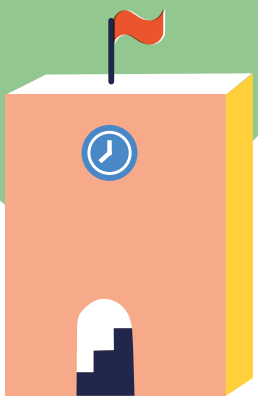
Kováts András
Soltész Béla
(szerk.)



VALAHOL OTTHON LENNI

MENEKÜLTEK TÁRSADALMI BEILLESZKEDÉSE MAGYARORSZÁGON

MENEDÉK
MIGRÁNSOKAT SEGÍTŐ EGYESÜLET

Kováts András
Soltész Béla
(szerk.)

VALAHOL OTTHON LENNI

MENEKÜLTEK TÁRSADALMI BEILLESZKEDÉSE MAGYARORSZÁGON

VALAHOL OTTHON LENNI

Menekültek társadalmi beilleszkedése Magyarországon

Kiadja a **Menedék – Migránsokat Segítő Egyesület**.
A kiadásért felel a Menedék – Migránsokat Segítő Egyesület elnöke.

A kötet a NIEM – Nemzeti Integrációt Értékelő Mechanizmus elnevezésű, PL/2015/AMIF/SA azonosítószámú, az Európai Unió Menekültügyi Migrációs és Integrációs Alapja által támogatott nemzetközi kutatási és stratégiai projekt keretében készült el.

Szerkesztette:
KOVÁTS András – SOLTÉSZ Béla

Szöveggondozás:
BORBÁTH Péter

Grafika és tördelés:
THURY Lili

ISBN 978-615-81860-9-4 (print), ISBN 978-615-82134-0-0 (pdf)

A kötet letölthető a **www.forintegration.eu** és a **www.menedek.hu** weboldalakról.
A kötetben szereplő vélemények kizárólagos felelőssége a szerzőket terheli. Az Európai Bizottság, valamint a lengyel Belügy- és Közigazgatási Minisztérium nem vállal felelősséget az elemzés tartalmáért, illetve az azokban foglalt információk felhasználásáért.

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

© Menedék – Migránsokat Segítő Egyesület, 2022.
Minden jog fenntartva. A kiadvány és részei a szerzői jog védelme alatt állnak.
Felhasználásuk csak a szerző(k) és a kiadó megnevezésével engedélyezett.
Menedék – Migránsokat Segítő Egyesület
1066 Budapest, Ó utca 39.
www.menedek.hu

TARTALOMJEGYZÉK

Kováts András — **6. oldal**
ELŐSZÓ

Soltész Béla – Vadasi Vivien — **24. oldal**
A MAGYARORSZÁGI MENEKÜLTINTEGRÁCIÓ JOGI ÉS POLITIKAI KERETEI

Németh Ádám — **52. oldal**
A NEMZETKÖZI VÉDELEMBEN RÉSZESÍTETT SZEMÉLYEK INTEGRÁCIÓJÁVAL KAPCSOLATOS ADATHIÁNY OKAI ÉS KEZELÉSÉNEK LEHETŐSÉGEI MAGYARORSZÁGON

Lakatos Zsombor — **76. oldal**
EGZISZTENCIÁLIS BIZTONSÁG A NEMZETKÖZI VÉDELEMBEN RÉSZESÜLŐK KÖRÉBEN – ELEMZÉS A NIEM INDIKÁTOROK ALAPJÁN A MENEDÉK EGYESÜLET ÜGYFÉLKÖRÉBEN

Németh Ádám — **110. oldal**
A NEMZETKÖZI VÉDELEMBEN RÉSZESÍTETT SZEMÉLYEKKEL KAPCSOLATOS TÁRSADALMI ATTITŰDÖK VÁLTOZÁSA MAGYARORSZÁGON, EURÓPAI KITEKINTÉSBEN

Budai Boglárka — **142. oldal**
NEMZETKÖZI VÉDELEMBEN RÉSZESÍTETT SZEMÉLYEK MUNKAERŐPIACI HELYZETÉNEK ALAKULÁSA A COVID-19 JÁRVÁNY IDEJÉN

Bognár Katalin – Hetzer Kata — **164. oldal**
MILYEN A JÓ ISKOLA? NEMZETKÖZI VÉDELEMBEN RÉSZESÍTETT GYEREKEK ISKOLAI BEILLESZKEDÉSÉNEK TÁMOGATÁSA

Faludi Julianna – Lakatos Zsombor — **190. oldal**
NEMZETKÖZI VÉDELEMBEN RÉSZESÍTETT SZEMÉLYEK FELSŐFOKÚ TANULMÁNYAINAK TÁMOGATÁSI LEHETŐSÉGEI

Pósfai Zsuzsanna – Szabó Linda — **218. oldal**
A NEMZETKÖZI VÉDELEMBEN RÉSZESÍTETT SZEMÉLYEK LAKHATÁSI HELYZETE MAGYARORSZÁGON

Tóth Judit — **256. oldal**
AZ EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁSHOZ VALÓ HOZZÁFÉRÉS NEHÉZSÉGEI ÉS A NEMZETKÖZI VÉDELEMRE SZORULÓK

Tóth Judit

AZ EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁSHOZ VALÓ HOZZÁFÉRÉS NEHÉZSÉGEI ÉS A NEMZETKÖZI VÉDELEMRE SZORULÓK

1. Bevezetés

A nemzetközi védelemre szorulók jelentős fizikai és pszichés terhelésnek vannak kitéve a biztonságot keresve, gyakran hosszú ideig, ezért a határon belépésüktől kezdve igénylik az egészségügyi ellátást, segítséget. Ugyanakkor az egészségügyben dolgozók (és a szociális munkások) nagyon kevés felkészítést kaptak a nemzetközi védelemre szorulókkal kapcsolatos (köz)egészségügyi ellátásokról. Ezért, ha a kezükbe adunk egyfajta eljárási sémát, protokollt, az egységesebbé teheti az ellátáshoz való hozzáférést, javíthatja a bánásmódot, tehát a nemzetközi védelmet élvezők egészségét és integrációját közvetetten segítheti. Ezért készítettem el a *Menekült-egészségügyi Eljárási Protokollt* (MEP). A tanulmány a MEP bevezetése mellett szóló érveket és magyarázatokat tartalmazza, de előtte kitér az adathiányra, a mai szabályozásra, az egészségügyi szakpolitikai rendszerben való elhelyezésre, a szakmai aggályokra és a WHO releváns javaslataira.

2. A menekülteket támogató lakhatási programok

Milyen sajátos egészségügyi szükségletei vannak a menekülteknek és (kényszer) vándoroknak, azaz a nemzetközi védelemre szorulóknak? Sokuk nem fér hozzá az egészségügyi szolgáltatásokhoz, így nélkülözniük kell többek között: a gyógykezelést és ápolást, ideértve a mentális egészségügyi szolgáltatásokat (különösen a posztttraumás zavarokra vonatkozó szolgáltatásokat).

A nők korlátozottan férhetnek hozzá a nőgyógyászati, szülészeti és a reprodukciós egészségügyi szolgáltatásokhoz, e jogaikra nézve különleges fenyegetésekkel szembesülhetnek, noha éppen ők vannak erősebben kitéve a szexuális erőszaknak és egyéb nemi alapú visszaéléseknek, valamint az emberkereskedelem veszélyének. A menekült-egészségügyben résztvevő páciensek és szakemberek többek között az alábbi problémákkal, veszélyekkel szembesülhetnek:

- a mobilitás miatt a védőoltásokhoz és a gyógyszerekhez, gyógyászati segédeszközökhöz való rendszeres hozzáférés elakadása eredményezheti az antimikrobiális rezisztencia kialakulását; a HIV-fertőzéssel és a tuberkulózissal szembeni különleges sebezhetőségük ellenére nem érik el az integrált egészségügyi szolgáltatásokat;

- súlyos gondot jelenthet az élelmezés bizonytalansága és táplálkozási problémák (beleértve az alultápláltságot, ideértve a mikro-tápanyagok hiányát, ami összefügg a betegségmegelőzéssel kapcsolatos ellátások elérhetetlenségével);
- ha olyan területekről származnak, ahol a fertőző betegségek jelen vannak, úgy fertőzési kockázatot jelentenek a fogadó és tranzitnépességre nézve;
- az utazás veszélyei, valamint a fogadó országban a rossz élet- és munkakörülmények és az alapvető egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférés hiánya miatt lehetnek kitéve a fertőző (az élelmiszerekkel és vízzel terjedő) betegségek kockázatának;
- a nemzetközi védelemre szorulók közt nagy arányban vannak fogyatékkal élők, idősek és gyermekek. Nekik súlyosan hiányozhat a gyermekgyógyászati ellátás, az állapotuknak megfelelő kezelés, a segédeszközökkel való ellátás és a palliatív ellátás;

A világ népességének 3,4 százalékát teszik ki a kényszerből elmenekültek, számuk 82,5 millió fő (2020). Ez a létszám nem egyenletesen oszlik el a világban (például 73 százaléka a számukra legközelebbi országokba menekült).[370] Ezt látva nagy kérdés: az általános egészségügyi ellátás formáiba beillesztve kell-e róluk gondoskodni, vagy elkülönítve, illetve a nemzetközi együttműködésre építve, ha egy-egy (befogadó) ország egyedül nem képes megoldani az ellátásukat. Az előbbit javasolta a 2016-ban elfogadott ENSZ Nyilatkozat is,[371] hasznosítva a jó gyakorlatokat és a WHO, UNHCR, IOM tapasztalatait, mivel az egészségügy a menekültek támogatásának és a jó kormányzásnak egyszerre elengedhetetlen része.

A WHO 2019-2023 közötti évekre vonatkozó akcióprogramja hat célterületet, prioritást jelölt meg[372]:

- a menekültek és migránsok egészségének előmozdítása, rövid és hosszútávú közegészségügyi beavatkozások kombinációjával (például gyermekek és felnőttek oltása, az akut, krónikus és fertőző betegségek, sérülések, mentális és viselkedési zavarok kezelése, valamint a szexuális és reproduktív egészségügyi szolgáltatások nyújtása az egészségfejlesztés, a betegségmegelőzés, az időben történő diagnózis és kezelés, a rehabilitáció és a palliatív szolgáltatások biztosítása céljából, különösen a humán válsághelyzetekben;
- az alapvető egészségügyi ellátás folyamatosságának és minőségének előmozdítása, amellett, hogy kidolgozzák, megerősítik és végrehajtják a munkahelyi egészségügyi és munkabiztonsági intézkedéseket;
- a menekültek és migránsok egészségügyi ellátásának a globális, regionális és országos stratégiákba való beépítése. Ez azért fontos, hogy előmozdítható legyen a menekültekre és migránsokra érzékeny egészségügyi szakpolitika, a jogi és szociális védelem (ideértve nemek közötti egyenlőség, ágazatközi, államközi és hatóságok közötti koordináció, az egészségügyi ellátási kapacitások kiépítése, a kommunikációs akadályok csökkentése, valamint az egészségügyi szolgáltatók képzése a kulturálisan érzékeny szolgáltatásnyújtásra);
- ahhoz, hogy az egészségügy a világ teljes népességére egyetemesen kiterjedjen (lefedettség), a menekültekkel dolgozó (nemzetközi) személyzet képzését, toborzását, szabályozását is meg kell szervezni;
- fontos lenne az egészségügy nyomonkövetési és információs rendszerének megerősítése, ami globális, regionális és országos szinten is megköveteli a szabványosított és összehasonlítható nyilvántartásokat. A politikai döntéshozóknak úgy kellene kialakítani a tényeken alapuló szakpolitikákat, hogy tisztában vannak azzal, milyen egészségügyi kockázatok vannak. Az információs rendszer szükséges a hordozható egészségügyi nyilvántartások és egészségügyi kártyák kifejlesztéséhez is, beleértve a mobil emberek egészségügyi kártyáinak bevezetését az ellátásuk folyamatossága érdekében;
- a tényeken alapuló egészségügyi kommunikáció, a menekültek egészségével kapcsolatos tévhitek leküzdése, mivel a befogadó népesség a migrációról és a menekültekről, valamint a helyi közösségek és egészségügyi rendszerek egészségére gyakorolt hatásairól nem eléggé tájékozottak[373], és ez nehezíti az érdekérvényesítést, a tömegtájékoztatást és az oktatást is az egészségügyi ágazaton belül is.

370 www.unhcr.org/refugee-statistics/ (2021.október 23.)

371 ENSZ Közgyűlés határozata a menekültekről és migránsokról 71/1 (2016) www.un.org/en/development/desa/population/migration/generalassembly/docs/globalcompact/A_RES_71_1.pdf

372 WHO, SEVENTY-SECOND WORLD HEALTH ASSEMBLY A72/25 Promoting the health of refugees and migrants. Draft global action plan, 2019–2023, www.apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_25-en.pdf

373 Különösen olyan esetben, ha a köztévében utasítás szól arról, hogy a menekült szó helyett csak a migráns használható, még az elismert menekültekre is, és a menekülttábor helyett csak befogadó-tábort lehet mondani, vagyis az MTVA szerinti világban egyáltalán nincsenek menekültek, miként a pandémiáról sem lehet valós képet adni. Kitálaltak az M1 újságírói, hamis képet kellett festeniük a járványról is. Index, 2020.nov.11., www.index.hu/belfold/2020/11/10/kozteve_hirhamisitas_m1

Ezzel nagyban harmonizálnak a *kiemelt globális egészségügyi célok, amelyek* a menekültekre vonatkozó ENSZ útmutatóban szerepelnek[374]. A nemzeti egészségügyi jogszabályokkal, politikákkal és tervekkel összhangban, valamint a befogadó kérésére kell forrásokat és szakértelmet nyújtani. Ezzel az ellátórendszer bővülhetne, javulhatna az ellátás minőséget, ami megkönnyítené a menekültek és a befogadó országok helyzetét, ez különösen igaz a nők és lányok, a gyermekek, serdülők és fiatalok, az idősek, a krónikus betegségekben (a tuberkulózisban és a HIV-ben szenvedők) kezelésére, ápolására., de segítséget nyújtana az emberkereskedelem, a kínzás, a trauma vagy erőszak túlélőinek, beleértve a fogyatékkal élőket és azokat, akik szexuális és nemi alapú erőszakot éltek át. A segítség formája lehet anyagi vagy szakmai támogatás, az egészségügyi intézmények kiépítéséhez, felszereléséhez vagy a szolgáltatások megerősítéséhez (kapacitásbővítés). Hasonlóan fontos a képzési támogatás a menekültekkel foglalkozó egészségügyi személyzetnek, például a mentális egészség és a pszicho-szociális ellátás tekintetében. Fő célterület a betegségmegelőzés, az immunizáció, az egészségfejlesztési tevékenységek, beleértve a fizikai aktivitásban és sportban való részvételt. Emellett fontos, hogy az érintettek hozzájussanak a megfelelő mennyiségű, megfizethető gyógyszerekhez, orvosi felszerelésekhez, vakcinákhoz, diagnosztikai eszközökhöz és preventív alapanyagokhoz.

