ellátás feladatai:

- a lakosság egészségügyi állapotának a megőrzése és folyamatos javítása,
 - a betegségek megelőzése és korai felderítése,
 - a sérültek és betegek rehabilitációja,
 - a preventív egészségügyi ellátás biztosítása olyan lakossági csoportok számára, akik nagyobb kockázatoknak vannak kitéve megbetegedések szempontjából,
 - az egészségügyi tanácsadás,
 - a daganatos betegségek megelőzése, korai diagnosztizálása és ellenőrzése,
 - a fog- és szájbetegségek megelőzése és ellátása,
 - a betegek házi ápolása,
 - a mentőszolgálat megszervezése és működése,
 - a gyógyszerészeti ellátás,
 - a palliatív ellátás és a mentális egészség megőrzése és folyamatos javítása.³⁰⁴

Az elsődleges szintű egészségügyi intézményekben lehetséges a szakorvosi és konzultatív ellátás megszervezése abban az esetben, ha biztosítva van a laboratóriumi és egyéb diagnosztikai tevékenység.³⁰⁵

Az elsődleges szintű ellátás intézményei az egészségház³⁰⁶, a hallgatói egészségügyi intézetek (zavodi za zdravstvenu zaštitu studenata), a foglalkozás-egészségügyi intézetek (zavodi za zdravstvenu zaštitu radnika), mentőszolgálati intézetek (zavodi za hitnu medicinsku pomoć), gerontológiai intézetek (gerontološki zavodi), fogászati intézetek (stomatološki zavodi), tüdőbetegségi és tbc intézetek (zavodi za plućne bolesi i tuberkulozu), bőr és nemibetegségi intézetek (zavodi za kožno-venerične bolesi) és a gyógyszerárak.³⁰⁷

A másodlagos szintű egészségügyi ellátás a szakorvosi és konzultatív, valamint a kórházi, fekvőbeteg ellátást jelenti. A másodlagos szintű szakorvosi és konzultatív ellátás, az elsődleges szintűhöz képest összetettebb eljárásokat jelent a betegségek diagnosztizálása, a gyógyítása és a rehabilitációja szempontjából.³⁰⁸ A másodlagos szintű egészségügyi intézmények az általános és speciális kórházak.³⁰⁹

A harmadlagos szintű egészségügyi ellátás az egészségügyi ellátás legösszetettebb formája. Ide tartozik a szakorvosi és konzultatív ellátás, a fekvőbeteg ellátás, a

³⁰³ Zakon o zdravstvenoj zaštitni Član 79., In: Sl.glasnik RS 107/2005,72/ 2009- dr.zakon, 88/2010,99/2010 i 57/ 2011

³⁰⁴ Zakon o zdravstvenoj zaštitni Član 88, Sl.glasnik RS 107/2005,72/ 2009- dr.zakon, 88/2010,99/2010 i 57/ 2011

³⁰⁵ Zakon o zdravstvenoj zaštitni Član 89, Sl.glasnik RS 107/2005,72/ 2009- dr.zakon, 88/2010,99/2010 i 57/ 2011

³⁰⁶ Uo. Član 94

³⁰⁷ Uo. Član 102

³⁰⁸ Uo. Član 90

³⁰⁹ Uo. Član 110

kutatási és az oktatási tevékenység.³¹⁰ A harmadlagos szintű egészségügyi intézmények a klinikák, az intézetek (institut), a klinikai kórházi központok (kliničko-bolnički centar) és a klinikai központok.

Elsődleges, másodlagos és harmadlagos szintű egészségügyi intézmények gyógyszerészeti szolgáltatást is végeznek.

A szerb egészségügyi törvény szerint a gyógyszerészeti szolgáltatás a lakosság, az állami és a magán egészségügyi intézmények gyógyszerekkel és orvosi eszközökkel való felelősségteljes ellátását, az orvosi kezeléshez, illetve az életminőség fenntartásához és fejlesztéséhez szükséges racionális farmakoterápia biztosítását, a gyógyszerek és az orvosi eszközök felhasználásának folyamatos javítását és a mellékhatások megjelenésének folyamatos figyelését jelenti.³¹¹

A gyógyszerészeti szolgáltatást a diplomás gyógyszerészek, a szakgyógyszerészek és a gyógyszerészi technikusok, más egészségügyi szakemberrel együttműködve végzik el, gyógyszerertárban, mint független egészségügyi intézményben, illetve kórházi gyógyszerertárban (más egészségügyi intézmény szervezeti egysége). Bizonyos gyógyszerészeti szolgáltatások magán gyógyszerertárban is nyújthatók, a törvényben előírt feltételeknek megfelelően.³¹²

A gyógyszerészeti tevékenységet az Egészségügyi törvény, a Gyógyszerekről és az orvostechnikai eszközökről szóló törvény és az Egészségbiztosítási törvény határozza meg, a helyes gyógyszerertári gyakorlat irányelveivel összhangban.³¹³ A helyes gyógyszerertári gyakorlat elveit a szerb Gyógyszerészi Kamara határozza meg, valamint az egészségügyi miniszter jóváhagyja.

A szerb Egészségügyi törvény szerint a gyógyszerészeti ellátás feladatai:³¹⁴

- A lakosság egészségének megőrzését, védelmét szolgáló intézkedések végrehajtása és az egészséges életmód promóciója;
- A farmakoterápiás intézkedések és eljárások javítása és fejlesztése, a gyógyszerek és a bizonyos orvostechnikai eszközök racionális felhasználása céljából;
- A megállapított terápiás kezelési protokollok költségeinek racionalizálása;
- A gyógyszerek és az orvostechnikai eszközök mellékhatásainak figyelése és ellenőrzése, valamint az ilyen hatások elkerülése illetve minimalizálása;
- A gyógyszerek párhuzamos terápiás használata során felmerülő kölcsönhatások elkerülése;
- Egyéb gyógyszerészeti tevékenységek, törvénnyel összhangban (pl. galenusi gyógyszerek elkészítése törvénnyel összhangban).

³¹⁰ Uo. Član 91

³¹¹ Uo. Član 83

³¹² Zakon o zdravstvenoj zaštiti Član 85, Sl.glasnik RS 107/2005,72/ 2009- dr.zakon, 88/2010,99/2010 i 57/ 2011

³¹³ Uo. Član 83

³¹⁴ Uo. Član 84

Elsődleges szintű egészségügyi ellátás, egészségügyi szolgáltatások és az egészségügyi dolgozók

Az Alma-Atai Deklaráció (1978) szerint az egészségügyi alapellátás (elsődleges szintű egészségügyi ellátás) alapvetően szükséges egészségügyi ellátás, amely gyakorlati, tudományos és társadalmilag elfogadható módszereken és technológiákon alapul, és minden egyén és család számára elérhető, a közösség teljes részvételével, az államok és a közösségek által elfogadható költségekkel összhangban.³¹⁵

Az egészségügyi alapellátás jelenti az egyének, a családok és a közösségek első szintű találkozását a nemzeti egészségügyi rendszerrel, és ez az első eleme a folyamatos egészségügyi ellátásnak.

Szerbiában az elsődleges szintű egészségügyi ellátás (alapellátás) alapvető feladatkörei:³¹⁶

- A legfontosabb egészségügyi problémákra vonatkozó szakmai ismeretek és azok megelőzésére és ellenőrzésére szolgáló módszerek;
- Élelmiszer-ellátás és megfelelő táplálkozás fejlesztése, javítása;
- Biztonságos ivóvíz és alapvető higiéniai feltételek biztosítása;
- Anya és gyermek egészségügyi ellátása, beleértve a családtervezést is;
- Leggyakoribb fertőző betegségek elleni oltás;
- Helyi endémiás betegségek megelőzése és ellenőrzése;
- Gyakori betegségek és sérülések megfelelő kezelése;
- Szükséges gyógyszerekkel való rendelkezés.

Leeuwenhorst definíciója szerint (1974) általános orvos (angolul General Practitioner) az orvosi diplomával és orvosi gyakorlathoz szükséges engedéllyel rendelkező egészségügyi dolgozó, aki személyes, elsődleges és folyamatos ellátást biztosít az egyének, a családok és a lakosság számára, tekintet nélkül a korra, a nemre vagy a betegség típusára. Célja a korai diagnózis megállapítása, a fizikai, a pszichológiai és a szociális tényezők megfontolásával. Az általános orvos rendelőjében, a betegek lakásán, a poliklinikán, illetve a kórházakban működve biztosítja a felsorolt tevékenységek szintézisét a betegek számára, és megteszi az első lépéseket minden egészségügyi problémával kapcsolatban.³¹⁷

Az elsődleges szintet azok az egészségügyi intézmények alkotják, amelyekbe a betegek beutaló nélkül tudnak bekerülni és szolgáltatáshoz jutni. Az elsődleges szint legfontosabb intézménye az egészségház.³¹⁸ Ide tartoznak még azok az egészségügyi

³¹⁵ WHO: Primary Health Care: report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, U.S.S.R., 6-12 September, 1978., Geneva, 1978.

³¹⁶ Zakon o zdravstvenoj zaštiti, Član 88., In: Sl.glasnik RS 107/2005,72/ 2009- dr.zakon, 88/2010,99/2010 i 57/ 2011

³¹⁷ Simon, Chantal-Everitt, Hazel- van Dorp, Françoise: Oxford handbook of General Practice, third edition, Oxford University Press Inc., New York, 2010, 3. p.

³¹⁸ Zakon o zdravstvenoj zaštiti, Član 94., In: Sl.glasnik RS 107/2005,72/ 2009- dr.zakon, 88/2010,99/2010 i 57/ 2011

intézmények, amelyek a lakosság egyes csoportjai számára és az egészségügy bizonyos specifikus területein, elsődleges egészségügyi ellátást biztosítanak:

- hallgatói egészségügyi intézetek (Zavod za zdravstvenu zaštitu studenata),
- foglalkozás-egészségügyi intézetek (Zavod za zdravstvenu zaštitu radnika),
- mentőszolgálati intézetek (Zavod za hitnu medicinsku pomoć),
- gerontológiai intézetek (Gerontološki zavod),
- fogászati intézetek (Zavod za stomatologiju),
- tüdőbetegségek és tbc intézetek (Zavod za plućne bolesti i tuberkulozu),
- bőr és nemibetegségek intézetek (Zavod za kožno-venerične bolesti),
- gyógyszerterek.³¹⁹

Az elsődleges szintű egészségügyi intézmények az egészségügyi szolgáltatások teljesítésében együttműködnek más egészségügyi, szociális, oktatási és egyéb intézményekkel és szervezetekkel, amelyek az egészség javítását szolgáló programok előkészítésével és végrehajtásával foglalkoznak.

Az egészségház

Az Egészségház definíciója szerint társult munkaszervezet az egészségügyi ágazatban, amely járóbeteg-szakellátást biztosít egy vagy több község területén. A feladatkörébe tartozik az általános orvosi és fogorvosi ellátás, a nők egészségügyi ellátása, a csecsemők és az óvodás korú gyermekek ellátása, mentális egészségügyi ellátás, házi ápolás és az idősgondozás. Az egészségháznak biztosítania kell az adott község területén a sürgősségi egészségügyi és a foglalkozás-egészségügyi szolgáltatást, a laboratóriumi, a radiológiai és egyéb diagnosztikai szolgáltatásokat.

Szerbiában az elsődleges szintű egészségügyi szolgáltatást az állami tulajdonú egészségházak végzik el, amit az Egészségügyi intézmények Hálózati terve szabályoz (Plan mreže zdravstvenih ustanova).³²⁰

Az állami tulajdonú egészségház alapítója a község, illetve a város. Az olyan egészségháznak, amelyet több község területére hoztak létre, az a község az alapítója, amelyben az egészségház székhelye van.³²¹

Abban az esetben, ha egy község területén állami tulajdonú egészségház és általános kórház is működik, laboratóriumi, radiológiai és egyéb diagnosztikát kizárólag az egyik intézmény keretein belül lehet megszervezni.

Az egészségházban lehet elvégezni a szakorvosi és konzultatív szolgáltatásokat is, amelyek nincsenek kapcsolatban a kórházi betegellátással. Ide sorolhatók a

³¹⁹ Zakon o zdravstvenoj zaštitu, Član 102, In: Sl.glasnik RS 107/2005,72/ 2009- dr.zakon, 88/2010,99/2010 i 57/ 2011

³²⁰ Ministarstvo zdravlja Republike Srbije: Uredba o planu mreže zdravstvenih ustanova, Član 5, In: Sl.glasnik RS br.42/06, 119/07, 84/ 08, 71/ 09, 85/ 09, 24/10

³²¹ Zakon o zdravstvenoj zaštitu, Član 94, In: Sl.glasnik RS 107/2005,72/ 2009- dr.zakon, 88/2010,99/2010 i 57/ 2011

belgyógyászati, a pneumofiziológiai, az fül-orr-gégészeti, az oftamológiai, a pszichiátriai, a fizikális medicinai és a rehabilitációs szakorvosi és konzultatív szolgáltatások.³²²

A szerb egészségügyi törvény szerint egészségházak, illetve más elsődleges szintű egészségügyi intézmények nyújthatnak szakorvosi és konzultatív ellátást azzal a feltétellel, hogy létezzen megfelelő laboratóriumi és egyéb diagnosztika, és a szolgáltatások végrehajtása során folyamatos szakmai és szervezeti kapcsolatban legyenek megfelelő másodlagos szintű egészségügyi intézményekkel.³²³

Az általános orvosi szolgálat elsődleges szintű egészségügyi ellátást biztosít a 19 éven felüli polgároknak. A gyermekek (0-6 éves korig), illetve az iskolás gyermekek (7-19 éves korig) egészségügyi ellátása külön szolgáltatást jelent az elsődleges egészségügyi intézmények tevékenységén belül. A nőgyógyászati szolgáltatás specifikus ellátást biztosít a 15 éven felüli nők számára. A foglalkozás-egészségügyi szolgáltatás specifikus egészségügyi ellátást biztosít a dolgozó polgárok számára és az elsődleges egészségügyi ellátást a gazdaságilag aktív népesség számára.

Az elsődleges egészségügyi ellátás igénybevételéhez a betegeknek meg kell jelölniük a választott orvost, aki lehet:³²⁴

- általános orvos, általános szakorvos illetve foglalkozás-egészségügyi szakorvos,
- gyermek szakorvos,
- nőgyógyász szakorvos,
- fogorvos illetve preventív fogászati és gyermekfogászati szakfogorvos.

Általában az a szokás, hogy a biztosított személy az Országos Egészségbiztosítási Alap adott területi kirendeltségével szerződésben lévő szolgáltatónál tevékenykedő orvost jelöli meg választott orvosként.³²⁵ Kivételt jelentenek azok az esetek, amikor a biztosított személy valamilyen szociális intézményben van elhelyezve, és ekkor az adott intézményben tevékenykedő orvost jelöli meg választott orvosként. A diákok és egyetemi, illetve főiskolai hallgatók a tanulmányaik helye szerint jelölik meg a választott orvost. Azok a gyerekek, akik nevelőszülőknél élnek, a választott orvost a nevelőszülők tartózkodási helye alapján választják ki. Az elvált házastársak szintén a tartózkodási hely alapján jelölik meg a választott orvost.³²⁶

A választott orvos az az orvos, aki az elsődleges szintű egészségügyi szolgáltatásban tevékenykedik, és akit legalább egy naptári évre választanak ki a betegek. A választott orvost a biztosított személyek lecserélhetik az adott időszak

³²² Uo. Član 96

³²³ Uo. Član 89

³²⁴ Uo. Član 98

³²⁵ Ministarstvo zdravlja Republike Srbije: Pravilnik o načinu i postupku ostvarivanja prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja Član 17, In: Sl. glasnik RS", br. 116/2006, 16/2007 - ispr., 38/2007 i 45/2007 - ispr. <http://www.docstoc.com/docs/115465170/PRAVILNIK-o-nacinu-i-postupku-ostvarivanja-prava-iz-obaveznog-zdravstvenog-osiguranja>, Letöltés ideje: 2012.08.21. 16:52

³²⁶ Zakon o zdravstvenom osiguranju, Član 18, In: Sl. glasnik RS, br. 107/2005, 109/2005- ispr. 57/2011

lejárata előtt is, ha nem elégedettek a választott orvosuk által nyújtott szolgáltatással. Ilyenkor jogukban áll másik orvost választani. Az elsődleges egészségügyi intézmény köteles jóváhagyni az új választást.³²⁷

Abban az esetben, ha a biztosított személy elsődleges szintű egészségügyi ellátását a naptári év lejárata után is az adott orvos végzi el, akkor erre úgy kell tekinteni, hogy megtörtént a megjelölése választott orvosként.³²⁸

A választott orvos jól ismeri a betegek egészségügyi állapotát minden tekintetben és minden szempontból, folyamatosan gondoskodik róluk, aminek az az előnye, hogy könnyebben és precízen meg tudja állapítani és helyesen kezelni az egészségügyi problémát. Ez főleg fontos a betegségek, a rendellenességek megelőzése, illetve korai kiderítése szempontjából.

Az orvos választásnak az előnye az is, hogy telefonon is lehet egyeztetni időpontot az orvosi vizsgálatra és vény átvételre, illetve tanácsot kérni a választott orvostól. A választott orvos utalja betegeit a másodlagos szintű egészségügyi intézményekbe, illetve megfelelő szakterülettel foglalkozó szakorvos véleménye alapján, a harmadlagos szintű egészségügyi intézménybe. A választott orvos vezeti a betegek egészségügyi dokumentációját, és ő írja ki a szükséges gyógyszereket és orvostechikai eszközöket.³²⁹ A választott orvos által nyújtott szolgáltatásokat a szerb egészségbiztosítási törvény szabályozza.³³⁰

A gyermekek (0-18 éves korig) egészségügyi ellátása a választott gyermekorvos feladata. A gyermek korának megfelelően a csecsemők és óvodás gyermekek, illetve az iskolás gyermekek ellátását végző gyermekorvost kell kiválasztani. 15 éves kortól a nők nőgyógyászt választanak, amelynek a feladata a terhességgel, illetve bármilyen más női egészségügyi problémával kapcsolatos nőgyógyászati ellátás. A felnőttek (18 éven felüli férfiak és nők) általános orvost, illetve általános szakorvost választanak ki. A választott orvos az elsődleges szintű egészségügyi szolgáltatásban tevékenykedő fogorvos is lehet.

Zavod (Intézet)

Zavod (Intézet, angolul Institute) elsődleges szintű egészségügyi intézmény, amely az egészségügy bizonyos területein, illetve a lakosság egyes csoportjai számára egészségügyi ellátást biztosít.

Az állami tulajdonban lévő Zavod csak olyan területen (község,város) hozható létre, amely olyan egyetemnek a székhelye, amelyen belül egészségügyi karok is

³²⁷ Ministarstvo zdravlja Republike Srbije: Pravilnik o načinu I postupku ostvarivanja prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja Član 19, In: Sl. glasnik RS", br. 116/2006, 16/2007 - ispr., 38/2007 i 45/2007 - ispr. <http://www.docstoc.com/docs/115465170/PRAVILNIK-o-nacinu-i-postupku-ostvarivanja-prava-iz-obaveznog-zdravstvenog-osiguranja>, Letöltés ideje: 2012.08.21. 16:52

³²⁸ Uo.

³²⁹ Zakon o zdravstvenoj zaštiti, Član 99, In: Sl.glasnik RS 107/2005,72/ 2009- dr.zakon, 88/2010,99/2010 i 57/ 2011

³³⁰ Uo. Član 99

működnek (Egészségügyi Főiskola, Általános Orvosi Kar, Fogorvosi Kar, Gyógyszerésztudományi kar).³³¹

Zavod (Intézet) lehet:³³²

- Hallgatók egészségügyi ellátását biztosító intézet (egyetemi hallgatók számára – azok a betegek, akik hallgatói jogviszonyban állnak és 26 évnél fiatalabbak - megelőző és kuratív általános orvosi, fogászati, nőgyógyászati, laboratóriumi és egyéb diagnosztikai kezelés és ellátás; szakorvosi és konzultatív, illetve fekvőbeteg -szakellátás is végezhető).
- Foglalkozás–egészségügyi intézet (szervezett munkavállalás keretében alkalmazott munkavállalók egészségének megőrzése és egészségügyi ellátása, biztonságos és egészséges munkakörnyezetben; munkavállalók megelőző és kuratív általános orvosi, fogászati, nőgyógyászati egészségügyi ellátása, illetve szakorvosi konzultatív ellátás).
- Mentőszolgálati intézet (mentőszolgálati ellátás és szállítás; elsősegély, helyszíni sürgősségi ellátás, mentőellátás, akut betegségek és sérülések esetén a betegek szállítása más megfelelő egészségügyi intézménybe, szállítás alatti kontroll, dializált betegek szállítása, gyógyszerekkel való ellátás sürgős esetekben).
- Gerontológia és palliatív ellátás intézete (idősek egészségügyi ellátása, egészségfejlesztési és betegségmegelőzési intézkedések végrehajtása az idősek populációjában, beleértve az otthoni kezelést és gondozást, palliatív gondozást és rehabilitációt).
- Fogászati intézet (megelőző, diagnosztikai, terápiás, rehabilitációs egészségügyi fogászati ellátás; fogászati szakorvosi és konzultatív szolgáltatások is végezhetőek).
- Tüdőbetegségek és tuberkulózis intézete (megelőző, diagnosztikai, terápiás és rehabilitációs ellátás tuberkulózisban és más, ambuláns módon kezelhető, tüdőbetegségben szenvedő betegek számára; szakorvosi és konzultatív tevékenység; tuberkulózis és más tüdőbetegségek megelőzését, korai felismerését és ellenőrzését szolgáló intézkedések megszervezése és végrehajtása).
- Bőr és nemi betegségek intézete (dermatovenerológiai megelőző, diagnosztikai, terápiás és rehabilitációs ellátás; szakorvosi és konzultatív tevékenységek; nemi úton terjedő fertőzések megelőzését, korai felismerését és ellenőrzését szolgáló intézkedések megszervezése és végrehajtása).

