

2017.

JOGI AKADÁLYMENTESÍTÉS a magyar határok mentén **Második mérföldkő**

**A HATÁRON ÁTNYÚLÓ
INTÉZMÉNYESÍTETT EGÉSZSÉGÜGYI
INTEGRÁCIÓ ELŐSEGÍTÉSE**
Átfogó tanulmány, jogi javaslatok
és szakpolitikai ajánlások

**Készítették:**

Hüse-Nyerges Enikő, dr. Jankai Norbert, dr. Körösi László, Paragh Brigitta



1406 Budapest, Pf. 7.

www.cesci-net.eucesci@cesci-net.eu

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

Ezúton szeretnénk köszönetet mondani a projekt keretében összehívott munkacsoport szakértőinek, akik szakmai tudásukkal és tapasztalatukkal nagyban hozzájárultak a tanulmány elkészültéhez. A munkacsoport tagjai:

- Barbélyné dr. Niertit Annamária, mb. főosztályvezető, Egészségügyi Igazgatási főosztály, Országos Tisztifőorvosi Feladatokért Felelős Helyettes Államtitkárság, Emberi Erőforrások Minisztériuma
- Bathó János, szervezési osztályvezető, Országos Mentőszolgálat
- Blága Anett, igazgatási referens, Egészségügyi Igazgatási főosztály, Országos Tisztifőorvosi Feladatokért Felelős Helyettes Államtitkárság, Emberi Erőforrások Minisztériuma
- dr. Golopencza Pál, szolgálatvezető főorvos, Országos Mentőszolgálat
- Dr. Gresz Miklós, szakmai tanácsadó, Egészségügyi Szakellátás Tervezési Főosztály, Állami Egészségügyi Ellátó Központ
- dr. Jova Anett, jogi előadó, Igazgatási és Jogi Osztály, Országos Mentőszolgálat
- dr. Kőrösi László, főosztályvezető-helyettes, Általános Finanszírozási Főosztály, Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő
- dr. Lórántfy Mária, regionális igazgató, Országos Mentőszolgálat
- Paragh Brigitta, főosztályvezető-helyettes, Nemzetközi Kapcsolatok és Jogviszony Nyilvántartási Főosztály, Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő.

Tartalomjegyzék

Köszönetnyilvánítás	1
Vezetői összefoglaló	3
1. A tanulmány célja és keretei.....	5
2. A sürgősségi ellátásról.....	8
2.1 Magyarország.....	9
2.2 Ausztria.....	11
2.3 Horvátország.....	12
2.4 Románia.....	13
2.5 Szlovákia.....	14
2.6 Szlovénia.....	15
2.7 Szerbia.....	16
2.8 Ukrajna.....	17
3. A határon átnyúló sürgősségi mentés feltételei.....	18
3.1 A határon túli tartózkodás feltételei.....	18
3.2 Adminisztratív-technikai feltételek.....	30
3.3 Szakmai együttműködés.....	31
3.4 Kommunikáció.....	37
4. Jogi javaslatok és szakpolitikai ajánlások.....	49
4.1 Európai uniós jogi javaslatok.....	49
4.2 Bilaterális egyezménytervezet.....	50
4.3 Hazai jogi javaslatok.....	59
4.4 Szakpolitikai ajánlások az Európai Unió számára.....	64
4.5 Hazai és vagy bilaterális szintű szakpolitikai ajánlások.....	65
5. A határon átnyúló sürgősségi mentés és kórházi ellátás elméleti modellje.....	68
6. Konklúzió.....	76
7. Mellékletek.....	78
1. melléklet.....	78
2. melléklet.....	83
Bibliográfia.....	85
Tanulmányok.....	85
Jogszabályok, jogi anyagok.....	86
EU ajánlások, közlemények, szabványok.....	88
Internetes források.....	88

VEZETŐI ÖSSZEFOGLALÓ

A tanulmány a földi mentési tevékenység határon átnyúló megszervezésének lehetőségeivel foglalkozik Magyarország határtérségeiben. A tanulmány célja a határon átnyúló sürgősségi ellátás, azon belül is elsődlegesen a földi mentés feltételeinek részletes, gyakorlatorientált áttekintése, jogi javaslatok és szakpolitikai ajánlások megfogalmazása, másrészt a kórházi sürgősségi ellátás határon átnyúló megosztásában rejlő potenciálok felvázolása.