Az irregulárisan érkezők (a nemzetközi védelmet kérők zöme ilyen) fogadása, kérelmeik intézése *közegészségügyi (elsősorban járványügyi és foglalkozás-egészségügyi)* gondokat okozhat.[375] Az érkezők hosszú lappangási idejű, gyakran védőoltással megelőzhető betegségeket hurcolhatnak be, a befogadóktól eltérő epidemiológiai profiljuk miatt (HIV/AIDS, tuberkulózis, hepatitis B/C). Ugyanakkor az EU egészének okoz gondot, hogy az egyes tagországok védőoltási rendjeiben eltérések vannak, az nem egységes. Nagy a fluktuáció a menedéket kérők körében, és a menekültügyi kérelméhez szükséges adatok felvételére is minimális időkeret áll rendelkezésre, a befogadó állomásokon/idegenrendészeti intézményekben elvégzendő egészségügyi vizsgálatok és szűrések kivitelezése teljesíthetetlen terhet ró az egészségügyi feladatokat ellátó személyzetre. Ellentmondás, hogy a vonatkozó nemzeti jogszabályok a menekültügyi kérelmek elbírálásakor az előírt betegségekben szenvedők és a kórokozó hordozó állapotban lévők azonosítását írják elő. Vagyis az idegenrendészeti szempontokon túl, a menedékkérő egészségi állapotát feltáró, előírt szűrővizsgálatok és az esetleges terápiában való együttműködés is

374 Global Compact on Refugees, United Nations, New York, 2018, 72-73.pont

375 Katz Zoltán: Menedékkérők egészségi állapota az előírt szűrési vizsgálatok tükrében – Tények, következtetések, javaslatok. In: A határrendészettől a rendészettudományig. Gaál Gyula, Hautzinger Zoltán (szerk.), 2016., Pécs, 253-261.

elengedhetetlen a befogadáshoz. Egy esetleges kórokozó hordozó állapot ismeretében, a kezelést nem vállaló, nem együttműködő kérelmező befogadását, a menekültügyi kérelem elutasítását is megalapozhatja. Ám gondot okozhat a *szűrési adatok hiánya*, mert a szűrésekhez (vérminta, székletminta begyűjtésével és ernyőfénykép) a kérelmezőknek különböző egészségügyi intézményben kell megjelennie, vagyis együttműködésre van szükség.[376] (Példaként: a legmagasabb szűrési arány 76%-os volt a kérelmezők között, míg 2014-ben a legalacsonyabb, amikor a beérkezőknek csupán 6%-a esett át vérvételen. A luesz, a hastífusz és paratífusz baktériumhordozó állapotokra vonatkozó adatok még foghíjasabbak, ha a menedékkérő még a szűrési eredmény előtt, illetve pozitív teszteredmény esetében elrendelt gyógyszeres terápia alatt, ismeretlen helyre távozik.) Egyértelmű tehát, hogy a szűrővizsgálati protokollok betartása szinte lehetetlen, és a migrációval járó egészségügyi kihívások hatékony kezelését akadályozza a körülményes jelentési procedúra, az elhelyezés és a megvalósított szűrővizsgálat közti hosszú idő, a kérelmezők továbbvándorlása/eltűnése. Hasonlóan, a HIV-fertőzöttek szűréséről és ellátásáról szóló írásokból[377] is egyértelmű: gond a magas látencia, és aki már bizonyítottan fertőzött, az bizonytalan, hogy hozzáfér-e az egészségügyi ellátáshoz.

A Magyar Orvosi Kamara Etikai Kódexe alapjána[378] súlyos vagy gyógyíthatatlan betegségek esetén kívánatos a fokozatos tájékoztatás, feltéve, hogy az a beteg érdekét szolgálja. A HIV-fertőzöttségről általában nem fokozatosan szerez tudomást az érintett személy, így az nem egy esetben öngyilkossághoz vezető mentális állapotot idéz elő. A Kódex szerint etikai vétség továbbá a betegellátást korlátozó gazdasági döntéseket orvos-szakmai érvekkel indokolni[379], vagyis az orvos nem keltheti annak látszatát, hogy a gazdasági korlátok ellenére, a beteg optimális ellátásban részesül.[380] Ám a betegek sem feltétlenül közlik a fertőzést a kezelőkkel a HIV-fertőzöttek közt készített felmérés[381] szerint. A válaszadók több mint fele nem mondta el még a háziorvosának sem, hogy fertőzött. A legtöbben attól való félelmükben nem árulják el, hogy fertőzöttek,

376 Például 2007 – 2014 közötti időszakban Debreceni Befogadó állomáson összesen 3727 vérvétel történt, de csak 1687 esetben jelentek meg menedékkérők ernyőfénykép szűrésen, míg 2012 - 2014 közötti időszakban 1072 székletmintát vettek, lásd 32/2007. (VI. 27.) EüM rendeletet a szabad mozgás és tartózkodás jogával rendelkező személyek és a harmadik országbeli állampolgárok magyarországi tartózkodásával összefüggő közegészséget veszélyeztető betegségekről.

377 Tóth Judit: A HIV-fertőzöttség és az AIDS a nemzetközi migrációs szabályozásban. Magyar Jog, 1994/12: 730-734; Tóth Judit: A HIV státusz szerepe az idegenrendészetben. In: HIV/AIDS és az emberi jogok Magyarországon. Szerk: Csernus Eszter. Budapest, Társaság a Szabadságjogokért, 2003, pp.87-109.

378 II. 5. pontja 7) alpont

379 II. 14. pontjának (1) bekezdése

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

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

mert akkor mások számára is kiderülne a státuszuk, de sokan a stigmától kívánják így megkímélni magukat, vagy attól, hogy megtagadják tőlük az ellátást. A válaszadók tizedével fordult elő olyan eset, hogy megtagadtak tőlük valamilyen szakellátást a státuszuk miatt, a kórházban tartózkodók közül pedig minden negyediket ért hátrányos megkülönböztetés. Volt több olyan eset, hogy érzékeny adataikat nem kezelték megfelelően, például nagy, piros betűkkel írták fel a kórlapra, hogy HIV, illetve úgy beszéltek a státuszukról, hogy mások is hallhatták. Több válaszadó méltóságát sértették meg azzal, hogy elkülönítve helyezték el, felesleges óvintézkedéseket foganatosítottak, például szájmaszkban, gumikesztyűben közelítették meg őket az ápolók.

Nagy a fluktuáció a menedéket kérők körében (jelentős részük az eljárás befejezése előtt az országot vagy az első szálláshelyét elhagyja), és a menekültügyi kérelméhez szükséges adatok felvételére eleve minimális időkeret áll rendelkezésre. Ezért a befogadó állomásokon/idegenrendészeti intézményekben elvégzendő egészségügyi vizsgálatok és szűrések kivitelezése alig teljesíthető terhet ró az egészségügyi feladatokat ellátó személyzetre. A menekültügyi kérelmek elbírálásakor a kötelező szűrővizsgálatról szóló jogszabályok szerint meghatározott betegségek, kórokozó hordozó állapot, egészségi állapotfeltáró szűrővizsgálatok elvégzését, majd a beteg kezelését írja elő. Ehhez a kérelmező együttműködése elengedhetetlen, de az alapos tájékoztatás, tolmácsolás és a tartózkodási hely ismerete nélkül ez aligha biztosítható.

Az adathiány annak is köszönhető, hogy az utóbbi években az irreguláris érkezőket formátlan eljárásban visszalökdösik (pushback) a görög vagy éppen a magyar határon, és gyakoriak a bántalmazások is, a belépés erőszakos akadályozásával[382]. A nemzetközi védelmi rendszer sarokköve az állam azon kötelezettsége, hogy nem utasíthat ki vagy küldhet vissza egy személyt olyan területre, ahol az élete, épsége vagy szabadsága veszélyben lenne. A kínzás tilalma Európában abszolút, nem enged eltérést, kivételt vagy korlátozást,[383] még akkor sem, ha a migránsok tömegesen érkeznek a határokhoz, vagy ha olyan egészségügyi vészhelyzetről van szó, mint a Covid-19 világjárvány. Ezért az Európai Parlament LIBE bizottsága rendeleti javaslatot nyújtott be,[384] hogy legyen

382 Setting the right priorities: is the new Pact on Migration and Asylum addressing the issue of pushbacks at EU external borders? Forum on the new EU Pact on Migration and Asylum in light of the UN GCR. Contribution by Marco Stefan and Roberto Cortinovis (CEPS, Brussels, 25 November 2020)

383 Non-refoulement elve: 1951. évi menekültügyi egyezmény 33. cikkének (1) bekezdése, valamint más ENSZ 1984. évi kínzás elleni egyezménye 3. cikke, az Emberi Jogok Európai Egyezmény 2-3.cikke alapján

384 Proposal for a Regulation of the European Parliament and of the Council introducing a screening of third country nationals at the external borders and amending Regulations (EC) No 767/2008, (EU) 2017/2226, (EU) 2018/1240 and (EU) 2019/817, COM/2020/612 final

egységes a határátlépés előtt az ellenőrzés rendje. vagyis a nemzetközi védelemre szorulók azonosítása, nyilvántartásba vétele és ujjlenyomatvétele, valamint az EU külső határain a biztonsági és egészségügyi ellenőrzések elvégzése. Ez a javaslat gyors döntést igényel: visszatér a vándor, vagy nemzetközi védelem iránti kérelem esetén, a normál, a gyorsított vagy a menekültügyi határátlépési eljárást alkalmazzák. A cél egy új, „az alapvető jogok ellenőrzésére szolgáló független mechanizmus" létrehozása, hogy az uniós és nemzetközi jognak megfelelő legyen a bánásmód, mivel hasonló ellenőrzési mechanizmusokat már alkalmaznak a vándorok kényszerű visszatérésére (kiutasítás, deportálás), beleértve a panaszaik gyors és megfelelő kezelését. Ha bizonyítható a visszalökdösés (push-back), a nemzeti igazságügyi hatóságoknak kötelességük kivizsgálni az alapvető jogok megsértését, azonosítani a felelős szereplőket és kártérítést nyújtani az áldozatoknak. A különböző uniós tagállamokban (például Olaszországban és Szlovéniában) lezajlott bírósági eljárások rávilágítanak arra, hogy az igazságügyi szereplők hogyan értékelik a felelősséget, és hogyan nyújthatnak mind büntetőjogi, mind polgári jogi jogorvoslatot a visszalökdösésben érintett harmadik országbeli állampolgároknak. Ez az eljárás, ha megvalósul, az egészségügyi intézkedésekre és adatgyűjtésre is lehetőséget nyújtana.

A WHO aktívan foglalkozik a migráns- és menekült-egészségügy kérdésével,[385] amelyre erőteljesebben kellene reagálnia az Országos Epidemiológiai Központon belül működő Nemzetközi utazás-egészségügyi és Oltóközpontnak. A lassú reagálást talán magyarázza, hogy az utazás-egészségügynek 2004 előtt nem volt jelentős gyakorlata, amibe nem csak az assistance orvosi szolgáltatás tartozik bele (turisták külföldi egészségügyi ellátása és hazakísérése), de a menedéket kérelmezők és a már védelmet élvezők egészségügye is. Az egészségügyi törvény végül 2015. október 28-án hatályba lépett módosítása (74/A. §) az országos tiszti főorvost feljogosította, hogy tömeges bevándorlás okozta, vagy más egészségügyi válsághelyzetben szűrővizsgálatra kötelezze a menedékjogot kérőket. Ha az illető a tranzitzónában tartózkodott, a szűrővizsgálat elvégzéséhez szükséges minták levételét igazolnia kellett ahhoz, hogy Magyarországra beléphessen. A népegészségügyi hatóság (járási/kerületi kormányhivatal) közölte a szűrővizsgálat eredményét a menekültügyi hatósággal, de annak eredményétől nem függhetett a menekültkérelem elutasítása, legfeljebb az együttműködés hiányában.

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

A gyermekgyógyászok szakmai szervezete deklarálta:[386] a menekült gyermekek és fiatalok speciális fizikai és mentális segítségre szorulnak. Ehhez nélkülözhetetlen a rutinszerű kormeghatározás, a jogosultság megállapítása céljából. Ám nem létezik objektív és kulturálisan pontos kormeghatározás. Ezért a gyermekgyógyászokat és egyéb egészségügyi dolgozókat be kell vonni e gyermekek és fiatalok fogadásának megtervezésébe, a klinikai és közegészségügyi programok és protokollok megvalósításába. A fizikai, mentális és szociális segítségnyújtás során figyelembe kell venni azokat a traumákat, amelyek a szülőhazájukban, illetve a menekülés során érik őket. A biztonságos helyre érkezés után fel kell mérni fizikai és mentális állapotukat, hogy a szükségleteiknek megfelelő gyógyító-megelőző ellátást kapják, meghatározva, ki szorul sürgős ellátásra, felmérve a rizikó és védő faktorokat, és e körbe tartozik a család vagy egyéb kísérő megbélyegzés nélküli vizsgálata is. Számukra biztosítani kell a teljes körű alapellátást és a helyben elérhető szakellátást. A fejlődési és magatartási státusz felmérésének elsődleges célja, hogy biztosítsa a szükségleteiknek megfelelő, azaz optimális elhelyezést. A tolmácsoknak is szigorúan be kell tartani az egészségügyi szabályokat.