Az elsődleges szintű egészségügyi ellátás szakszemélyzete

Szerbiában 2010. december 31-én az általános orvosi szolgálat keretein belül összesen 3877 orvos (ebből 1993 általános orvos, 286 általános szakorvos és 286

³³¹ Zakon o zdravstvenoj zaštiti, Član 102, In: Sl.glasnik RS 107/2005,72/ 2009- dr.zakon, 88/2010,99/2010 i 57/ 2011

³³² Uo. Član 102

szakorvosi kurzuson lévő), 307 főiskolai diplomával rendelkező egészségügyi dolgozó (ebből 278 főiskolai diplomával rendelkező nővér), 5664 középiskolai diplomával rendelkező egészségügyi dolgozó (ebből 5568 középiskolai diplomával rendelkező nővér) tevékenykedett.³³³

A „Batut” Intézet legfrissebb nyilvános statisztikája szerint 2010-ben az általános orvosi szolgálatnál tett látogatások száma 39.947.186 volt. Az általános orvosnál tett látogatások száma 25.446.579 volt (ebből 7.756.629 első látogatásként) és a többi általános orvosi szolgálatban tevékenykedő egészségügyi dolgozónál tett látogatások száma 14.500.607 volt. A betegek lakásán történt látogatások száma 2.405.890 volt (334.040 orvosok által tett látogatás, 2.071.851 más egészségügyi dolgozó által tett látogatás). Ellenőrző vizsgálatok száma az általános orvosi szolgálatnál 2010-ben 78.773 volt.³³⁴

Táblázat 1.: Az egészségházak keretein belül működő ellátásban dolgozó orvosok száma Szerbiában 2010-ben

	Orvosok			
	Os sz.	Általános orvosok	Szakorvosok	Szamosodáson levő orvosok
Csecsemők és óvodás gyermekek ellátása	77 8	34	668	76
Iskolás gyermekek ellátása	73 8	193	443	102
Nőgyógyászati ellátás	58 8	6	515	67
Foglalkozás-egészségügyi ellátás	65 0	120	502	28
Szakorvosi és konziliáris ellátás	33 70	95	2995	282

Forrás: Institut za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut”: Zdravstveno-statistički godišnjak Republike Srbije 2010., Beograd, 2011. <http://www.batut.org.rs/download/publikacije/pub2010.pdf> Letöltés ideje: 2012.07.29. 12:34

Táblázat 2.: Az egészségházak keretein belül dolgozó más egészségügyi dolgozók száma Szerbiában 2010-ben

	Orvosokon kívül más egészségügyi dolgozók	
	Főiskolai diplomával	Középiskolai

³³³ Institut za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut”: Zdravstveno-statistički godišnjak Republike Srbije 2010., Beograd, 2011., 110. p. <http://www.batut.org.rs/download/publikacije/pub2010.pdf> Letöltés ideje: 2012.07.29. 12:34

³³⁴ Institut za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut”: Zdravstveno-statistički godišnjak Republike Srbije 2010., Beograd, 2011., 111. p. <http://www.batut.org.rs/download/publikacije/pub2010.pdf> Letöltés ideje: 2012.07.29. 12:34

	rendelkezők		diplomával rendelkezők	
	Össz.	Nővérek	Össz.	Nővérek
Csecsemők és óvodás gyermekek ellátása	96	96	1135	1026
Iskolás gyermekek ellátása	62	62	889	837
Nőgyógyászati ellátás	39	35	811	431
Foglalkozás-egészségügyi ellátás	89	82	910	886
Szakorvosi és konziliáris ellátás	1051	525	4413	3906

Forrás: Institut za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut“: Zdravstveno-statistički godišnjak Republike Srbije 2010., Beograd, 2011. <http://www.batut.org.rs/download/publikacije/pub2010.pdf> Letöltés ideje: 2012.07.29. 12:34

Táblázat 3.: Az orvosoknál, illetve más egészségügyi dolgozóknál tett látogatások, lakoson, az egészségházak keretein belül 2010-ben

	Látogatások száma		
	Orvos		Más egészségügyi dolgozó
	Össz.	Első látogatás	
Csecsemők és óvodás gyermekek ellátása	4 208 884	2 571 148	2 200 583
Iskolás gyermekek ellátása	3 837 857	2 363 970	1 649 858
Nőgyógyászati ellátás	1 581 420	693 278	1 455 054
Foglalkozás-egészségügyi ellátás	3 361 152	1 040 281	1 718 222
Szakorvosi és konziliáris ellátás	16 117 139	9 462 705	16 440 271

Forrás: Institut za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut“: Zdravstveno-statistički godišnjak Republike Srbije 2010., Beograd, 2011. <http://www.batut.org.rs/download/publikacije/pub2010.pdf> Letöltés ideje: 2012.07.29. 12:34

2010-ben a fogorvosi szolgáltatásban elsődleges ellátási szinten összesen 983 fogorvos, 1254 szakfogorvos, 81 szakosodáson levő fogorvos, 51 dentális terapeuta (ang. Dental therapist), 873 fogtechnikus és 2362 fogorvosi asszisztens

tevékenykedett. Ebben az évben az elsődleges fogorvosi szolgáltatásban tett látogatások száma 5.070.413 volt (1.449.270 első látogatásként).³³⁵

Másodlagos és harmadlagos szintű egészségügyi ellátás – egészségügyi szolgáltatások és egészségügyi dolgozók

A másodlagos szintű egészségügyi ellátás szakorvosi és konzultatív, illetve fekvőbeteg szakellátást (kórházi ellátás) jelent. A másodlagos szintű szakorvosi konzultatív ellátás, az elsődleges szinthez képest, sokkal összetettebb intézkedéseket és eljárásokat jelent a betegségek és sérülések diagnosztizálása, kezelése és rehabilitációja során. A fekvőbeteg-szakellátás diagnosztikai, kezelési, rehabilitációs intézkedéseket jelent, illetve betegek ápolását és gyógyszerekkel való ellátását kórházi tartózkodásuk idején.

A harmadlagos szintű egészségügyi ellátás a szakorvosi konzultatív ellátás és a fekvőbeteg-szakellátás legbonyolultabb formáit jelenti, valamint a tudományos kutatási és oktatási tevékenységet.

Az Egészségügyi Kar hallgatói, illetve az egészségügyi szakközépiskola diákjai számára oktatási tevékenységet másodlagos és elsődleges szintű egészségügyi intézmények is végezhetnek. Ennek a feltétele az egyetem, illetve a középiskola és az egészségügyi szolgáltató megkötött szerződése.

Másodlagos szintű egészségügyi ellátás

A másodlagos szintű egészségügyi ellátást a kórházak jelentik.

Az Egészségügyi Világszervezet (World Health Organization, WHO) szerint a kórházak fontos szerepet játszanak az egészségügyi rendszerben. A kórházak olyan egészségügyi intézmények, amelyek egészségügyi szakszeméllyel és fekvőbeteg-ellátással rendelkeznek, orvosi, ápolási és ehhez kapcsolódó szolgáltatásokat nyújtanak 24 órán át, a hét minden egyes napjában. A kórház stacionárius intézmény, amely megfigyelésből, diagnosztikából, terápiából és rehabilitációból álló rövid, illetve hosszú távú ellátást biztosít olyan személyek számára, akik betegségben vagy sérülésben szenvednek, illetve abban az esetben, amikor a betegség gyanúja felmerül. Ellátást biztosítanak az újszülöttek és az anyák számára.³³⁶

Az állami tulajdonban lévő kórházat az állam alapítja egy vagy több község lakosságának ellátására.

Abban az esetben, amikor az elsődleges szintű egészségügyi szolgáltatás keretében nincs lehetőség a beteg további megfelelő ellátására (ellátása magasabb szintű technikai feltételeket, illetve szakvéleményt igényel), a beteg ellátását

³³⁵ Institut za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut“: Zdravstveno-statistički godišnjak Republike Srbije 2010., Beograd, 2011., 21. p. <http://www.batut.org.rs/download/publikacije/pub2010.pdf> Letöltés ideje: 2012.07.29. 12:34

³³⁶ World Health Organization: Health Topics, Hospitals <http://www.who.int/topics/hospitals/en/> Letöltés ideje: 2012.08.25. 17:32

kórházban kell folytatni. A kórházi kezelés a kezelőorvos beutalása vagy a beteg saját jelentkezése alapján történik.

A betegek kórházi ellátása az egészségházban elvégzett diagnosztikai, kezelési és rehabilitációs ellátás folytatását jelenti. A kórházak kötelesek együttműködni és szakmailag segíteni az egészségházakat, az elsődleges szintű egészségügyi intézkedések végrehajtásában.

Kórházakban működik a járóbeteg-szakellátás, amely a poliklinikán, szakambulanciában a szakorvos által elvégzett egyszeri, illetve alkalmoszerű egészségügyi ellátás (a beteg folyamatos ellátását végző orvos beutalása alapján vagy a beteg jelentkezése alapján) és a fekvőbeteg-ellátás, akut illetve olyan krónikus betegségek esetén, amelyek nem oldhatóak meg folyamatos szakorvosi gondozással. Létezhetnek olyan szervezeti egységek is, amelyek bővített fekvőbeteg-szakellátást biztosítanak bizonyos típusú betegek számára a geriátria, a végső stádiumban lévő betegek palliatív ellátása, a nappali kórház.

A kórházat, mint másodlagos szintű egészségügyi intézményt, úgy szervezték meg, hogy a legtöbb beteg megvizsgálása és kezelése poliklinikai ambulanciában folyik. A betegek és sérültek fekvőbeteg-szakellátása csak akkor történik meg, ha feltétlenül szükség van rá.

A kórház lehet általános vagy speciális. Az általános kórház másodlagos szintű egészségügyi ellátást biztosít minden korosztályú, különféle betegségekben szenvedő betegeknek.³³⁷ A speciális kórház másodlagos szintű egészségügyi ellátást biztosít bizonyos korosztályú, illetve bizonyos betegségben szenvedő betegek számára, szakorvosi és konzultatív, stracionárius, laboratóriumi és egyéb diagnosztikai, kórházi gyógyszerterápiák által végzett gyógyszerészeti szolgáltatás, illetve ellátással.³³⁸

Az általános és a speciális kórháznak önállóan, illetve más egészségügyi szolgáltatóval együttműködve, biztosítani kell a következőket:

- a betegek szállítását más, másodlagos vagy harmadlagos szintű egészségügyi intézménybe,
- a vérrel, illetve vérkészítményekkel való ellátást,
- a patológiai szolgáltatást.

Harmadlagos szintű egészségügyi ellátás

Olyan esetben, amikor a beteg ellátása legmagasabb szintű szakvéleményt, illetve technikai feltételeket igényel, ez az ellátás harmadlagos szintű egészségügyi szolgáltatás keretein belül valósul meg. A harmadlagos (tercier) szintet jelentik a klinikai központok, a klinikák, az intézetek, illetve a klinikai kórházi központok (angolul Clinical Hospital Centre). Ennek az ellátásnak az igénybevételéhez a betegnek szüksége van a kezelőorvosa által kiadott beutalóra. A kezelőorvos a beutalót csak a kórházban (másodlagos szintű egészségügyi ellátás) tevékenykedő

³³⁷ Zakon o zdravstvenoj zaštitni Član 111., In: Sl.glasnik RS 107/2005,72/ 2009- dr.zakon, 88/2010,99/2010 i 57/ 2011

³³⁸ Zakon o zdravstvenoj zaštitni Član 112., In: Sl.glasnik RS 107/2005,72/ 2009- dr.zakon, 88/2010,99/2010 i 57/ 2011

szakorvos ajánlására tudja kiadni, és ezt a beutalót az Országos Egészségbiztosítási Alapnak is hitelesítenie kell.

A klinika harmadlagos szintű egészségügyi intézmény, amely magasan specializált szakorvosi és konzultatív, illetve stacionárius ellátást biztosít egy meghatározott orvostudományi területen belül. Oktatási és kutatási tevékenységet is folytat.³³⁹ Az állami tulajdonban lévő klinika csak olyan területen (község, város) hozható létre, amely olyan egyetemnek a székhelye, amelyen belül egészségügyi karok is működnek (Egészségügyi Főiskola, Általános Orvosi Kar, Fogorvosi Kar, Gyógyszerésztudományi kar). Abban az esetben, ha ezen a területen nem létezik állami tulajdonú általános kórház, klinika folytatja az általános kórházi tevékenységeket is.

A klinikai központ harmadlagos szintű egészségügyi intézmény, amely magában integrálja három vagy több klinika tevékenységét.

A másodlagos és a harmadlagos egészségügyi ellátás szakdolgozói (a fekvőbeteg-szakellátás szakszemélyzete)

Szerbiában 2010-ben a stacionárius egészségügyi ellátásban összesen 7892 orvos (ebből 6489 szakorvos), 3384 főiskolai diplomával rendelkező egészségügyi dolgozó és 21679 középiskolai diplomával rendelkező egészségügyi dolgozó tevékenykedett. A betegágyak száma 41193, a kezelési napok száma 10.972.641 és az elbocsátott betegek száma 1.303.684 volt 2010-ben. Ebből arra lehet következtetni, hogy a stacionárius kezelés átlagos hossza (átlagos ápolási idő) 8,42 nap volt és az átlagos ágykihasználtság (fekvőbeteg-szakellátásban töltött napok átlagos száma x 100) 72,98 % volt ebben az évben.³⁴⁰

A stacionárius ellátásba tartozik az egészségházakban, az intézetekben, a klinikákon, a klinikai központokban, a klinikai-kórházi központokban, az általános kórházakban, a speciális kórházakban és a nappali kórházakban történő fekvőbeteg-szakellátás (stacionárius ellátás).

³³⁹ Zakon o zdravstvenoj zaštiti Član 115, In: Sl.glasnik RS 107/2005,72/ 2009- dr.zakon, 88/2010,99/2010 i 57/ 2011

³⁴⁰ Institut za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut“: Zdravstveno-statistički godišnjak Republike Srbije 2010., Beograd, 2011., 21. p.
<http://www.batut.org.rs/download/publikacije/pub2010.pdf> Letöltés ideje: 2012.07.29. 12:34

Táblázat 4.: A fekvőbeteg- ellátásban dolgozó orvosok és többi egészségügyi dolgozók száma Szerbiában 2010-ben

	Orvosok		Többi egészségügyi dolgozó	
	Össz.	Specializáltak	Főiskolai diplomával rendelkező	Középiskolai diplomával rendelkező
Egészségház	8 ³	30	5	191
Intézet (Zavod, ang. Institute)	4	4	3	19
Intézet (Institut, ang. Institute)	75 ⁹	797	720	2 307
Klinika	21 ²	201	140	552
Klinikai Központ	2006 ²	1 650	790	4 970
Klinikai-kórházi Központ (Clinical-hospital centre)	35 ⁶	530	295	1 736
Általános kórház (General hospital)	277 ³	2 694	929	9 606
Speciális kórház (Special hospital)	66 ⁵	431	421	1 954
Nappali kórház	70 ¹	152	81	344

Forrás: Institut za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut“: Zdravstvenostatistički godišnjak Republike Srbije 2010., Beograd, 2011. <http://www.batut.org.rs/download/publikacije/pub2010.pdf> Letöltés ideje: 2012.07.29. 12:34

Táblázat 5.: A működő betegágyak száma és az ágykihasználtság Szerbiában 2010-ben

	Ágyak száma	Átlagos ágykihasználtság (%)
Egészségház	331	70,15
Intézet (Zavod, ang. Institute)	50	64,62
Intézet (Institut, ang. Institute)	4127	79,55
Klinika	1057	82,47
Klinikai Központ	7471	74,94
Klinikai-kórházi Központ (Clinical-hospital centre)	2422	62,21
Általános kórház (General hospital)	15253	68,1
Speciális kórház (Special hospital)	8 79	74,7
Nappali kórház	1503	95,99

Forrás: Institut za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut“: Zdravstveno-statistički godišnjak Republike Srbije 2010., Beograd, 2011.
<http://www.batut.org.rs/download/publikacije/pub2010.pdf> Letöltés ideje: 2012.07.29. 12:34

Táblázat 6.: A kezelési napok száma, a kezelés átlagos hossza és az elbocsátott betegek száma a fekvőbeteg-ellátásban Szerbiában 2010-ben

	Kezelési napok száma	Kezelés átlagos hossza (nap)	Elbocsátott betegek száma
Egészségház	84750	8,57	9890
Intézet (Zavod, ang. Institute)	11794	5,19	2274
Intézet (Institut, ang. Institute)	1198261	10,7	112036
Klinika	318 77	7,07	45005
Klinikai Központ	2043574	7,64	267362
Klinikai-kórházi Központ (Clinical-hospital centre)	549992	6,74	81658
Általános kórház (General hospital)	3791262	7,13	532040
Speciális kórház (Special hospital)	2448248	23,39	104665
Nappali kórház	526583	3,54	148754

Forrás: Institut za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut“: Zdravstveno-statistički godišnjak Republike Srbije 2010., Beograd, 2011. <http://www.batut.org.rs/download/publikacije/pub2010.pdf> Letöltés ideje: 2012.07.29. 12:34

Az egészségbiztosítás és az egészségügy finanszírozása Szerbiában

Hasonlóan, mint a többi európai országban és főleg a volt szocialista országokban, Szerbiában is az egészségbiztosítási rendszer alapja a kötelező egészségbiztosítás. A kommunista rendszerű Jugoszláviában a bismarcki társadalombiztosítási modell működött, amelyben az egyenlőség és újraelosztás különösen nagy hangsúlyt kapott. A szociális biztonság, az életszínvonal fenntartása és a szociális intézmények működése az állam felelősége volt. A kommunizmus bukása jelentős változásokat hozott magával a szociális politika terén. A szerb egészségügyben a legjelentősebb változások voltak: az önkéntes egészségbiztosítás bevezetése, a magán egészségügyi szektor létrehozása, a visszatérítések, a személyzet, illetve a kórházi ágyak redukciója az állami egészségügyi szektorban.

Az állami egészségügyi szektor Szerbiában a bismarcki modell alapján működik. Ebben a rendszerben központi szerepe van az Országos Egészségbiztosítási Alapnak (korábban Intézet). Az Országos Egészségbiztosítási Alap begyűjti az egészségügyi hozzájárulásokat és ebből fizeti ki az egészségügyi intézmények költségeit (általában

állami intézményekről van szó). Abban az esetben, ha a hozzájárulások nem fedezik a költségeket, állami központi költségvetésből szokták finanszírozni ezeket.

A magán egészségügyi kiadások Szerbiában igen heterogének, ide tartoznak pl. a magán egészségügyi intézményekben történt ellátás költségei, a participáció az állami szektorban, a gyógyszerek vásárlása vény nélkül. A magánkiadások megemléítése azért lényeges, mivel fontos mutatót jelent az egészségügyi rendszer hozzáférhetősége szempontjából.

A kötelező egészségbiztosítás Szerbiában

A szerb Országgyűlés, nyolcadik rendkívüli ülésén 2011-ben elfogadta az egészségbiztosításról szóló törvény módosításáról és kiegészítéséről szóló törvényt (Zakon o izmenama i dopunama Zakona o zdravstvenom osiguranju), amelynek nagy része 2011. szeptember 08-án lépett hatályba. Azok a törvény szerinti rendelkezések, amelyek nagyobb tartalmi és terjedelmi jogosultsággal rendelkeznek 2012. január 01-én léptek hatályba. A törvény szerint a biztosított személy köteles hat hónapon belül a biztosítási státusa megszerzése után, a kiválasztott állami vagy magán elsődleges szintű egészségügyi intézményben megjelölni a választott orvosát. A törvény kimondja azt is, hogy az Országos Egészségbiztosítási Alap (a törvény hatályba lépéséig Egészségbiztosítási Intézet néven) és az egészségügyi szolgáltatók közötti szerződésekben fel kell tüntetni azokat az orvosokat, akik választott orvosként tevékenykedhetnek az adott elsődleges egészségügyi szolgáltatónál. Az Egészségbiztosítási Alap kötelessége a betegek számára látható helyen feltölteni azon orvosok listáját, akiket választott orvosként lehet megjelölni.

A törvény szerint csak azoknak a polgároknak hitelesítik a betegkönyveit (igazolvány), akik már választottak orvost az elsődleges egészségügyi intézményekben: általános orvost, gyermekorvost a gyermekek, nőgyógyászt a nők, fogorvost, illetve foglalkozás-egészségügyi szakorvost. Azok a polgárok, akik a törvény hatályba lépése előtt választottak orvost, benne vannak a biztosító rendszerében és nem kell felmutatniuk a választást bizonyító nyilatkozatot. Azoknak a betegeknek, akik csak ezután választottak orvost, illetve választani fognak, betegkönyveik hitelesítéséhez szükséges ezt a választást megtenniük a szolgáltatónál, és a nyilatkozatukat automatikusan át fogják küldeni az Egészségbiztosító Alap rendszerébe.³⁴¹ Minden olyan személy, amely nem rendelkezik hitelesített betegkönyvvel jogosult az azonnali ellátásra szükség esetén, de nem jogosult „a teljes” orvosi ellátásra.³⁴²

³⁴¹ Zakon o izmenama i dopunama zakona o zdravstvenom osiguranju Član 142, In: Sl.glasnik RS br.57/2011, Sl.glasnik RS br.57/2011

³⁴² Uo. Član 146

A kötelező egészségbiztosításra jogosultak Szerbiában

A kötelező egészségbiztosításra és a választott orvos megjelölésére jogosultak:³⁴³

- Azok a személyek, akik munkaviszonyban állnak vállalatoknál, egyéb jogi személyeknél és természetes személyeknél, a helyi önkormányzatoknál, illetve az autonóm tartomány intézményeiben.
- A hadseregnél, a katonai egységekben és a katonai intézményekben alkalmazott civilek.
- A választott, kinevezett személyek, akik a feladataik elvégzéséhez fizetést kapnak.
- Azok a személyek, akik a munkáltató telephelyén kívül végzik el a munkájukat.
- A háztartási személyzet.
- Szerb állampolgárok, akik Szerbia területén dolgoznak különböző külföldi és nemzetközi szervezeteknél és intézményeknél, külföldi konzuli vagy diplomáciai képviseleteken, illetve külföldi jogi és természetes személyeknél.
- Azok a munkaviszonyban lévő személyek, akiket külföldre rendelték munkájuk elvégzésére és nem rendelkeznek az adott országban kötelező egészségbiztosítással, illetve ha az egészségbiztosításuk nemzetközi megállapodással nincs másként megoldva.
- Munkaviszonyban lévő szülő, örökbefogadó szülő, nevelőszülő vagy gyám, aki otthon van gyermeke három éves koráig.
- Szerb állampolgárok, akik külföldön dolgoznak külföldi munkáltatónál és nem rendelkeznek külföldön egészségbiztosítással.
- Külföldi állampolgárok vagy hontalanok, akik Szerbia területén munkaviszonyban állnak külföldi jogi vagy természetes személlyel, illetve nemzetközi szervezeteknél, intézményeknél, külföldi diplomáciai és konzuli képviseleteken.
- Szerb állampolgárok, akik háztartási személyzetként tevékenykednek más szerb állampolgároknál, akik külföldön dolgoznak olyan szervezeteknél, amelyeknek a székhelye Szerbia területén van.
- Munkanélküli személyek, akik jogosultak pénzügyi támogatásokra munkanélküliségük alapján.
- Az ideiglenes és alkalmi munkát végző személyek.
- 26 éven feletti személyek, akik alkalmi munkát vállalnak ifjúsági és hallgatói szervezeteken keresztül.
- Azok a személyek, akiknek megszűnt a munkaviszonyuk és jogosultak a támogatásra munkahelyi baleset, illetve foglalkozási megbetegedés alapján.

³⁴³Zakon o zdravstvenom osiguranju Član 7, In: Službeni Glasnik RS br. 107/2005,109/2005 isp. i 57/2011

- Azok a személyek, akik a munkájukat szolgáltatási vagy szerzői szerződés alapján végzik el.
 - Vállalatok alapítói, tagjai vagy részvényesei.
 - Regisztrált vállalkozók és független művészek.
 - Sportolók, akik a sportot önálló tevékenységként végzik el.
 - Papok és vallási tisztviselők, akik ezt a munkát önálló tevékenységként végzik el.
 - A 18 éven felüli mezőgazdasági termelők, akiknek a mezőgazdasági tevékenység egyetlen vagy főfoglalkozásnak minősül.
 - Nyugdíjasok.
 - Szerb állampolgárok, akik az öregségi vagy rokkantsági nyugdíjat kizárólag a külföldi biztosítótól kapják meg miközben Szerbia területén élnek vagy tartózkodnak.
 - Külföldi állampolgárok, akik Szerbia területén dolgoznak szerb szervezeteknél vagy magán munkáltatóknál.
 - Külföldi állampolgárok Szerbiában való tanulás vagy szakképzés ideje alatt.

A kötelező egészségbiztosításra és a választott orvos megjelölésére jogosultak még a következő lakossági csoportok:³⁴⁴

- 18 éven aluli gyermekek, diákok és 26 éven aluli egyetemi, illetve főiskolai hallgatók.
 - Nők a terhesség alatt és szülés utáni 12 hónapban.
 - 65 évnél idősebb személyek.
 - A szellemi vagy fizikai fogyatékos személyek.
 - HIV-fertőzésben vagy egyéb jogilag speciálisan kezelt fertőző betegségekben szenvedő személyek.
 - Szerzetesek és apácák.
 - Szociális segélyben részesülő személyek.
 - A pénzügyi támogatásokban részesülők.
 - Szociálisan hátrányos helyzetű személyek, akiknek a havi jövedelme nem éri el a törvény által előírt bizonyos összeget.
 - Olyan családok, amelyeknél az a családtag, aki biztosítja a család havi jövedelmét katonai szolgálat teljesítésén van.
 - A romák, akiknek hagyományos életmódjuk miatt nincs állandó vagy ideiglenes tartózkodási helyük.
 - Az emberkereskedelem áldozatai.

Kötelező egészségbiztosításban részesülnek a biztosított személy családtagjai.³⁴⁵ Ide tartoznak a házastárs, házasságon belül vagy kívül született gyermekek, örökbe fogadott gyermekek, szülők, nevelőszülők, nagypapa, nagymama.