A határon átnyúló (sürgősségi) mentés megvalósítása szempontjából kulcskérdésként jelenik meg

- a szabad határátlépés,
- a személyzet és a mentő működési engedélyének érvényessége,
- a megkülönböztető jelzések használata,
- az érintett államok szakmai szerveinek feladatellátás közbeni együttműködése,
- a rádiós kommunikáció, illetve
- a nyelvi és finanszírozási kérdések.

Az egyes területeket külön-külön áttekintve világossá vált, hogy számos jogi és adminisztratív akadály áll a megvalósíthatóság útjában, melyekre egyenként fogalmaztunk meg jogi javaslatokat és azokat kiegészítő szakpolitikai ajánlásokat.

Véleményünk szerint a határon átnyúló mentés fogalmát, a működési és a megkülönböztető jelzések határon túli használatához szükséges hatósági engedélyek kölcsönös elfogadását **európai uniós szinten, irányelvben kellene szabályozni. Bilaterális egyezményben** javasoljuk rendezni a határon túli mentés során érinthető határ menti területeket, az illetékes szereplők körét, a szakmai szervek határon átnyúló együttműködésének és feladatellátásának rendjét, valamint a nem schengeni határok esetén a mentők szabad határátlépését. Az európai és a bilaterális szintű rendelkezések függvényében szükségessé válik a kapcsolódó hazai rendelkezések módosítása, melyek véleményünk szerint a következő jogszabályokat érintik:

- *az egészségügyi szolgáltatás gyakorlásának általános feltételeiről, valamint a működési engedélyezési eljárásról szóló 96/2003. (VII. 15.) Korm. rendelet*
- *a mentésről szóló 5/2006 (II. 7.) EüM rendelet*
- *12/2007. (III. 13.) IRM rendelet a megkülönböztető és figyelmeztető jelzést adó készülékek felszerelésének és használatának szabályairól*
- *41/2004. (IV. 7.) GKM rendelet a közúti járművezetők pályaképzéséről*

Az Európai Unió számára megfogalmazott szakpolitikai ajánlásaink a mentés során használt orvosi eszközökre, felszerelésekre és hatóanyagokra, a kommunikáció során alkalmazandó rádiós technológiára, valamint az európai polgárok személyes és alapvető egészségügyi adatainak biztonságos tárolására és megosztására vonatkozó szabványokat; illetve a mentés során alkalmazott dokumentumok egységesítését érintik. Bilaterális viszonylatban ajánlásokat fogalmaztunk meg közös gyakorlatok, (nyelvi) képzések, tudás- és tapasztalattal megosztó alkalmak szervezése, a szakmai szervek belső protokolljának kiegészítése és egységesítése, a mentést segítő közös adatbázisok, a kommunikációt támogató közös rádióhálózatok és tolmácsügylet, illetve egyéb adminisztratív kérdések vonatkozásában.

Modelleztük és térképeken jelenítettük meg a határon átnyúló mentés során érinthető területeket, a határ menti mentőellátottság területi mintázata alapján elemeztük a határon átnyúló együttműködés sajátosságait az egyes határszakaszokon, illetve igyekeztünk felvázolni a határon átnyúló kórházi sürgősségi ellátás megosztásában rejlő potenciálokat. A mentőellátottság és a kórházi intézményhálózat területi jellemzői alapján kirajzolódott olyan határ menti területek, ahol a sürgősségi ellátás határ menti integrációja érzékelhetően hozzájárulna a lakosság életszínvonalának növekedéséhez.

A következtetések levonását követően elmondható, hogy a határon átnyúló mentés megvalósulásának jelenleg útjában álló akadályok mindegyike kezelhetőnek látszik. Fontos azonban, hogy az egyes akadályok nem azonos mértékben hatnak a megvalósíthatóságra. Jelenleg a határon túli rádiós kapcsolatok megteremtése látszik a legkomplexebb problémának, melynek megoldására jelenleg, információhiány miatt, nem tudunk egyértelmű javaslatot tenni.