Az ENSZ Menekültügyi Főbiztosságának regionális képviselete sürgette, hogy Közép-Európában a menekültek az egészségügyi szolgáltatásokhoz könnyebben férjenek hozzá.[387] Bár az EU Kvalifikációs irányelve (2011/95/EU) értelmében a menekültek ugyanolyan jogosultsági feltételek mellett férhetnek hozzá az egészségügyi ellátáshoz, mint az állampolgárok, az nem feltétlenül terjed ki a teljes körű ellátásra, gyakran csak az alap- és a sürgősségi szolgáltatásokra korlátozódik. Az EU-n belüli tapasztalatok azt mutatják, hogy számos menekült nem ismeri közelebbről a befogadó országok egészségügyi rendszereit. Az alapvető nyelvi készségek, illetve tolmácsolási és fordítási szolgáltatások nélkül gyakran nem képesek kommunikálni az egészségügyi szakemberekkel; nem kapnak beutalót a megfelelő kezelésre. Előfordulhat, hogy az egészségügyi szolgáltatók nem ismerik a menekültek egészségbiztosításra való jogosultságának igazolására használt dokumentumtípust, és ezért megtagadják a menekültek kezelését, vagy szakorvoshoz utalják őket. Azokban a tagállamokban, ahol az integrációs programokban (például a nyelvi képzésben) való részvétel kötelező, a tanfolyamon való részvételre nem képes, speciális szükségletekkel rendelkező menekültek (idősek vagy kínzás és trauma túlélői) elveszíthetik az egészségbiztosítási jogosultságukat, pedig nekik van

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

387 ENSZ Menekültügyi Főbiztosság Közép-Európai Regionális Képviselete, Budapest, 2009. www.unhcr.org/hu/wp-content/uploads/sites/21/2016/12/UNHCR-Integration_note-HUN_version-screen.pdf

a legnagyobb szükségük orvosi ellátásra. Másfelől, igen nagyok az egészséget befolyásoló területi, települési és társadalmi különbségek az Unióban. Olyan átfogó politikára lenne szükség, amely magába foglalja a társadalom egészségi állapotának kezelésére irányuló intézkedéseket, és a kifejezetten a kiszolgáltatott csoportokat (szegénységben élők, hátrányos helyzetű migránsok és etnikai kisebbségek, a fogyatékkal élők, az idős emberek) célzó intézkedéseket is, mert ez alapvető jogaikat érinti.[388]

A WHO európai regionális bizottsága 2016-ban kiadott egy helyzetfelmérést a magyarországi migrációs egészségügyről, amelyet az EMMI-vel közösen készített, bevonva az itt működő nemzetközi és civil szervezeteket is.[389] 2015-ben legalább 400 ezer irreguláris migráns érkezett az országba, de csak 161 ezer kért menedéket, és csak 30 ezer főt szűrtek meg, miközben a kormány kérte a WHO segítségét a menekültek közegészségügyi eszközparkjától a feladatok ellátásához. A 2015. októberi helyszíni vizsgálódás, mélyinterjúk és az érintettekkel való alapos viták alapján készült el a jelentés. Ebből kitűnik, hogy sok olyan menekült volt, aki sérülékeny csoportba tartozott, krónikus betegségben vagy akut fertőzésben szenvedett (utazási betegségek, emberkereskedelem áldozatai, megkínzottak, szülő nők, csecsemők), ezeknek az embereknek reális időn belül kellett volna hatékony ellátást nyújtani, az ellátásokat megfelelően dokumentálni a szolgáltatóknál, és a paciensek után-követése is szükséges lett volna. Ennek ellenére az ország 2015-2016-ban mégsem léptette életbe a különleges helyzetre vonatkozó (katasztrófa) tervét. Ugyan a rendőrség és a mentőszolgálat beállított mobil szűrőállomásokat, de nem volt sehol a megfelelő szűrés, pszichiátriai, gyermekellátási, fertőző betegekkel kapcsolatos stratégia. Hiányoztak a lakosság és a menekültek tömeges tájékoztatásának az eszközei, nem volt tolmácsolás, kulturális konfliktusok kezelésére felkészített fórum, szakember, a fertőzésekkel kapcsolatos és a menekültekhez szóló kommunikáció átfogó, központi rendszere. Ez különösen a decentralizált ellátási helyek sokasága (tranzit zónák, befogadó állomások, őrizetet nyújtó intézmények, civil és egyházi intézmények, egészségügyi szolgáltatók) és ehhez képest a centralizált hatóságok közti koordinálatlansága miatt állt elő. Az egészségügyi személyzet releváns képzésénekhiánya is súlyos gondok forrása lett. Hiányzott az országos közegészségügyi (válság)

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

389 Hungary: Assessing health system capacity to manage sudden, large influx of migrants. A joint report on a mission of the Hungarian Ministry of Human Capacities and WHO Regional Office for Europe. 2016. www.who.int/publications/i/item/hungary-assessing-health-system-capacity-to-manage-sudden-large-influxes-of-migrants

terv és főként a frontvonalban (határon, elsődleges belépési pontokon, tömegszállásokon) a készenléti terv, a menekültekkel kapcsolatos adatgyűjtési és a kommunikációs terv alkalmazása.

A foglalkozás-egészségügy és munkavédelem terén, a fogadó oldalon az első vonalban szolgálatot teljesítő határőrök, rendészek nem voltak teljesen felkészülve a migránsokkal való foglalkozásra, az egészségi kockázatok megelőzésére.[390] 2009-ben mérték fel az EU keleti schengeni határai mentén (Lengyelországban, Szlovákiában és Magyarországon) a felkészültségi szintet a közegészségügyi biztonság, a migránsok speciális egészségi problémái ellátása terén kifejezetten a határövezetben,[391] de 2015-16-ra keveset javult a helyzet.[392]

3. A konkrét adatok léte és hiánya

Az egészségügyi adatgyűjtés alapja évtizedek óta a betegségek és beavatkozások statisztikája, illetve azok finanszírozási egységei (BNO és HBCS)[393]. Ezért a statisztikában nem látszik sem az orvos-beteg találkozások száma, jellege, sem a betegek valós igénye, mivel elsősorban az egészségügyi beavatkozásokért jár pénz az egészségbiztosítástól.

A biztosítási kassza kiadásainak maximálása miatt 2004-től kezdődően, meghatározták a betegellátók teljesítmény-volumen maximális szintjét, vagyis a beavatkozások számát adott időszakra, és csak ennek keretein belül finanszírozza azt az OEP. Ezzel a statisztika csak a ténylegesen elvégzett (és nem az igényelt) beavatkozásokat jelzi, továbbá megszűnt az intézmények érdekeltsége a számukra hátrányos teljesítmények növelésére. Így előállt a kapacitáshiány, a várólista[394] (aktív állami kapacitástervezés az igények vagy a piac helyett), mert a lekötött szakellátási kapacitásra vonatkozik csak érvényes finanszírozási szerződés.

Az OEP helyébe lépett Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (NEAK) heti/éves statisztikái a fertőző betegségekről, abban elhunytakról, kórházi kihasználtságról, kiadásokról is adnak tájékoztatást. Ugyanakkor a felsorolt adatkörök abban közösek, hogy nincs bennük sem kor, nem, állampolgárság vagy egyéb jogállás szerinti bontás.

Az Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Tér (EESZT)[395] létrehozásával az adathiány elvileg megszűnhetne, de csak részlegesen. Ugyanis a közfinanszírozott ellátást már 2018-tól, a magánellátást pedig 2020 második felétől kell az egészségügyi profilban rögzíteni, így jelentős adatbázis jön létre, sokféle adattal. Például:

- az ellátott személyazonosító-típusa és értéke (TAJ) szerepel. Ám a kérelmezők és védelemben részesülők csak egy része rendelkezik ezzel, azaz nem kerül bele ebbe a nyilvántartásba,
- az alapellátásnál szerepel a térítési kategória, aminek alapján lehetne kigyűjteni a beteg általi, a tb. általi és a költségvetési finanszírozást,
- a sürgősségi (mentővel szállítást követő) ellátásnál az ellátott állampolgársága, a továbbküldés, a beteg további sorsa szerepel,
- az egészségügyi profilba feltöltendő adat a betegre vonatkozóan tartalmazza a következőket:
  - a védőoltás neve, a védettség (betegség) oltás időpontja,
  - a megoldott, lezárt vagy inaktív problémák, korábbi műtétek és beavatkozások időpontja,
  - az aktuális problémák/diagnózisok, a terápiás javaslatok,
  - az aktuális gyógyszerelés,
  - a fogyatékosság leírása,

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

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

392 Éberhardt Gábor: A túlterheléses migráció lehetséges közrendészeti hatásai. PhD dolgozat, Budapest, Nemzeti Közszolgálati Egyetem, Doktori Iskola, 2021.

393 A WHO révén vezették be a BNO kódrendszert (The International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems), azért, hogy bármelyik országban megbetegedett, illetve sérülést szerzett személy diagnózisát egységes kódrendszer alapján lehessen besorolni. Az OEP által is alkalmazott szabványos kódolás alapján a különféle statisztikákat, országjelentéseket egységes kódolás alapján lehet összehasonítani. A homogén betegségcsoportokat (HBCS-k) pedig a fekvőbeteg-ellátás finanszírozásában használják, azokat az aktív kórházi ellátási eseteket sorolja egy finanszírozási csoportba, amelyek nagyságrendileg azonos teljesítményértékkel rendelkeznek, azaz közel azonos a szakmai-technikai ráfordítás igénye, és a csoportba sorolás orvosi szempontból is elfogadható. A besorolást elsődlegesen az ellátást indokoló betegségek, a besoroláshoz kiemelt orvosi beavatkozások határozzák meg. A homogén betegségcsoportok rendszerét nem csak a kórházi ellátási esetek osztályozására alkalmazzák, hanem olyanokra is, amelyek a beteg egész napos benntartózkodása nélkül is elláthatók.

394 NEAK országos várólista nyilvántartása, ahonnan megtudható, hogy a kiemelt műtétekre az egyes kórházakban hány beteg vár és milyen várakozási idővel kell számolni, a várakozók száma és a várakozási idők hogyan alakulnak országosan, illetve az egyes térségekben (www.jogviszony.neak.gov.hu/varolista_pub)

395 Az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvény III/A. fejezete és az Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Térrel kapcsolatos részletes szabályokról szóló 39/2016. (XII. 21.) EMMI rendelet mellékletei határozzák meg, míg az ügyeleti, sürgősségi betegellátási, mentési feladatok folyamatosságát a 47/2004. (V. 11.) ESzCsM rendelet az egészségügyi ellátás folyamatos működtetésének egyes szervezési kérdéseiről, az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet módosításáról szóló 154/2020. (IV. 27.) Korm. rendelet alapján határozzák meg.

- az életmódi tényezők,
- a várandósság,
- az egészségügyi dokumentáció (zárójelentés, ambuláns lap, műtéti leírás, mentési lap) és a laboratórium vizsgálatának eredményéről teljesítendő jelentés.

Ez a sokféle információ akkor segítene részleges statisztikai adatokhoz jutni, ha nem ütköznénk abba az akadályba, hogy az EESZT-adatbázisból csak a társadalombiztosítási azonosító jelhez (TAJ) tartozó biztosítási jogviszony fennállásának és a háziorvosi szolgálat adatainak lekérdezhetőségére van mód[396]. A fekvőbeteg-szakellátásban pedig csak olyan ellátási eseményt lehet a NEAK felé elszámolni, amelyet felírtak az EESZT-be, azaz nem az összes kezelési körülményt rögzítik ott, hanem csak a pénzügyileg relevánsakat.

Az egészségbiztosítási közhiteles nyilvántartást az Egészségbiztosítási Alap kezelésére kijelölt egészségbiztosítási szerv vezeti. A nyilvántartásban szereplő személyes adatok egyébként az érintett természetes személy elhunytát követő 30 évig nem törölhetők. Elvileg utólag innen lehetne bizonyos statisztikai adatgyűjtést végezni.

A NIEM egészségügyi adattípusai[397] (indikátorai) átfedésben és szoros kapcsolatban vannak a szociális ellátásokhoz kapcsolódó indikátorokkal, így fontos lenne megtudni, hogy milyen az aránya a rászorultsági alapú egészségügyi ellátásban részesülőknek és a társadalombiztosítási jogviszony meglétében megszerezhető egészségügyi ellátásban részesülőknek. Ám ez sem érhető el a Társadalombiztosítási Azonosító Jel (a továbbiakban: TAJ) TAJ-szám alapú hozzáférés/nyilvántartás miatt.

396 A jogviszony-ellenőrzés lényege, hogy valamennyi közfinanszírozott egészségügyi szolgáltató jogszabályi kötelezettségnek eleget téve, minden orvos-beteg találkozó alkalmával online módon ellenőrzi, hogy a beteg szerepel-e az egészségbiztosítónál vezetett nyilvántartásban. De a TAJ-szám/egyéb személyazonosító adatok alapján az ellenőrzés nem azonos a jogviszony-ellenőrzéssel. A jogviszony hiányának tényét közlő értesítést a szolgáltató átadja a betegnek, ha annak nincs jogviszonya. Az értesítés nem része a betegdokumentációnak. (A kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény végrehajtásáról szóló 217/1997. (XII. 1.) Korm. rendelet 12/B. § rendelkezése alapján.)

397 Indikátorok: eljárás a kérelmezők, védelembe vettek egészségügyi ellátási igényeire vonatkozóan; tartózkodási engedélyek (ideje és huzamoshoz is hozzáférés, családegyesítés) alapján azonosítás az egyes csoportok szerint (kérelmező, menekült, oltalmazott, huzamosan élő, áttelepített menekült, családtag); hozzáférés az egészségügyi ellátáshoz (úgy, mint a külföldiek vagy mint a magyar állampolgárok); adminisztratív akadályok a hozzáférésben (várakozás, dokumentáció...); az egészségügyi ellátási rendszerbe bevonás; az egészségügyi lefedettség mértéke (csak sürgősség, csak életmentés, alapellátások...); az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés, ha speciális igények merülnek fel (gyermek/csecsemőgyógyászat, terhesgondozás, szülészet, pszichiátriai és mentális gondozásra szorulók, idősgondozás, kínzás, trauma áldozatai); az egészségügyi szolgáltatók tájékoztatása a jogcímekről/ellátási jogosultságokról (hatóságok/szolgáltatók rendszeresen tájékoztatják a dolgozókat); információk a jogosultságokról és az egészségügyi szolgáltatások igénybevételéről (intézményesen vagy egyénileg is); kielégítetlen igények; a szabadon/ingyenesen elérhető tolmácsolási szolgáltatások (intézményesen vagy egyénileg is); a nemzetközi védelmet élvezők átlagos integrálása az egészségügyi rendszerbe (minisztériumi politikákban hogyan szerepelnek a menekültek, a menekültek egészségügyi ellátásának monitorozása, a menekültekre vonatkozó jogszabályok rendszeres felülvizsgálata); az egészségügyi költségvetés (arányai), a nemzetközi védelmet élvezők egészségügyi ellátásában a hatóságok, önkormányzatok együttműködése (van-e, milyen módon), partnerség az egészségügyi szakmai civil szervezetekkel (van-e, milyen módon).

Lassan a nemzetközi védelemre szorulók rejtőzködő populációvá válnak, mert a rájuk vonatkozó adatokat nem lehet a statisztikákból kinyerni. Ez pedig megnehezíti társadalmi reprezentációjukat, elfogadásukat és integrációjukat. Lassan alig akad kérelmező és védelmet élvező Magyarországon,[398] és a statisztikai számbavétel (akár mikrocenzus, akár tízéves cenzus, vagy a TAJ-szám alapján[399]) a nemzetközi védelembe vetteket csak töredékesen tartalmazza (például alulszámlálás, a nem kötelező válaszok vagy a külföldre távozás és a TAJ-számmal rendelkezés miatt), a kérelmezőket pedig egyáltalán nem.

Összességében: a közös európai kutatás alapját képező adatok (Baseline: életkor, nem, sérülékenység – egyedülálló szülő, fogyatékkal élő, kísérő nélküli kiskorúak, kínzás áldozata) és egyéb adatbontás Magyarországon nem érhetők el, még a menekültügyi eljárás tartama, sérülékenység azonosításának tartama szempontjából sem. Legfeljebb csak rész-adatok érhetők el egyes csoportokkal kapcsolatos egészségügyi kiadásokról.[400] Mivel a NIEM indikátoroktól strukturálisan is eltérő a hazai adatgyűjtési rendszer, ezért az egészségügyi ellátás szempontjából releváns alapadatok az indikátorok használhatóságához hiányoznak. Az egészségügyi statisztika a kérelmezőket és nemzetközi védelmet élvezőket külön (jogállás vagy sérülékeny csoportok szerint) nem gyűjti, ezért a jövőben is csak részleges és sporadikus adatokkal számolhatunk. A MEP javasolt bevezetésével azokra vonatkozóan keletkezhet Magyarországon adat, akik kapcsolatba kerülnek a menekültügyi eljárással, majd az egészségügyi ellátással.