³⁴⁴ Zakon o zdravstvenom osiguranju Član 22, In: Službeni Glasnik RS br. 107/2005,109/2005 –isp. i 57/201

³⁴⁵ Zakon o zdravstvenom osiguranju Član 24, In: Službeni Glasnik RS br. 107/2005,109/2005 –isp. i 57/201

Bizonyos esetekben a kötelező egészségbiztosításban részesülhetnek: ³⁴⁶

- Diákok és hallgatók, akik szakmai gyakorlatukat, illetve gyakorlati képzésüket végzik el.
- Személyek, akik részt vesznek az önkéntes munkában.
- 26 éven aluli személyek, akik ideiglenes és alkalmi munkákat vállalnak ifjúsági vagy hallgatói szervezeteken keresztül.
- Azok a személyek, akik a Foglalkoztatási Szolgálat utasításainak megfelelően továbbképzésben vesznek részt.
- Azok a személyek, akik szervezett közmunkában vesznek részt.
- Azok a személyek, akik részt vesznek a megmentési és védelmi akciókban természeti és más katasztrófák során.
- Azok a személyek, akik részt vesznek a tűzoltóképzésben.
- Azok a személyek, akik védelmi célú képzésekben vesznek részt.
- Azok a személyek, akiket alkalmaznak a nyilvános üléseken, kulturális és sporteseményeken és más nyilvános polgári összejöveteleken való rend és biztonság megőrzésére.
- Azok a személyek, akik börtönbüntetésük töltése alatt a börtöni műhelyekben dolgoznak.

Az önkéntes egészségbiztosítás Szerbiában

2005-ig a kötelező egészségbiztosítás volt az egyetlen létező formája az egészségbiztosításnak. A szerb biztosítási piacon 2003 végén, illetve 2004 elején megjelent a magán egészségbiztosítás. 2005-ben létrehozták az új egészségbiztosítási törvényt, amely már teljesen és pontosan szabályozta az új biztosítási formákat. A törvény amellet, hogy szabályozza a kötelező egészségbiztosítást, lehetővé tette az önkéntes egészségbiztosítás bevezetését. 2008-ban megalkották az önkéntes egészségbiztosításról szóló rendeletet. Ez a rendelet részletesen szabályozza az önkéntes egészségbiztosítás bevezetését, feltételeit, típusait, megszervezésének módjait és eljárásait, EU tagállamok mintáját követve. Az önkéntes egészségbiztosítás célja a betegek számára jobb ellátási lehetőségek biztosítása, illetve ez egy fontos kiegészítő forrást jelent az egészségügyi szolgáltatások finanszírozásában. A bevezetése szubsztitúciót jelentett olyan lakossági kategóriák számára, amelyek nem rendelkeznek kötelező egészségbiztosítással, illetve nagyobb keretű és szintű egészségügyi ellátásban szeretnének részesülni. Az önkéntes egészségbiztosítás területén az államnak igen szűk a hatásköre, illetve feladata. Az állam szerepe ezen a területen a tevékenységek végrehajtásához szükséges engedélyek kibocsátására vonatkozik, miközben a döntés az Egészségügyi Minisztérium véleménye alapján születik meg.

Az önkéntes egészségbiztosításról szóló rendelet szerint (és a rendelet bizonyos változásai szerint, amelyek 2009. július 04-én léptek hatályba) az önkéntes egészségbiztosítás megszervezése és megvalósítása az Országos Egészségbiztosítási Alap (korábban Intézet) és bizonyos, biztosítási tevékenységet folytató jogi

³⁴⁶ Uo. Član 28

személyek feladata, az egészségbiztosítási törvénnyel összhangban.³⁴⁷ Az önkéntes egészségbiztosítás nem az életbiztosítások közé tartozik. A biztosító az önkéntes egészségbiztosítást nem szervezheti meg olyan ellátásra, amely szerepel a kötelező egészségbiztosítás keretein belül, illetve olyan védőoltási, immunoprofilaxis és kemoprofilaxis programokra, amelyek kötelezőek a nemzeti, országos immunizációs programok szerint.

Az Egészségügyi Minisztérium pozitív véleményt bocsát ki arról, hogy az adott biztosító társaság megfelel, illetve teljesíti a bizonyos típusú önkéntes egészségbiztosítási tevékenységhez szükséges követelményeket. A vélemény alapján a Szerb Nemzeti Bank bocsátja ki a működési engedélyt.

A biztosító köteles biztosítási szerződést kötni minden olyan személlyel, aki egyértelmű szándékkal rendelkezik arról, hogy szeretne kötni önkéntes egészségbiztosítási szerződést az adott biztosítóval, korra, nemre, illetve egészségügyi állapotra való tekintet nélkül.

A biztosító köteles szerződést kötni állami vagy magán egészségügyi intézménnyel, tehát azzal a szolgáltatóval, amely egészségügyi ellátást fog biztosítani az önkéntes egészségbiztosítással rendelkező személyek számára. Olyan szerződés is lehetséges a biztosító és biztosított személy között, hogy a biztosító nem köt meg szerződést egy adott egészségügyi intézménnyel, hanem köteleességet vállal arra, hogy abban az esetben, amikor a biztosított személy igénybe veszi az egészségügyi szolgáltatásokat, a biztosított személy nevében kifizeti a felmerült költségeket (a teljes összeget vagy csak egy részét a költségeknek).

Szerbiában az önkéntes biztosítási szerződést csak hosszabb időszakra lehet megkötni, minimum 12 hónapra, kivéve abban az esetben, ha az önkéntes biztosítási szerződés külföldön való tartózkodás idejére vonatkozik.³⁴⁸

Az önkéntes egészségbiztosítás Szerbiában még mindig fejlődésben van. 2010-ben az önkéntes egészségbiztosítási díj a megvalósított összes díj 1,81%-a volt, a Szerb Nemzeti Bank jelentése szerint. 2009-ben 3,89% volt, ha beleszámoljuk a külföldön való tartózkodás idejére megkötött egészségbiztosítási szerződéseket, illetve 1,74% a külföldön való tartózkodás idejére megkötött szerződések nélkül.³⁴⁹

Az önkéntes egészségbiztosításról szóló rendelet hatására a külföldön való tartózkodás idejére megkötött egészségbiztosítási szerződéseket átsorolták egy másik kategóriába (utasbiztosítás egyik fajtája), és ezzel csökkent az önkéntes egészségbiztosítási díj részesedése az összes díjban 2010-ben.

Több oka is lehet annak, hogy Szerbiában ilyen lassan fejlődik az önkéntes egészségbiztosítás. A legfontosabb tényezők, amelyek hozzájárulnak ehhez, azok, hogy a biztosítási díj az adóköteles jövedelmek kategóriájában tartozik, az alacsony életszínvonal, a még mindig eléggé alacsony költségű participáció, a magán egészségügyi szektor jelenlegi helyzete és az, hogy a lakosság nem rendelkezik elég információval az önkéntes egészségbiztosítással kapcsolatban.

³⁴⁷ Uredbe o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju Član 2, In: Sl.glasnik RS 108/08, 49/09

³⁴⁸ Uo. Član 6

³⁴⁹ Narodna Banka Srbije:Nadzor u oblasti osiguranja
<http://www.nbs.rs/internet/cirilica/60/index.html> Letöltés ideje: 2012. 08.21 14:52

Az önkéntes egészségbiztosítás típusai Szerbiában

Önkéntes egészségbiztosítás típusai a párhuzamos, kiegészítő és magán egészségbiztosítás.³⁵⁰

A párhuzamos egészségbiztosítás olyan típusa az önkéntes egészségbiztosításnak, amely fedezi azokat a költségeket, amelyek abban az esetben merülnek fel, amikor a biztosított személy a kötelező egészségbiztosításban foglalt ellátásban részesül olyan módon és eljárásban, amelyet a kötelező egészségbiztosítás nem fedez.

A kiegészítő egészségbiztosítás olyan önkéntes egészségbiztosítás, amely fedezi az olyan egészségügyi szolgáltatások, gyógyszerek, orvostechikai eszközök és implantátumok költségeit, amelyeket nem foglal magában a kötelező egészségbiztosítás, illetve az egészségbiztosítási jogok szélesebb körére terjed ki.

A magán egészségbiztosítás olyan személyek egészségbiztosítása, amelyek nem részesülnek a kötelező egészségbiztosításban. A magán egészségbiztosítás által fedezett szolgáltatások típusát, tartalmát és színvonalát a biztosítóval megkötött szerződés határozza meg.

A biztosító társaságok megszervezhetik, illetve végrehajthatják az önkéntes egészségbiztosítás összes típusát (párhuzamos, kiegészítő, magán), míg az Országos Egészségbiztosítási Alap (korábban Intézet) megszervezheti, illetve végrehajthatja csak a párhuzamos és kiegészítő egészségbiztosítást.³⁵¹

A párhuzamos, illetve a kiegészítő egészségbiztosításról szóló szerződést csak olyan személy kötheti meg, aki rendelkezik kötelező egészségbiztosítással.³⁵²

Az egészségügyi intézmények finanszírozása Szerbiában

Szerbiában az állami egészségügyi intézmények finanszírozása több forrásból történik:³⁵³

- az egészségbiztosítás,
- a költségvetés,
- a szolgáltatások és a termékek értékesítése, amelyek közvetlenül kapcsolódnak ahhoz az egészségügyi tevékenységhez, amellyel az adott intézmény foglalkozik,
 - a kutatási és oktatási tevékenység végzése,
 - a rendelkezésre álló kapacitások bérbeadása,
 - az örökölt javak,
 - az ajándékok.

Az egészségügyi intézmények, illetve a magánpraxisok a finanszírozási forrásokat az Országos Egészségbiztosítási Alappal való szerződések alapján szerzik meg. Az

³⁵⁰ Uredbe o dobrovoljnem zdravstvenom osiguranju Član 30, In: Sl.glasnik RS 108/08, 49/09

³⁵¹ Uo. Član 30

³⁵² Uredbe o dobrovoljnem zdravstvenom osiguranju Član 31, In: Sl.glasnik RS 108/08, 49/09

³⁵³ Zakon o zdravstvenoj zaštiti, Član 159, In:Sl.glasnik RS 107/2005,72/ 2009- dr.zakon, 88/2010,99/2010 i 57/ 2011

általános érdekű egészségügyi ellátásra való forrásokat az Egészségügyi Minisztériummal, illetve az autonóm tartomány és az önkormányzat illetékes szerveivel való szerződés alapján szerzi meg.³⁵⁴

Külföldi állampolgárok egészségügyi ellátása Szerbiában

Szerbiában a külföldi állampolgárok, ha az országuk és Szerbia között érvényben van szociális biztonságról szóló nemzetközi szerződés, jogosultak a kötelező egészségbiztosításban szereplő egészségügyi ellátásra, ha az ellátás nincs másként definiálva az adott nemzetközi szerződésben. A kötelező egészségbiztosítás tartalmát a kötelező egészségbiztosításról szóló törvény határozza meg.

A külföldi állampolgárok egészségügyi ellátásának a költségeit teljes egészében fedezi az Országos Egészségbiztosítási Alap, és később ezeket a költségeket megtéríti a külföldi egészségbiztosítótól, ha az országok közötti szerződésben szerepelnek a kölcsönös fizetési kötelezettségek.³⁵⁵

Szerbia 19 országgal kötött nemzetközi megállapodásokat, amelyek az egészségbiztosítás területén való együttműködést határozzák meg. Ezek az országok: Ausztria, Belgium, Bosznia és Hercegovina, Bulgária, Nagy-Britannia, Olaszország, Luxembourg, Magyarország, Macedónia, Németország, Lengyelország, Románia, Szlovákia, Franciaország, Hollandia, Horvátország, Montenegró, Csehország és Szlovénia.

A külföldi állampolgárok, illetve azok a szerb állampolgárok, akik külföldön élnek és dolgoznak, Szerbiában való tartózkodásuk idején jogosultak a sürgősségi orvosi ellátásra. Ilyenkor szükségük van a nemzetközi megállapodás által előírt formanyomtatványra vagy olyan dokumentumra, amely igazolja, hogy saját országukban rendelkeznek egészségbiztosítással (igazolvány). Szlovákia, Lengyelország, Bulgária és az Egyesült Királyság állampolgárai akkor jogosultak a sürgősségi egészségügyi ellátásra, ha igazolvánnyal rendelkeznek. Formanyomtatvány szükséges Macedónia, Románia, Magyarország, Csehország, Olaszország, Franciaország, Luxembourg, Belgium, Hollandia, Németország, Ausztria, Bosznia és Hercegovina, Montenegró és Horvátország állampolgárai esetében.

Ezek a formanyomtatványok:³⁵⁶

- Macedónia: RM/SRJ-III
- Románia: R/YU-II
- Magyarország: JMRZ-I
- Csehország: SRJ/CZ-III

³⁵⁴ Zakon o zdravstvenoj zaštiti Član 160, In:Sl.glasnik RS 107/2005,72/ 2009- dr.zakon, 88/2010,99/2010 i 57/ 2011

³⁵⁵ Zakona o zdravstvenom osiguranju Član 29, In: Sl.glasnik RS“,br. 107/2005, 109/2005-isp.i 57/2011

³⁵⁶ Republički fond za zdravstveno osiguranje: Zdravstvena zaštita u inostranstvu, Hitna medicinska pomoć inostranim osiguranicima <http://www.lat.rfzo.rs/index.php/zdravstvena-zatita-u-inostranstvu/hitna-medicenska-pomo-inostranim-osiguranicima.html> Letöltés ideje: 2012. 10.07. 14:32

- Olaszország: MOD-7
- Franciaország: SE-21-03A és SE-21-04A
- Luxembourg: L/SCG-III
- Belgium: B.Y.II
- Hollandia: NY-III
- Németország: JU6
- Ausztria: JU/A-3
- Montenegró: CG/RS-III
- Bosznia és Hercegovina: BH/RS-III
- Horvátország: HR/RS-III

Abban az esetben, ha a külföldi állampolgárok, Szerbiában való tartózkodásuk idején, nem rendelkeznek adott formanyomtatvánnyal, illetve igazolvánnyal, meg fogják kapni a sürgősségi egészségügyi ellátást, és utólag kötelesek benyújtani az igazoló dokumentumot. Speciális igazolványokra van szükség ahhoz, hogy krónikus vagy akut betegségekben szenvedő külföldi állampolgárok bizonyos ellátásban költségmentesen részesüljenek Szerbiában való tartózkodásuk idején (pl. dialízis, inzulin).

A Szerbiában való egészségügyi ellátás jelenti a legjobb megoldást a szomszédos országok állampolgárai számára abban az esetben, amikor saját országaikban nem tudnak hozzájutni a megfelelő szolgáltatásokhoz. Ilyen országok pl. Bosznia és Hercegovina, Macedónia és Montenegró. Mivel a szerb egészségügyi rendszer nagyobb számú lakosság számára biztosítja az egészségügyi ellátást mint a felsorolt országok, ennek következtében szükségessé vált az összetettebb egészségügyi eljárások végrehajtása és fejlesztése. A regionális egészségügyi rendszerek modernizációja és fejlesztése az elmúlt pár évben csökkentette a szomszédos országok állampolgárainak az érdeklődését a kevésbé bonyolult beavatkozások és diagnosztikai eljárások iránt. Viszont még mindig magas az érdeklődés a Szerbiában elvégzendő bonyolultabb orvosi kezelések iránt.

Szerbiában való tartózkodásuk alatt a külföldi állampolgárok jogosultak az egészségügyi eljárásra az adott országgal létrehozott nemzetközi szerződés alapján. A régió minden országa kötött ilyen megállapodásokat Szerbiával. A megállapodások alapján, a külföldi állampolgárok jogosultak a sürgősségi ellátásra Szerbiában. Minden másfajta ellátásért fizetniük kell. Később saját országukban visszatéríthetik a költségeket saját biztosítójuktól. Azonban be kell bizonyítaniuk, hogy feltétlenül szükséges volt az ellátás az országukba való visszatérésük előtt. Ezeknek a megállapodásoknak nem lenne célja a külföldi állampolgárok kezelése Szerbiában. Felhasználásuk feltétele, hogy a külföldi állampolgárok Szerbiába való megérkezésük előtt a saját biztosítójuktól elkérjék a tanúsítványt arról, hogy a biztosító fedezni fogja az esetleges kezelésük költségeit. A tanúsítvány egyben bizonyítja, hogy az illető nem szenved semmilyen krónikus betegségben. Szerbiába való érkezésük után a külföldi állampolgárok kapnak egy dokumentumot, amely megfelel a szerb egészségbiztosítási kártyának.

A boszniai, montenegrói és macedón Egészségbiztosítási Alapok külön szerződéseket kötnek a szerb egészségügyi intézményekkel, amelyek olyan egészségügyi eljárásokra vonatkoznak, amelyek elvégzésére nincs lehetőség saját

egészségügyi intézményeiben. Például a Sremska Kamenica-ban lévő Onkológiai Intézet és a Republika Srpska Egészségbiztosítási Alapja közötti szerződés. Az ilyen esetekben a jogilag szabályozott eljárás az, hogy az adott ország referens egészségügyi intézménye, pl. Klinikai Központ véleményt ad arról, hogy az adott beteg számára szükséges a Szerbiában való egészségügyi ellátás. A vélemény alapján, az adott ország Egészségbiztosítási Alapja hozza meg a végső döntést.

A szerb állampolgárok egészségügyi ellátása külföldön

Azok a szerb állampolgárok, akik rendelkeznek kötelező egészségbiztosítással Szerbiában, külföldön való tartózkodásuk idején jogosultak az adott országban az egészségügyi ellátásra, és az ellátás költségeit a szerb Országos Egészségbiztosítási Alap fedezi. Természetesen csak akkor, ha sürgősségi ellátásról van szó. Abban az esetben, ha a szerb állampolgár egy olyan országba utazik, amely országgal Szerbia nem kötött meg nemzetközi megállapodást, a szerb állampolgároknak az utazásuk előtt be kell szerezniük a külföldi egészségügyi ellátásról szóló tanúsítványt („Potvrda o korišćenju zdravstvene zaštite u inostranstvu“). Abban az esetben, ha van nemzetközi megállapodás a két ország között, az utazó szerb állampolgárnak szüksége lesz a kétnyelvű formanyomtatványra. A tanúsítványt vagy a formanyomtatványt csak az Országos Egészségbiztosítási Alap megfelelő kirendeltsége adhatja ki.³⁵⁷ A formanyomtatvány és a tanúsítvány 90 napig érvényes, egy éven belül.

Azok a személyek, akik krónikus betegségekben szenvednek, illetve olyan az állapotuk, hogy külföldre való megérkezésük után a hosszabb ideig tartó egészségügyi kezelésre lehet szükségük, nem kaphatják meg a tanúsítványt, illetve a formanyomtatványt. Abban az esetben, ha a Szerbiában kötelező egészségbiztosítással rendelkező személy közvetlenül fizetett az egészségügyi ellátásért külföldön, visszakaphatja a pénzét a szerb Országos Egészségbiztosítási Alaptól. Ehhez be kell bizonyítania, hogy az ellátás feltétlenül szükséges volt, illetve, hogy az ellátás az adott ország állami egészségügyi intézményében történt meg.³⁵⁸

Reformok a szerb egészségügyi rendszerben

Szerbiában az elmúlt tíz évben elkezdődött az egészségügyi rendszer reformja, amelynek egyértelműen meghatározott egészségpolitikai célkitűzései vannak. A legfontosabb célkitűzések a lakosság egészségi állapotának a megőrzése és javítása, az ország minden lakosa számára az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés biztosítása, és a nagyobb kockázatnak kitett lakossági csoportok egészségügyi ellátásának a javítása.

³⁵⁷ Zavod za socijalno osiguranje: Korišćenje zdravstvene zaštite u inostranstvu <http://www.zso.gov.rs/doc/naslovna/Putujete%20u%20inostranstvo.pdf> Letöltés ideje: 2012.10.26.15:31

³⁵⁸ Zavod za socijalno osiguranje: Korišćenje zdravstvene zaštite u inostranstvu <http://www.zso.gov.rs/doc/naslovna/Putujete%20u%20inostranstvo.pdf> Letöltés ideje: 2012.10.26.15:31

A szerb Egészségügyi Minisztérium határozata alapján, 2009-ben elfogadták a 2010-2015 közötti időszakra vonatkozó egészségügyi fejlesztési tervet. A tervben szereplő egészségpolitikai célkitűzések a következők:³⁵⁹

- A lakosság egészségi állapotának a megőrzése és javítása.
- Az egészségügyi ellátáshoz való méltányos és egyenlő hozzáférés.
- Az egészségügyi rendszer felhasználói (a betegek) központi szerepet kapjanak az egészségügyi rendszerben.
- Az egészségügyi rendszer fenntarthatósága, az erőforrások átláthatósága és szelektív decentralizációja, a finanszírozási források és módszerek kiterjesztése.
- A minőség, a hatékonyság és a teljesítmények javítása, bizonyos nemzeti programok meghatározásával.
- A magánszektor szerepének meghatározása.
- Az egészségügyi emberi erőforrások javítása.

Eddig nagymértékben sikerült elérni bizonyos célkitűzéseket, főleg az egészségügyi létesítmények hálózatára és az egészségügyi személyzettel való ellátottságra vonatkozóan. Továbbra is folytatni kell ezek vizsgálatát és ellenőrzését, a választott orvosi rendszer működésének a megvalósítását, a minőség javítását és a decentralizációt. Emellett, feltétlenül szükséges az új egészségügyi finanszírozási módszerek, források fejlesztése és az állami és a magán szektor funkcionális kapcsolatának a megvalósítása.

2001-ben elkezdődött a kötelező egészségbiztosítási rendszer átalakítása Szerbiában. A transzformációk eredményeként a teljes lakosság rendelkezik kötelező egészségbiztosítással és széles körű egészségbiztosítási jogokkal. Az egészségügyi intézmények és berendezések többsége állami tulajdonban van. A magán egészségügyi szektor még fejletlen.³⁶⁰

Az Országos Egészségbiztosítási Alap biztosítja az egészségügyi alkalmazottak fizetését, fedezi az egészségügyi ellátás és gondozás költségeit, de nem ösztönzi a hatékonyságot és a minőség fejlesztését. Az egészségügyi intézmények minőségét növeli az intézmények és programok akkreditációja, a modern egészségügyi technológiák bevezetése és a magánszektor fejlesztése. Külföldi adományok segítettek a modern diagnosztikai és kezelési berendezések beszerzését, illetve a modern gyógyszerekkel való ellátást.

2004-ben és 2005-ben elfogadtak több új egészségügyi jogszabályt, amelyek lehetővé tették az egészségügyi reformok felgyorsulását. Ezek a következők: az egészségbiztosításról szóló törvény, az egészségügyi ellátásról szóló törvény, a gyógyszerekről és orvostechikai eszközökről szóló törvény és az egészségügyi dolgozók kamaráiról szóló törvény.³⁶¹

³⁵⁹ Ministarstvo zdravlja Republike Srbije: Plan razvoja zdravstvene zaštite Republike Srbije 2010-2015., Beograd, 2009., 5. p.

³⁶⁰ Bošnjak, Marinko: Rezultati i izazovi ekonomskih reformi o Srbiji u tranzicionom perionu 2001-2008. godina, beograd, 2011., 35. p.

³⁶¹ Bošnjak, Marinko: Rezultati i izazovi ekonomskih reformi o Srbiji u tranzicionom perionu 2001-2008. godina, beograd, 2011., 36. p.

Következtetések

A szerb egészségügyi rendszert nagymértékben befolyásolják az elmúlt két évtizedben bekövetkezett politikai változások, valamint Szerbia jelenlegi gazdasági és demográfiai helyzete. Bár bizonyos pozitív trendek megfigyelhetők, Szerbia gazdasági szempontból még mindig nem tartozik a fejlettebb európai országok közé. Erre bizonyítékként szolgál, hogy 2011-ben az egy főre jutó GDP 4288 EUR volt és ugyanebben az évben a munkanélküliségi ráta elérte 23,7%-ot.