Ez a probléma és az összes többi akadály megszüntetése egyértelműen megkívánja a szakmai szervezetek széles körének hatékony és magas szintű határon átnyúló együttműködését, valamint a szomszédos tagállamok magas politikai szinten jelentkező probléma megoldási szándékát is. Ennek érdekében javasoljuk a szomszédos országok illetékes hatóságainak és szerveinek mielőbbi megszólítását a meglévő szakpolitikai irányvonalakat és fejlesztéseket illető álláspontjuk feltérképezése érdekében.

A jelen témához kapcsolódó kérdés, a kórházi sürgősségi ellátások határon átnyúló megosztásának lehetősége jelen pillanatban távolinak tűnik, azonban éppen ezért javasoljuk a témakör és az abban rejlő lehetőségek részletes elemzését.

1. A tanulmány célja és keretei

A Határon Átnyúló Kezdeményezések Közép-európai Segítő Szolgálat (CESCI) 2016-ban, az Európai Bizottság Regionális és Várospolitikai Főigazgatóságának (DG Regio) "Cross-Border Review" c. kezdeményezésével egyidőben valósította meg első jogi akadálymentesítési projektjét, melyben a határ menti térségekben élők mindennapjait nehezítő, a határ közelségéből fakadó jogi és adminisztratív akadályokat tárta fel.

Az EU-s szintű kezdeményezéshez hasonlóan, az egészségügy a CESCI projektjében is kiemelt figyelmet kapott; számos jogi és adminisztratív természetű akadály került azonosításra, alapvetően két témakör, a határon átnyúló betegmozgás és a határon átnyúló mentés köré csoportosítva. A CESCI jogi akadálymentesítési projektjének második szakaszában a határon átnyúló földi mentés (a továbbiakban csak mentés) lehetőségei kerültek részletes áttekintésre.

A határtérségekben élők számára a magas szintű sürgősségi mentés relevanciáját az adja, hogy a határ menti egészségügyi ellátó intézmények elérhetősége korlátozott, mely egyrészt a kórházak területi lefedettségének egyenlőtlenségéből (a határtérségekben jellemzően kevesebb és alacsonyabb színvonalú betegellátó intézmény található), másrészt a megközelítésüket korlátozó infrastruktúra változó színvonalából fakad. Mindez maga után vonja a mentési szolgáltatások adekvát elérhetőségére vonatkozó igényt, mely a nemzeti szintű korlátozott kapacitásokat (mentőkocsik, eszközök, humán erőforrás) figyelembe véve előrevetíti a határon átnyúló mentési szolgáltatások kialakításának szükségességét. Ezen túllépve, a határ menti kórházak egymáshoz képesti helyzete és az általuk kínált ellátások köre felveti a hospitális sürgősségi ellátások határon átnyúló megosztásának kérdését: az esetenként távol eső nemzeti szintű egészségügyi intézmény helyett a közvetlen közelben lehet a határ másik oldalán elérhető szolgáltatás.

A fent felvázolt téma jelenleg fontos részét képezi az európai regionális politikai és ágazati diskurzusnak. A határ menti sürgősségi ellátások kérdése megjelenik többek között a 2017 szeptemberében, az uniós *Cross-border Review* kezdeményezés eredményeképpen publikált *"Boosting growth and cohesion in EU border regions"* c. bizottsági közleményben¹, illetve a szintén a DG Regio által kiadott önálló, a *"European Cross-Border Cooperation on Health: Theory and*

¹ EUROPEAN COMMISSION: COMMUNICATION FROM THE COMMISSION TO THE COUNCIL AND THE EUROPEAN PARLIAMENT: Boosting growth and cohesion in EU border regions, 2017
http://ec.europa.eu/regional_policy/sources/docoffic/2014/boosting_growth/com_boosting_borders.pdf - utolsó letöltés: 2017. november 22.

Practice² címet viselő tanulmányban. Ágazati szinten folyamatban van a határon átnyúló egészségügyi ellátásra vonatkozó betegjogok érvényesítéséről szóló 2011/24-es irányelv tagállami szintű alkalmazását vizsgáló beszámoló összeállítása, mely várhatóan 2018 második felében fog megjelenni.