4. Szakpolitikák

A menekültügyi ellátásra vonatkozó jogi kötelezettségek, nemzetközi sztenderdek hazai alkalmazhatóvá tételéhez nem elég az önmagában, hogy jogszabályba foglalják, be kell építeni a különböző népegészségügyi programokba és egészségügyi cselekvési tervekbe.

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

399 Ligeti Anna Sára: Cirkuláris migráció Magyarországon. *Statisztikai Szemle*, 2019/4:327-346.

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

Az elmúlt évtizedre visszatekintve készült terv az egészségügy megmentésére,[401] de abban a nemzetközi védelemre szorulókról nem esik szó. A szakmának és az egészségiparnak szóló dokumentum szerinti cél az, hogy a gazdaság teljesítőképességével, a társadalmi realitásokkal, közteherviseléssel és a szolidaritási elvvel arányosan minden lakosnak hozzáférhető legyen az egészségügy a szükségletei alapján. Az öngondoskodás kiegészítő jellegű, a várólistákat pénzzel lehessen kiváltani. Az emberi méltóság, a betegjogok (így a szabad orvosválasztás) tisztelete eszköz az egyéb célok eléréséhez. A reform lényege az informatikai fejlesztés, valamint az intézményi koncentráció (országos központokba, egyetemi klinikákra összevont fejlesztés), mert azzal megtakarítás érhető el. Bár a nemzetközi védelemre szorulóknak is előrelépés lett volna jogvédelmi szempontból, a javasolt Országos Betegjogi Központ nem jött létre. Annak ellenére, hogy a korábbi biztosítás-felügyeleti és panaszkezelő szervet felszámolták.[402]

2015-ben az alapellátás megerősítését célzó reform egy rövid bekezdésben úgy fogalmaz: az egészségügyi alapellátást a menedékkérő, menekült és oltalmazott jogállású személyek számára is teljes körűen hozzáférhetővé kell tenni azon intervallumban, amely alatt azt a menedékjogról szóló törvény lehetővé teszi (vagyis az eljárás alatt és azt követően még legfeljebb hat hónapig).[403] A koncepció feltárja, hogy az alapellátás körébe tartozó egészségügyi szolgáltatásokra vonatkozó jogosultságot különböző szintű jogszabályok rendezik (háziorvosi ellátás, fogorvosi és védőnői ellátás), és „a szolgáltatások biztosítása területileg nem egységes, illetve folyamatos értelmezési problémákat generál. Mivel a helyzet rendezése nemcsak az érintett személyi kör, de egyben a lakosság védelmét is szolgálja, az alapellátáshoz való egyértelmű hozzáférést, jogosultságot a fenti személyi kör számára a lehető leghamarabb meg kell teremteni."[404] Vagyis nem alkotmányossági vagy emberi jogi szempontból, hanem rendészeti logika alapján sürgeti az alapellátás fejlesztését.

A 2014-2020 közötti egészségügyi ágazati stratégia, majd az annak alapján kidolgozandó Népegészségügyi Stratégia sem vesz tudomást a külföldiekről a betegek köréről,

401 Semmelweis Terv az egészségügy megmentésére. Szakmai Koncepció, Nemzeti Erőforrás Minisztérium Egészségügyért felelős államtitkársága, 2010. október, 64. oldal.

402 Az Egészségbiztosítási Felügyelet 2010. szeptember 26-án jogutódlással megszűnt, általános jogutódja a Nemzeti Erőforrás Minisztériuma, részleges jogutódjai és részben korábbi hatásköreinek gyakorlói: az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat Országos Tisztifőorvosi Hivatala, az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat korábbi regionális intézetei, jelenleg pedig a területi kormányhivatalok népegészségügyi szakigazgatási szervei, az Országos Egészségbiztosítási Pénztár. A betegpanaszokat vizsgáló OBDK pedig integrálódott a minisztériumba 2017-től.

403 Az egészségügyi alapellátásról végül megszületett 2015. évi CXXIII.tv. nem szól a menekültekről

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

kivéve az egészségturizmust. 2017-2018-ra[405] vonatkozóan témánk szempontjából annyi emelhető ki, miszerint célzott intézkedésekkel elő kell segíteni a népegészségügyi szolgáltatásokhoz való általános hozzáférés javítását, rendszerekhez, azok szabványaihoz való illeszkedést. Ez segítheti elő a nemzetközi mutatók következtetései alapján az egészségi állapot egyenlőtlenségének és az ellátási hatékonyságnak a vizsgálatát. A statisztikai adatok körének kiválasztása hozzájárulhat ahhoz, hogy a közös európai egészségügyi indikátorok egy részét (European Core Health Indicators, ECHI[406]) felhasználják a fejlesztésekre vonatkozó monitorizálások során. Az EESZT bevezetése kissé javította a betegbiztonságot, de a napi klinikai gyakorlatban nem egészen használják ki a felhőalapú rendszer nyújtotta lehetőségeket. Szükség lenne a szakmai regiszterek fejlesztésére, amelyek az egészségpolitikának is megmutatnák a szükséges beavatkozási pontokat. Csak megbízható adatokra támaszkodva valósulhat meg bármilyen fejlesztés, és bár kiterjedt az adatgyűjtés az ellátórendszer valamennyi szintjén, azok megbízhatósága megkérdőjelezhető. Az egészséginformatikai országos stratégia (NES)[407] pedig alkalmazni akarja a hazai egészségügyben az informatika, a digitalizáció és a mesterséges intelligencia eszközeit, hogy az ellátás eredményességét növelje. A NES megvalósításának szakmai koordinációját a Nemzeti Egészséginformatikai Testület végzi, amelynek tagja a BM, EMMI, ITM, ME képviselője. A NES fejlesztések elsősorban európai uniós forrásból történnek, ám a tényleges részcélok, kiadások nem nyilvánosak, csak évente tesznek arról jelentést. A lassan készülő Nemzeti Népegészségügyi Stratégia (2017-2026) nyilvánossága csekély,[408] bár annyi tudható, hogy a járóbeteg-szakellátást és az alapellátást kívánják megerősíteni, pályázatokkal is ösztönözve a praxisközösségek kialakítását, a lakosság közeli ellátások körének bővítését az egészségfejlesztési irodák (EFI) hálózatával is. Bár ezekből papíron 116 működik, ezek egy része sem alkalmazkodott a lakossági igényekhez, ráadásul nincs is ehhez standard és módszertan, amit majd a Nemzeti Népegészségügyi Központ ad át. Az érintettek kritikusan jelezték,[409] hogy a betegutakat le kellene rövidíteni (ami a nemzetközi védelemre szorulóknak is a megfelelő ellátáshoz egyszerűsítését eredményezné).

405 1886/2016. (XII. 28.) Korm. határozat az „Egészséges Magyarország 2014-2020" - Egészségügyi Ágazati Stratégia 2017-2018 évekre vonatkozó cselekvési tervéről

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

407 A Kormány 1455/2021. (VII. 13.) Korm. határozata a Nemzeti Egészséginformatikai Stratégiáról

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

409 Tarcza Orsolya beszámolója a Medicina Fórumról, Medical Online., 2019. október 9. www.hirlevel.egov.hu/2019/10/14/atfogo-egeszsegugyi-agazati-strategia-hianyaban-meg-mindig-csak-a-diagnozisnal-tartunk

További gond, hogy az egészségügyben a fejlesztési stratégiák, reformtervek nem a jogszabályoknak megfelelően készülnek. 2011 óta a jogszabályokat csak hatásvizsgálat után lehetne előterjeszteni,[410] és 2012 óta kötelező minden szakpolitikára stratégiai tervdokumentumokat (ország-előrejelzés, a nemzeti 5-9 éves, középtávú stratégia, miniszteri program, az intézményi munkaterv, továbbá 10-15 éves, azaz hosszú távú koncepció, fehér könyv kidolgozása, és ezekre építve szakpolitikai stratégia, a szakpolitikai program, az intézményi stratégia és a zöld könyv) kidolgozni.[411] Ezeket részletes társadalmi vita után, a közérdekű adatok nyilvánosságát követően fogadhatja el a kormány, majd az országgyűlés. Így a menekültek egészségügye biztosan nem maradna ki a szakmai stratégiákból.

Ezekből a dokumentumokból tehát nem derül ki, hogy vajon a nemzetközi védelemre szorulókat azért nem említik sem a múltban, sem a mai stratégiákban, mert a lakossággal azonosan kezelik őket, vagy azért, mert éppen különálló, speciális ellátási megoldásokat, intézményeket akarnak nekik létrehozni. A szakpolitika régóta adós a nemzetközi védelemre szorulók nevesített igényeinek, ellátásának egyik vagy másik irányú fejlesztési koncepciójával.

Addig be kell érni az általános ellátási hozzáférést, adatkezelést javító részcélokkal. Ám az egyenlőtlenségek csökkentését, annak mindenkire vonatkozó jellegét és a tennivalókat sokkal jobban kellene hangsúlyozni a leggyakoribb diszkriminációs helyzetekre alkalmazva. Például ilyen a fogamzásgátló eszközökhöz való hozzáférés könnyítése, a sürgősségi ellátás jelentős javítása (például a kompetenciák, felelősségi körök egyértelmű elhatárolása, a földrajzi adottságoknak megfelelő sürgősségi ellátás összehangolása a működési feltételekkel), a betegszállítók kapacitásának bővítése, a drog-prevenció, a mentális zavarral élő emberek közösségi ellátásának számottevő fejlesztése, a pszichiátriai kezelésből elbocsátottak támogatása, valamint a betegjogok megerősítése egy hatékony és átlátható panaszkezelési rendszer bevezetésével. Mindez a nemzetközi védelemre szorulók számára hiánypótló lenne.[412] Ám ameddig pazarló a rendszer, addig a kormány nem biztosít több forrást az egészségügy számára, de valójában arról van szó, hogy az egészségügy nem kormányzati prioritás.

410 1144/2010. (VII. 7.) Korm. h. (a Kormány ügyrendjének része), az előzetes és az utólagos határvizsgálatról szóló 24/2011. (VIII.9.) KIM rendelet, majd a helybe lépett 12/2016. (IV. 29.) MvM rendelet az előzetes és utólagos hatásvizsgálatról

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

412 A Társaság a Szabadságjogokért hangot adott hiányérzetének az „Egészséges Magyarország 2014-2020" egészségügyi ágazati stratégiáról, és az egészségügyi tárgyú jogszabályok módosításáról szólva, lásd: www.tasz.hu/files/tasz/imce/2015/tasz_allasfoglalas_eustrat2015.pdf

5. A jogi környezet

A szabályozás univerzális, regionális és nemzeti szintű jogforrásokat foglal magában az egészségügyi ellátással kapcsolatosan.

A menekültek jogállásáról szóló ENSZ egyezmény (1951) a társadalombiztosítási ellátások (24.cikk) elérésében az állampolgárokkal azonos jogokat kell biztosítani a jogszerűen tartózkodó menekülteknek[413]. Ennek része a munkahelyi balesetekre, foglalkozási betegségekre, terhességre, betegségre, munkaképtelenségre, öregségre, halálra, munkanélküliségre, tartási kötelezettségekre vonatkozó ellátás a hazai jog alapján. Az ENSZ Gazdasági, Szociális és Kulturális jogokról szóló egyezségokmánya (1966) egyrészt mindenkinek biztosítani kívánja a szociális biztonságot és a hozzáférést a társadalombiztosítási ellátásokhoz (9.cikk), másrészt a legmagasabb szintű testi és lelki egészséghez való jogot, ideértve a járványügyi ellátást és az orvosi kezelést (12.cikk)[414]. Az emberi méltósághoz és a gyermekek védelemhez való jogát, benne az egészségügyi ellátáshoz való jogot más globális egyezmények (például ENSZ egyezmény a külföldi munkavállalók és családjuk védelméről, a gyermekek jogairól) is rögzítik, még a nem szabályosan dolgozó menekülők is hivatkozhatnak erre a szolidaritás-minimumra.[415]

A gyermekek jogairól szóló ENSZ egyezmény (1989)[416] minden 18 éven alulinak jogot ad a legjobb egészségi állapot érdekében az orvosi ellátáshoz, ideértve a terhesgondozást, csecsemőellátást is (24.cikk), védelmet az erőszak, az elhagyás, elhanyagolás bármely formájával szemben (19.cikk), sőt a menekült gyermekeknél a családegyesítés – testet és lelket is gyógyító – feladatának állami garantálását (22.cikk).

Az EU Működéséről szóló Szerződés (EUMSZ) 168. cikke értelmében, a közegészségügy *az Európai Unió* és a tagállamok között megosztott hatáskörbe tartozik. Eszerint az uniós fellépések kiegészítik a nemzeti politikákat, és az EU elsősorban a tagállamok által hozott intézkedéseket hivatott támogatni, például a határokon átnyúló súlyos egészségügyi veszélyek figyelemmel kísérése, korai előrejelzése és leküzdése érdekében. A tagállamok egymás között koordinálják a szakpolitikáikat és programjaikat az uniós fellépés által lefedett közegészségügyi területen. A Covid-19 pandémia láttán a Bizottság hangsú-

413 kihirdetve az 1989. évi 15.tvr-rel

414 kihirdetve az 1989. évi 9.tvr-rel

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

416 kihirdetve az 1991. évi LXIV.törvénnyel

lyozta, hogy a felkészültség és a reagálás kulcsfontosságú területeinek megerősítésére rövid távú és erősen összehangolt koordinációra és információcserére van szükség, valamint elkötelezettségre ezen intézkedések végrehajtására, ha nemzeti hatáskörbe tartoznak.[417] Így például az EU a közegészségügy védelmére hivatkozva elfogadhat egészségügyi kötelező szabályokat, például a határokon átnyúló súlyos egészségügyi veszélyek tekintetében (1082/2013/EU határozat, 2013. október 22.), amely a fertőző betegségekre is vonatkozik. Ez a határozat a nemzeti politikák összehangolása és kiegészítése érdekében szabályokat állapít meg a határokon átnyúló súlyos egészségügyi veszélyek járványügyi felügyeletére, nyomon követésére, korai előrejelzésére és leküzdésére, beleértve az e tevékenységekkel kapcsolatos felkészültségi és reagálási tervezést is. A tagállamok is kötelesek összehangolni Covid-19 pandémiás intézkedéseiket a nemzeti egészségügyi miniszterekből álló, a Bizottság által elnökölt, úgynevezett EU Egészségbiztonsági Bizottságában. Az EU Bizottsága minden hasznos kezdeményezést megtehet a tagállami politikák és programok összehangolásának előmozdítására, különösen az iránymutatások és mutatók kidolgozásával, valamint a legjobb gyakorlatok cseréjének megszervezésével.[418] Az EU közös menekültügyi rendszere alapján, túl az Alapjogi Karta (2000) szabályain,[419] a Magyarországon élő, tartózkodó

- kérelmezőknek megfelelő egészségügyi ellátáshoz van joga, vagyis legalább a sürgősségi ellátásra, bele értve a gyógykezelést és a mentális betegségek miatti érdemi kezelést, míg a sajátos igényű kérelmezőknek a szükségleteiknek megfelelő fogadási és pszichiátriai kezelést kell nyújtani, ideértve a gyermekáldozatok rehabilitációját is;
- a nemzetközi védelem alatt állóknak (vagyis bármely kategóriába is tartozik, a jogállás végéig) ugyanolyan feltételekkel kell biztosítani az egészségügyi ellátást, *mint az állampolgároknak*, és annak *megfelelőnek* kell lennie, ideértve a pszichiátriai ellátást, a terhes gondozást, a fogyatékkal élők ellátását, az erőszak, kínzás, kizsákmányolás és fegyveres konfliktusok áldozatainak kezelését, sajátos igényeikre tekintettel.