Demográfiai szempontból Szerbiát a népességcsökkenés és az öregedő népesség jellemzi. 2010-ben a halálozási ráta 14,2/1000 lakos, a születési ráta pedig 9,4/1000 lakos volt. Ugyanebben az évben a 65 évnél idősebbek és a 15 évnél fiatalabbak arány az EU átlagához képest alacsonyabb volt. A lakosság korösszetétele eredményezi azt, hogy az öregedési patológia, illetve az öregedésre jellemző megbetegedések napjainkban fontos szerepet kapnak. 2010-ben a gyermekhalandósági ráta 6,7/1000 születés volt és még mindig meghaladta az EU átlagát (4,6/1000 élveszületés).

Szerbiában az egészségügyi rendszer megszervezése és irányítása 3 intézmény feladata. Ezek az intézmények az Egészségügyi Minisztérium, a Közegészségügyi Intézet „Dr Milan Jovanović- Batut“ és az Országos Egészségbiztosítási Alap.

Az egészségügyi rendszer három szinten működik: elsődleges, másodlagos és harmadlagos szinten. Ez a felosztás az egészségügyi intézményekre is jellemző. Léteznek tehát elsődleges, másodlagos és harmadlagos egészségügyi intézmények.

Az elsődleges szintű egészségügyi ellátás, és ezen belül az egészségház (mint annak legfontosabb intézménye) az ún. „kapuőr” funkciót látja el. Célja a primer ellátás maximalizálása és ennek következtében a másodlagos, illetve harmadlagos szintű ellátás csökkentése. A választott orvosi rendszer működése nagy segítséget jelenthet ennek megvalósításában.

A szakorvosi és konzultatív ellátás mind a három szinten működik, az egyes diagnosztikai és kezelési lehetőségeknek megfelelően.

A másodlagos és harmadlagos egészségügyi intézmények a szakorvosi és konzultatív ellátás mellett fekvőbeteg-szakellátást is nyújtanak.

Szerbiában az egészségbiztosítási rendszer alapja a kötelező egészségbiztosítás. 2005-ig ez volt az egyetlen létező biztosítási forma. 2003-ban és 2004-ben megjelent az önkéntes egészségbiztosítás, amelyet a 2005-ben elfogadott új egészségbiztosítási törvény részletesen szabályoz. Azt mondhatjuk, hogy a szerb egészségbiztosítás a bismarcki modellnek felel meg. Az egészségbiztosítási rendszer központi szerve az Országos Egészségbiztosítási Alap, amely begyűjti az egészségbiztosítási járulékokat, és ezekből fedezi az ellátási költségek nagyobb részét. A költségek fedezését az állami költségvetésből származó átutalások is segítik.

A szerb egészségügyi rendszer finanszírozásában magánforrások is szerepet játszanak, melyek eléggé heterogének. Ide tartoznak a magán egészségügyi intézményekben végzett ellátások költségei, participáció az állami szektorban és a gyógyszerek vény nélküli vásárlása.

A szerb egészségügyi rendszer sürgős egészségügyi ellátást biztosít minden külföldi állampolgár számára, aki olyan országból származik, amellyel a Szerbia nemzetközi megállapodást kötött meg, és amely saját országában egészségbiztosítással rendelkezik. Bármely más ellátásért a külföldi állampolgárnak fizetnie kell. Ez fordítva is igaz.

Szerbiában az elmúlt két évtized alatt nagy erőfeszítések mellett sikerült létrehozni egy működőképes egészségügyi rendszert, amely nagymértékben megfelel a lakosság egészségügyi igényeinek. A választott orvosi rendszer lehetővé teszi a jó, egyben hatékony kapcsolatot a beteg és az orvosa között. Várólisták bevezetésével a lakosság igénybe veheti a nagyköltésű és összetettebb beavatkozásokat.

Az eddigi reformok biztosították az egészségügyi intézmények hálózatának kialakulását és működését, illetve az orvosokkal és egyéb egészségügyi szakszeméllyzettel való magas ellátottságot. A decentralizáció, a finanszírozási módok és források jelentik azokat a területeket, amelyeket még fejleszteni kell.

Irodalomjegyzék

Bošnjak, Marinko: Rezultati i izazovi ekonomskih reformi o Srbiji u tranzicionom perionu 2001-2008. godina, Beograd, 2011., 35. p.

Centar društvenih djelatnosti SSOH: Društveni razvoj socijalističke Jugoslavije, Zagreb, 1975., 121. p.

Institut za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut“: Zdravstveno-statistički godišnjak Republike Srbije 2010., Beograd, 2011., 21. p.
<http://www.batut.org.rs/download/publikacije/pub2010.pdf> Letöltés ideje: 2012.07.29. 12:34

Macura, M.: Starenje stanovništva i populaciona politika, In: Gerontologija; Časopis Gerontološkog društva Srbije, br.1 1993. 16-22.p.

Ministarstvo finansija i privrede Republike Srbije: Osnovni indikatori makroekonomskih kretanja, ažurirano 24.9.2012.godine
<http://mfp.gov.rs/UserFiles/File/tabele/2012%20septembar/Tabela%20%20Osnovni%20makroekonomski%20indikatori.pdf> Letöltés ideje: 2012.08.15.16:42

Ministarstvo zdravlja Republike Srbije: Plan razvoja zdravstvene zaštite Republike Srbije 2010-2015., Beograd, 2009., 9. p.

Ministarstvo zdravlja Republike Srbije: Pravilnik o načinu i postupku ostvarivanja prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja Član 17, In: Sl. glasnik RS", br. 116/2006, 16/2007 - ispr., 38/2007 i 45/2007 - ispr. <http://www.docstoc.com/docs/115465170/PRAVILNIK-o-nacinu-i-postupku-ostvarivanja-prava-iz-obaveznog-zdravstvenog-osiguranja> Letöltés ideje: 2012. 08. 21. 16:52

Ministarstvo zdravlja Republike Srbije: Uredba o planu mreže zdravstvenih ustanova, Član 5, In: Sl.glasnik RS br.42/06, 119/07, 84/ 08, 71/ 09, 85/ 09, 24/10

Ministarstvo zdravlja Republike Srbije: Vodič kroz sistem zdravstvene zaštite, Beograd, 2000., 1. p.

Narodna Banka Srbije: Nadzor u oblasti osiguranja
<http://www.nbs.rs/internet/cirilica/60/index.html> Letöltés ideje: 2012. 08.21 14:52

Prim dr sci med Tatjana Radosavljevic: Demografski trendovi i zdravstveni sistem Srbije, Konferencija lista „Danas”—Demografski trendovi i zdravstveni sistem Srbije, 2012.02.08.

Republički fond za zdravstveno osiguranje: Zdravstvena zaštita u inostranstvu, Hitna medicinska pomoć inostranim osiguranicima <http://www.lat.rfzo.rs/index.php/zdravstvena->

[zatita-u-inostranstvu/hitna-medicinska-pomo-inostranim-osiguranicima.html](http://www.zso.gov.rs/doc/naslovna/Putujete%20u%20inostranstvo.pdf) Letöltés ideje: 2012. 10.07. 14:32

Republički zavod za statistiku: Statistički godišnjak Republike Srbije, Beograd, 2011., 25. p. <http://www.srbija.gov.rs/pages/article.php?id=45625> Letöltés ideje:2012.07.30.15:31

Simon, Chantal-Everitt, Hazel- van Dorp, Françoise: Oxford handbook of General Practice, third edition, Oxford University Press Inc., New York, 2010, 3. p.

Uredbe o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, In: Sl.glasnik RS 108/08, 49/09

WHO: Health Topics, Hospitals <http://www.who.int/topics/hospitals/en/> Letöltés ideje: 2012.08.25. 17:32

WHO: Primary Health Care: report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, U. S. S. R., 6-12 September, 1978., Geneva, 1978.

Zakon o izmenama i dopunama zakona o zdravstvenom osiguranju Član 142, In: Sl.glasnik RS br.57/2011, Sl.glasnik RS br.57/2011

Zakon o zdravstvenoj zaštiti, In: Sl.glasnik RS 107/2005,72/ 2009- dr.zakon, 88/2010,99/2010 i 57/ 2011

Zakon o zdravstvenom osiguranju, In:Sl. glasnik RS, br. 107/2005, 109/2005- isp.i 57/2011

Zavod za socijalno osiguranje: Korišćenje zdravstvene zaštite u inostranstvu <http://www.zso.gov.rs/doc/naslovna/Putujete%20u%20inostranstvo.pdf> Letöltés ideje: 2012.10.26.15:31

A vándorló őpopuláció egészségi állapota

– általános kérdések és a magyarországi szakirodalom

Szelektivitás

A vándorló népesség összetételére vonatkozó szelektivitás a szakirodalmi jelzések szerint, a vándorlók egészségi állapotára is igaz (Termote, 1984). A szabad egyéni döntésen alapuló vándorlási folyamatok résztvevőinek egészségi állapota általában kedvezőbb, mint akár a küldő, akár a fogadó népességé. Ez a jellegzetesség azzal van összefüggésben, hogy az előre látható és az előre nem látható kockázatokkal járó vándorlási döntést az egészségi problémákkal küzdő emberek kisebb mértékben vállalják fel, mint a magukat egészségesnek tartók. A betegség tehát visszatartó erőként működik a kibocsátó területen és alább látni fogjuk, hogy a fogadó területen is. A kényszervándorlások kapcsán az egészséggel kapcsolatos szelekció mechanizmusának nyilván mellékes jelentősége van. A technikai-technológiai fejlődés következtében az utazással járó megpróbáltatások és az utazási idő radikálisan csökkent, ezért a küldő és fogadó területek közötti közbeeső akadályok szerepe jelentősen csökkent a fizikai földrajzi térben (Loue, 1998).

Az egészséges migránsokért, illetve a fertőző betegségek terjedésének megakadályozásáért a fogadó országok is megtehetik a szükségesnek vélt védekező intézkedéseket, melyek akár a szelekció egy újabb mechanizmusaként vagy hagyományos értelemben taszító erőként is értelmezhető. Klasszikus esetnek az Amerikai Egyesült Államok példája tekinthető a bevándorlást jelentősen korlátozó 1921-ben bevezetett Quota Act-ig. Az Európa legkülönbözőbb tájairól beözönlőket kötelező karanténban tartották az Ellis Island szigetén és mindenkinek némiképpen megalázó orvosi vizsgálaton kellett átesnie. Ha fertőző betegségektől mentesek voltak, csak akkor léphettek be az állam területére. (Puskás, 1982; King, 2008)

A letelepedni szándékozó bevándorlók közvetlen egészségügyi vizsgálata sporadikus volt a nagy befogadó országok körében a XX. században. Érdekes módon a cordon sanitaire fogalma a frankofon területeken honosodott meg. Azonban ez nem a migránsok egészségével volt kapcsolatos, hanem a nemzetállamok nemzetközi kapcsolatában volt használatos.

A vándorlás jellegének szerepe

Az állandó jellegű vándorok kapcsán vélhetően nagyobb jelentősége van az egészségnek, mint az ideiglenes vándorok esetében. Utóbbiak nem szakadnak el a kibocsátó terület egészségmegőrzést, illetve gyógyítást biztosító rendszerétől. A letelepedni szándékozó vándorok pedig különféle mechanizmusok következtében nem tudnak maradéktalanul kapcsolódni a fogadó terület egészségmegőrzést, illetve gyógyítást biztosító rendszeréhez. A gátló mechanizmusok egyszerre működnek a fogadó ország részéről, ahol teherként fogják fel a migráns egészségügyi ellátását és a legkülönbözőbb eszközökkel korlátozzák azt. A másik gátló mechanizmus

magának a migráns helyismeretének hiányából eredhet, melyet a kapcsolati háló működtetése és/vagy a beilleszkedés előrehaladásának folyamata oldhat. A küldő és fogadó ország közötti távolság (akár földrajzi értelemben vett kilométerekben, akár elérési időként tekintett órákban, napokban, akár kulturális értelemben vett nyelvben, szokásokban, értékekben, vallásban értelmezzük) szerepe hasonlóan működik az állandó-ideiglenes dichotómiához. A rövid vagy kicsi távolság az ideiglenességhez kapcsolódó mechanizmusokkal párosul, a nagymértékű távolság az állandó vándorlások kiváltotta hatásokkal fonódik össze. A migráció jogszerű, illetve jogszerűtlen elkülönítése újabb dimenzióját adja a migránsok egészséggel és egészségüggyel való kapcsolatának. Az illegális migránsok elvileg ki vannak zárva a fogadó ország közegészségügyi ellátó rendszeréből. Annak igénybevételi szándéka nyilván felfedné státusukat, ami következtében az idegenrendészet látómezejébe kerülve, a fogadó országból való eltávolítás sorsára juthatnak. A privát ellátásokat azonban gond nélkül igénybe vehetik. A fogadó ország szabályai ezt nem tiltják, az állam csak a közpénzek felhasználásának ellenőrzésében érdekelt.

A fenti példákban közvetve jelent meg az egészségi-egészségügyi vonatkozás. Létezik azonban közvetlenül egészségi és egészségügyi célzatú migráció is. Gyermekes családok sokszor kénytelenek elhagyni megszokott, de környezeti szempontból szennyezett lakókörnyezetüket a sérülékeny gyermek egészségének megóvása vagy a már kialakult betegség súlyosbodásának elkerülése érdekében. A gyermek meggyógyítása akár kivándorlási ok is lehet a szülők részéről.

A gyermekek után az időskorúak adják a másik potenciálisan sérülékeny csoportot. Az Amerikai Egyesült Államok Napfényövezetébe, a Földközi-tenger mediterrán partvidékeire vagy akár a magyarországi termál- és gyógyfürdők közelébe költöző „jól-létet és kellemet kereső” időskori migránsok típusába tartozók kimondott céljai közé tartozik egészségi állapotuk fenntartása. Korábbi lakóhelyükhöz képest környezeti és egyéb szempontokból is vonzóbb lakóhelyet találtak újfajta életstílusuk megvalósítására. Érdekes azonban, hogy a fejlettebb egészségügyi szolgáltatásokat biztosító küldő országgal sem szakították meg a kapcsolataikat, a késő időskori elkerülhetetlen egészségromlásra gondolva. A közvetlen gyógykezelési célzatú nemzetközi migráció a körükben eddig nem volt jellemző. A nemzetközi mobilitás más típusai, gondolván itt elsősorban a gyógyturizmusra, jellemző rájuk.

Magyarországi statisztikai adatok

A magyar egészségügyi rendszer és szolgáltatásai igénybevételével a gyógyítással- gyógyulással kapcsolatos Magyarországon tartózkodás vizsgálata egy újabb szelete a címben megjelölt komplex tematikának. Ez esetben a migráció mozgatórugói (céljai) közé kerül be a migráns vagy közvetlen hozzátartozója egészségi jellemzője. Az egészségesen belépő migráns fiziológiai állapota is erodálódhat a Magyarországon tartózkodás során. E problémakör vizsgálatát sem mellőzhetjük a kutatásunk során

Ha meg kell ítélnünk, hogy Magyarország egészséggel kapcsolatos típusú migránsokat kibocsátó ország-e vagy inkább fogadónak tekinthető, akkor statisztikai adatok hiányában, tisztán spekulatív módszerekhez folyamodhatunk. Gondolatmenetünk kiindulópontjául szolgál, hogy a rendszerváltást megelőző

időszak hagyatékaként, Magyarország fejlettebb egészségügyi ellátó rendszerrel rendelkezett, mint – Ausztria egyértelmű kivételével - a szomszédos országok többsége. Következésképpen a Magyarországról a szomszéd államokba történő egészséggel kapcsolatos migráció vagy akár a mobilitás egyéb formái, nem valószínűsíthetők. Fordított irányú mozgás viszont minden irányból valószínűsíthető, különösen a határaink mentén élő magyar nemzetiségi kisebbség létezése következtében. Az Ausztriából induló fogászati turizmus közismert és a szakirodalom által jól feltárt. A szépségnövelő orvosi eljárásokat kínáló országok világtérképére is felkerült Magyarország a kedvező ár/érték arány következtében. Nagy valószínűséggel gyakoribbak nálunk a sürgősségi ellátás keretében történő szülések, mint a környező országokban. Egyéb a közbeszédben keringő példákkal is folytathatnánk a sort, azonban az alábbiakban a statisztikai jellegű tények feltárására helyezzük a hangsúlyt, különös tekintettel a harmadik országokból érkező migránsok egészségével és egészségügyi ellátásával kapcsolatos információkra.

Magyarország rendszerváltás utáni migrációval összefüggő történetében a belépés szabályozása között, ritkán fordultak elő az egészséggel-betegséggel kapcsolatos kritériumok. Néha előírták az eredet országból származó egészségügyi igazolás kívánalmát, néha nem. Valószínűsíthető, hogy a munkavállalók körében lehetett ez a leggyakoribb, különös tekintettel az egészségügyi alkalmasságot előíró munkakörökre. Azonban a fogadó országbeli, tehát a magyarországi egészségügyi szervezetek vizsgálatát a legritkább esetekben írták elő.

A statisztikai tényeket feltáró kutatás során megvizsgáljuk, vajon az idegenrendészet felügyelte belépés és kiutasítás kritériumai között előfordultak-e az egészséggel-betegséggel kapcsolatosak. Megvizsgáljuk továbbá, hogy a Központi Statisztikai Hivatal gyűjtötte rendszeres statisztikákban elkülönülnek-e, elkülöníthetők-e a külföldi állampolgárok és azokon belül a harmadik államok polgárai. Végezetül nem mellőzzük a primer vizsgálatokat sem, melynek keretében az OEP adatbázisból származó teljes körű adatbázist dolgozzuk fel a rendelkezésre álló dimenziók mentén.

A magyarországi statisztikai tényeket feltáró kutatás során megvizsgáltuk, hogy a Központi Statisztikai Hivatal gyűjtötte rendszeres statisztikákban elkülönülnek-e, elkülöníthetők-e a külföldi állampolgárok és azokon belül a harmadik államok polgárai. Második metszetként, megvizsgáltuk továbbá, vajon az idegenrendészet felügyelte belépés és kiutasítás kritériumai között előfordultak-e az egészséggel-betegséggel kapcsolatosak. Végezetül, harmadik aspektusként, nem mellőztük a primer vizsgálatokat sem, melynek keretében az OEP adatbázisból származó teljes körű adatokat dolgozzuk fel a rendelkezésre álló dimenziók mentén. Előre kell bocsátani, hogy a kutatásunk harmadik metszetében találtuk meg a számunkra releváns regiszterbázison nyugvó empirikus információkat. Ennek elemzése képezi a statisztikai vizsgálat gerincét. Negyedik nézőpontként nem mellőztük a hazai szakirodalom feltárását sem, bár meg kell jegyezni, hogy az meglehetősen szegényesnek minősíthető a magyarországi tanulmányok, a téma jelentőségéhez képest.

Adminisztratív jellegű adatok

A Központi Statisztikai Hivatal az „Egészségügyi statisztikai évkönyv” című periodikában közli az adminisztratív forrásokból származó folyamatos jelegű adatait. A jelenleg elérhető legfrissebb adattár a 2010. évi volt, melyet a papíralapúnál sokkal részletesebb bontásokat tartalmazó CD melléklet egészít ki. Sajnos az évkönyvben szereplő személyi körből nem különíthetők el a migránsok és a minket leginkább érdeklő harmadik országbeli állampolgárok. Mégsem haszontalan számunkra ez a forrás, hiszen a Magyarországon élő populáció egészségi állapotáról máshonnan be nem szerezhető háttér információt nyújt.

Az évkönyv első fejezetében a népesség főbb demográfiai jellemzői találhatóak meg. Ezek egyfajta bevezetésül szolgálnak a szakmai fejezetekhez. Egyértelműen dokumentálják a népesség öregedésének folyamatát, mely legnagyobb jelentőséggel bír a népesség egészségi állapota szempontjából. Továbbá a születések számának esése és a népesség családi állapot nemek és kor szerinti megoszlásából származó jellegzetességek bírnak relevanciával az egészségi állapot szemszögéből. Gondolunk itt olyan jelenségekre, mint a nők közel 8 évvel hosszabb születéskor várható átlagos élettartama. Ezt a tényt rendszerint nem tükrözik a bevalláson alapuló egészségi felmérések, ahol rendszerint a nők kevésbé egészségesek, mint a férfiak. Egy másik jellegzetességnek tekinthető, hogy a házások egészségi állapota rendszerint kedvezőbb a nőtleneknél és hajadonoknál, igaz a házások kiválogatódásában szelekciós hatások is érvényesülnek.

A második fejezet a biztosítottak és az egészségügyi szolgáltatásra jogosultak számait tartalmazza. Mint fentebb említettük a migránsok, sajnos nem tartoznak a megkülönböztetett szubpopulációk közé. A harmadik fejezet fiskális szemléletmódot takar, hiszen az Egészségbiztosítási Alap mérlege, tehát bevételei és kiadásai szerepelnek tételesen. A fejezet évkönyvön belüli előkelő helyen szerepeltetése tükrözi az egészségüggyel kapcsolatos általános társadalmi és talán még inkább finanszírozói megítélést. A tevékenység végső célját, a gyógyítás kérdéseit megelőzik a pénzügyek. Kicsit másképpen közelítve meg a sorrendiség problémáját, azt is mondhatjuk, hogy azt tekintik a statisztikusok értékesebbnek, amiből kevés van.

A negyedik fejezet tartalmazza a mérések végcélját, a lényegi mondanivalót, nevezetesen az Egészségbiztosítási Alap ellátásait és szolgáltatásait. Az Alap tevékenységei kevés számú pénzbeli és kiterjedt természetbeli ellátásokra oszlanak meg. Felsorolásszerűen a pénzbeli ellátások a következők: táppénz, segélyezés, kártérítési járadék, terhességi-gyermekágyi segély, gyermekgondozási díj. Ezeket az adatokat két dimenzióban bontották tovább – igénybevevők és kiadások szerint. A természetbeni ellátások tematikusan bontott első alcsoportját a gyógyszer és gyógyászati segédeszköz egység adja. Ide tartoznak: a gyógyszer és gyógyászati segédeszközök támogatására fordított főkönyvi kiadások, a gyógyszer társadalombiztosítási támogatásának főkönyvi adatai, a gyógyszertári támogatott gyógyszerforgalom főbb vényforgalmi adatai, a gyógyszertári támogatott gyógyszerforgalom társadalombiztosítási támogatásának és lakossági térítési díjának alakulása jogcímenként (vényforgalmi adat), a gyógyszertárakban forgalmazott

gyógyszerkészítmények támogatott forgalmának és társadalombiztosítási támogatásának megoszlása ATC csoportos bontásban (vényforgalmi adat), a gyógyászati segédeszköz társadalombiztosítási támogatásának főkönyvi adatai, a gyógyászati segédeszközök támogatott forgalma és társadalombiztosítási támogatása termék-csoportonként (ISO kód szerinti bontásban, vényforgalmi adat), a gyógyászati segédeszköz gyógyszerári támogatott forgalmának alakulása (vényforgalmi adat).

A természetbeni ellátások téma szerint bontott második alcsoportot a gyógyító-megelőző ellátások adják. Az ebbe az alcsoportba tartozó ellátások mennyiségei, folyamatai és jellegzetességei adják az OEP-ből származó teljes körű adatbázisunknak az egész országra kiterjedő kontextusát. Ide tartoznak az egészségügyi ellátás kapacitás adatai; a gyógyító-megelőző ellátások finanszírozási adatai szakfeladatonként; a háziorvosi szolgálatok összefoglaló adatai; a fogászati ellátás; a járóbeteg-szakellátás; a CT és MRI információk; a művesekezelés; a házi szakápolás, otthoni hospice ellátás; a fekvőbeteg-szakellátás (aktív és krónikus ellátás, fekvőbeteg-gyógyintézetek betegforgalmi adatai fenntartók szerint, szakmacsoportosan, finanszírozási adatok szerint). Specifikus szakkérdéseként szerepel az ötven leggyakoribb, valamint az ötven legtöbb összesített súlyszámot eredményező homogén betegségcsoport (HBCS), a finanszírozási esetszámának, súlyszámának és finanszírozási összegének alakulása az aktív fekvőbeteg-ellátásban, a speciális finanszírozású fekvőbeteg-szakellátás. A természetbeni ellátások második alcsoportjaként megkülönböztetett gyógyító-megelőző ellátásokhoz tartozik még a betegszállítás és mentés. A természetbeni ellátások téma harmadik alcsoportját a gyógyfürdő ellátás forgalma és a támogatásra fordított kiadások főkönyvi és vényforgalmi adatai alkotják. Ennek az alcsoportnak az elkülönítését a társadalmi kontextus és az ország természeti erőforrásainak figyelembe vétele nélkül nehezen lehetne indokolni. Azonban mivel Magyarország termál- és gyógyvíznagy hatalom, továbbá mivel a 35 Celsius fok feletti földfelszín alatti rétegvizeink jelentős részének bizonyított gyógyhatása már régóta ismert, ezért alkalmazásuk nagy múltra tekint vissza és meglehetősen népszerű a fogyasztók körében.