Magyarországon és a környező államokban kiemelt jelentősége van a mentőautók határon átnyúló mozgásának. Habár a sürgősségi mentési szolgáltatások elméleti elérhetősége nem mutat jelentős különbséget a határ menti és a központi elhelyezkedésű megyékben, a korlátozott kapacitások, a sürgős ellátást igénylő esetek eloszlása, a határ menti esetleges tömegbalesetek és egyes esetekben a földrajzi elhelyezkedés³ együttesen indokolják a mentők szabad határátkelését. Emellett számos konkrét példa bizonyítja, hogy a sürgősségi kórházi ellátás határon átnyúló megszervezése egyértelműen javítaná a határtérségekben élők ellátáshoz való hozzáférését, miközben jelentősen csökkentheti az adott tagállamok egészségügyi kiadásait.

Az első jogi akadálymentesítési projekt keretében feltérképeztük a határon átnyúló sürgősségi mentés kulcstényezőit és az ezekhez kapcsolódó legfontosabb európai uniós és hazai jogszabályokat, valamint nyugat-európai jó gyakorlatokat azonosítottunk. A projekt megvalósítása során egyrészt konkrét jogszabály-módosítási javaslat nem született, ellenben európai és hazai szinten is meghatároztuk a szükségesnek látszó módosítások tartalmi kereteit és szakpolitikai javaslatok kerültek megfogalmazásra. Másrészt világossá vált, hogy a határon átnyúló sürgősségi mentés témaköre igen sokrétű és szerteágazó, a felmerült kérdések tisztázása egy önálló projekt elindítását igényli. Továbbá az is megfogalmazódott, hogy a határon átnyúló mentési szolgáltatások rendszerének kialakítása csak fokozatosan, lépésről lépésre haladva képzelhető el. **Elsőként** azt kellene elérni, hogy **a mentőautók szabadon átléphessék a határt**, és az ott felvett sérültet az **állampolgársága szerinti legközelebbi kórházba szállíthassák. Ezt követően** kerülhetne sor a **kórházi sürgősségi szolgáltatások határon átnyúló megosztására**.

² European Cross-Border Cooperation on Health: Theory and Practice , DG Regio, 2017
http://ec.europa.eu/regional_policy/en/information/publications/brochures/2017/european-cross-border-cooperation-on-health-theory-and-practice - utolsó letöltés: 2017. november 22.

³ Az Alsó-Ipoly mentén (a Szobi járás területén) fekvő településekről az esztergomi kórház harmad annyi idő alatt elérhető, mint a váci, de ehhez kétszer át kellene lépni a határt.

A 2017-es jogi akadálymentesítési projekt keretében egy szakértőkből álló munkacsoport segítségével a következő célok kerültek megfogalmazásra:

- 1) a határon átnyúló mentés feltételeinek részletes, gyakorlatorientált áttekintése, a kapcsolódó nemzetközi, európai uniós és hazai jogszabályok és protokollok, valamint bilaterális jogi anyagok teljes körének azonosítása és elemzése;**
- 2) a fentiekhez kapcsolódó jogi javaslatok és szakpolitikai ajánlások megfogalmazása, valamint a gyakorlati megvalósítás irányába mutató lépések definiálása;**
- 3) a határon átnyúló kórházi sürgősségi ellátásban rejlő potenciálok felvázolása.**

Ennek megfelelően a dokumentum első részében rövid áttekintést adunk a sürgősségi betegellátásról és a hazai és a szomszédos államok mentési rendszereiről, külön figyelmet fordítva a határon átnyúló együttműködést befolyásoló tényezőkre. Ezt követően tematikus bontásban elemezzük a mentés határon átnyúló megszervezésének feltételeit, és megfogalmazzuk jogi és szakpolitikai javaslatainkat. A fejezetben a következő témák kerülnek feldolgozásra: a határátlépés feltételei, működési engedélyek, a megkülönböztető jelzések használata, adminisztratív-technikai ügyek, szakmai együttműködés a mentők riasztásától a beteg kórházba szállításáig, kommunikáció (rádiós hálózatok és nyelvi különbségek) és finanszírozási kérdések (külön kezelve a mentést és a kórházi ellátást). A fejezetben megfogalmazott jogi javaslatokat és szakpolitikai ajánlásokat végül európai, bilaterális és nemzeti szinten, külön-külön összefoglaljuk és áttekintjük a javaslatok prioritását, megvalósításuk időhorizontját, valamint felvázoljuk a szükséges akciók sorát. A tanulmány utolsó részében elméleti szinten modellezzük és elemezzük a határon átnyúló mentés és kórházi sürgősségi ellátás területi vonatkozásait és potenciáljait. Végül megfogalmazzuk a témára vonatkozó átfogó következtetéseinket.