417 Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, The European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions on Short-term EU health preparedness for COVID-19 outbreaks

418 Friedery, Réka: Free Movement of Persons versus COVID-19: National Restrictions and EU Law. MTA Law Working Papers, 2020/38.

419 Dir. 2011/95/EU on standards for the qualification of third-country nationals or stateless persons as beneficiaries of international protection, for a uniform status for refugees or for persons eligible for subsidiary protection, and for the content of the protection granted, Art.30; (Kvalifikációs irányelv) Dir. 2013/33/EU laying down standards for the reception of applicants for international protection, Art.19 and 23 (Fogadási irányelv)

A magyarországi egészségügyi ellátás 1992 óta közfinanszírozott, de biztosítási elvű. A kötelező egészségbiztosításban, amely a társadalombiztosítás alrendszere, a jogosultak két nagy csoportra oszthatók: a biztosítottakra (azok a személyek, akik járulékfizetéssel valamennyi egészségbiztosítási ellátásra, tehát az egészségügyi szolgáltatásokra és a pénzbeli ellátásokra is jogot szereznek), és az egészségügyi szolgáltatásra jogosultakra (nem fizetnek sem járulékot, sem díjat, mert az ellátásukra a központi költségvetés utal át forrásokat az Egészségbiztosítási Alapba).

A nemzetközi védelmet igénylők mindkét csoportba tartozhatnak, és az egészségügyi ellátására jogosultságaikat[420] az 1. táblázat foglalja össze, ideértve a szociális rászorultság,[421] a biztosítási jogviszony[422] és a belföldinek minősülés[423] alapján járó ellátásokat is.

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

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

422 A kötelező egészségbiztosítás (1997. évi LXXXIII. törvény) szigorodott, 2020. július 1-jétől már nincs lehetőség az elmaradt egészségbiztosítási szolgáltatási járulék (belföldinél 7710 Ft/hó, egyéb embernél a minimálbér alapján) befizetésével a jogviszony három hónapon túli, utólagos rendezésére, vagyis a betegnek, ha ellátták, ki kell fizetnie a szolgáltatást és utóbb a havi biztosítási díjat, de a sürgősségi ellátást akkor is nyújtani kell.

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

1. táblázat. Ki és milyen egészségügyi ellátásra jogosult a hazai jogszabályok szerint?

Kérelmező	Menekültügyi őrizetben lévő	Menekült	Oltalmazott	Befogadott	Menedékes
jogosultság:szűrés, védőoltások, hatóságilag elrendelt kezelések, járványügyi ellátás, alapellátás, sürgősségi ellátás, abba beleértve a járó/fekvő beteg szakellátást, gyógyászati segédeszközt és gyógyszert, fogászati ellátást, terhesgondozást, szülészeti ellátást, halottvizsgálatot, egészségügyi válsághelyzeti ellátás, betegszállítást, a különleges bánásmódot igénylőnek rehabilitációs, pszichológiai, valamint klinikai szakpszichológiai ellátás, továbbá pszichoterápiás kezelés is		jogosultság: szűrés, védőoltások, hatóságilag elrendelt kezelések			
		jogosultság: a státus jogerős elnyerését követő 6 hónapig, ha rászorult alapellátásra és háziorvosi ellátásra, szak-ellátásra, gyógyszerellátásra, sürgősségi ellátásra, betegszállításra, szülészeti ellátásra, terhesgondozásra		jogosultság. a státus jogerős elnyerését követően, ha rászorult, háziorvosi ellátásra, mentésre, sürgősségi ellátásra, halott-vizsgálati és válsághelyzeti ellátásra [**118%**//100%]	jogosultság. a státus jogerős elnyerését követően, ha rászorult az alapellátásra és sürgősségi ellátásra, betegszállításra
		jogosultság: 0-18 év közötti (kiskorú), ha Magyarország területén lakóhellyel vagy tartózkodási hellyel rendelkezik, teljes egészségügyi ellátásra jogosult ha szociálisan rászorult és bejelentett lakóhellyel rendelkezik, akkor teljes egészségügyi ellátásra jogosult[424] nappali tagozaton tanuló hallgató (18 éven felüli) teljes egészségügyi ellátásra jogosult hajléktalan (valamely szociális intézményt igénybe vevőként) teljes egészségügyi ellátásra jogosult		jogosultság:0-18 év közötti (kiskorú), ha Magyarország területén lakóhellyel rendelkezik, teljes egészségügyi ellátásra jogosult	

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

Kérelmező	Menekültügyi őrizetben lévő	Menekült	Oltalmazott	Befogadott	Menedékes
		belföldinek minősülő személy[425] egészségügyi szolgáltatásra való jogosultsága a jogviszonya megszűnését követő további 45 napig (passzív jog a társadalombiztosítás alapján)			
jogosultság: mentés					
Egyéb személyi kategóriák egészségügyi ellátásra jogosultsága:					
magyar hatóság által a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról szóló törvény alapján ideiglenes hatállyal elhelyezett vagy nevelésbe vett külföldi kiskorú személy teljes egészségügyi ellátásra jogosult					
a közösségi szálláson vagy tranzitzónában elhelyezett vagy emberkereskedelem áldozatává vált harmadik országbeli állampolgár járványügyi, mentési, sürgősségi ellátásra, halott-vizsgálatra, egészségügyi válsághelyzeti ellátásra, ideértve a gyógyászati segédeszközt, gyógyszert, továbbá jogosult a külön jogszabályban meghatározott kötelező védőoltásra jogosult (az emberkereskedelem áldozatává vált menekült humanitárius tartózkodási engedéllyel vagy ideiglenes tartózkodásra jogosító igazolással tudja ezt igazolni)					
fogvatartottként teljes körű egészségügyi ellátásra jogosult (speciálisan: börtönorvos/központi bv. kórház mint alapellátás, szakellátás és fekvőbeteg-ellátás)					
a biztosítási jogviszonnyal rendelkező (munka, vállalkozása révén, állampolgárságtól függetlenül)[426] teljes egészségügyi ellátásra jogosult					

Forrás: saját szerkesztés

Ez a táblázat *inkább a trendet jelzi*: a kék szín a menekültügyi hatóság által utólag megfizetett, a rózsaszín a költségvetésből finanszírozott, míg a sárga a társadalombiztosítási befizetések alapján elérhető ellátásokra vonatkozik. Ez azért lehetséges, mert számos jogszabályt együtt kell alkalmazni, anélkül, hogy azok egyértelműen visszautalnának más, ellátást megalapozó ellátási jogcímekre.

A harmadik országbeli állampolgárok magyarországi tartózkodásával összefüggésben, a közegészséget veszélyeztető betegségek és kórokozót hordozó állapotok tisztázására laboratóriumi szűrővizsgálatok kötelezőek:[427] így a tuberkulózis (tbc), HIV-fertőzés, luesz, hastífusz és paratífusz baktériumhordozó állapot, hepatitis B. Ezért a szűrést a költségvetés/egészségbiztosítás fizeti. A Covid-szűrést nem sorolják fel, de indokolt lenne a kiegészítés.

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

426 belföldi: Magyarország területén a polgárok személyi adatainak és lakcímének nyilvántartásáról szóló 1992. évi LXVI. törvény szerint bejelent

427 32/2007. (VI. 27.) EüM rendelet

A sürgős szükség körébe tartozó, életet veszélyeztető állapotok és betegségek körét rendeletben rögzítették,[428] amelyben *31 esetet sorolnak fel* (például szülés, vesegörcs, áramütés, fertőző betegség, amputáció). A definíció szerint ide tartozik minden olyan egészségügyi tevékenység, amelyeket az életet veszélyeztető állapotok és betegségek szakszerű ellátása, valamint azok maradandó egészségkárosító hatásának megelőzése érdekében – a beteg állapotának stabilizálásáig el kell végezni, vagy amelyet szakszerű ellátás, valamint azok maradandó egészségkárosító hatása megelőzése érdekében fekvőbeteg-ellátás keretében, a diagnózis felállításától a tisztázott kórállapot első alkalommal történő szakszerű ellátásáig végeznek. Ez elég jelentős mérlegelési lehetőséget a gyógyítóknak, ha egy jogszabályban a sürgősségi ellátás szerepel.

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

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

Ha az egészségügyi szolgáltatás fedezetét sem az Alap, sem a költségvetés nem biztosítja, azt az egészségügyi szolgáltató – külön jogszabályban foglaltak figyelembevételével – meghatározott térítési díj ellenében nyújtja a szolgáltatást. Itt válik jelentőssé, hogy a gyógyító személyzet mit ért a sürgős szükség és az alapellátás körébe tartozó szolgáltatáson. Ugyanis tartozás miatt a TAJ-számukat elvesztők csak a számla előzetes kifizetése után kaphatnak halasztható egészségügyi ellátást. A sürgősségi ellátás korábban mindenkinek járt ingyenesen, most már a sürgősségi ellátásért is fizetnie kell annak, akinek nincs érvényes TAJ-száma. A számlát a beavatkozás után is ki lehet egyenlíteni, de a beteget, illetve a hozzátartozóját már a beavatkozás előtt tájékoztatni kell a várható költségekről. Az ellátásért a kórházak annyi pénzt kérhetnek, amennyit

428 52/2006. (XII. 28.) EüM rendelet

a NEAK-tól kapnának, de maximum 750 ezer forintot. A kezelőorvos tehát a TAJ-szám hiányában nem nyújthat a betegnek a közfinanszírozás terhére ellátást.[429]

A jogi környezet része, hogy minőség-ellenőrzés sem általánosságban, sem külön a külföldieknek (a biztosítás-felügyeletet megszüntették), és a betegek jogainak védelmére a fenntartóhoz címzett panasszal lehet fordulni, vagy a betegjogi képviselőhöz,[430] aki mediációt javasol[431], vagy maga is közvetít, kivizsgáltatja a panaszokat, és igyekszik a pereket megelőzni. A magyar jog egyébként nem hozott létre külön felelősségi rendszert az egészségügyi szolgáltatókkal kapcsolatos kártérítési kérdésekre, azonban a bírói gyakorlat számos vonatkozásban figyelemmel van az orvos és betege közötti jogviszony speciális jellegére, így elsősorban a károkozói oldal felelősségének kimentésére.[432] Bár a nemzetközi védelmet igénylők oldaláról a szolgáltatóval szembeni kárfelelősségnek nincs gyakorlata, a jogviták megelőzését szolgálná, ha az egészségügyi személyzetben és intézményi vezetőkben tudatosulna, hogy ez a gyakorlat kellő jogi tanácsadással megindulhatna a jövőben. Különösen azért, mert nem készült fel az ellátó e sajátos pácienscsoport igényeinek teljesítésére. A megfelelő kommunikációhoz, a tájékozott beleegyezés alkalmazásához hiányoznak a feltételek, az egészségügyi mediáció sem segít (hasonlóan a többi, peren kívüli megoldási forma alkalmazásához), és a szükséges orvosi dokumentációk elkészítésének hiánya formailag és tartalmilag is megvalósítja a gondossági kötelezettség megszegését.

A hazai szabályozás a nemzetközi védelemre szorulók szempontjából három fő aggodalomra okot adó jellemzője a következő:

1. A hatályos hazai egészségügyi jogszabályok fő vonása, hogy nem specifikusak, mert nem betegségcsoportok vagy élethelyzetek alapján, hanem ellátási formák és jogcímek szerint szabályozzák a szükséges egészségügyi ellátást. A menekültügyi jogszabályok nem elég részletesek az egészségi állapotra, elhelyezési körülményekre és egyéni életutakra vonatkozóan, mert az eljárás

429 28/2020. (VIII. 19.) EMMI rendelet a Magyarország területén tartózkodó, egészségügyi szolgáltatásra a társadalombiztosítás keretében nem jogosult személyek egészségügyi ellátásának, valamint az egészségügyi szolgáltatás biztosítására kötött megállapodás egyes szabályairól szól. Az új szabály beláthatatlan következményekkel járhat. Előfordulhat, hogy az agyvérzéssel a sürgősségire kerülő ember maga, vagy hozzátartozója egyszerűen nem kéri majd az ellátást, miután meghallotta a beavatkozás árát, mert tudja, arra nem telik neki. Az új társadalombiztosítási törvény 2020. júliustól hatályos, az ezt követő hat hónapot már figyeli az adóhivatal. Akinek összejön a hat havi hátraléka – először 2021. január elsején lehetséges – annak a TAJ-számát a NEAK kötelezően érvényteleníti.

430 381/2016.(XII.2.) Korm. rendelet az Integrált Jogvédelmi Szolgálatról

431 2000.évi CXVI.tv. az egészségügyi közvetítői eljárásról

432 Pethő András: Az egészségügyi szolgáltató kárfelelősségi kimentésének nehézségei. Állam-és Jogtudomány, 2019/2:50-62.

bizonyos szakaszaihoz (kérelmező, őrizetben lévő, befogadó állomáson elhelyezett, jogállás megszerzése) kötődik. Így kétséges, hogy az európai standardok átültetése ténylegesen megtörtént-e.

2. Az egyenlő esélyű hozzáférést akadályozza, hogy nincs a nemzetközi védelemre szorulókra vonatkozó sajátos alkalmazási szabály. Csak egy példa: a terhesség megszakításról szóló rendeletben nem veszik figyelembe, hogy a védőnő hogyan szerzi be a menekült nő kérelmét, hogyan jelenik meg a menekült nő kétszer a családvédelmi Szolgálatnál és miként kommunikálnak ott vele, tájékoztatják-e a jogairól, tisztázzák-e vele, melyik intézményben akarja elvégeztetni a beavatkozást. Hasonlóan problémás a terhesek gondozásról szóló rendszerben a nemzetközi védelemre szoruló nők ellátása a speciális szabályok hiányában.[433] Az, hogy joguk van ezeket az ellátásokat igénybe venni, még nem garantálja a hozzáférést és az egyenlő bánásmódot.