Az ötödik fejezet a társadalombiztosítási kifizetőhelyek adatait és ügyviteli adatait tartalmazza. A záró hatodik fejezet pedig kisszámú, a magyar adatokkal összevethető nemzetközi információkat foglalja magába. A CD melléklet felhasználóbarát formátumban tartalmazza a papíralapon is megtalálható információkat. Továbbá hosszú idősorokat, területileg tovább bontott megyesoros adatokat és kistérségi adatokat is magába foglal.

Érdekes információkat tartalmaz az Egészségügyi Stratégiai Kutatóintézet (ESKI) 2009. évi Egészségügyi Évkönyve, mely túlnyomórészt a KSH évkönyv, más adminisztratív források és a vonatkozó szakirodalom alapján szöveges elemzéseket ad. Az évkönyv alkalmazott jellege, egészségpolitikai irányultsága igen erős. Migránsokra vonatkozó általános utalások az amszterdami reformok kapcsán találhatóak benne.

A Központi Statisztikai Hivatal az utóbbi két évtizedben négy reprezentatív, országos kérdőíves felmérést hajtott végre az egészségügyi kérdésekkel kapcsolatosan. Az első három (1994-ben, 2000-ben és 2003-ban) elszigetelt hazai felvétel volt. 2009 őszén azonban sor került az első nemzetközileg standardizált

Európai lakossági egészségfelmérésre (ELEF). Ennek keretében a 15 évnél idősebb, magánháztartásokban élő népességet vizsgálták, tehát a 15 év alattiak és az intézetben élők nem szerepeltek a felvételben. Az országos reprezentativitás kritériumai között nem szerepelt a migráns eredetű népesség. Ebből következően a felmérés – egyébként rendkívül érdekes és figyelemre méltó - eredményeit nem tudjuk közvetlenül hasznosítani, hanem csak kontextuális háttértényezőkként kerülnek számításba.

Hazai szakirodalom

A nemzetközi migráció egészségügyi és népegészségügyi vonatkozásaival való foglalkozás igen későn bontakozott ki az 1980-as évek végétől robbanásszerűen növekvő hazai szakirodalmon belül. A migráció és az egészségügy kapcsolatának szórványos említése ugyan sporadikusan előfordult egyes szintetizálásra törekvő művekben (Szabó, 1999), azonban a szisztematikus kutatás csak 2007-tel indult meg Magyarországon. Nem belső szükségletek felismerése korbácsolta fel a hazai kutatók érdeklődését a téma iránt. Egyértelműen a portugál EU elnökség játszott szerepet abban, hogy Európa szerte kiemelt érdeklődés fordult a migráció és az egészségügy összefüggései iránt a tagállamok körében. EU elnöksége idején Portugália közösségi prioritásnak jelölte ki a migránsok egészségi helyzetével és ellátásával való foglalkozást. A másodlagos jogalkotás keretében 2007. 10. 27-én jelent meg az Európai Unió Hivatalos Lapjában „Az Európai Gazdasági és Szociális Bizottság véleménye – Tárgy: Egészségügy és migráció” címmel. A vélemény 1.1.8 alpontjában egyértelműen leszögezik, hogy: „Az egészségügyet, mint a migráció egyik alapvető dimenzióját figyelembe kell venni.”. Helyes a kiindulópontjuk, miszerint a megnövekvő nemzetközi mobilitás, a kórokozók és a betegségek terjedésével jár együtt. Nem kizárólag a nemzetközi migránsok játszanak szerepet a betegségek terjesztésében, hanem a fogadó országok nemzetközi turistái is hoznak haza fertőzéseket. A 4.4 pontban citálják a migrációs szakirodalom azon jól ismert tételét, miszerint: „Bár a bevándorlók általában egészségesebbek, mint származási országukban élő honfitársaik, mégis az átlagosnál több egészségügyi probléma elé állítják a befogadó közösséget.”. Feltárták továbbá, hogy a fertőző betegségek kapcsán: „Nincs következetes politika a szűrővizsgálatokra, és a belépés előtti szűrővizsgálat módja még helyi szinten is változó.” (6.6.2 alpont). Nagyon helyesen jutnak arra a következtetésre, hogy a tagállamoknak és az EU-nak együtt kellene működniük a közösségi szintű kezdeményezésekben és akciókban (1.1.7 alpont), azonban a konkrét javaslatok a súlyos és lényegi kérdésekre nem vonatkoztak. Az adatgyűjtést és a kutatást kívánták erősíteni, továbbá a migráns csoportokkal kapcsolatosan kulturálisan érzékeny megközelítést javasoltak a fogadó országok egészségügyi személyzete számára.

A migráció és az egészségügy problematikájának magyarországi megjelenése a rendészeti és a hadtudományi területen tevékenykedők körében volt a legkiterjedtebb. A Magyar Rendészettudományi Társaság és a Nemzetközi Kábítószer- és Teroellenes Tisztek Szövetsége 2007. december 3-án már szakmai tanácskozáson vitatta meg a migráció közegészségügyi vonatkozásait. A kérdéskört a befogadó társadalom, a hatóságok, az egészségügyi szakszemélyzet és maguk a

vándorok szempontjából tekintették át. A szakmai eszmecsere célja kifejezetten az volt, hogy a nemzetközi migránsok ne válhassanak se a biztonságot romboló, se járványügyi bűnbakká. A tanácskozáson Prof. Dr. Szilárd István megállapította, hogy a gyakorlatban nem megoldott a Magyarországra érkező migránsok egészségügyi felmérése és a fertőző betegségek kiszűrése. A tanácskozás résztvevői megerősítették, hogy míg a menekültügyi eljárásba kerülők kötelező szűréseken estek át, addig a nemzetközi vándorok körében csak szűrőpróbaszerű szűrővizsgálat történt.

A téma szakirodalmának a fentebb említett Szilárd István lett az egyik zászlóvivője, aki orvosként a rendőrökkel, határőrökkel együtt publikált (Csepregi et al. 2011; Szilárd–Baráth, 2012). Közös munkálkodásuk aktualitását a Schengeni határnyitás adta meg. Ebből kifolyóan a téma biztonsággal kapcsolatos aspektusai kerültek előtérbe és az illegális migráció kockázataira fektettek nagy hangsúlyt. Újra javasolták, hogy ki kell dolgozni a migránsokat szűrő egészségügyi rendszert Magyarországon. Realistaként valószínűleg érzékelték, hogy önálló magyarországi kezdeményezésként ez nem fog megszületni az EU-n belül, ezért közösségi szinten koordinált és harmonizált migrációs egészségi politika megteremtését tartották szükségesnek. Feltették a kérdést, mely akár paradoxonként is felfogható, miszerint ha létezik az élelmiszerbiztonsági és állategészségügyi Schengen protokoll, akkor az emberekkel miért kellene kivételt tenni? Felhívták továbbá a figyelmet a migránsokkal először érintkezők (a határőrség állománya) egészségügyi biztonsági kockázataira is.

A téma szakirodalmának és tudományos szintű ismeretterjesztőjének másik zászlóvivője az egyértelműen a rendészeti oldalhoz tartozó Révai Róbert, orvos. Másokhoz hasonlóan ő is kiemeli, hogy az egészséghez való jog alapvető emberi jog. Rámutat, hogy a migránsok egészségéért a gyakran rosszabb életkörülmények, munkakörülmények és az egészségügyi szolgáltatásokhoz való nehezebb hozzáférés is okolhatók (Révai–Görbéné, 2009). Továbbá az otthon elhagyásával járó stresszhatás miatt a bevándorlók nagyobb mértékben vannak kitéve az egészségügyi kockázatoknak (Újhelyi, 2009). A bevándorlók magyarországi egészségügyi ellátása tehát kulcskérdés. Ennek hatékony véghezvitelére azonban szükség van a vándor legfontosabb körtörténeti adatainak ismeretére, a védőoltásokkal való átoltottságának ismeretére. Ehhez kötelezően meg kellene jelennie az alapellátási regisztrációban, hogy megtörténhessen az ún. törzskarton felvétel. A javasolt kívánatos helyzethez képest megszűnt a migránsok kötelező egészségügyi szűrővizsgálata. A migránsok nyilatkozatát is elégségesnek találták a fogadó ország járványügyi biztonságának garantálásához. Mindezt Újhelyi János (2009 105) elégtelennek találta.

Összefoglalás

A vándorlási folyamatokra oly jellemző szelektivitás a migráns alnépesség egészségi állapotára is érvényes. A kiszámíthatatlan kockázatokkal szükségszerűen együtt járó vándorlási döntést a nem teljesen egészséges emberek ritkábban hozzák meg, mint a magukat makkegészségesnek tartók. Ebből következően a külső kényszerítő erőktől mentes, szabad egyéni döntésen alapuló vándorlási folyamatok

résztevőinek egészségi állapota általában kedvezőbb, mint akár a küldő, akár a tranzit, akár a fogadó területek lakosságáé. A közlekedési viszonyok javulásával párhuzamosan a tranzit területek migránsokat egészségi szempontból szűrő szerepe egyre halványabb lesz. Egyre inkább a fogadó területekre (országokra) hárul annak terhe, hogy megakadályozzák a fertőző betegségek terjedését, illetve, hogy releváns nemzetközi migrációs politikai intézkedésekkel válogassák ki az egészséges vándorokat, csökkentve ezzel a saját egészségügyi ellátási rendszerükre gyakorolt nyomás lehetőségét. Magyarországon a különböző típusú migránsok egészségi szűrésének nem alakult ki egységes elvi alapokon álló gyakorlata. Időszakonként és státusonként hol kötelező volt a szűrés hol nem. Ezzel a következetlenséggel az ország gyakorlatilag lemondott a migrációval együtt járó egészségügyi kockázatok hatékony megakadályozásáról valamint az egészséges migránsok preferálásáról.

A jogellenesen Magyarországon tartózkodók kizárják magukat az ország közegészségügyi ellátó rendszeréből. Az igénybevétel nyilván felfedné státusukat, ami következtében az idegenrendészet látómezejébe kerülve, a fogadó országból való eltávolítás sorsára jutnának. A privát ellátásokat azonban kirekesztés nélkül vehetik igénybe. Az illegális migránsok egészségügyi szempontból sérülékenyebb csoportot alkotnak, mint a legális migránsok, mert a tranzitterületeken levő közbeeső akadályok áthidalása és a fogadó ország belépési és tartózkodási korlátainak kikerülése nagy valószínűséggel rombolóan hat a migráns egészségére.

Sajátos típust képez a közvetlenül vagy közvetve gyógykezelés céljából megvalósuló nemzetközi migráció, melynek reprezentánsaira is érvényes a szelekciós mechanizmus működése, csak éppen az ellenkező irányban. A területi mobilitás vándorlási formája mellett a turizmus jelenségkörének is egyre növekvő szerepe van, lásd a fogászati turizmustól az orvosi szépségnövelő eljárásokig terjedő igen széles spektrumot. További jellegzetes csoportot alkotnak a „jól-létet és kellemet kereső” időskori migránsok, akik az egészségük fenntartása és/vagy meglévő betegségeik kezelése érdekében kiemelkedően egészséges környezetbe, illetve a magyarországi termál- és gyógyfürdők közelébe költöznek (Illés-Michalkó, 2011; Michalkó et al. 2009). Az anti-ageing medicina robbanásszerű terjedése a napjainkban, újabb lehetőségeket hordoz magában az egészségügyi jellegű migrációval kapcsolatosan is (Róbert, 2010).

Megállapítható, hogy a nemzetközi migrációs szakirodalom 1980-as évek végén induló robbanásszerű fejlődéséhez képest, igen későn bontakozott ki az egészségi és népegészségügyi vonatkozások kutatása Magyarországon. A kutatások 2007-ben induló első hullámát nem elsősorban belső igények keltették életre, hanem külsők. Nevezetesen Portugália az EU elnökségének idején közösségi prioritásnak jelölte ki a migránsok egészségi helyzetével és ellátásával való foglalkozást. A harmadik országbeli bevándorlók egészségi állapotával foglalkozó jelen kutatás, reményeink szerint a magyarországi kutatások második hullámát indítja el.

Irodalomjegyzék

Borbás Ilona – Mihalicza Péter (szerk.) (2010) ESKI Egészségügyi Évkönyv 2009. Egészségügyi Stratégiai Kutatóintézet, Budapest.

Csepregi Péter – Huszár András – Révai Róbert – Szilárd István (2011) Migrációs egészségügyi kihívások a Schengeni határnyitás után. Hadtudományi Szemle, 4. évfolyam, 1. szám.

Illés, Sándor – Michalkó, Gábor (2011) Real estate purchasing by foreigners in Hungarian Settlement system as seen from the angle of niche concept. In Csapó, Tamás – Balogh, András (eds.) Development of the Settlement Network in the Central European Countries. Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg, pp. 175-189.

King, Russel (szerk.) (2008) Vándorló emberiség. National Geographic-Geographia Kiadó, Budapest.

Loue, Sana (ed.) Handbook of Immigrant health. Plenum Press, New York and London.

Michalkó G. – Rátz T. – Tóth G. – Kincses Á. (2009a): A gyógyfürdővel rendelkező magyarországi települések életminőségének vizsgálata. Területi Statisztika, 49. 2. pp. 170–186.

Puskás Julianna (1982): Kivándorló magyarok az Egyesült Államokban 1880-1940. Akadémiai Kiadó, Budapest.

Róbert László (2010) A hosszú élet titkai. Egészség és öregedés – a „fiatal öregek”. Akkord Kiadó.

Révai Róbert – Görbe Attiláné Zán Krisztina (2009) Egészség és migráció az Európai Unióban és Magyarországon. Hadmérnök, 4. évfolyam, 2. szám. 166-171. oldal.

Szabó A. Ferenc (1999) Demográfiai problémák biztonságpolitikai vonatkozásai egykor és ma. Zrínyi Miklós Nemzetvédelmi Egyetem, Budapest.

Szilárd István – Barát Árpád (2012) Migráció és egészségügyi biztonság: új foglalkoztatás-egészségügyi kihívások. (kézirat).

Termote, Marc (1984) Migration as a selection factor in a population. Some considerations on the relation between migration and genetics. In: Keyfitz, Natan (ed.) Population and biology. Bridge between disciplines. Proceedings of a conference. Ordina Editions, Liege, pp. 133-146.

Újhelyi János (2009) A bevándorlók egészségügyi ellátása. In Fónai Mihály –Pénzes Mariann (szerk.) A migráció integrált társadalmi megközelítései. Észak-kelet Magyarországi Szenvedélybetegségek Megelőző Egyesület, Nyíregyháza, 97-113. oldal.

Projekt összefoglaló

A projekt bemutatása

A Tullius Kft. 2012-ben megvalósította az Európai Integrációs Alap, a Belügyminisztérium és a saját finanszírozási forrásait felhasználva a „Kutatás az egészségügyi ellátórendszerhez való hozzáférésről” című projektet. A projekt célja a harmadik országbeli állampolgárok magyar egészségügyi ellátórendszerrel való kapcsolatának vizsgálata volt, amelyhez a kiindulási hipotézist a Tullius Kft. korábbi projektjeiben meghallgatott, Magyarországon dolgozó harmadik országbeli állampolgár interjúalanyok szolgáltatták. A hipotézis szerint a harmadik országbeli állampolgárok egészségügyi ellátórendszerrel való kapcsolata a magyar biztosítottakkal azonos sémák szerint zajlik, viszont adódhatnak az esetleges nyelvi-kulturális különbségből fakadó nehézségek.

Az egészségügyi ellátórendszer rendkívül komplex struktúra, bonyolultak mind a hozzáférés, mind a szolgáltatásnyújtás szabályai. Ezt az egyébként is összetett rendszert még bonyolultabbá teszi a nem magyar állampolgárokra vonatkozó, számos nemzetközi szabály. Az egészségügyi szolgáltatók a rendszer kulcsszereplői, hiszen a szabályokat nekik kell végrehajtaniuk. Nekik kell megoldaniuk a pénzügyi és adminisztratív kérdéseket, a megoldást az érintett harmadik országbeli állampolgár ügyére nekik kell megadniuk. Nekik van közvetlen kapcsolatuk a beteggel, nekik kell kommunikálniuk az érintettel, illetve legfontosabbnak, ők látják el orvosilag megfelelő módon.

A projekt célja volt, hogy:

- nyomtatott és elektronikusan elérhető anyagokat készítsen el a témában (kézikönyve rendezett analitikus tanulmány, esettanulmány, egyedi ügyeket bemutató tanulmány, privát szolgáltatók helyzetét vizsgáló tanulmány, nemzetközi összehasonlító tanulmány), amelyek részletes leírását adják a kérdéskörnek;
- előkészítsen és megvalósítson egy szakmai vitafórumot,
- a véglegesített kézikönyveket különböző csatornákon keresztül eljuttassa a harmadik országbeli állampolgárokhoz és 200 egészségügyi szolgáltató részére,
- létrehozson egy magyar és angol kétnyelvű összefoglalót, amely a kutatás legfőbb megállapításait tartalmazza.

A projekt keretében 40-50 egészségügyi szolgáltatóval vállaltuk a kapcsolatfelvételt, annak érdekében, hogy megismerjük az intézmények véleményét a projekt fő kérdéscsoportjainak vonatkozásában, amelyek a következők:

1. Milyen nem magyar és nem uniós állampolgárok (azaz harmadik országbeli állampolgárok) szoktak az intézményhez fordulni?
2. Melyek a legkeresettebb szolgáltatások, kezelések, amelyeket igénybe vesznek?
3. A külföldiek vajon ismerik a magyar ellátórendszert? Megelőző jellegű kezelést is igénybe vesznek vagy inkább a sürgősségi jellegű ellátások terén jelennek meg (amikor már muszáj orvoshoz fordulni)?
4. A külföldi betegek jellemzői mennyiben hasonlóak a magyar betegekéhez (nem, kor, igénybe vett ellátás)?
5. A külföldi betegek betegségtudata hasonló a magyar betegekéhez?
6. Jelentkezik-e speciális kihívás a harmadik országbeli állampolgárokkal kapcsolatban? Mit említene?
7. Vannak-e nyelvi – kommunikációs nehézségek, szükséges-e fordítás?
8. Van-e működő jó gyakorlat?

A kutatás és annak eredménye személyhez kapcsolódó egészségügyi adatot, beteg-beleegyezést igénylő esetismertetést nem tartalmaz. A projekt eredményei a kutatási tanulmányok, amelyek ebben a Kézikönyvben szerepelnek.³⁶² Az egyes tanulmányok esszenciájának leíró összefoglalása ez a fejezet, amely lehetővé teszi a legfontosabb megállapítások aggregált megismerését.

A kutatás megállapításai

Harmadik országbeli állampolgárok részvétele a magyar ellátórendszerben a statisztikai adatok és a jogszabályok alapján

Az analitikus tanulmány célkitűzés alatt két tanulmány készült el, az egyik az OEP által átadott adatokat elemzi (kötet I. fejezete), míg a másik a magyar jogszabályi környezet célzott bemutatását tartalmazza (kötet II. fejezete).

Statisztikai elemzés eredményei

³⁶² A projekt láthatóságának biztosítása keretében használjuk a www.tullius.hu honlapot is.

Az OEP szolgáltatta unikális adatbázis a 2006 és 2010 közötti éveket fogja egybe. Az OEP adatai azoknak a személyeknek az egészségügyi ellátórendszerben igénybevett ellátásait tartalmazzák, akik TAJ számmal rendelkeznek (társadalombiztosítási azonosító jel), ezek a személyek mindenképpen megfelelnek a legális migráns fogalmának, ugyanakkor, az elemzésben nem szerepelnek azok a TAJ adatok, amelyek a menekültekre, hontalanokra és egyéb olyan személyekre vonatkoznak, akik nem tartoznak az Európai Integrációs Alap személyi hatálya alá. Az adatok a hazánkban tartózkodó harmadik államokbeli polgárok egészségügyi szolgáltatásokkal kapcsolatos fogyasztásának döntő hányadát teszik ki. Újra hangsúlyozzuk, hogy a magánpraxisok keretében történő ellátás nem került bele az OEP adatkörbe. Teljes körű regiszterből származó adminisztratív jellegű adatokkal dolgoztunk, melyeknek már archív állományai is vannak. További jellemzőjük, hogy viszonylag frissek, és személyi azonosításra alkalmatlan módon kerültek átadásra. Az akut, a fekvőbeteg, a járó beteg a fogászati és a pénzbeli ellátásokról kaptunk információkat. Sajnos, az elemzési lehetőségeinket korlátozta, hogy az adatok nem voltak részletezve a demográfiai, munkapiaci- és jogi státusbeli információk szerint. Elemzésünket ezért az állampolgársággal kapcsolatos és a területi összefüggések feltárására összpontosítottuk.

Az ellátottak állampolgárság szerinti megoszlása nagyon erős koncentrációt mutatott. Az összes ellátási típus esetén, a betegek több mint háromnegyede hét ország állampolgára volt, nevezetesen ukrán, kínai, vietnami, jugoszláv, szerb, orosz és mongol. Nem volt nehéz észrevenni azt az összefüggést, hogy mind a hét fentebb tárgyalt ország az egykori szocialista tömbhöz tartozott. Valószínűsíthető, hogy nem vegytisztán recens folyamatokat ragadtunk meg, hanem a közel fél évszázados múlt örökségének hatásával állhatunk szemben ezen ország csoport esetén.

Az ukrán állampolgárok száma messze kiemelkedett a sokaságokból. Az ellátások többségében a kínaiak követték őket, igaz nagyságrendekkel lemaradva. Igen sok esetben a kínaiakat harmadik helyen a vietnami állampolgárságú ellátottak követték, ami meglepő eredmény volt. Ezeket követték a szomszédos országok állampolgárai, úgymint Szerbia és Volt Jugoszlávia. Sajátos módon a kínai ellátottak döntő többsége és a vietnamiak szinte egészének ellátása a fővárosban történt meg. A szomszédos országok polgárainak nagy részét is a fővárosban látták el ugyan, azonban esetükben a határ menti megyék egészségügyi központjai is jelentékeny szerepre tettek szert. Kiemelendő Csongrád megye az egykori jugoszláv és szerb, valamint Szabolcs-Szatmár-Bereg megye az ukrán állampolgárok kezelésében. Pest megye mintegy átmeneti zónaként funkcionált a főváros és az ország többi területe között az ellátottak nagyságrendje (kivéve Csongrád és Szabolcs-

Szatmár-Bereg megyéket) tekintetében. További általános összefüggés, hogy - kínaiakon és vietnamiakon kívül - Budapest és Pest megye területén túl, nagyon csekély számú orosz és mongol állampolgárt láttak el. Meg kell említenünk, hogy Budapesten a távoli, gyakran egzotikusnak tekinthető államok polgárai is hozzájutottak ellátáshoz, amit Budapest multikulturális kapuváros jellege magyaráz. Valószínűsíthető, hogy munkaerő-áramlás mellett a mobilitás egyéb csatornáit sem hagyhatjuk figyelmen kívül, amikor a főváros szerepét értékeljük.