2. A sürgősségi ellátásról

Sürgősségi (akut) betegellátásról abban az esetben beszélhetünk, ha az ellátás elmaradása (vagy késlekedése) halált, maradandó egészségkárosodást, súlyos állapotromlást eredményezne. A szakirodalom a sürgősségi ellátás két szakaszát (pre-hospitális, vagyis gyógyintézetten kívüli és hospitális, gyógyintézeti) különíti el. A gyógyintézetten kívüli szakaszba sorolható többek között a laikus vagy emelt szintű elsősegélynyújtás, illetve a mentés. Jelen tanulmány céljának megfelelően, a pre-hospitális ellátások közül a továbbiakban kizárólag a mentéssel foglalkozunk.

A mentés és a gyógyintézeti sürgősségi ellátás szervezése alapvetően két modell, a franko-germán és az angolszász modell szerint történhet.⁴

	FRANKO-GERMÁN	ANGOLSZÁSZ
mentés	<p><i>„maradj és stabilizáld”⁵</i></p> <p>A beteg ellátása a helyszínen és/vagy a mentőkocsiban történik. A magasabb szintű mentőkocsikban a legsúlyosabb betegekhez orvos megy.</p>	<p><i>„lapátold föl és szaladj”⁶</i></p> <p>A beteg a helyszínen és/vagy a mentőkocsiban csak az életmentő ellátást kapja meg, az elsődleges cél a mielőbbi kórházba szállítás. A magasabb szintű mentőkocsikban sem orvos, hanem speciálisan képzett ápoló érkezik a helyszínre.</p>
gyógyintézeti ellátás	<p>Minden szakmának önálló sürgősségi ellátó helye, ambulanciája van</p>	<p>Önálló sürgősségi osztályokon látják el a betegeket.</p>

A mentés tekintetében a gyakorlatban ritkán valósul meg tisztán az egyik vagy a másik modell, ehelyett jellemző a két struktúra egyedi kombinálása.

A következő fejezetben igyekszünk rövid áttekintést adni a Magyarországon és a szomszédos országokban működő sürgősségi ellátás rendszeréről, azzal a céllal, hogy rámutassunk az alkalmazott gyakorlatok közötti, a jövőbeli együttműködést potenciálisan befolyásoló különbségekre.

⁴ Dr. Frenzl István, Dr. Balázs József, Dr. Urbán Ferenc, Dr. Turchányi Béla: Betegutak és sürgősségi osztály tervezés, A Debreceni Egyetem Általános Orvostudományi Kar Traumatológiai és Kézsebészeti Tanszék, Kenézy Gyula Kórház és Rendelőintézet Baleseti Sebészeti és Kézsebészeti Osztály, Debrecen, közleménye, 2015 - <https://matrokplaszt.files.wordpress.com/2016/05/03frenzl.pdf> - utolsó letöltés: 2017. október 26.

⁵ angolul: stay and stabilize

⁶ angolul: scoop and run

2.1 Magyarország

Magyarországon a „sürgősségi betegellátó rendszer az egészségügyi ellátórendszer azon szervezeti egységeiből áll, amelyeket a beteg heveny tünete, hirtelen fellépő fájdalma, ill. egészségromlása miatt távközlési eszköz útján vagy személyesen felkereshet, és elsődleges ellátásban részesül ideértve, ha az alapellátási ügyelet az otthonában, illetve a tartózkodási helyén látja el a beteget. A sürgősségi betegellátó rendszer fekvőbeteg-ellátáson kívül szervezett formája a mentés is⁷”.

Hasonlóan az európai gyakorlathoz, Magyarországon is minden betegnek joga van sürgősségi ellátás igénybevételéhez az igénybevétel alapjául szolgáló jogviszonytól függetlenül.

Magyarországon 1948 óta egységes, állami mentőszolgálat működik. Az Országos Mentőszolgálat feladata az életmentés, a pre-hospitális sürgősségi betegellátás biztosítása. Az OMSZ az életmentésen kívül alapfeladatként „mentő” és „örzött” betegszállításokat végez, azaz olyan feladatokat lát el, ahol a beteg állapota miatt sürgős segítségre van szükség, illetve ahol útközben is beavatkozások, vizsgálatok szükségesek. A mentési feladatokat prioritásuk szerint 3 csoportba sorolják:

- A P1-es megjelölést közvetlen életveszéllyel járó eseteknél alkalmazzák.
- A P2-es kód esetében a sérülés nem jár közvetlen életveszéllyel, de sürgős ellátást igényel.
- A P3-as megjelölést ügyeleti feladatok, vagy kockázatot nem rejtő mentési feladatok esetében alkalmazzák.