3. A szabályozási zavarok miatt sem érvényesülhet maradéktalanul a hozzáférés az uniós irányelvekben foglaltak szerint, mert vagy az élethelyzetet (például hajléktalan), vagy a jogállást (például menekült, oltalmazott) vagy egyszerre a kettőt (például kiskorú bevándorolt) követeli meg a jogszabály, miközben a menekült is lehet hajléktalan vagy nappali tagozaton tanuló, sőt rászorult is. Ez az egyetlen/fő kritériumra építő szabályozási technika nehezíti a jogalkalmazást, mert nem egyértelmű, hogy mi a jogi cél: bizonyos élethelyzeteket akar-e kezelni, vagy a jogokat szétosztani a különböző jogállású emberek között; nem ad választ arra, hogy mi történjen a több kategóriába besorolható esetekkel. Ezért a különleges figyelemre és ellátásra szorulókról (például pszichiátriai és pszichológiai segítés, terápia, testi és lelki rehabilitáció, fogyatékosság, idős kor vagy traumatizáltság miatt másféle elhelyezést igénylő), nincs elsőbbséget adó rendelkezés. Ehhez társul még az ismerethiány, a kommunikációs nehézség, az ellátást nyújtók és igénylők oldalán egyaránt.

433 32/1992.(XII.23.) NM rendelet a magzati élet védelméről szóló 1992. évi LXXIX. törvény alkalmazásáról, 26/2014. (IV.8.) EMMI rendelet a várandósgondozásról

6. A pandémia tanulságai

Még nem lehet teljes mérleget készíteni, hogy a Covid-19 járvány miatt elrendelt korlátozások az ellátáshoz jutást, a határon be-és kilépést, a fertőzések megelőzését és a betegkezelést kifejezetten a nemzetközi védelemre szorulók körében miként befolyásolta.

Abból kell kiindulni, hogy a járványügyi intézkedések univerzálisak. Például, a „fertőzési lánckutatás" a járványügyi hatóság feladata: meghatározott betegségek esetén a beteg kötelezése arra, hogy nevezze meg azokat a személyeket, akiktől a betegséget kaphatta. Ezért a járványügy együttműködik a WHO-val is, amelynek kiemelkedő jelentősége van a járványügyi nemzetközi kooperációban, ahogy azt a Nemzetközi Egészségügyi Rendszabályok (2005) rendezik[434]. A WHO Rendszabályok célja, hogy megakadályozzák a fertőző betegségek nemzetközi terjedését, a nemzetközi forgalom és kereskedelem szükségtelen megzavarása nélkül. Így magukban foglalják a részes államok bejelentési (*surveillance*) kötelezettségét, és felhatalmazzák a WHO főigazgatóját a nemzetközi közegészségügyi-járványügyi szükséghelyzet fennállásának eldöntésére, járványügyi intézkedéseket tartalmazó ideiglenes és állandó ajánlások kibocsátására. A kapott információk alapján – különösen attól a részes államtól, amelynek területén az esemény bekövetkezik – meghatározzák, hogy az esemény nemzetközi aggodalomra okot adó közegészségügyi vészhelyzetnek minősül-e.[435] Ilyen például, ha az esemény közegészségügyi hatása súlyos, azaz a veszélyeztetett lakosság különösen sérülékeny (így menekültek, alacsony immunizáltsági szintűek, gyermekek, idősek, alacsony immunitásúak, alultápláltak). Ám nincs nyoma, hogy a közegészségügyi veszélyhelyzeti hazai szabályokban a nemzetközi védelemre szorulókkal kapcsolatosan lennének (begyakorolt) intézkedések.

A Magyar Orvosi Kamara titkára szerint a járványkezelés gyengesége rámutatott, hogy a szakmai felügyeletért felelős Nemzeti Népegészségügyi Központ, amelynek létszámát 2017-ben a tizedére csökkentették, alapvető funkcióit sem tudja ellátni, így a kontaktkutatást sem. A szakmai kontroll a szervezeti hiányosságok nyomán megszűnt, és a kötelező hatósági engedélyek kiadása után kérdéses, hogy azok rendszeres ellenőrzése megvalósul-e. Hiába javasolta Újratervezés csoportjuk az ellátási minimumfeltételek megújítását, majd azok szigorú ellenőrzését. A Kamara egészségügy reformját célzómunkában nem vesz részt. Kormányzati megrendelésre elkészült egy átalakítási koncepció,

434 Kihirdette a 2009. évi XCI. törvény

435 Fazekas Marianna: Egészségügy-politika. Nemzeti Közszolgálati Egyetem, Vezető-és Továbbképzési Intézet, Budapest, 2014.

amelyet a Boston Consulting Group dolgozott ki, de az nem nyilvános. Ha dolgoznak is a kormányzatban, a Kamarának nincs rálátása a részletekre, mert a kormányzati és a szakpolitikai döntéseknél hiányzik a konszenzuskeresés, nincs együttműködés a szakmai műhelyekkel. Ezért társadalmi konszenzus sem jöhet létre az egészségügy átalakítását illetően. A pandémia hátrasorolta a reformot.[436]

Az Eurostat 2020 augusztusi elemzése szerint a kezelhető, illetve a megelőzhető halálozásban is az uniós átlagnál rosszabbul szerepel Magyarország, és az EU-s átlaghoz képest Magyarországon közel kétszer rosszabb a halálozási arány a kezelhető betegségeket nézve. A megelőzhető, vagyis a tudatos, egészséges életmóddal elkerülhető halálozás az országok között a legrosszabb, vagyis biztonsági kockázat az egészségtelenség, ám a Nemzeti Biztonsági Stratégia[437] az egészségügy helyzetéről hallgat, leépült a járványügyi ellátó rendszer, nincs megfelelő lakossági kommunikáció, és megrendült az egészségügyi ellátórendszer.[438] A járványügyi kockázat kezelésére vonatkozóan a stratégia 169. pontja úgy fogalmaz: „Kiemelt figyelmet kell fordítani az egészségbiztonságra, amely a magas szintű egészségügyi ellátás mellett magában foglalja a természeti vagy civilizációs eredetű közegészségügyi és járványügyi kihívásokkal szembeni operatív és hatósági reagáló képességet is. Szélsőséges esetben készen kell állni a haderő alkalmazására járványügyi válsághelyzet elhárítása érdekében (kitelepítésben és karantén fenntartásában, személyi mozgások ellenőrzésében, migrációs és bűnözési hullám megfékezésében, katonai kórházak működtetésében.)." Tehát, úgy tűnik, az egészség és a közegészségügyi ellátás legfeljebb katonai, de nem biztonsági és nem stratégiai ügy.

A TAJ-szám nélküli emberek, így elsősorban a kérelmezők, a menekültek, oltalmazottak és befogadottak, valamint az ő családtagjaik (eltérő jogállással) érzékelték, hogy másként bánnak velük a Covid-19 elleni állami intézkedéseknél. Ők sem[439] fértek hozzá az oltásokhoz és az ingyenes szűrés/tesztelés csak a karanténban és hatósági kötelezésnél volt elérhető számukra. Ebben változást 17 hónap után érzékelhettek:[440] 2021 májusától, a Magyarországon élő külföldiek (és a TAJ-számmal nem rendelkező külföldön élő és a külhoni magyar állampolgárok is) végre regisztrálhattak oltásra a www.vakcinainfo.gov.hu honlapon.

436 Tarcza Orsolya: Tudatos kommunikációs csend lengi körbe az egészségügy átalakítását. MedicalOnline, 2021. 09.11. www.medicalonline.hu/cikk/tudatos_kommunikacios_csend_lengi_korbe_az_egeszsegugy_atalakitasat

437 Biztonságos Magyarország egy változékony világban. 1163/2020. (IV. 21.) Korm. határozat Magyarország Nemzeti Biztonsági Stratégiájáról

438 Csiki Varga Tamás – Tálas Péter: Magyarország új nemzeti biztonsági stratégiájáról. Nemzet és Biztonság 2020/3: 89–112.

439 Hiába kérnek oltást a Magyarországon élő amerikaiak. Index, 2021.április 26.

440 A Kormány 221/2021. (V. 3.) Korm. rendelete a veszélyhelyzet idején alkalmazandó további védelmi intézkedésekről szóló 479/2020. (XI. 3.) Korm. rendelet módosításáról

7. Vélemények és ajánlások

A projekt keretében szervezett konzultációk, interjúk és viták a következő véleményeket hozták felszínre, egyben ajánlásokat is megalapozva, jelezve, hogy az ellátásból mi minden hiányzik.

A magyarországi menekültek pácienskénti általánosságban tartózkodnak az egészségügyi rendszer igénybevételétől, mert még akkor is, ha tudják, hogy ellátásra jogosultak, kiderülhet, hogy a munkáltató nem legálisan alkalmazza őket, nem fizeti utánuk a járulékokat, azaz nem kapnak ingyenes ellátást. Fogorvost, ha lehet, inkább magánpraxisból választanak. Aki már saját tapasztalattal rendelkezik az itteni ellátásról, az inkább jó, mint rossz benyomásokat szerzett, ám negatívumként említették, hogy az ő kéréseiket (például fázom, éhes vagyok) nem vették figyelembe, akár nyelvi okokból, akár a túlterheltség miatt. Nyomasztó, hogy tisztázatlan, hol és kinek kell őket ellátni, vagyis a hozzáférés sokszor nehéz.

A hazai egészségügyi személyzet abból indult ki véleményének megfogalmazásakor, hogy amíg az egészségügyben dolgozók munkájának elismerése társadalmilag és anyagilag is hiányos, gyenge, addig nem lesz magas az ott dolgozók empátia szintje. Ha az egészségügyben megfelelő lesz a létszám és a fizetés, akkor nem agyongyötört, hajszolt, a továbbképzésből kimaradt, a betegre kevés érdemi időt fordító orvosokkal és ápolókkal találkoznak majd a menekültek. Másrészt, ameddig a lakosságot a menekültekkel és az általuk behurcolt betegségekkel riogatják, addig a közhangulat ellenséges marad a menekültekkel szemben. Ez súlyosan hátráltatja, sőt blokkolja a beilleszkedésüket, pedig még a 2015-ös menekülthullám idején sem volt sehol járványveszély Európában, hiába keltettek félelmet a migránsokkal szemben. Általános gond a beteggel való kommunikáció, anélkül a tünetekről, az állapotáról, az előzményekről és a kéréseiről semmit sem lehet megtudni, vagyis szinte lehetetlen a gyógyítás. Ha lenne egy lista az elérhető és felkészített tolmácsokról, akiket megfelelően megfizetnek (a hatóság vagy az egészségbiztosítási alap), akkor az ebből fakadó gondok jelentős része kezelhető lenne. A profi tolmácsok telefonon is remekül dolgoznak, zömük a magyar társadalomba jól integrálódott menekült.

Az orvosok szerint is sürgősen megoldást kell találni arra, hogy a kérelmezők, menekültek ellátását ne kössék a TAJ-számhoz. A pandémia hívta fel a figyelmet arra, hogy egyre több magyar polgárnak és eleve a külföldieknek a Covid-teszt eredménye sem

érhető el éppen a TAJ-szám hiányában, holott a háziorvost terheli a járványügyi intézkedés. Mivel a menekültek, kérelmezők sokat változtatják a tartózkodási helyüket, alapvető érdek lenne az EESZT-be (felhőalapú adatszolgáltatásba) bekapcsolni őket saját azonosítóval, hiszen a helyváltoztatással eleve együtt jár, hogy több orvos találkozik velük, és a releváns egészségügyi adatok elérése nélkül kicsi hatásfokú lesz az ellátásuk, miközben minden alkalommal sok idő elmegy az ismételt adminisztratív munkával. Különösen fontos lenne, hogy legalább az immunológiai adataik felhőalapú adatbázisba legyenek nemzetközileg is elérhetőek (védőoltások adatai például). Különös jelentősége van a beteg életkorának, és ezzel összefüggésben a bánásmód meghatározásának. Az életkor meghatározása nem rendőri, hanem egészségügyi szakmai feladat, amelyhez jól kialakított szakmai együttműködés kell endokrinológus, pszichológus, gyermekorvos, kulturális antropológus bevonásával. Bizonyos standardok – amelyeket az életkor meghatározására egy átlagos amerikai fiatalra dolgoztak ki – nem alkalmazható a világ más tájáról érkezőkre, éppen az eltérő életmód, étkezés miatt. Mivel ez időigényes, komplex feladat, kellő időt kell rá szánni. Erre is önállóan kidolgozandó eljárási rend kellene. Ha egy páciens már nagykorú, de (számunkra) látszólag, idegen környezetben nem tájékozódik, egy gyermek szintjén érti csak a világot, az egészségügyben dolgozóknak ilyen esetben útmutatás kell, megfelelő oktatás, felkészítés, hogyan kommunikáljanak vele.

A szociális munkások, segítők véleménye szerint az abszolút egészségügyi ellátási hiányokat sürgősen pótolni kellene, ilyen például a felnőtt és gyermekpszichiátriaiellátás. A progresszív és a területi ellátás szerinti illetékesség nehezen kideríthető, amely a gyors segítséget igénylő estekben dupla hátrány.

Az eddigiek alapján számos javaslatot lehet megfogalmazni, mégpedig az európai, a nemzeti és intézményi szintek szerint, nem tekintve merevnek a köztük lévő válaszvonalakat.