Hangsúlyozzuk ismételten, hogy a harmadik országbeli állampolgároknak nyújtott ellátások területi megoszlásában, abszolút számokban, mindenképpen Budapest dominált. Ezt követték a keleti és déli határ menti megyék, valamint Pest megye. Feltűnő volt, hogy a nyugati megyékben (Győr-Moson-Sopron és Zala) mennyire kevés harmadik országbelit láttak el. Ehhez képest is kuriózumnak számított, hogy a vizsgált öt évben, Vas és Nógrád megyékben egyáltalán nem láttak el sürgősségi úton vagy fekvőbetegként harmadik államokbeli állampolgárt, sőt még pénzbeli ellátásban sem részesültek ezeken a területeken. A vizsgált öt éves periódus nagysága lehetővé tette, hogy jellegzetes térbeli terjedési folyamatokat figyelhettünk meg az ukrán állampolgároknál keletről nyugatra tartva, illetve Budapestről kiindulva az ország egészébe. A jugoszláv, a szerb állampolgárok dél felől haladtak észak-északnyugati irányba. A kínaiak Budapestről szóródtak szét. Esetükben Pest megye nem volt közvetítő terület.

Csak a fekvőbeteg ellátottakról volt információnk nemek szerinti bontásban. Érdekes jelenségként tapasztaltuk, hogy a kínai és vietnami férfiaknak nagyon kevés fekvőbeteg ellátást igénylő egészségügyi problémájuk volt. Még az urológiai problémákkal kezelték száma is elenyésző volt a körükben. Mindkét náción betegei között a nőgyógyászati kezelések és a csecsemőellátás dominanciáját mutathattuk ki a hölgyeknél.

Harmadik országbeli állampolgár ellátottak összefoglaló adatai Magyarországon 2006-2010 között

Ellátás típusa	Ellátottak száma	Egy főre eső átlagos költség (ezer Ft/év)	A legjelentősebb 6 állampolgárságú ellátottak aránya (%)	A 6 legjelentősebb b megyében kezelték aránya (%)	Budapest részaránya (%)
Akut	11 776	34,4	82	94	61
Fekvőbeteg	9 414	34,4	94	95	63
Fogászat	18 123	1,1	86	86	55
Járóbeteg	72 306	3,0	79	85	57
Pénzbeli	3 961	81,6	93	94	66

Szakirodalmi következtetések és jogi normák

A migránsok egészségügyi ellátáshoz való hozzáférése terén az alábbiak emelhetők ki a szakirodalmi elemzés alapján:

1. A migránsok egészségügyi ellátásának három fő csomópontját lehet azonosítani: hozzáférési problémák (i), limitált (korlátozott) kommunikáció (ii) és a helyzetet érintő jogi problémák (iii).

2. Az ellátási vagy hozzáférési jog nem értelmezhető korlátlanként, nem abszolutizálható, hanem függvénye a nemzetgazdasági teherbíró képességnek.

3. A migráns által elérhető szolgáltatás minősége attól függ, hogy a migráns személy milyen kategóriába tartozik. A rendezett státusú migránsok esetében az egészségügyi ellátás folyamata szinte teljes lefedettséget mutatott a nem migránsokkal a szakirodalomban, ellentétben a nem rendezett státusú migránsokkal.

3.a. A sürgősségi ellátások esetében ezek a különbségek alig jelentkeztek, itt a tapasztalatok nem tértek el jelentősen a nem migránsok esetén érzékeltektől.

3.b. A hozzáférési problémák miatt a migránsok gyakrabban jelennek meg a sürgősségi ellátások terén.

4. Ha fennállnak a nyelvi akadályok, akkor a páciensek nem az alapellátást és a megelőző intézkedéseket veszik igénybe. A nyelvtudás hiánya korlátozza az elérhető gyógyítási metódusokat, ami alacsonyabb szintű ellátáshoz vezethet, és veszélyeztetheti az ellátás folyamatosságát is.

5. A migránsok általában nem használták ki megfelelően az ellátórendszer által nyújtott lehetőségeket, mert nem ismerték azokat.

6. Előfordult, hogy a migránsok az egészségügyi ellátórendszer általános jellemzőit úgy élték meg, mintha az kizárólag rájuk nézve lett volna előnytelen, miközben számos esetben egyszerűen a rendszer a maga teljességében került alkalmazásra a migránsra.

7. Noha a hozzáférés kérdéseit és problematikáját több tanulmány is vizsgálja, ritkább az olyan elemzés, amely azt kívánja megragadni, hogy milyen az ellátás minősége, ha már a migráns bekerült az egészségügyi ellátórendszerbe. Ez azt jelenti, hogy a migráns olyan helyzetbe kerül-e, mintha egy saját állampolgár lenne a diagnózis felállítása, a javasolt terápia előírása, a kezelés lefolytatása és az utógondozás terén.

8. A migráns férfiak esetében a baleseti ellátások, a nőknél pedig a terhesség ellátása (vagy terhességmegszakítás), szülés és gyermekgondozás jelentkeztek gyakori ellátásokként.

9. A gyermekek egészségügyi ellátáshoz való hozzáférése sem általános, az ő helyzetüket is érik korlátozások, kivéve a sürgősségi ellátásokat, amelyeket az államok biztosítanak.

10. A konkrét ellátást nyújtó orvosok (tehát nem az igazgatási kérdésekért felelős, a hozzáférést és a későbbi megtéríthetőséget szem előtt tartó kórházi ügyintézők) nem különösebben foglalkoztak a beteg származásával, jogi státusával.

A jogi normák terén az elemzés eredménye, hogy a szabályozás szintjén a kisebb létszámú nem magyar állampolgár csoportok főszabály szerint osztják a magyar állampolgárok sorsát a magyar ellátórendszerben. Ez azt jelenti, hogy a fő ellátotti csoportot érő hatások és kihívások megjelennek a migránsok szintjén is.

Az ellátórendszerhez való hozzáférés kapcsán elmondható, hogy Magyarországon egységes és kötelező társadalombiztosítási rendszer működik, amelynek célja, hogy integrálja mindazokat, akik az ország területén gazdasági tevékenységet folytatnak vagy huzamosan itt élnek. Ennek megfelelően léteznek különböző hozzáférési kategóriák: a biztosítottak és egészségügyi szolgáltatásokra jogosultak (akik esetében a csatlakozás kötelező, és szükséges a gazdasági tevékenység végzése vagy a belföldi lakhely). Fontos lehetőség a megállapodás kötésének lehetősége az OEP-pel. Esetükben nincs kötelező jelleg, és nincsen lakhely feltétel sem. Elmondható, hogy egy harmadik országbeli állampolgár csatlakozni tud a magyar egészségügyi ellátórendszerhez, akkor is, ha dolgozik, akkor is, ha huzamosabb ideje itt él, és akkor is, ha semmilyen korábbi vagy akár aktuális kötődése nincsen az országhoz.

Fontos hangsúlyozni, hogy aki jogosultságot szerzett arra, hogy a magyar ellátórendszert igénybe vegye, az egyenlő bánásmód elve alapján jogosult részt venni az ellátás folyamatában, mind a sürgősségi, mint a tervezett ellátási körben. Alapelv, hogy (Ebtv. 3. § (1) bekezdés) „Az egészségügyi szolgáltatások azonos szakmai tartalommal illetik meg az egészségbiztosítás egészségügyi szolgáltatásaira jogosult személyeket.”

Ugyanez a helyzet a pénzbeli ellátásokkal, beleértve a keresőképtelenségnek azt az esetét is, amikor az érintett gyermek születése miatt van távol munkahelyétől.

Hasonlóan kiterjed a védelem a várandós és gyermekágyas nőkre, akik – többek között – a védőnői szolgálat terhesgondozási segítségét is igénybe vehetik.

Magyarországon a jogosultaknak a lakóhelyük szerinti egészségügyi intézményben kell igénybe vennie egy adott, tervezett ellátást, a sürgősségi esetekre eltérő szabályok vonatkoznak, azokban az esetekben bármely intézmény felkereshető. Meg kell jegyezni, hogy a külföldiek ugyanebben a

rendszerben érhetik el az ellátásokat. Azok a harmadik országbeli állampolgár külföldiek, akiknek nincsen lakóhelyük, a tartózkodási helyük szerinti egészségügyi intézmény illetékességi körébe tartoznak.

A magyar egészségbiztosítási rendszerben vannak szolidaritási (méltányossági elemek) is, pénzbeli segítyt lehet igényelni. Ezek mindegyike elérhető a nem magyar állampolgár jogosultaknak is (általános segély, közgyógyellátás).

Harmadik országbeli állampolgárok a magán egészségügyi rendszerben – az egészségügyi szolgáltatók szerepe

A fejezet elsőként azzal foglalkozik, hogy milyen feltételekkel lehet Magyarországon magán egészségügyi szolgáltató intézményt működtetni. A működési engedélyezés és a szükséges személyi és tárgyi feltételek terén a legfontosabb megállapítás, hogy Magyarországon minden egészségügyi szolgáltatóra egységes alapítási és működtetési szabályok vonatkoznak. Nincs megkülönböztetés magán- és közintézmény között. Különbség abban rejlik, hogy a privát szolgáltatók maguk képzik az áraikat, míg a közfinanszírozott szolgáltatók az OEP-től kapnak finanszírozást (finanszírozási szerződés alapján).

A fejezet ezt követően kifejezetten a felvett interjúkat elemzi. A kiindulási alap a felkeresendő magán orvosi szolgáltatást nyújtó intézmények meghatározásánál azok a szolgáltatások voltak, amelyeket a Magyarországon tartózkodó külföldi személyek közkórházakban is leginkább igénybe vesznek, vagy ahol köztudott, hogy az ellátás színvonala, ára miatt még mindig érdemes Magyarországra jönni. Ilyen intézmények jellemzően a nőgyógyászati, fogászati, szemészeti, mozgásszervi megbetegedések kezelésére szakosodott intézmények voltak.

Az egyik magánszolgáltató, amely a szolgáltatásai között reumatológiát, fizioterápiát/gyógytornát, kardiológiát, ortopédiát, belgyógyászatot, pszichiátriát, neurológiát, légzőszervi allergiát kezel, masszást, akupunktúrát nyújt és laboratóriumot működtet, elmondta, hogy a harmadik országbeli betegek két alapszolgáltatást vesznek igénybe: a reumatológiát a mozgásszervi megbetegedések miatt, illetve a mozgásszervi terápiát, a gyógytornát.

A külföldiek a szemészeti szolgáltatások területén inkább a szemészeti szakrendelést veszik igénybe, kevésbé az optikai szolgáltatásokat. Ez az arány manapság 60-40%-ra tehető, tekintettel arra, hogy a szemüvegkeretek és lencsék áraik ma már szinte megegyeznek a külföldi árakkal. Nem éri meg jobban Magyarországon megvenni a szemüveget. Leáldozott a szemüvegturizmus ideje.

A gasztroenterológia – ellentétben a fogászattal, szemészettel - nem az a terület, ahová, amiért a külföldiek Magyarországra jönnének. Egy gasztroenterológus elmondása szerint egy gyomortükrözésért senki sem fog Magyarországra jönni, még ha olcsóbb is. A béltükrözés önmagában megérné, azonban, ha hozzávesszük a járulékos költségeket (utazás, szállás több napra), akkor már nem éri meg.

Más a helyzete viszont az olyan külföldinek, aki huzamosabb ideig Magyarországon tartózkodik, él, ne talán tán Magyarországon kereső tevékenységet folytat. Ennek feltérképezése céljából olyan üzemorvosokat próbáltunk felkeresni, akik üzemorvosi szolgáltatásokat nyújtanak Magyarországon működő olyan vállalkozásoknak, amelyek külföldi személyeket is foglalkoztatnak. Találtunk olyan rendelőt, ahol nagyságrendileg 200-250 külföldi fordul meg évente. Igazából azzal nőtt meg a rendelőben a külföldiek száma, hogy 2011-ben jött két Magyarországon működő, külföldieket foglalkoztató cég a rendelőhöz. Ezzel nagyot nőtt a külföldiek száma, mert az egyik cég egy száz főt, a másik pedig olyan 30 körüli főt foglalkoztató cég. Ezen cégek munkavállalóinál az orvos nemcsak, mint üzemorvos, hanem mint magánorvos, illetve házi orvos is megjelenik. Számos beteg esetében az tapasztalható, hogy a kapcsolat az orvos és páciense között üzemorvos-beteg viszonyban kezdődik, s később a külföldi munkavállaló az orvos házi orvosi praxisába is belép. Az üzemorvos rendszeresen, meghatározott időpontokban kijár az üzem területére a megfelelő vizsgálatok, szűrések elvégzésére. Így a betegek ellátása a helyszínen csoportosan vagy visszarendelt beteg esetén a rendelőben egyénileg történik. A kisebb céghez évente egyszer mennek üzemorvosi vizsgálatra, új munkavállalók felvétele vagy egyéb esetben a beteg-orvos találkozása a rendelőben történik.

Van olyan szemészeti szakszolgáltatást nyújtó magánrendelő is, aki a korábbi években szerződések alapján szintén látott el üzemorvosi szolgáltatásokat szemészet területén. Ezeknek a szerződéseknek a száma jelentősen csökkent az elmúlt években, illetve most már nagyobb vállalatok helyett inkább több kisebb céggel állnak szerződéses viszonyban.

Sikerült interjút készíteni egy olyan világhírű intézményben is, ahol egy helyen folyik az oktatás elméleti és gyakorlati része. Ez egyben az intézmény sikerének záloga is. Ebből a kettős (oktató-gyakorlati) jellegből következik, hogy ez az intézmény speciális helyzetben van Magyarországon, s úgymond kakukktójásnak számít, mivel módszerénél, programjánál és célkitűzésénél fogva egyáltalán nem illeszthető be a klasszikus egészségügyi intézmények csoportjába, legyen az akár köz- vagy magánpénzből finanszírozott intézmény annak ellenére, hogy komoly rehabilitációs munka folyik az intézmény falain belül.

Az intézmény, mint rehabilitáló intézmény beteg gyermekeket, felnőtteket fogad határainkon belülről és kívülről. Legfiatalabb betegek az intézménynek a 4-6 hónapos korosztályból kerülnek ki, akik részére korai fejlesztő, gondozó központot működtet. A korai fejlesztő központban lévő gyerekek óvodás vagy iskolás korukig maradnak, állapotuktól függően. Számuk éves szinten 1000-1200 között mozog. Az intézmény működtet óvodát is, ahová 120-130 gyerek jár. Míg 10 évvel ezelőtt ezen gyermekek 80%-a volt bentlakásos, mára ez az arány már megváltozott, és csak 20%-uk veszi igénybe az intézmény bentlakásos jellegét. Általános iskolájukba tavaly 128 gyermek járt, az idei tanévre 145 gyermek iratkozott be. A beiskolázott gyermekek nagy többsége bentlakásos. Felnőtteket is fogad az intézmény különböző betegségekkel, baleseti traumákkal (stroke, afázia, sclerosis multiplex, Parkinson-kór, ataxia stb). Ezen betegek száma éves szinten 400 fő körül mozog.

A fejezet utolsó része a magán egészségbiztosítási opciókkal foglalkozik. Ez egy új piaci szegmensnek tűnik Magyarországon, amelynek hatása lehet a magán egészségügyi szolgáltatók piaci helyzetére is.

Harmadik országbeli állampolgárok részvétele a közfinanszírozott rendszerben – esettanulmányok

A fejezet írói több tucat interjút készítettek az ország különböző részein, illetve telefonon, írásban, annak érdekében, hogy megismerhessék a közfinanszírozott egészségügyi intézményekben a harmadik országbeli állampolgárok helyzetét. Az elvégzett felmérés, adatgyűjtés eddigi tapasztalatai alapján az alábbi összefoglaló megállapítások tehetőek.

Területi jelleg

A harmadik országbeli állampolgárok jellemzően budapesti közfinanszírozott egészségügyi szolgáltatónál jelentkeznek ellátásra. A vidéki ellátóknál az egyetemi klinikai centrumok végeznek viszonylag nagyobb esetszámmal ilyen ellátást, a kórházak gyakorlatilag csak igen ritkán látnak el nem EU állampolgárt. Ezek az esetek pedig leggyakrabban a sürgősség körébe sorolhatók. Vidéki szakrendelők közreműködése pedig elenyésző. Az e körből megkérdezettek zömében úgy nyilatkoztak, hogy az ellátás jogszabályi háttéréről gyakorlatilag nincs valós ismeretük, az elszámolás módjáról még hozzávetőleges ismeretekkel sem rendelkeznek, így leggyakrabban saját költségen végzik el az ellátást. (Ez vonatkozik az utasbiztosításra és a nem EU állampolgárok bármely jogcímen igénybe vett ellátására is.) Mindezekre figyelemmel érdemi ellátási adatok, és különösen

az ellátásra vonatkozó gyakorlati tapasztalatok a vidéki klinikai centrumoktól, egyes megyei kórházaktól, és a Semmelweis Egyetem (SE) intézményeitől nyerhetők. A statisztikák és interjúink szerint a nyugati megyékben (Győr-Moson-Sopron, Fejér és Baranya) elvétve fordul elő harmadik országbeli ellátása. A vizsgált öt évben, Vas, Zala, Veszprém, Komárom-Esztergom és Nógrád megyékben egyáltalán nem láttak el fekvőbetegként harmadik államokbeli állampolgárt. A sürgősségi helyszíni ellátásban az Országos Mentőszolgálat – mint egyetlen ilyen profilú közfinanszírozott egészségügyi szolgáltató - adatai reprezentatívak. Az adatok korrelálnak a fekvő és járóbeteg intézmények adataival abból a szempontból, hogy a mentőellátás során is a fővárosban látják el az esetek felét. Mindezen statisztikai adatokon alapulóan, a közfinanszírozott ellátásban a kutatásunk célja leginkább a harmadik országbeli állampolgárok számára nyújtott ellátások közel 90%-át biztosító budapesti és Pest megyei egészségügyi intézmények vizsgálata volt. Ebből a földrajzi egységből 19 klinika, és három kórház és két szakrendelő ellátási adatait dolgoztuk fel részletesen. A vidéki fekvő-, és járóbeteg ellátásban három megyei centrumtól származó tapasztalatokat elemeztük, továbbá 18 megyei mentőszervezet statisztikai adatait használtuk fel.

Szakmacsoportok

A vidéki kórházi ellátásban a sürgősségi ellátás mellett a sebészet, szülészet, kardiológia, laboratóriumi, ritkábban képalkotó diagnosztika igénybevétele tapasztalható, jellemzően ambuláns, vagy rövid tartamú ellátások hivatkozhatók.

Az esetszámok tükrében megállapítható, hogy Budapesten a nem EU állampolgárok ellátásának 80%-át a SE és Intézményei végzi. Szakmacsoportok szerint a szülészet, sebészet, laboratórium, gyermekgyógyászat, szemészet szerepel kiemelt helyen, azonban szinte kivétel nélkül valamennyi szakmacsoport érintett. Nemzetiségek szerinti felmérés alapján megállapítható, hogy nem egyenes az összefüggés a hazánkban tartózkodó regisztrált nem EU tagállamok polgárai és az egészségügyi ellátórendszer igénybevétele között. A legnagyobb létszámú kínai populáció számarányához mérten kis számban veszi igénybe a közfinanszírozott ellátórendszert, és azt is csaknem kizárólag Budapesten. Az USA állampolgárok azonban létszámukhoz mérten aránytalanul nagy számban fordulnak orvoshoz. Ez utóbbi statisztikai eltérés részben az orvoshoz fordulás vonatkozásában kulturális természetű lehet, másrészt befolyásolhatja az itt tartózkodók életkor összetétele is. Kínai állampolgárok esetében domináns a szülészeti ellátás igénybevétele, USA állampolgárok esetében a diagnosztikai szakmacsoportokat a kuratív sebészeti beavatkozások követik. Felvethető, hogy éppen a kulturális különbségek miatt a hagyományos orvoslás kisebb jelentőségű a Kínai populációnál. Komoly alternatívaként vehető figyelembe továbbá a magán ellátó szektor is.

Összefoglalva:

- Az USA állampolgárok létszámukhoz mérten aránytalanul nagy számban fordulnak orvoshoz. Ezt a megfigyelést a helyszíni sürgősségi ellátási adatok (Mentőszolgálat) is igazolják.
- Ez utóbbi statisztikai eltérés az orvoshoz fordulás vonatkozásában részben kulturális természetű lehet, másrészt befolyásolhatja az itt tartózkodók életkor összetétele is.
- Úgy tűnik, hogy az USA állampolgárok esetében a diagnosztikai szakmacsoportokat a kuratív sebészeti beavatkozások követik.
- Kínai állampolgárok esetében domináns a szülészeti ellátás igénybevétele,
- Felvethető, hogy éppen a kulturális különbségek miatt a hagyományos orvoslás kisebb jelentőségű a Kínai populációnál.

Komoly alternatívaként vehető figyelembe ezen populációnál a magán (véltetően részben kínai) ellátó szektor.

- A viszonylag nagy létszámú vietnámi populáció létszámarányához mérten kevésbé jelenik meg a járó-, illetve a fekvőbeteg ellátásban, és a mentőellátást gyakorlatilag alig veszik igénybe.

- A mentőellátásnál az ukrán, szerb, és volt jugoszláv állampolgárok nagy számban szerepelnek, ugyanakkor a várttól eltérően nem a határ menti régiókban, hanem inkább a fővárosban jellemző az ellátás igénybevétele. Ez is igazodik a járóbeteg és fekvőbeteg ellátáshoz.

A kettős állampolgárok leginkább a magyar állampolgárságukkal veszik igénybe az ellátást. (Vö. Szerbia, Horvátország, Ukrajna, USA) Így, nagy valószínűséggel a külföldi állampolgárok adatai a valós hovatartozást tükrözhetik.

Kihívások

A megkérdezett ellátók elsősorban a finanszírozás és az adminisztráció összetettségét élik meg jelentős feladatként, a nyelvi, a kulturális nehézségek, bár jelen vannak, mégsem dominánsak. Jogi, kártérítési, vagy egyéb (etikai, betegjogi) panaszok gyakorlatilag nem kerültek felszínre a közfinanszírozott ellátásban. Az ellátás alapjául szolgáló egyezményeket, jogcímekeket az ellátást végző orvosok gyakorlatilag nem ismerik, ehhez általában az adminisztráció segítségét kérik. Komoly gondot jelenthet a beteg nyomkövetése, annak megszervezése, és a további gondozást végző külföldi kolléga mikénti tájékoztatása. Az ellátók, az esetleges nyelvi nehézségek mellett leginkább az anamnézis hiányát, a kórelőzmény, a további-, vagy mellék-, és kísérőbetegségek, valamint az esetleges gyógyszerallergia ismeretének hiányát ítélték legnagyobb problémának. A gyógyszerelésnél a gyári nevek megismerése mellett a tényleges hatóanyag összetétel problémáit hangsúlyozták.

Intézményi esettanulmány Szegeden

A fejezet írója vállalta, hogy megvizsgálja az ország déli részének egyik legfontosabb városa, Szeged pozícióját a harmadik országbeli állampolgárok egészségügyi rendszerben való részvétele terén. A helyzet elemzésének keretében vizsgálta, hogy

- Hogyan biztosítja a Szegei Tudományegyetem (SZTE), hogy az érintettek tájékoztatást kapjanak az ellátási lehetőségekről és annak feltételeiről,
 - Milyen számban és milyen okok miatt kerül sor az ellátásra;
 - Milyen térítési formákat határoz meg az ellátó, ennek milyen a nyilvánossága;
 - A külföldiek ellátása során merült-e föl panasz, kifogás, folyik-e „műhiba-per”;
 - Milyen arányban fordulna elő a fent említett szükséglet miatti ellátások, ezen belül milyen eloszlást mutatnak a szakértői ügyek;
 - Milyen esetek fordultak elő az SZTE Igazságügyi Orvostani Intézetében, ezek jellegzetességei milyen kihívást jelentenek az intézet feladatellátásának megszervezésében?

Bemutatásra kerülnek az SZTE-n tanuló harmadik országbeli hallgatók körében végzett felmérés eredményei.