A széleskörű, orvosi és mentőtiszti jelenléten alapuló, franko-germán modell szerint szervezett tevékenységnek hazánkban történelmi gyökerei vannak. 2005 nyarán az intézményi struktúra átalakítása eredményeként, a megyei mentőszervezetek szerepét hét regionális mentőszervezet vette át. Az intézmények egységes szervezeti, szakmai és gazdasági irányító mechanizmusok szerint működnek.

Jelenleg a Mentőszolgálat 253 mentőállomással rendelkezik; telepítésük koncepciója a mentőegységek riasztását követő 15 percen belüli helyszínre érkezésének biztosítása. Az Országos Mentőszolgálat egységes szakmai elvek mentén 19 mentésirányító csoportból országos lefedettségű híradástechnikai apparátusával irányítja a teljes gépjárműállományt.

⁷ 47/2004. (V. 11.) ESZCSM rendelet - Az egészségügyi ellátás folyamatos működtetésének egyes szervezési kérdéseiről

Sürgős esetben a lakosság az ingyenes 104-es vagy az európai egységes 112-es segélykérő számokon kérhet segítséget.

A hospitális sürgősségi ellátást tekintve, a hazai fejlesztések az angolszász rendszerű egységes sürgősségi osztályok kialakítása irányába mutatnak. Hazánkban a sürgősségi betegellátó osztályokat (SBO) három ún. progresszivitási szinten értelmezik. Az egyes szintekhez tartozó személyi (szakorvosok, szakdolgozók és egyéb személyzet száma műszakonként), tárgyi (vizsgálók, kezelők, ágyak száma, eszközpark), intézményi (elérhető szakmák köre) és egyéb minimumfeltételeket a 60/2003.sz. ESZCSM rendelet és az azt módosító 1/2012. (V. 31.) EMMI rendelet határozza meg.

A sürgősségi osztályok minimumfeltételei:

	PROGRESSZIVITÁSI SZINT		
Alapvető szervezeti elvek:	I.	II.	III.
Populáció (egység / ezer fő)	> 100	> 250	700 > 500
Betegforgalom (ezer vizit/év)	> 10	> 20	> 50
Területi elérhetőség (perc - gépkocsival)	< 30	< 60	< 90

Az I. progresszivitási szintre besorolt SBO általában városi kórházban található, és a saját területén önálló ellátást végez. A kórházban lennie kell általános sebészetnek, belgyógyászatnak, szülészeti-nőgyógyászatnak, aneszteziológiai-intenzív terápiás osztálynak, klinikai labornak, röntgennek, ultrahangnak és CT-nek. A beteget az ellátást követően hazaengedheti, az intézményben elhelyezheti, vagy magasabb szintű szakellátó felé irányíthatja. A II. szintű sürgősségi osztályok nagyobb megyei vagy regionális kórházakban helyezkednek el, és kizárólag a speciális eseteket küldhetik tovább. Az I. szinten jelölt szakmákon túl működtetniük kell traumatológiát, érsebészetet, PIC II-t, neurológiát, kardiológiát, toxikológiát, angiográfiát, fül-orr-gégészetet, klinikai transzfúziológiát és dialízist. A III. progresszivitási szinten olyan SBO-val rendelkező intézmények találhatóak, ahol a teljes szakmai repertoár rendelkezésre áll. Ezen a szinten a korábban felsoroltakhoz képest elvárt a kéz-, ideg- és mellkassebészet, invazív kardiológia, urológia, pszichiátria, szívsebészet, MRI, EEG, mikrobiológiai labor diagnosztika.