Európai szinten:

- az EU-ban további intézkedésekre van szükség a kiszolgáltatott társadalmi csoportok egészségügyi szükségleteivel kapcsolatban, különösen akkor, ha annak közegészségügyi, határokon átnyúló jelentősége van. A tagállami hatóságoknak intézményes együttműködésre van szüksége az egészségügyi szűrés, a szolgáltatások elérhetőségének és megfelelőségének, az egészségfejlesztésnek és a migránsok, etnikai kisebbségek és más kiszolgáltatott csoportok megelőző gondozásának előmozdítására, az egészségügy és az egészségügy

által támogatott bevált gyakorlatok azonosítása és cseréje révén. Meg kell vizsgálni, hogy az Alapjogi Ügynökség miként gyűjthet információkat a kiszolgáltatott csoportokról, arról, milyen mértékben szenvednek az EU-ban fennálló egészségügyi egyenlőtlenségektől. A tagállamokkal együttműködve kezdeményezni kellene az érzékenyítést, a jó gyakorlatok cseréjét az egészségügyi szolgáltatások elérhetőségének és megfelelőségének, a kiszolgáltatott csoportok ellátatlanságának megelőzésének érdekében;

- az EU-ban harmonizálni kellene az egyes tagországokban a hatályos vizsgálati protokollokat, és megteremteni az átjárható, elektronikus egészségügyi információs rendszert. A magyarországi intézményrendszer elektronikus adatrögzítő rendszere és adatbázisa ehhez alkalmazkodhatna, hogy a menedékkérők, védelmet élvezők egészségügyi adatai alapján elkülönített ellátás tervezésére, prevencióra és kutatási célokra is alkalmas legyen. Vagyis nem kell egységesíteni az összes külföldi ellátását, de figyelemmel lenni a sajátos epidemiológiai profilokra;
- a tagállami hatóságok együttműködésének az erősítése indokolt, különösen az alapellátásban dolgozók és a nemzetközi védelemre szorulók, a sérülékeny csoportok fogadása terén, hogy érvényesüljön a betegközpontú, együttérző, a menekültek egészségügyi szükségleteire reagáló ellátás. Ehhez még több kutatás kell a hiányokról. A megfelelő oktatási képzési anyagokat is így lehet kialakítani.[441] Ezeket elérhetővé kellene tenni például a magyar háziorvosok számára is.[442]

Nemzeti szinten:

- erős koordinációs mechanizmust kellene létrehozni a decentralizált ellátási rendszer szereplői között, ideértve az igazgatási utak racionális rendjét, a pénzügyi és szakmai adatcserét (például aktualizált honlapot, non-stop telefonos szolgálatot, rendszeres fórumokat);
- a nemzetközi védelemre szorulók egészségügyi ellátását ne csak a szokásos BNO kód alapú finanszírozás honorálja a szolgáltatónál, hanem egy szorzóval/pótlékkal kiegészített összeg, amely beépülhetne a jogszabályba és a költség-

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

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

vetésbe, hogy figyelembe vegye a többlettudást és időráfordítást az ellátás nyújtásánál;

- az ellátást nyújtó, illetékes intézmények és szolgáltatásaik folyamatosan frissüljenek a honlapokon, a szabályokat és az eljárást tartalmazó adatbázis, és non-stop telefonos tanácsadó szolgálatot indokolt lenne létrehozni, amely bárkinek, idegen nyelven is elérhető lenne (menekültek, mentők, szociális ellátók, rendőrség, civil segítők számára);
- szükséges lenne a nemzetközi védelemre szorulók egészségügyi dokumentumainak magyarra és idegen nyelvre fordításának és a megfelelően felkészített tolmácsoknak központi (on-line) ingyenesen és regionálisan, az egészségügyi szolgáltatók számára elérhető megszervezése; ezt fedezni kellene a NEAK forrásaiból;
- a nemzetközi védelemre szorulók hatósági eljárásba belépésekor haladéktalanul el kellene rendelni a szűrővizsgálatokat, ideértve az állapotfelmérésüket és a sürgősségi ellátáshoz jutást (járványügyi, nőgyógyászati, addiktológiai, valamint pszichés állapot felmérését és kezelésüket legalább);
- folyamatosan legyen/ek jelen orvos/ok a szállásokon (befogadó állomás, idegenrendészeti intézmények) a kapacitás és a menedékkérők létszáma, egészségi állapota függvényében, azzal, hogy a lakóotthon-szerű kisebb, emberi léptékű elhelyezést kellene szorgalmazni, amely mentálisan is javítaná az ott élők életét, tehát a tömegszállásokat csak időszakosan tartanák fenn;
- a felnőtt menedékkérők védőoltási státuszának értékelése, vizsgálata, valamint a védőoltásban való részesítés egyéni mérlegelését ki kell alakítani, mert a WHO szerint az egyik fő közegészségügyi kockázatot a védőoltással megelőzhető betegségek újbóli megjelenése jelentheti;
- az egészségügyi ellátási szükségletek kapcsán figyelembe kell venni a nemzetközi védelemre szorulók magukkal hozott (esetlegesen a hazaitól eltérő arányokban jelentkező) fizikai és pszichés betegségeit, valamint a beilleszkedés keltette pszichés stressz hatását, ezért nagyobb kapacitással kell gondoskodni a sürgősségi ellátásról, az alapellátásról a kellő szakmai és infrastrukturális feltételek rugalmas megteremtésével (például orvosi mobil ellátó-helyek létesítése, felnőtt és gyermekpszichiátriai ellátás biztosítása);

- a beteg és a kezelő közti bizalom alapja a kölcsönös tájékoztatás az egészségi állapotról, a kezelésről, amely különösen a HIV-fertőzés feltárása, gyógykezelése, valamint a HIV-fertőzött egyéb egészségügyi kezelése miatt alapvető felkészítést, adatvédelmet, idegen nyelvű tájékoztató anyagokat és bizalomerősítő intézkedéseket kíván;
- az ellátás során figyelemmel kellene lenni a nyelvi, kulturális és etnikai háttérre, biztosítani kell a tájékozott beleegyezést (informed consent) és a saját egészséget érintő döntésekben való részvételt, továbbá tekintettel kell lenni az átélt traumákra;
- a menekült gyermekekkel foglalkozó szakembereknek speciális nyelvi és kulturális képzésre van szüksége (például hogyan kell a tolmácsokkal együttműködni). A gyermekgyógyászok és a gyermekegészségügyi társaságok működjenek együtt a nagy nemzetközi szervezetekkel (UNICEF, WHO, ENSZ Menekültügyi Főbiztossága, Nemzetközi Migrációs Szervezet) és regionális, nemzeti szervezetekkel, mert a kormeghatározás, a gyermekek biztonságos ellátása holisztikus szemléletet és nagy körültekintést igényel. Közösen kell kidolgozni az IPA (International Pediatric Association) bevonásával egy átfogó „Menekült Gyermekek és Fiatalok Gyermek-egészségügyi Akciótervét": hogy a menekült gyermekek klinikai ellátását diszkrimináció- és előítélettől mentesen, a legális státuszuktól függetlenül, államilag finanszírozott jó minőségű szolgálat keretein belül lehessen biztosítani, védelmezve emberi méltóságukat. Az egészségpolitikában biztosítani kell, hogy a menekült gyermekek és fiatalok méltányos ellátásban részesüljenek, hogy a gyermekgyógyászok és egyéb gyermekegészségügyben dolgozó szakemberek tény-alapú protokollok és irányelvek alkalmazásával tevékenykedjenek. Eszerint szakmaközi együttműködés szükséges a felsorolt szükségletek kielégítéséhez, az orvosi-pszichológiai gondozás során trauma-enyhítő módszerek alkalmazása szükséges, a programok folyamatos értékelésével és fejlesztésével, a gyermekjogok integrálásával együtt.

Intézményi szinten

- a migrációs és menekültügyi egészségügyet az orvosképzés részévé kell tenni,[443] mint ahogy a közoktatásban figyelmet kellene fordítani mindazon kultúrák megismertetésére, amelyekkel a többségi társadalom együtt él;
- a határrendészeti, menekültügyi feladatok ellátása speciálisan felkészített, képzett állományt és biztonságos munkaegészségügyi feltételeket, stressz kezelést és mentálhigiénés szolgáltatásokat követel meg, amelyeket biztosítani és monitorozni kell tárcaszinten és intézményi szinten;
- tájékoztató anyagokat, lehetőleg video/képi anyagokat kell készíteni, és azokat minden ésszerű helyen közzétenni, terjeszteni idegen nyelveken a nemzetközi védelemre szorulók számára;
- az egészségügyi személyzet megfelelő felkészítését segítő fórumokat kell szervezni, ismeretterjesztő anyagokat készíteni és terjeszteni arról, mit jelent a nemzetközi védelemre szorulók egészségügyi ellátása, szűrése, ápolása, a velük való kommunikáció.

8. A Menekült-egészségügyi Eljárási Protokollhoz hasonló eljárási javaslatok

Az EU és az IOM közös tapasztalatai alapján kidolgoztak egy a menekültek, kérelmezők egészségügyi vizsgálatával kapcsolatos eljárási rendet.[444] Ez személyes adatlap felvételét és a BNO kódok használatát javasolja (például A15-19, B20-24), amely elektronikus adatbázisban is tárolható. A javasolt eljárás négy fő elemből áll:

- kórtörténet, az oltásokat is ideértve (megfelelő kérdőívvel, vélelmezve az oltások hiányát);

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

444 A menekültek és migránsok egészségügyi vizsgálata az EU/EGT területén. Európai Bizottság Egészségügyi és Élelmiszerbiztonsági Főigazgatósága – IOM, 2015, Brussels, www.re-health.eea.iom.int/sites/default/files/docs/HandBook/personal_health_handbook_hu.pdf

- fizikális vizsgálat alapján értékelés, javaslat vizsgálatokra, továbbutazásra, kezelésre, védőoltásokra 18 év alattiaknak és felnőtteknek külön; itt lehet kitérni arra, hogy a napi életben milyen segítséget igényel az illető (például fürdetés, etetés, protézisek felhelyezése, a záróizom állapota alapján segíteni kell-e az illemhely használata során), rendszeresen/alkalomszerűen/folyamatosan;
- mentális vizsgálat szerinti értékelés (például dementia szűrés, gyermekkori fejlődés 0-5 éves kor közötti gyermeknél);
- javaslat a laborvizsgálatokra, kontrollra vagy kezelésekre és immunizáció elvégzése, és minderről a páciens megfelelő tájékoztatása, dokumentálva. Ennek révén elkerülhető a párhuzamosság, a káosz, a közegészség sérelme, a fertőzések tovaterjedése és az állapotrosszabbodás is.

Az Európa Tanács és az ENSZ Menekültügyi Főbiztossága (UNHCR) javasolja a menekültek bevonását az egészségügyi, ápolási feladatokba. Ez kettős célt szolgálhat.

Egyrészt arra ösztönzi az államokat, hogy vegyék igénybe a menekültként érkező egészségügyi szakemberek segítségét a nemzeti egészségügyi rendszerek működőképességének fenntartásához.[445] Európában élnek olyan nemzetközi védelemre szorulók, akik megfelelő egészségügyi képzettséggel és gyakorlattal rendelkeznek, és hajlandóak is segíteni. Mivel a legtöbb egészségügyi szakma szigorúan szabályozott, az illetékes nemzeti egészségügyi hatóságoknak engedélyezniük kell a menekültek munkavégzését. Ennek elősegítésére 2017-ben az Európa Tanács egy kísérleti projektet indított el, és kidolgozott egy európai igazolást (*European Qualification Passport for Refugees = EQPR*)[446] az egészségügyi végzettségű menekülteknek. Tíz végzettséget elismerő központot állítottak fel és ezek közreműködésével tudták alkalmazni az első ötszáz menekültet ezekben az országokban már 2019-ben.[447] Az EQPR nem helyettesíti a szükséges szakmai bizonyítványokat és engedélyeket, de bizonyos eljárások lefolytatásával és dokumentumok beszerzésével segíti a hatóságokat az engedélyezési eljárások felgyorsításában. A hazai egészségügyi dolgozók, tolmácsok, meditátorok hiányát pótolva célszerű lenne felmérni az EQPR alkalmazásával a képzett menekültügyi egészségügyi szakembereket. Adataikat, létszámukat ismerve tervezhető lenne az egészségügyi és menekültügyi hatóságok

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

446 Vegyük igénybe a menekülteket az egészségügyben, Jogászvilág, 2020. április 15.

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

számára ezeknek az embereknek a foglalkoztatása, de legalább önkéntesként bevonása. Az UNHCR tapasztalatait felhasználva, innovatív módszerekkel biztosítható a menekült közösségek elérése, az önkéntesként vagy alkalmazottként bevonható egészségügyi szakemberek felkutatása, képességeik, képesítésük értékelése.

Másrészt a nemzetközi védelemre szorulók fizetett vagy önkéntes alkalmazása saját vagy tágabb közösségük, sorstársaik ápolásába, gyógyításába nem csak az ellátásnak ad segítséget, de nekik is az integrációhoz és önbecsüléshez.

9. Menekült-egészségügyi Eljárási Protokoll (MEP)

A részletesen leírt követelmények, kritikák, hiányok és javaslatok komplex hasznosítása érdekében egy protokollt készítettem, melynek neve *„Menekült-egészségügyi Eljárási Protokoll" (MEP)*. Célom, hogy azon végighaladva, a nemzetközi védelemre szorulókkal kapcsolatos eljárási lépéseket összerendezzem az egészségügyi (hatóság és ellátó, segítő) személyzet számára, elősegítve a védelemre szorulók biztonságát és beilleszkedését éppúgy, mint a közegészség védelmét. Nem célom, hogy bármely szakmai fórum által, a gyógyító-megelőző tevékenységre vonatkozó protokollt lerontsam, vagy a gyógyító-megelőző munka taralmát befolyásoljam. Csupán egy eljárási útmutatót akartam kidolgozni, amelyet például kiadhatna és alkalmazását támogathatná, népszerűsíthetné az orvosi kamara vagy az alapellátással foglalkozó intézet, hogy az eljárási rendet egységesítse. Az eljárás 12 egységre, feladatra osztható, ahogy a 2. táblázat összefoglalja:

- Az *első lépés*, hogy a beteget valamilyen módon azonosítani lehessen, nem a kifejezetten ezzel foglalkozó hatóság helyett, hanem valójában azért, hogy az egészségügyi rendszerben hozzárendelhetők legyenek bizonyos személyes adatok és ellátási cselekmények az EESZT-ben. A legfontosabb tudnivaló, hogy fő szabályként nincs TAJ-száma/kártyája a kérelmezőknek és nemzetközi védelemben részesülőknek (kivéve, ha például munkába lépnek és ezt a számot a munkáltató megigényli). Ezért őket az éppen érvényes (közben cserélődő) tartózkodási engedélyük száma és adatai alapján lehet azonosítani. Egyéb irataik ritkán vannak, és névviselésük eltér a hazaitól. Minderre tekintettel az egészségügyi személyi számként működő TAJ-számot sokkal egyszerűbben, automatikusan, nem pedig az ellátásra jogosultság függvényében kellene kiadni, hiszen a sürgősségi ellátásban, mentésben nagy szerepe van az egyén gyors azonosításának egy beavatkozáskor (például allergia, vércsoport, akkut betegség ismerete miatt). Távlatilag pedig önálló egészségügyi azonosító szám képzését (véletlenszám-generátor segítségével) javasoljuk az EESZT-ben a kérelmezők és nemzetközi védelmet élvezők egészségügyi ellátása nyilvántartására, amely része lehetne az EU-ban egy közös elektronikus menekültügyi adatbázisnak (*European Electronic Database for Health Care of Refugees*) az adatok hordozhatóságát és hozzáférhetőségét is megoldva ezzel, hiszen a GDPR betartása minden tagállamban kötelező. Kinek releváns: hatóság, NEAK, jogalkotó, betegfelvételt végző egészségügyi dolgozó.
- A *második lépés* az ellátás finanszírozásának az ellenőrzése, amely alapos jogi ismereteket kíván. Abból kell kiindulni, hogy akinek nincs TAJ-száma/kártyája, annak az ellátását, védelmet kérőként vagy védelmet élvezőként, költségvetési forrásból (jogszabály alapján vagy szociális rászorultságra épülő határozattal), vagy civil szervezet támogatása révén, ritkán az érintett saját forrásából fedezi, és nem mindegy, hogy kinek kell a számlát kiállítani (jelenteni az OEP/NEAK[448], BM vagy közvetlenül a finanszírozó számára). A számlázásnál a BNO/HBCSO kódok alkalmazására, valamint a helyi díjtételekről szóló szabályokra külön nem tértünk ki, mert ezekre a pénzügyi szabályzatokban részletesen kitérnek az egyes kórházak, szakrendelők, sokszor kevés támpontot adva éppen a nemzetközi védelmet élvezőkkel kapcsolatos adat-, okmány- és kommunikációs hiány ellensúlyozására, a változó jogszabályokat sem követve, egyes személyi kategóriákat összevonva.[449] Kinek releváns: betegfelvételt végző.
- A *harmadik lépés* a páciensre vonatkozó eddigi egészségügyi adatok meglétének és tartalmának ellenőrzése. A menekülők körében ritkán fordul elő, hogy családorvos kísérje az életét, vagyis változó személyzettel, ellátókkal találkoznak, és még országon belül is áthelyezik őket. Másrészt a menekülők egészségügyi státusa az elindulástól az érkezésig is változik, de a menedékjogi eljárás alatt is. Végül ritkán adódik, hogy a menekülteknek otthonról vagy az útba ejtett országokból van valamilyen kezelési (ambuláns) lapja, irata. Ezek miatt nagyobb erőt kell fordítani arra, vajon van-e bármilyen előzményi adata, egészségügyi dokumentáció. Ha ez létezik, nyilván a következő fázisok egy része átugorható,

448 A NEAK számára jelentést küld az egészségügyi szolgáltató a sürgősségi ellátásról lásd: www.oep.hu/szakmai_kozlemenyek/OEP_tajekoztato_menekult_menedekes.html

449 Példaként lásd: www.semmelweis.hu/jogigfoig/files/2015/07/49_sz_2015_V_28_Teritesi_Dij_Szabalyzat.pdf; www.janoskorhaz.hu/kulfoldiek-ellatasa.html; http://www.kapas.hu/kulfoldiek_ellatasa.aspx

ideértve azt is, hogy az ellátók közti együttműködés alapján az beszerezhető, pótolható. Kinek releváns: alapellátást végző orvos, betegfelvételt végző.