A hatályos szabályok a harmadik országból érkező orvosegyetemi hallgatók tartózkodási engedélyének kiadásához feltételül szabják az egészségügyi ellátás költségeinek fedezetét. Ez megtörténhet biztosítás megkötésével vagy annak igazolásával, hogy az érintett az ellátás díjtételének fizetésére rendelkezik megfelelő pénzügyi fedezettel. Az előírás a jogosultságok lehetséges fajtáit sorolja föl, így a magánbiztosítási lehetőségét vagy annak lehetőségét, hogy az érintett személy a magyar egészségbiztosítási rendszerbe kerüljön be az OEP-pel kötött szolgáltatási megállapodás révén. Az OEP-pel kötött önkéntes szerződés jellemzői és előnyei alig ismerhetők meg a szakirodalomból, elsősorban egy-egy cikk utal erre a konstrukcióra. A minimálbér összegének 30%-át kell fizetnie ezen megállapodás alapján az érintettnek (2012-ben ez havi 27.900 Ft), ezzel gyakorlatilag teljeskörű biztosítási lefedettséghez jut.

A magánbiztosításban (3 egyetemen a Generali-Providencia) felajánlott árelőny a hallgató számára vonzó lehet. Bízva egészségükben könnyen hajlanak arra, hogy az olcsóbb, de messze nem teljeskörű biztosítást válasszák. A felmérés adatai azt mutatták, hogy az egyetem a későbbiekben vagy nem ellenőrzi a biztosítás megkötésének tényét, vagy sokan élnek a lehetőséggel, hogy nem kötnek biztosítást, hanem közvetlen térítési díjfizetést vállalnak, amelyet a tartózkodási engedély megújításakor kell a hatóságoknak ellenőrizni. Hatékony eszköz ezért az egyetemek részletesebb információja az adott témában.

2009-ben a Magyarországon tanuló külföldi diákok 30%-a (több, mint 1800 fő) a négy orvostudományi egyetemen tanult. Kimondva vagy kimondatlanul, az orvosegyetemek számára a térítéses (OEP szerződésen

kívüli) betegellátás forrását is jelenti a külföldi hallgatók ellátása, amely hozzájárul az egyéb – ehhez az oktatáshoz kapcsolódó – bevételekhez.

Az egyetemek által felajánlott biztosítások egyike sem merítette ki a „teljeskörű” ellátási lefedettséget, bár a jogszabály kifejezetten ezt írja elő. Az egyetemek mindegyike javasol egy adott konstrukciót a hallgatóknak, amelyben a preferált szolgáltató az egyetem. Az SE és Debrecen úgy tűnik, ajánlja a saját biztosítási konstrukció megkötését. Az SZTE a hallgatói tájékoztatást megadja, és ezen belül javasolja a saját ellátását preferáló biztosítás megkötését, Pécs pedig ezt egy rejtettebb, kevésbé nyilvános eszközzel teszi. A pécsi információs oldalak a biztosítás tartalmát illetően szinte semmi adattal nem szolgálnak, a többi egyetem olyan ismertetést nyújt, amely akár össze is vethető más ajánlatokkal.

Az egyetemek gyakorlatát nemcsak a tájékoztatás oldaláról, hanem a betegjogok érvényesülése oldaláról is érdemes megvizsgálni. Minden egészségbiztosítás tartalma bizonyos restriktiókat a szabad orvosválasztás szempontjából, de általában lehetővé teszik - legalább néhány egészségügyi intézményre kiterjedően – a szabad orvosválasztást. Az egyetemek a külföldi hallgatók esetében ezt jelentősen korlátozzák, mivel mind a négy egyetem olyan biztosítási konstrukciót ajánl, amelyben a szolgáltatások kizárólagos nyújtója ő maga. Fentiek alapján a biztosítási szerződés is a jogszerűség határán mozog a betegjogok szempontjából, de egyetlen biztosítás kötelezővé tétele bizonyosan túlmegy az indokolt és arányos jogkorlátozáson, amely a biztosítás gazdaságossága alapján indokolható.

Mindezekon kívül is megjelenik egy további betegjogi kérdés, ami nemcsak a harmadik országok polgárait érinti, de az SZTE-n végzett felmérés, valamint a többi egyetem és az állami, kormányzati szervek anyagainak áttekintése együttesen hívja föl rá a figyelmet. Ez pedig az egészségügyi törvény általános, nem a közvetlen orvos-beteg kapcsolatban megjelenő betegjogainak érvényesítése. Az általános betegjogok az ellátórendszer és annak fenntartója és a potenciális igénybevevők közötti, az egészséggel, az egészségüggyel kapcsolatos jogosultságokat tartalmazzák. Esetünkben a vizsgálendő jog az ellátórendszer ismeretéhez, a szükség esetén alkalmazandó szabályok ismeretéhez való jog.

A külföldi hallgató tehát nehezen ismerheti meg a magyar egészségügy működését előzetesen. Mindaddig, ameddig beiratkozik, csak olyan általános információhoz jut, amely valós döntési lehetőséget nem biztosít abban, hogy megválassza az általa preferált biztosítási konstrukciót, beleértve a magyar társadalombiztosításhoz történő csatlakozást.

Nemzetközi aspektusok

Migránsok egészségügyi ellátása Szlovákiában, Romániában és Bulgáriában

Az általunk vizsgált Szlovákia, Románia és Bulgária a területükön élő migránsok számát tekintve európai szinten nem számít jelentős befogadó országnak. Ezen államok harmadik állambeli migránsokkal kapcsolatos politikája ráadásul szigorúbb az EU tagállamok átlagánál.

Románia, Bulgária és Szlovákia tehát nem minősíthető nem sorolható a migránsok integrációját könnyítő országként.

Tényleges, megbízható minőségi adatok hiányában is megállapítható, hogy a migránsok az adott állam polgáraihoz képest ritkábban veszik igénybe a preventív ellátásokat, a szűréseket, illetve védőoltásokat, azonban a sürgősségi ellátásokat a szükségesnél többször veszik igénybe. Mindemelllett az elkerülhető, korai felismeréssel és szűréssel megelőzhető betegségek kialakulása a migránsok esetében jóval gyakoribb.

A közhiedelemmel ellentétben a migránsok nem vesznek igénybe több ellátást, mint a hazaiak, sőt, gyakran, információ hiányból vagy félelemből a nekik egyébként legálisan járó ellátások igénybevételétől is tartózkodnak. Nem igaz az az általános vélekedés, hogy a migránsok éppen az egészségügyi szolgáltatások igénybevétel céljából költöznek az adott országba. Ezt egyébként a vizsgált országok által nyújtott egészségügyi ellátások színvonala nem is feltétlenül támasztja alá.

A legálisan, hosszú távon a vizsgált országok területén tartózkodó harmadik állambeli polgárok ugyan olyan módon juthatnak ellátásokhoz, mint a hazaiak, e téren diszkriminációról nem beszélhetünk. Az ellátások igénybevételét korlátozó formális akadályról is igazából csak Bulgária esetében beszélhetünk. Ott azonban a biztosítottak által fizetendő vizitdíj – mégoly alacsony is – nem csak a külföldieket riasztja el az ellátások igénybevételétől. Abban az esetben azonban, ha a migráns jogi helyzete nem rendezett – vagyis „nem dokumentált” – tulajdonképpen csak sürgősségi ellátás igénybevételére jogosult. A migránsok egészségügyi ellátáshoz való hozzáférését jóval nagyobb mértékben befolyásolják az informális akadályok, ami a hiányos nyelvismerettel, az egészségügyi ellátórendszerrel kapcsolatos felületes tudással, a nehéz kommunikációval és a hálózati kapcsolatok hiányával függ össze.

A migránsok egészségügyi igényeinek kezelését illetően az érintett államoknak és egészségügyi ellátó rendszereiknek tisztában kell lenniük a migránsok sokféleségével. A migránsok, különösen a harmadik államokból érkező migránsok nem alkotnak homogén csoportot, jelentős különbségek tapasztalhatók közöttük vallási, kulturális, nyelvi és származási ország tekintetben. Igen sokszor – különösen a nem dokumentált és a menedékjogot kérelmező külföldiek esetében – a migráns helyzet

összefüggésben áll a hátrányos társadalmi-gazdasági helyzettel, amiben e migránsok élnek, és gyakran nehéz felállítani az ok-okozati viszonyt a migráció és a társadalmi hátrányok között. Nem ritkán, ahogy fent is kitértünk erre, maga a migráció okozza az egészségügyi kockázatot. Megállapítható azonban, hogy a migránsokhoz való hozzáállást a vizsgált országokban legkevesbé sem jellemzi az a differenciáltság, ami kívánatos lenne. Nem szabad elfelejtenünk azonban, hogy a harmadik álmokból érkező migránsok száma egyik vizsgált országban sem mondható jelentősnek, és problémáik nem érték el a helyi társadalom ingerküszöbét olyan mértékben, hogy megfelelő politikai-jogi válasz szülessen igényeikre.

Bár, amint megállapítottuk, a migránsok a vizsgált országok egészségügyi ellátórendszerével kapcsolatban felmerülő problémái gyakorta azonosak a helyi lakosság ellátás-igénybevételi nehézségeivel, mindenképpen léteznek nem elhanyagolható különbségek is. Általánosságban megállapítható, hogy a harmadik álmokból származó migránsok rendszeresen a befogadó állam lakosságának átlagához képest nagyobb mértékben van/volt kitéve a fertőző betegségeknek. Különösen az Afrikából és Ázsia egyes részéből származó migránsokra mondható el, hogy származási országukban az európainál jobban ki voltak téve pl. TBC-, hepatitisz- vagy HIV-fertőzésnek. Általánosan tapasztalható, hogy a szüléssel kapcsolatban sem egyenlők a migránsok esélyei: halva születés és csecsemőhalandóság tekintetében egész Európában veszélyeztetettebbek a migránsok, mint a helyi lakosság, ami részben nem véletlenül a terhes-gondozás elhanyagolására vezethető vissza. Bár a vizsgált országok szempontjából konkrét adatok erre nincsenek, de nagy valószínűség szerint nem mutatnak nagy eltérést. A migráció, különösen a nem dokumentált, esetleg illegális migrációból származó pszichés problémák kezelése további kihívás elé állítja a fogadó államok egészségügyi ellátó rendszereit, amelyek már így sem tudnak, és részben nem is akarnak megbirkózni a marginálisnak tartott migráns-problémákkal.

Összességében megállapítható, hogy a migránsokat

- a kiszolgáltatott és egészségügyileg sebezhetőbb helyzetük mellett
 - a fizetési kötelezettségek, önrészek és
 - az esetenként restriktív beutalási rendszer mellett (mindkettőre valójában Bulgária a tényleges példa)
 - a nyelvi és kulturális akadályok, továbbá
 - jogaik ismeretének hiánya
- hátráltatja leginkább az ellátások igénybevételében.

A szerb egészségügyi ellátórendszer jellegzetességei

Szerbia jelenleg a legalacsonyabb gazdasági fejlettségű európai országok közé tartozik. Az alacsony gazdasági fejlettségét, az alacsony GDP-je és magas

munkanélküliségi rátája mutatja meg. 2011-ben Szerbia GDP-je 43, 315 milliárd U.S. dollár volt, ami azt jelenti, hogy egy főre jutó GDP 5 725, 181 U.S. dollár volt. Szerbiában 2011-ben a munkanélküliségi ráta 23,7% volt. Demográfiai szempontból, Szerbiát a demográfiai öregedés jellemzi. 2010-ben a halálozási ráta 14,2, a születési ráta 9,4 volt, ebből következően a természetes szaporodási ráta -4,8 volt.

A szerb egészségügyi rendszer megszervezése és irányítása 3 intézmény feladata:

1. Szerb Köztársaság Egészségügyi Minisztériuma
2. Közegészségügyi Intézet „Dr Milan Jovanović- Batut”:
3. Országos Egészségbiztosítási Alap

Szerbiában az egészségügyi szolgáltatás elemei a közfinanszírozott egészségügyi intézmények és a magánpraxis. Szintén a szolgáltatás elemei közé sorolhatók az egészségügyi intézményekben és a magánpraxisban tevékenykedő egészségügyi szakszemélyzet és egyéb személyzet. Az egészségügyi intézmények végzik el az egészségügyi szolgáltatásokat. A magánpraxisok az egészségügyi szolgáltatások bizonyos területeihez tartozó tevékenységekkel foglalkoznak.

31.12.2010. Szerbia területén összesen 157 Egészségház, 22 Egészségügyi Központ, 40 Általános Kórház (Opšta bolnica, ang. General Hospital), 37 Speciális Kórház (Specijalna bolnica, ang. Special Hospital), 4 Klinikai Korhási Központ (Kliničko bolnički centar, ang. Clinical Hospital Centre), 4 Klinikai Központ (Klinički centar, ang. Clinical Centre), 7 Klinika, 22 Intézet- Zavod (ang. Institute), 15 intézet- Institut (ang. Institute), 23 Közegészségügyi intézet (Zavod za javno zdravlje, ang. Institute of public health), 36 Gyógyszertár (Apoteka, ang. Pharmacies) működött.

Szerbiában az egészségügy három szinten működik- elsődleges, másodlagos és harmadlagos szinten.

Elsődleges szintet azok az egészségügyi intézmények alkotják, amelyekbe a betegek beutaló nélkül tudnak bekerülni és szolgáltatáshoz jutni. Elsődleges szinten legfontosabb intézmény az egészségház. Ide tartoznak még azok az egészségügyi intézmények, amelyek a lakosság egyes csoportjai számára és az egészségügy bizonyos specifikus területein, elsődleges egészségügyi ellátást biztosítanak:

- hallgatói egészségügyi intézet (hallgatói poliklinika, zavod za zdravstvenu zaštitu studenata)

-foglalkozás – egészségügyi intézet (zavod za zdravstvenu zaštitu radnika)

-mentőszolgálati intézet (zavod za hitnu medicinsku pomoć)

-genontológiai intézet (gerontološki zavod)

-fogászati intézet (zavod za stomatologiju)

-tüdőbetegségek és tbc intézet (zavod za plućne bolesti i tuberkulozu)

-bőr és nemibetegségi intézet (zavod za kožno-venerične bolesti) és gyógyszerárak.

Elsődleges egészségügyi ellátás igénybevételéhez a betegeknek a kiválasztott egészségházban meg kell jelölniük a választott orvost ,aki lehet :

- 1.) Általános orvos, általános szakorvos illetve foglalkozásügyi szakorvos
- 2.) Gyermekek szakorvos
- 3.) Nőgyógyász szakorvos
- 4.) Fogorvos illetve preventív fogászati és gyermekfogászati szakfogorvos

Másodlagos szintű egészségügyi ellátás a szakorvosi és konzultatív illetve a fekvőbeteg- ellátást (kórházi ellátás) jelent.

Fekvőbeteg-ellátás diagnosztikai, kezelési, rehabilitációs intézkedéseket jelent , illetve betegek ápolását és gyógyszerekkel való ellátását,kórházi tartózkodásuk idején.

Harmadlagos szintű egészségügyi ellátás a szakorvosi konzultatív ellátás és fekvőbeteg –ellátás legbonyolultabb formáit jelenti, valamint a tudományos kutatási és oktatási tevékenységet.

Szerbiában az egészségbiztosításnak 2 fajtája létezik:

1. Kötelező egészségbiztosítás
2. Önkéntes egészségbiztosítás

Önkéntes egészségbiztosítás típusai a párhuzamos, kiegészítő és magán egészségbiztosítás.

Szerbiában a külföldi állampolgárok – ha másként nem biztosítottak -, akkor jogosultak a kötelező egészségbiztosításban szereplő egészségügyi ellátásra, ha az országuk és Szerbia között érvényben van a szociális biztosításról szóló nemzetközi szerződés. A kötelező egészségbiztosítás tartalmát a kötelező egészségbiztosításról szóló törvény határozza meg.

Summary of the project

About the research project

Co-financed by Tullius Ltd., the European Integration Fund and the Ministry of Home Affairs of Hungary, the project titled “Research about access to the health care system” was implemented in 2012. The project aimed at examining the relationship of third-country nationals to the Hungarian health care system. The project hypothesis (idea) was based on the interviews that were taken with third-country national workers in the former projects of Tullius Ltd. According to the hypothesis the relationship of third-country nationals to the Hungarian health care system is goes along the same lines with Hungarian insured persons, albeit certain linguistic-cultural differences might occur.

The health care system forms a very elaborated structure, the rules of access and of service provision are complex. This inherently compound structure is further supplemented with distinct international rules to third-country nationals. Key stakeholders of the system are the health care providers themselves that are required to put these rules into practise. They are required to solve the financial and administrative tasks, they need to sort out the concrete cases related to third-country nationals. They have direct contact with the patients, they communicate with the persons concerned and, most importantly, they provide for the appropriate medical care.

The project's objectives were

- to produce printed and electronic materials in the topic (analitical study, case studies about private and public health care providers, instituional case study and international comparative study in a handbook) that describe the issue in-depth;
- to prepare and organise a professional forum for discussion;
- to hand out the finalised handbooks through different channels to third-country nationals and to 200 health care providers;
- to produce a bilingual (Hungarian-English) summary that contains the most important research findings of the project.

Within the framework of the project 40-50 interviews with health care providers were foreseen, in order to reveal the opinion of these institutions regarding the main questions of the project, namely:

1. What is the nationality of non-Hungarian patients (union citizen or third-country national) who visit the institution
2. What kind of services and medical treatments are frequently used by them?
3. Do foreigners know the Hungarian health care system? Do they use preventive treatment or emergency care (when there is a must to visit a doctor)?
4. Are the characteristics of foreign patients (sex, age, medical treatment) similar to that of Hungarian patients?
5. Is the judgement of self-rated illness similar to that of Hungarian patients?
6. Are there special challenges towards foreign patients, if yes, what are they?
7. Are their linguistic-cultural difficulties, is there a need for translation?
8. What are the best practices?

The research and its result did not contain health-related personal data, or case presentation requiring the consent of patients. The results of project are the expert studies that are contained in this handbook.³⁶³ This Chapter is a descriptive summary of the essence appearing in the expert studies enabling the presentation of the research findings in an aggregated form.

Research findings

Participation of third-country nationals in the Hungarian health care system on the basis of statistical data and legal norms

Within the ambit of the analytical study two expert studies have been completed, on the one hand an analysis of the data handed over by the National Health Insurance Fund (NHIF), contained in Chapter I., while on the other hand an analytical examination of the applicable Hungarian legal norms (Chapter II.).

Statistical data

³⁶³ Visibility of the project is also provided by the web page a www.tullius.hu.

The unique database handed over by the NHIF contains data related to the years 2006-2010. The data contain those health care benefits that were provided for third-country nationals possessing TAJ (social insurance identification number), these persons correspond to the definition of legal migrants, at the same time, the analysis does not encompass TAJ data of refugees, stateless persons and other persons who do not fall within the personal scope of the European Integration Fund. The content of the data base consisted of the public health care consumption of third-country nationals staying in Hungary. As methodological notes it is put forward that the private health care consumption of third-country nationals was out of the scope of this statistical sample. The analysis was based on data of administrative nature deriving from full-scale register, that already had archive data files as well. Further characteristic is that the data is up-to-date and were handed over as an anonymous source. We yielded this full scope administrative data with individual retrospective files on the group of emergency health care (acute care), out-patient care, in-patient care, dental care and cash benefits. Unfortunately the information on demographic characteristics, labour and legal status was scarce. According to the advantages of the given data focus was put on the spatial analysis and on citizenship matters.

The distribution by citizenship mirrored strong concentration. The three fourth part of the care recipients came from seven countries, namely, Ukraine, China, Vietnam, former Yugoslavia, Serbia, Russia and Mongolia. It is to be traced that the structure of third-country nationals echoes the block of former socialist countries of the past century. It is suggested that, albeit the research aims at describing current trends, it severely faces the heritage of the past, almost 50 years long history.

The nationals of Ukraine had the highest share within the mass of foreign citizens. Chinese people were situated in the second place with a severely less proportion. Surprisingly, Vietnamese citizens held the third place in several cases. These nationals were followed by the citizens of neighbouring countries just as Serbia and former Yugoslavia. The medical care for Chinese and Vietnamese nationals were provided in the capital city of Budapest. The place of care was Budapest also for the majority of the citizens of neighbouring states, however, in their case also the medical centres close to the border played a considerable role: Szabolcs-Szatmár-Bereg, Hajdú-Bihar for Ukraine nationals while Csongrád county for Serbian and other ex-Yugoslavian nationals. The county Pest functioned as a kind of transitional zone between the capital city and the other parts of the country in terms of volume of care recipients (except the afore-mentioned counties). A subsequent general statement is that – besides Chinese and Vietnamese

nationals – outside of Budapest and Pest county, care cases of third country nationals coming from Russia and Mongolia were to be observed in limited extent. It is to be stressed that medical care was given in Budapest for nationals of very remote, even regarded as exotic states that can be explained probably by the multicultural features of the capitol city. Presumably, not only labour migration but other channels of migration shall be assessed in order to evaluate the role of Budapest in the segment of health care provision.

It is to be emphasised repeatedly that Budapest dominated medical care provision for third-country nationals in absolute terms in Hungary. It was followed by the Pest county and the east and south counties next to the state border. In Győr-Moson-Sopron and Zala counties only a few third-country nationals appeared in the public health institutions. It was indeed peculiar that, in the 5 respective years, in the counties of Vas and Nógrád not a single third-country national was given emergency or in-patient medical care, and additionally, no cash benefits were granted either. The examined time-frame enabled observations as regards characteristic spatial spreading processes. Citizens of Ukraine faced from east to west. The nationals of former Yugoslavia and Serbia moved to north-western directions, moreover from Budapest to the other parts of the country. Chinese nationals migrated from Budapest to the other parts of the country, in their case county Pest was not a transmitting area.

We received data about sex only in case of in-patient care. It is to be mentioned that Chinese and Vietnamese male had medical problems requiring in-patient care only to a very limited extent. Even urological incidents were negligible. In case of female, gynaecological medical interventions, prenatal and newborn care were outstandingly dominant.

Aggregate data on third-country national medical care recipients in Hungary between 2006-2010

Type of treatment	Number of care recipients	Average cost per person (thousand Ft/year)	Proportion of the six most considerable nationality of care recipients (%)	Proportion of the care recipients treated in the six most considerable counties (%)	Proportion of Budapest (%)
Acute care	11 776	34,4	82	94	61
In-patient care	9 414	34,4	94	95	63
Dental care	18 123	1,1	86	86	55

Out-patient care	72 306	3,0	79	85	57
Cash benefit	3 961	81,6	93	94	66

Source: NHIF data handed over to Tullius Ltd., own calculations, 2012.

Prevailing opinions in literature and legal norms

On the basis of the analysis of the relevant literature, the following main observations can be made in relation to the migrants' access to health care benefits:

1. In the context of health care benefits provided for migrants, three main problems can be identified: problems of accessibility (i), limited communication (ii) and related legal problems (iii).

2. The right to the use of - or access to – health care benefits cannot be interpreted as unrestricted, it cannot be absolutized since it depends on the capacity of the national economy.

3. The quality of the services available to migrants depends on the category into which a given migrant can be classified. According to the relevant literature, from a procedural point of view, the provision of health care benefits was almost identical in the case of regular migrants and non-migrants; however, there were significant differences in relation to irregular migrants.

3.a. In the context of emergency care, these differences were hardly discernible; the experiences in this field did not differ from those obtained in relation to non-migrants.

3.b. Due to problems of accessibility, migrants appear more frequently in the field of emergency care.

4. When language barriers do exist, patients tend not to resort to primary health care or preventive medical treatments. The lack of knowledge of language narrows down the available curative methods; this might lead to a health care of lower level and might endanger the continuity of the provision of health care services.

5. In general, migrants did not utilize adequately the potentials of the health care system due to lack of information.

6. In some cases, migrants opined that the general features of the health care system were disadvantageous only for them, even though in many instances the system had been applied to migrants in its integrity.

7. Albeit questions and problems of accessibility have been discussed in several treatises, studies aiming at grasping the factors influencing the quality of the health care services when migrants have been already admitted to the

health care system are scarce. I.e. the question is whether migrants are treated as if they were nationals in the course of diagnosing, prescription of a proposed therapy, treatment or aftercare.

8. Male migrants resort most frequently to accident health care, while in the case of female migrants, prenatal care (or abortion), delivery (in child-birth) and childcare are the most frequently used services.

9. Children's access to health care benefits is not universal either; their situation is restricted to some extent, except for emergency care ensured by states.