2.2 Ausztria

Az egészségügyi rendszer Ausztriában több szinten szerveződik. A közegészségügyi szolgáltatásokat a szövetségi, tartományi és helyi hatóságok közösen biztosítják, míg a kórházi ellátásért a tartományok felelősek. Az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférést törvény szabályozza, melynek jogalapja az általános társadalombiztosítási törvény.⁸

A betegbiztosítás 2 fajtája ismert az országban: a kötelező biztosítás, illetve a privát biztosítás, amely az alapellátáson túl további szolgáltatásokhoz biztosít hozzáférést.⁹ A 19 állami betegbiztosítási pénztár közül 9 tartományi pénztár, ahol az állampolgároknak a munkahelyük földrajzi elhelyezkedése szerint, illetve szakmáik szerint van saját betegbiztosítójuk. A betegbiztosítás csak a legszükségesebb ellátás költségeit fedezi. A biztosításra jogosultak chipes biztosítási kártyát kapnak, ami nem tartalmaz a beteg egészségügyi állapotával kapcsolatos információkat.¹⁰

A mentésszervezés önkormányzati feladat, melynek szabályozása tartományi szinten történik. Az önkormányzatok mentőszolgálatokat bíznak meg a mentési feladatok ellátásával, az egyes mentőszolgálatok általában több önkormányzatot is kiszolgálnak. A legtöbb mentési feladatot a Vöröskereszt, a Dolgozók Osztrák Szamaritánus Szövetsége, az Osztrák Máltai Kórházi Szolgálat és a Johannita Baleseti Segélyszervezet látja el. A sürgősségi mentési feladatok 95 százalékát az Osztrák Vöröskereszt végzi. A vidéki területeken a mentőorvosokat a helyi kórházak biztosítják.

A jelzés sürgőssége szerint két eset különíthető el:

- 1)** azonnali ellátást igénylő esetekhez való kivonulás során a mentésben jellemzően egy mentőorvos, egy mentőápoló és a mentőtechnikus alkotja a mentőegységet;
- 2)** nem azonnali ellátást igénylő esetekhez történő kivonulásnál két paramedikus mentőtechnikus/mentőápoló van jelen.

A mentés finanszírozása részben önkormányzati forrásból, részben a társadalombiztosítás hozzájárulásaiból és adományokból történik.

⁸ Gesundheit Österreich GmbH, The Austrian Health Care System, 2013, https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/3/4/4/CH1066/CMS1291414949078/austrian_health_care_key_facts_2013.pdf- utolsó letöltés: 2017. november 19.

⁹ <http://www.adozasausztria.hu/tarsadalombiztositas-tartomanyonkent> - utolsó letöltés: 2017. november 20.

¹⁰ <http://www.iranyausztria.hu/betegbiztositasi-rendszer-ausztriaban/> - utolsó letöltés: 2017. november 20.

A diszpécser-központokat az EMS szolgáltatást nyújtó szervezetek (6 régióban) vagy a regionális kormányzatok az EMS szolgáltatókkal együttműködve (Bécs, Alsó-Ausztria, Tirol) üzemeltetik. A lakosság számára a mentők a 144-es és 112-es számokon érhetőek el. A legnagyobb osztrák szolgáltató (Osztrák Vöröskereszt) belső standardja szerint, éves szinten a mentőknek az esetek 95 százalékában a hívást követő 15 percen belül ki kell érniük a mentés helyszínére.

Ausztria sürgősségi ellátási rendszere az angolszász sürgősségi betegellátó modellt követi, ami azt jelenti, hogy a fő cél a betegnek a legközelebbi kórházba történő szállítása, és ottani kezelése. A sürgősségi ellátás hospitális szakaszát tekintve a kisebb kórházak alapellátást kínálnak, majd a megfelelő szakkórházba irányítják a beteget. A hierarchia legfelső fokán a tartományi határokon átnyúló hatáskörrel rendelkező intézmények állnak.

2.3 Horvátország

A horvát egészségügy kötelező egészségbiztosításon, valamint az állami és magán egészségügyi szolgáltatások kombinációján alapul. A piacon jelenleg egy állami egészségbiztosító, a Horvát Egészségbiztosítási Intézet (HZZO) és több magántársaság van jelen. Az egészségügyi rendszer irányítását az Egészségügyi Minisztérium végzi.

A sürgősségi ellátási rendszer jellege Horvátországban a francia-német és az angolszász modell kombinációján alapul. Az Országos Népegészségügyi Intézet felügyelete alá tartozó, de a megyék tulajdonában lévő 21 megyei intézet felelős a sürgősségi ellátás megszervezéséért és a megyei diszpécserközpontok működtetéséért.