- A *negyedik lépés* a paciens életkorának a meghatározása. Mivel gyakran nincs hiteles személyi okmányuk, csak bemondásra működhet az életkor, noha az több jogi garancia érvényesítése miatt rendkívül fontos (gyermek/időskor, egyedülálló, fiatalkori terhesség, abúzus áldozata a nemi önrendelkezési kor elérése előtt, gyermekmunka és a gyermekkatonaság tilalma). Ha az életkor nem ismert, akkor megfelelő vizsgálatokkal ezt tisztázni kell, a rendelkezésre álló eszközök alapján, minél jobb közelítéssel, kivéve, ha nincs szerepe az életkornak az illető önálló cselekvésénél, önrendelkezésénél és gyógyításánál. Kinek releváns: betegfelvételt végző, kezelő orvos, hatóság, hozzátartozó.
- Az *ötödik lépés* annak tisztázása, hogy a páciens sérülékeny csoportba tartozik-e (egyedülálló kiskorú, kínzás, erőszak áldozata, traumát átélt személy, nagyon idős, fogyatékkal élő). Ez nem feltétlenül derül ki az első orvosi találkozáskor, mert a nyelvi és pszichés okok, valamint az életkor bizonytalansága együtt indokolhatják az érintett személynél és családjánál a további feltárást, vizsgálatokat. Tehát később erre vissza kell térni az adatrögzítésnél. Kinek releváns: betegfelvételt végző, kezelő orvos, hatóság, hozzátartozó.
- A *hatodik lépés* annak rögzítése, hogy lehet-e a pácienssel kommunikálni. A nyelvtudás, az észlelési és pszichés zavarok, a kulturális távolság együttesen magyarázhatja a kommunikációs zavart (például nem azonos nemű orvos, szakdolgozó, a szülő távolléte, a közvetítő nyelv alaposabb ismeretének hiánya, bizalomhiány lehet a háttérben). Ezért dokumentálni kell, hogy milyen nyelven beszél a vizsgálatot, kezelést végző, tud-e közvetlenül kommunikálni/beszélni a pacienssel, vagy szükség van tolmácsra. Az idegen nyelvű tolmácsok – nem is beszélve a törzsi nyelvekről és a jelnyelvi tolmácsról – sajnos nem állnak rendelkezésre, így ezek igénylését, az esetleges kommunikációs zavarokat rögzíteni kell, illetve a többi kezelőnek segítséget jelent ennek ismerete a további vizsgálatoknál, betegtalálkozásoknál. Kinek releváns: betegfelvételt végző, kezelő orvos, hatóság, tolmács, hozzátartozó
- A *hetedik lépés* a páciens megfelelő tájékoztatása a rá vonatkozó egészségügyi, kezelési adatokról. Csak ezen lépés alapján lehet elérni beleegyezését a különböző invazív vizsgálatokhoz, beavatkozásokhoz, gyógykezeléshez. A beteg önrendelkezési joga nem állampolgársági kérdés, az mindenkor megilleti a pácienst.

A tájékoztatás nagyban függ attól, hogy milyen korban, fizikai és mentális állapotban van az illető. Lehet vele önállóan, vagy csak hozzátartozóval, törvényes képviselővel (szülő, gyám, gondviselő) jelenlétében lehet és csak személyre szabottan, esetleg másokkal közösen elmagyarázni az állapotát, kérni a hozzájárulását a kezeléshez. Kinek releváns: kezelőorvos, tolmács.

- A *nyolcadik lépés* – ez előző lépéssel felcserélhető sorrendben akár – a kórelőzmények feltárása, amely a gyógyítási folyamatot megelőző, ismert fázis. Itt csupán kiemeljük, hogy a kötelező oltási rendszerű országokban, így Magyarországon is fontos megtudni, milyen védőoltásokat kapott meg az illető (dokumentumok hiányában feltételezni kell az összes életkorhoz kötött oltás hiányát). További fontos tisztázandó, hogy a páciensnek milyen betegségei, operációi, sérülései voltak, amelyet meghatároz, hogy az országba érkezése előtt, még a vándorlás, menekülés, utazás előtt, alatt és a megérkezés után, milyen súlyos hatások érték (így különöse baleset, bántalmazás, sanyargatás, kínzás, terhesség, erőszak, nemi betegségek, paraziták, alultápláltság, stressz). Kinek releváns: kezelőorvos, alapellátást végző, hatóság (járványügy).
- A *kilencedik lépés* a paciens fizikai vizsgálata, részben általános adatok felvételével, részben az adott időpontban érzékelhető állapotát illetően (sérülések, fertőző betegségben szenvedés, akut egészségügyi problémák és tünetek, terhesség, sürgős és heveny kezelés járó betegként/kórházi beutaltként). Nyilván a diagnózishoz többféle labor-és szakorvosi vizsgálat vezet majd el. Kinek releváns: kezelő orvos, alapellátást végző.
- A *tizedik lépés* a páciens mentális vizsgálata. Ebből kiemelhető a PTSS és a dementia, a függőségek feltárása, a traumatizáltak, depressziósok és mentális zavarban szenvedők kezelése, továbbá a csecsemők és kisgyermekek életkoruknak megfelelő fejlődésének vizsgálata, a zavarok mielőbbi feltérképezése. Ezeket célszerű regisztrálni, de a felsorolás nem teljes körű. Kinek releváns: kezelő orvos (pszichiáter).
- A *tizenegyedik lépés* – persze a fentiekkel párhuzamosan – a különböző javaslatok megtétele, hogy az illető azonosíthatósága, az ellátás fedezete, a meglévő egészségügyi dokumentáció feltáruljon. Másrészt a diagnózishoz és kezeléshez szükséges laborvizsgálatokra, kezelésekre és kontrollra, az immunizáció elvégzésére is itt fogalmazódik meg a szakmai javaslat. Ezen a ponton válik jelentőssé, hogy milyen javaslat születik a páciens továbbutazá-

sára/hazatérésére, valamint más intézményben való áthelyezésére. Az előbbi az utazási képességre (például állapotrosszabbodás kizárása, rögzített póz, repülés kizárása, fogadó országban ápolás) és az elhelyezési körülményekre (például zárt intézmény tolerálhatatlansága, tömegszállás kizárása, lakóotthon-jellegű és családtagokkal együttes vagy éppen izolált elhelyezésre) vonatkozó javaslat. Itt kell azt a javaslatot is rögzíteni, hogy a páciens a felépüléséig milyen segítséget igényel és milyen gyakorisággal (például fürdetés, etetés, protézis felhelyezése, a záróizom állapota alapján segíteni kell-e az illemhely használata során, naponta, időnként vagy folyamatosan). Fontos feladat a különböző hatóságokkal való együttműködés, mert jogi relevanciája van annak, ha valakin verés, bántalmazás nyomai vannak (látlelet készítése például családon belüli erőszak, hatósági bántalmazás miatt), gyermekkorúról van szó (gyermekvédelmi jelzőrendszer értesítése a bántalmazásról, elhanyagolásról, vagy mert az egyedülálló kiskorú felügyelete megoldatlan), illetőleg a páciens mentális zavarban szenved (például alkohol, droghasználat vagy éppen PTSS miatt nem értékelhetők a nyilatkozatai a menekült eljárásban, amit fontos dokumentálni és jelezni; vagy családegyesítést kell szervezni számára, mert ez a pszichés állapotát, fizikális támogatását is jelentősen befolyásolja). Kinek releváns: kezelő orvos, betegfelvételt végző, tolmács, hatóság, hozzátartozó.

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

A Menekült-egészségügyi Eljárási Protokoll (MEP) sematikus felépítése

1. Van TAJ száma?

VAN

Nyilvántartásban szereplő adatok és bemondott adatok egyeznek ☐

Eltérnek ☐ → **11. pont**

NINCS

Tartózkodási engedély alapján elérhető és bemondott adatok egyeznek ☐

Eltérnek ☐ → **11. pont**

2. Finanszírozás

Finanszírozás költségvetés-ből/államilag ☐

Finanszírozás rászorultsági alapon ☐

Hajlandó prompt fizetni ☐

Más fedezi ☐

Nem tud fizetni ☐ → **11. pont**

3. Előzményi adat

VAN ☐

NINCS ☐ → **11. pont**

4. Kora tisztázott

IGEN, éspedig: ☐

NEM ☐ → **11. pont**

5. Sérülékeny csoportba nem tartozik

IGEN, éspedig: ☐

NEM ☐ → **11. pont**

6. Tud vele kommunikálni?

Igen, ezen a nyelven: ☐

Csak tolmáccsal → **11. pont**

- biztosított ☐
- nem biztosított ☐

Hozzátartozón keresztül, oka: ☐

Sehogy, oka: ☐ → **11. pont**

7. A beteg tájékoztatása lehetséges?

Állapotáról

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

Szükséges vizsgálatokról

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

Szükséges kezelésről

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

Egyéb javaslatokról

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

8. Kórtörténet

Betegségek, operációk, sérülések: ☐

Oltások (vélelmezve hiányukat): ☐

Mióta van/volt úton (mettől meddig): ☐

Volt-e kínzás áldozata: ☐

Gyógyszer (szed, van nála...):

Gyógyászati segédeszköz (szemüveg, mankó...):

Gyermekeinek száma, szülések, terhesség:

9. Fizikális vizsgálat

Általános (súly, magasság, vérnyomás):

Immunizációs helyzet, fertőző betegség:

HIV ☐

Panaszok, tünetek ☐ → **11. pont**

10. Mentális vizsgálat

Hangulat, érzékelés, memória, koncentráció, tájékozódás: ☐

Addikció, függőség: ☐ → **11. pont**

Trauma/PTSS: ☐ → **11. pont**

Dementia: (mini-mental state): ☐ → **11. pont**

Kora-gyermekkori fejlődés (0-5 éves kor): ☐

11. Javaslatok és adatfelvétel

Személyes adatok egyeztetése:

Finanszírozáshoz számlakiadás:

Számlaküldés/adatküldés:

Előzményi adatok beszerzése (honnan, mit):

Szakorvosi vizsgálatok:

Kórházi kezelés, beutalások (sürgősség):

Kormeghatározás érdekében vizsgálatok

- kezelési javaslat:
- gyógyszer:
- gyógyászati segédeszköz:
- életmódra: (étkezés, mozgás, elhelyezés)

Sérülékeny csoportba tartozás érdekében vizsgálat

- ápolásra vonatkozó javaslat:
- időszakosan:
- folyamatosan:

Laborvizsgálat:

Diagnosztika:

Immunizációra vonatkozó javaslat:

Mely védőoltásokat:

Kontrollra:

Hatóság értesítése

- így különösen: látlelet, gyámhatóság/gyermekvédelem
- menekültügyi hatóság hogyan veheti a paciens nyilatkozatait figyelembe, egyéb:

Utazásra/áthelyezésre vonatkozó javaslat

- ha utazhat, milyen körülmények között:
- ha áthelyezendő, más intézménybe, milyen feltételek között:

12. Egészségügyi végzettsége

VAN éspedig: ☐

NINCS ☐

HASZNOSÍTHATÓ ☐
(mely területen,
milyen feltételekkel/javaslat)

A 2015-ös válságévet követően a menekültek társadalmi beilleszkedését célzó és támogató hazai programokat leépítette a kormány. Az Európai Unió pénzügyi támogatásai nagyrészt elérhetetlenné váltak a menekültekkel foglalkozó hazai civil szervezetek számára. A tranzitzónák létrehozása megnehezítette a menedékkérők körében végzett szociális munkát. A menedékjog iránti kérelmek beadása a tranzitzónák bezárását követően alig volt kivitelezhető. A magyar menekültügyi rendszer 2020-ra gyakorlatilag elsorvadt.

És mégis élnek Magyarországon olyan emberek, akik menekültként vagy oltalmazottként itt kezdtek új életet. Kényszerűségből vagy szabad választásból, családi vagy baráti segítségre támaszkodva, magyarországi civil szervezetek közreműködésével vagy anélkül, de valahogyan részeivé váltak a magyar társadalomnak. Jogi státuszuk lehetővé teszi, hogy itt dolgozzanak, tanuljanak vagy neveljék gyerekeiket, a célzott állami segítségnyújtás teljes hiánya miatt azonban számos nehézséggel szembesülnek. Hogyan találnak munkát? Van-e hol lakniuk? Hogyan fogadja őket az egészségügyi, a szociális, az oktatási rendszer? Milyen szükségleteik vannak, és hogyan képesek legyőzni a nehézségeket?

Ez a kötet különféle szakterületekre fókuszálva mutatja be a menekültek magyarországi helyzetét, és vázol fel néhány lehetséges javaslatot. Ajánljuk mindazoknak, akik szeretnének alaposabb ismereteket szerezni ebben a sok előítélettel övezett témában, és akik szeretnék, hogy Magyarország egy befogadóbb hely legyen.

A kötet megjelenését a „Nemzeti Integrációt Értékelő Mechanizmus" (NIEM) projekt keretében az Európai Unió Menekültügyi, Migrációs és Integrációs Alapja támogatta.

EUROPEAN UNION
Asylum, Migration and Integration Fund
Safe harbour
Project co-financed from the National Programme of the Asylum, Migration and Integration Fund

MENEDÉK
MIGRÁNSOKAT SEGÍTŐ EGYESÜLET

NIEM
ALL IN FOR INTEGRATION