10. Physicians providing the actual health care (i.e. not the administrators responsible for managerial issues and focusing also on the eventual reimbursement of the costs) were not particularly concerned about the origin or legal status of the patients.

In the field of legal norms the analytical study suggested the conclusion that the limited numbers of non-Hungarian national patients, as a main rule, share the same faith as Hungarian persons in the Hungarian health care system. It means that the impacts and challenges affecting the main group of patients appear also on the level of migrants.

As regards access to the health care system, it can be said that a uniform and mandatory social insurance is operational in Hungary that aims at integrating all persons who exercise economic activity or live permanently here. In accordance with this objective there exist several categories for access: insured persons and those who are entitled to in kind health care benefits (affiliation is obligatory, either economic activity or resident status is required). An important possibility is to enter into contract with the NHIF. This is not obligatory and there is no resident status required. It can be stressed that a third-country national can affiliate to the Hungarian health care system, even if s/he pursues an economic activity, even if s/he lives here permanently and even if s/he has no former or actual tie with the country.

It is to be stressed that persons who have access to join the Hungarian health care system are entitled to take part in it on the basis of equal treatment, both in the field of emergency health care and planned care. The basic principle is (Article 3 (1) of Act on Health Insurance): „Persons entitled to health insurance benefits are entitled to health services with the same professional content.” The same applies to cash benefits including those cases when incapacity to work arises from caring for a child. Similarly, social protection covers pregnant and childbearing women who – among others – can avail themselves of the support by professional care givers.

In Hungary persons are entitled to use the services of the health care system according to their place of residence except emergency care when

any available institution can be accessed. Non-Hungarian beneficiaries are entitled to access the system along the same rules. Those third-country nationals who lack residence, belong to the territorially competent institution of the place of their stay.

Hungarian health care system is driven by solidarity and equity, namely that cash benefits can be applied for. Non-Hungarian nationals are eligible to these benefits as well (general assistance and public medicine provision).

Third-country nationals in the private health care system – study on the role of private service providers

First and foremost, this part of the handbook describes under what conditions a private health care institution can become operational in Hungary. The point of departure in the field of licencing, necessary personal and infrastructural requirements is that every health care institution shall meet the same rules on foundation and operation. No distinction is made on the basis of private / public institutions. Difference is made in pricing, private service providers fix their prices on their own while public institutions get financing from the NHIF (on the basis of a financing agreement).

The Chapter subsequently analysis the interviews taken during the project. To select private institutions to be interviewed that provide health care services, this study regarded those services as a basis that are mostly requested in public hospitals by foreigners residing in Hungary or where the advantages of coming to Hungary in light of the quality or price of the service are known. The selected institutions typically provide health care in the field of gynaecology, dentistry, ophthalmology or locomotor diseases.

According to one of the private service providers which offers services of rheumatology, physiotherapy/special physical education, cardiology, orthopaedics, internal medicine, psychiatry, neurology, acupuncture, moreover treats respiratory allergy and maintains a laboratory, third-country national patients resort to two primary services: rheumatology because of locomotor diseases and locomotor therapy and special physical education.

In the field of ophthalmology, foreigners resort to ophthalmologic consultation with specialists rather than ophthalmologic services. When compared to each other, the proportion of these two services is 60-40 percent, since the Hungarian price-level of spectacle-frames and spectacle-glasses is close to the prices available abroad. It is not worth purchasing glasses in Hungary, the time of glass-tourism has come to an end.

Gastroenterology – in contrast to dentistry and ophthalmology – is not a field especially targeted by foreigners coming to Hungary. According to a

gastroenterologist no one will come to Hungary for a gastroscopy, even if it is cheaper. Endoscopy would be worthy in itself but because of the additional expenses (travel, accommodation for several days etc.) it will not quit the costs.

The situation of foreign nationals living in Hungary for a longer period of time or pursuing a paid activity is different. To explore this sector we tried to contact company doctors providing health services for companies that operate in Hungary and employ foreign nationals. We contacted a consulting room where 200-250 foreign nationals show up annually. The increase of the number of foreigners accounts for the fact that in 2011 two companies employing foreigners established contacts with the consulting room. The number of foreigners has increased significantly as one of the companies employs 100 employees, the other employs 30 person. The company doctor works in the capacity of general practitioner or private doctor. In numerous instances the physician-patient relationship begins at the company and the employee later becomes a regular in the GP's praxis. The company doctor visits the territory of the factory regularly to conduct the required examinations and screenings. Thus medical attendance takes place on the spot in groups or in the case of recalled patients in the consulting room individually. In the case of the smaller company, visits take place once a year, the admission of new employees or in other cases patients and the doctor meet in the consulting room.

There is a private ophthalmologic service provider which earlier provided company doctor services in the field of ophthalmology. The volume of this kind of contractual relationships has decreased significantly in recent years, and instead of large companies, company doctors sought to establish legal contacts with multiple smaller firms.

An interview was done in a world-famous institute where both theoretical and practical education is provided in the same place. This is the key to the success of the institute. It follows from this dual (educational-practical) characteristics that this institute enjoys a special place in Hungary; it can be described as an exception, in light of its mission statement it cannot be classified into the group of classic health institutes, be it either private or public funded institutes, even though serious rehabilitation work is conducted in the institute.

The institute in the capacity of rehabilitation institute receives ill children and adults from Hungary and abroad. The youngest patients are of 4-6 month old, for whom the institute maintains a developing, nursing centre. In the developing centre children stay until they reach the admission age for kindergarten or primary school depending on their condition. There are some 1000-1200 child patients annually. The institute runs a kindergarten with a capacity of 120-130 children. Ten years ago 80 % of these children

resided in the institute, the ratio has changed by now and only 20 % of the children utilize the boarding school. In 2011 128 pupils enrolled in the primary school, 145 children enrolled for this school-year. The majority of the enrolled children are boarders. The institute admits adults with different types of illnesses or accident traumas (stroke, aphasia, sclerosis multiplex, Parkinson disease, ataxia etc.). The number of these patients is about 400.

The final part of this Chapter deals with private health care insurance options. This seems to be a new market segment in Hungary that might have influence the positioning of private health care providers as well.

Third-country nationals in the public health care sector - case studies

The authors of this Chapter made more dozens of interviews in different parts of the country, and via phone or email in order to get known the situation of third-country nationals in publicly financed health care institutions. In light of the results of the survey and data collection the following summing observations can be made.

Territorial aspect

Third-country nationals typically resort to health care benefits in one of the publicly funded health care service providers in Budapest. Of the regional service suppliers, the universities' clinic centres provide this kind of benefit in great numbers; hospitals rarely attend non-EU citizens, and these cases mostly fall within the sphere of emergency care. The contribution of regional outpatient clinics is minimal in this field. The interviews with people from this area revealed that there is a lack of actual knowledge of the legal background of health care benefits, and these people do not have even vague ideas about the method of accounting; thus health care services are provided at their own charge. (This applies to travel insurance and health care benefits used by non EU-citizens irrespective of the title). With regard to this, valuable data on benefits and especially practical experiences related to the benefits can be obtained from regional clinic centres, some county hospitals and the institutions of Semmelweis University (SE).

According to the statistics and our interviews it seems that third-country national patients are rarely treated in the Western counties (Győr-Moson-Sopron, Fejér and Baranya). During the examined 5 years there was no in-patient care in the following counties: Vas, Zala, Veszprém, Komárom-Esztergom and Nógrád. As regards emergency health care, the data handed over by the National Ambulance Service - the sole Hungarian publicly financed service provider – shall be looked at as representative. The data correlate with the data gathered in the field of out-patient and in-patient care, as far as that half of the medical cases are treated in the capitol city. Based on these statistical findings, our research targeted to monitor mainly the health care institutions in Budapest and Pest county, where 90 % of the medical treatment for third-country nationals occurred. From this geographical region the data stemming from 19 clinics, 3 hospitals and 2 health centres were processed thoroughly. Data on in-patient and out-patient care from the countryside derived from 3 county –level centre,

moreover, 18 county-level branch of the National Ambulance Service has been analysed.

Professional groups

In regional hospitals, beside emergency care, the resort to surgery, obstetrics, cardiology, laboratorial diagnostic procedure or to a lesser extent imaging diagnostic procedure is prevalent; ambulant or short-term health care benefits are typical.

On the basis of the number of cases, SE and its institutions provide 80 percent of health care services for non-EU citizens in Budapest. Obstetrics, surgery, laboratory, paediatrics, ophthalmology have primary role, but all professional groups without exception are affected. On the basis of the survey focusing on nationality, no direct correlation can be observed between registered non EU-citizens residing in Hungary and the requisition of the health care system. In comparison to its proportion, the Chinese population which is the most populous community resorts relatively seldom to the publicly financed health care system. On the other hand, USA citizens consult physicians more frequently in comparison to their proportion. This statistic difference might be traced back to cultural factors; on the other hand it might be influenced by the age composition of the people residing in Hungary. Resort to obstetrical care is prevalent among Chinese citizens, in the case of USA citizens diagnostic professional groups are followed by curative surgical interventions. It might be reasonable to argue that traditional medicine is of smaller importance among the Chinese because of cultural differences. The sphere of private service providers might be regarded as a serious alternative.

In summary:

- United States nationals visit doctors in disproportionately big numbers relative to the size of their population. This observation is also backed up by the data on emergency care provided by the Ambulance Service.
- This statistical difference in terms of visiting doctors relatively often can be partially of cultural nature, on the other hand it can be dependent upon the age composition of these nationals.
- In case of US nationals diagnostic professional groups are followed by curative medical interventions.
- In case of Chinese nationals obstetrical interventions are dominant.

- Probably, due to cultural differences the role of traditional medicine is less significant within the Chinese population. A remarkable alternative can be the private (presumably partially Chinese) health care system,
- The relatively big Vietnamese population appears solidly in the out-patient and in-patient care relative to its size, and they hardly use the Ambulance Services.
- Ukraine, Serbian and other ex-Yugoslavian nationals appear in relative big numbers with the Ambulance Services, however, contrary to the expectations not in the border areas but rather in the capitol. It correlates with out-patient and in-patient care data.

Dual citizens tend to resort to health care benefits on the basis of their Hungarian nationality (cp. Serbia, Croatia, The Ukraine, USA), thus data pertaining to foreign citizens reflect the actual citizenship.

Challenges

The interviewed service providers consider the complexity of financing and administration as a significant problem; language and cultural difficulties are observable; however they are not dominant. Legal, damage or other (medical ethics or patient's rights-related) complaints did not emerge in public funded health care. Physicians providing health care in fact do not know the underlying agreements or legal titles; they typically turn to the administration for help in this context. The monitoring of the patient, the organization of the follow-up and the notification and information of the foreign physician who will continue to provide health care might pose significant problems. In the opinion of service providers, the lack of anamnesis, the lack of knowledge of medical history, additional, or accessory or accompanying illnesses, or a possible allergy to medicaments can be listed as the biggest problems. In the context of supply of pharmaceuticals, they pointed out that the recognition of the name of the manufacturer and the actual agent composition is problematic.

Institutional case study in Szeged

The author of this Chapter aimed at examining the position of Szeged, one of the most important southern cities of Hungary in terms of participation of third-country nationals in the health care system. It discussed the following questions:

- How University of Szeged (SZTE) ensures that the persons concerned receive information about the possibilities of health care benefits and the conditions thereof?
 - How often and on what account health care benefits are provided?
 - What types of payments / reimbursements are established by the health care provider and what is the publicity level of it?
 - Has been lodged any complaint, objection in the course of the treatment of foreign patients; is there any legal proceedings in progress in relation to medical malpractice?
 - How often medical treatments originating from the above needs are provided, what is the proportion of professional cases within this context?
 - What cases occurred in the practice of the SZTE Forensic Institute, what challenges do their characteristics pose for the organization of the institute's duties?

The results of the survey conducted amongst third-country national students studying at SZTE is presented. Legal regulations in force provide that residence permit shall be issued on the condition that third-country national students have adequate financial assets covering the costs of the health care. This can be obtained by underwriting an insurance policy or by confirming the possession of sufficient financial cover for the costs of the treatment in question. The relevant regulation enumerates the possible types of entitlements, such as the possibility of underwriting a private insurance policy or the persons concerned might be admitted to the Hungarian health insurance system by entering into a service contract with NHIF. The characteristics and advantages of signing a contract with NHIF are scarcely discussed in the relevant literature; only a few articles refer to this option. Persons concerned have to pay an amount equal to 30 % of the minimum wage (as of 2012 this amounts to 27.900 HUF per month) thus obtaining full insurance coverage.

In the field of private insurances, the offered price advantage might be attractive for students (at three universities Generali-Providencia offers deals). Trusting in their good health condition, students tend to choose the cheaper insurance which does not ensure full coverage. The data of the survey reveal that the university often fails to check whether or not an insurance has been underwritten; on the other hand many people – instead of purchasing an insurance policy – undertake to pay the fees directly the fact of which is to be checked by the authorities upon the renewal of the

residence permit. Thus, the provision of detailed information on the given subject by the universities would be a more effective solution.

In 2009, 30 % of the students studying in Hungary (more than 1.800 person) conducted their studies in one of the four universities of medicine. In word or in thought, for the universities, the treatment provided for foreign students serve as a source for the health care they provide for compensation (beside the contract with OEP) which contributes to universities' other incomes related to their educational activity.

None of the insurance policies offered by the universities ensured full insurance coverage, even though legal regulations especially require that. Each university offers for the students a certain type of contract stipulating that the university is the preferred service provider. The SE and the University of Debrecen seem to advocate the students their own insurance policy. SZTE provides information for students but recommends the purchasing of the insurance policy preferring its own health care services, Pécs follows the same policy but in a less direct, less public way. The information sites of Pécs do not contain any information about the substance of the insurance policy; the other three universities provide information comparable to other offers.

It is worth looking into the universities' practice not only from the perspective of information but in terms of the enforcement of patient's rights. Every health insurance policy contains some restrictions on the free choice of physician, but in general, they do not exclude this right altogether – at least they permit the free choice of physician in relation to a few institutions. In the case of foreign students, the universities significantly restrict this right, since they only offer contracts stipulating that the universities are the sole service providers. In light of the above, the insurance contracts border on illegality in terms of patients' rights, but the obligation to purchase a certain insurance policy certainly goes beyond the threshold of reasoned and proportionate restriction of rights justifiable on economic basis.

Besides, in relation to patient's right a further question can be raised that affects not only third-country nationals but which is highlighted by the survey conducted at SZTE and by the documents of other universities and state and governmental agencies as well. The problem in question is the enforcement of the universal patient's rights – as they are stipulated by the Act on health (Act CLIV of 1997) on a general level –, as opposed to rights pertaining to the direct physician-patient relationship. Universal patient's rights cover health and public health-related entitlements present in the relationship between the health care system and its maintainer and the potential applicants. For the purposes of this study, the right to have

information on the health care system and the applicable rules needs further examination.

Foreign students have scant preliminary information about the operation of the Hungarian health care system. Until not enrolled, only general information is available to them that do not ensure the actual possibility of decision-making or choosing the preferred type of insurance policy, including the participation in the Hungarian social insurance system.

International aspects

Health care provided for migrants in Slovakia, Romania and Bulgaria

On European level, Slovakia, Romania and Bulgaria are not regarded as significant host countries in terms of migrants living in their territories. These countries have stricter immigration policy towards third-country nationals than the average of the other EU Member States. Romania, Bulgaria and Slovakia cannot be characterized as countries facilitating the integration of migrants.

Even in the absence of actual, reliable data, one can state with certainty that migrants turn to preventive treatments, screenings or immunization rarer than the nationals of a given country; however they resort more often to emergency care. The onset of diseases preventable with early diagnosis and screening is more frequent among migrants.

Contrary to popular belief, migrants do not resort to health care benefits more often than nationals; in fact, they abstain from resorting to treatments they would be legally entitled to because of lack of information or out of fear. The general opinion that migrants move to a given country in order to exploit the health care system is false. This is all the more dubious in light of the level of quality of health care services provided by the analysed countries.

Third-country nationals legally residing on the territory of the analysed countries may resort to health care the same way as nationals; no discrimination was observed in this respect. Formal obstacles restricting the resort to health care benefits exist only in Bulgaria. The fee for call paid by insured people in Bulgaria deter not only foreigners from resorting to health care - even if it's a small amount. However, irregular migrants – i.e. “non-documented” migrants – are entitled only to emergency care. Informal obstacles affect the access of migrants to health care to a greater extent; this is in connection with deficient knowledge of language, superficial

information on the health care system, difficult communication and the lack of network connections.

The countries concerned and their health care systems have to realize the diversity of migrants in relation to the administration of the migrants' health-related needs. Migrants, especially from third countries, do not form a homogenous group; there are significant differences between them in terms of religion, culture, language or country of origin. Quite often – especially in the case of non-documented and asylum-seeker foreigners –, the migrant status is related to disadvantageous social-economic situation in which migrants live, and it is hard to establish the causality between migration and social disadvantages. As we mentioned above, migration itself is the source of health risk quite often. However, in the countries in question, the approach towards migrants is not as differentiated as it should be. One must bear in mind that the number of migrants arriving from third countries is not significant in either country, and their problems did not reach the threshold of response of the society to trigger an adequate political-legal reaction addressing their needs.

As we earlier stated, even though the migrants' problems emerging in relation to the analysed countries' health care system are basically identical to those of the local population regarding the requisition of benefits, there are significant differences. In general, third-country national migrants are more exposed to infectious diseases than the population of the host country. Migrants from Africa and certain regions of Asia are especially more exposed to TBC, hepatitis or HIV infection in their country of origin than in Europe. Migrants generally have no equal chances in relation to childbirth: in Europe migrants are more affected by still-birth and infant mortality than the local population; this accounts for the negligence of prenatal care of expectant women. Even though no specific data pertaining to the analysed countries are available, in all probability no significant differences would be observable. The treatment of psychotic problems stemming from migration, especially from its undocumented or illegal type, pose an additional challenge for the health care systems of the host countries, which cannot, and are not willing to cope with the migrants' problems which they consider as marginal.

In short, it can be stated that migrants are impeded in resorting to health care benefits by

- their exposed and vulnerable situation from a health-related point of view,
- payment obligations, own contribution,
- occasional restrictive system of hospitalizing (Bulgaria is the actual example for both condition),
- language and cultural barriers,

- lack of knowledge of their rights.

The characteristics of the Serbian health care system

Serbia is one of the countries with the lowest level of economic development in Europe which is reflected by the low GDP and the high unemployment rate. In 2011 the GDP of Serbia was 43.315 billion USD; the GDP per capita was 5.725,181 USD, the unemployment rate was 23.7%.

From a demographic point of view, Serbia can be characterized as an ageing society. In 2010 the mortality rate was 14.2 per cent while the birth rate was 9.4 per cent, consequently the natural population growth was -4.38 per cent.

The task of the organization and administration of the Serbian health system is divided between the following three institutions:

1. The Ministry of Health of Serbia
2. Public Health Institute "Dr Milan Jovanović- Batut"
3. National Health Insurance Fund

In Serbia, health care services are provided either in public health care institutions or within the framework of private practice. The specialized personnel and other staff working in health care institutions or in private practice are also essential components of the health care system. Health care institutions provide health care services. The sector of private practices pursues activities in one of the specific fields of health services.

As of 31 December 2010, in Serbia, 157 Health House, 22 Health Centre, 40 General Hospital (Opšta bolnica), 37 Special Hospital (Specijalna bolnica) 4 Clinical Hospital Centre (Kliničko bolnički centar), 4 Clinical Centre (Klinički centar) 7 clinic, 22 institute (Zavod), 15 institute (institut), 23 Public health Institute (Zavod za javno zdravlje), 36 pharmacies (Apoteka) have been functioning.

The Serbian health care system operates on three levels: primary, secondary and tertiary level.

The primary level consists of health care institutions where patients are admitted and treated without referral. On this level, health houses play the most important role. Health care institutions providing health care services for certain parts of the population in specific fields of health care fall within this group:

- student health institute (student polyclinic - zavod za zdravstvenu zaštitu studenata)
- employment-health institute (zavod za zdravstvenu zaštitu radnika)
- ambulance service institute (zavod za hitnu medicinsku pomoć)
- gerontology institute (gerontološki zavod)

- dentistry institute (zavod za stomatologiju)
- institute of pulmonology or TBC (zavod za plućne bolesti i tuberkulozu)
- institute of venereal and skin diseases (zavod za kožno-venerične bolesti and pharmacies).

To resort to primary health care, patients are requested to select a physician in the chosen health house from the following categories:

- 1.) General practitioner, general specialist or occupational health care specialist
- 2.) Paediatrician
- 3.) Gynaecologist
- 4.) Dentist or preventive dentist and paediatric dentist specialist.

Secondary health care covers specialist and consultative or in-patient care (hospital care).

In-patient care includes diagnostic, treatment-related, and rehabilitative measures, as well as the nursing of patients and supplying pharmaceuticals during their stay in the hospital.

Tertiary care implies the most complex forms of consultative specialist treatment and in-patient care as well as scientific research and educational activities.

In Serbia two types of health insurance exist:

1. Compulsory health insurance
2. Voluntary health insurance

Voluntary health insurance can be further divided into three categories: parallel, complete and private health insurance.

In Serbia, foreign citizens are entitled to be covered by compulsory health insurance services – if they are not affiliated otherwise - only if there is an international agreement on social security between their country of origin and Serbia. The services covered by compulsory health insurance are defined by the Act on health.

Fejezetek jegyzéke

- I. Fejezet:** Harmadik országbeli vándorok a magyar közegészségügyben
(*Illés Sándor Ph.D.*)
- II. Fejezet:** Harmadik országbeli állampolgárok a magyar egészségügyben
(*Dr. Gellérné Dr. Lukács Éva*)
- III. Fejezet:** Harmadik országbeli állampolgárok a magyar magán egészségügyi intézményekben
(*Dr. Ács Vera*)
- IV. Fejezet:** Harmadik országbeli állampolgárok részvétele a közfinanszírozott rendszerben - esettanulmányok
(*Dr. Gyeney Laura, Dr. Kovács Gábor*)
- V. Fejezet:** A Magyarországon tartózkodó külföldi személyeknek nyújtott szolgáltatások Szegeden
(*Dr. Kereszty Éva*)
- VI. Fejezet:** Nemzetközi kitekintés: Migránsok egészségügyi ellátásra való jogosultsága Romániában, Bulgáriában és Szlovákiában
(*Dr. Ötvös Péter*)
- VII. Fejezet:** A szerb egészségügyi ellátórendszer jellegzetességei
(*Dr. Kocsicska Ivana*)
- VIII. Fejezet:** A vándorló populáció egészségi állapota
(*Illés Sándor Ph.D.*)
- IX. Fejezet:** Projekt összefoglaló - Summary of the project
(*Dr. Csige Zoltán*)

A kötet a „Kutatás az egészségügyi ellátórendszerhez való hozzáférésről” című projekt keretében készült az Európai Integrációs Alap és a Belügyminisztérium támogatásával. A kötetben foglalt nézetek a fejezetek szerzőinek nézetei, azok semmiképpen sem tekinthetők az Európai Bizottság vagy a Belügyminisztérium hivatalos állásfoglalásának.

Imprint

Authors

Dr. Vera Ács (Chapter IV.)
Sándor Illés Ph.D. (Chapter I., VIII.)
Dr. Éva Lukács Gellénné (Chapter II.)
Dr. Laura Gyeney (Chapter III.)
Dr. Éva Kereszty (Chapter V.)
Dr. Ivana Kocsicska (Chapter VII.)
Dr. Gábor Kovács (Chapter III.)
Dr. Péter Ötvös (Chapter VI.)
Dr. Zoltán Csige (Chapter IX.)

Edited by

Dr. Balázs József Gellér

Published by Tullius Ltd.

Responsible publisher: Dr. Balázs Gellér

This handbook is subject to copy rights. Multiplication or storage of data regarding any parts of it (on paper or electronically) is prohibited without the prior authorisation of the publisher.

The handbook has been produced on the terms of grant agreement between the European Integration Fund and the Tullius Ltd. EIA/2011/1.3.4.

The electronic version of this handbook can be downloaded at the web site www.tullius.hu.

ISBN 978-615-5071-12-6

Budapest, 2012.