A mentőszolgálatok finanszírozását a kötelező egészségbiztosítás fedezi. Az ellátást két típusú mobil mentőcsapat biztosítja, melyek sofőrrel ellátott mentőkocsival közlekednek. A magasabb szintű mentőegység egy orvostól és egy ápolótól vagy mentőtechnikustól áll, míg az alacsonyabb szintű mentőegységet két ápoló vagy mentőtechnikus alkotja.

A mentők, a rendőrség és a tűzoltóság közös hívószáma 112, míg a mentők a 194-es önálló számon is hívhatók. A beérkező hívásokat egészségügyi technikus diszpécserök továbbítják a mentési csoportoknak. A diszpécserök számítógépes rendszerben végzik az esemény adatainak rögzítését és földrajzi helyének kódolását. Az egyes járművek helyzete és mozgása folyamatosan nyomon követhető. Az illetékes szerv 10 percen belül határozza meg a mentők kiérkezési idejét városi környezetben, 20 percen belül vidéken, amelyet az esetek 80 százalékában kell teljesíteni.

A fejlesztési tervek között szerepel a betegszállítás elkülönítése a mentéstől, melynek értelmében a betegszállítást továbbra is az egészségügyi intézmények biztosítanák, a mentési tevékenységek szervezését azonban a Megyei Sürgősségi Ellátási Intézetek vennék át.

A kórházi sürgősségi ellátást tekintve az angolszász és a frankogermán modell keveredéséről beszélhetünk. A magasabb rendű kórházak esetében a sürgősségi központok önálló részleget képeznek, azonban az általános kórházak mintegy harmadában a sürgősségi ellátásokat még nem integrálták önálló sürgősségi részlegbe.¹¹

2.4 Románia

Romániában a mentés szervezése alapvetően állami feladat.¹² A betegszállítást és az alap mentési tevékenységeket a megyei és fővárosi mentőszolgálatok (Serviciul de Ambulanța), illetve az országos lefedettségű SMURD (Serviciul Mobil de Urgență Reanimare și Descarcerare) rohammentő egységei végzik. Utóbbi többnyire az életveszélyes esetek ellátásáért felelős. A mentőszolgálatok finanszírozása alapvetően állami forrásból (Egészségügyi Minisztérium, Belügyminisztérium, egészségbiztosítás), míg a SMURD finanszírozása szintén jelentős állami szerepvállalással, de adományokkal kiegészítve történik. Bár a román jogszabályok lehetővé teszik piaci szereplők megjelenését, azok hozzáférése az állami támogatásokhoz igen korlátozott.

Az országban jelenleg 42 megyei mentőszolgálat működik. Az Egészségügyi Minisztérium 2013-as tervezeete szerint a megyei mentőszolgálatokból hét-nyolc regionális mentőszolgálati központ kerül majd kialakításra.¹³

A román mentési rendszer a német-francia és az angolszász modell kombinációja. Vészhelyzet esetén háromszínű kódrendszert használnak:

- 1)** a piros kód életet veszélyeztető vészhelyzetekre utal, mely esetekben jól felszerelt mentő, és képzett orvosok érkeznek a helyszínre;
- 2)** a sárga kódhoz tartozó esetek közé tartoznak a könnyebb, de sürgős ellátást igénylő helyzetek;
- 3)** a zöld kód esetén nincs közvetlen életveszély, és az eset nem igényel sürgős ellátást.¹⁴

¹¹ GYEMSZI IRF Rendszerelemzési Főosztály: Tájékoztató Országtanulmány Horvátország Egészségügyéről, 2014 https://era.aEEK.hu/HolOrszag/csatolt/20141021_horvatorszag_2014_okt.pdf- utolsó letöltés: 2017. november 19.

¹² GYEMSZI IRF Rendszerelemzési Főosztály: Az EU tagországok mentési rendszereinek jellemzői, 2014 https://era.aEEK.hu/zip_doc/kutatas/2014/EU_mentesi_rendszerek_v1.pdf- utolsó letöltés: 2017. november 19.

¹³ GYEMSZI IRF Rendszerelemzési Főosztály: Az EU tagországok mentési rendszereinek jellemzői, 2014 https://era.aEEK.hu/zip_doc/kutatas/2014/EU_mentesi_rendszerek_v1.pdf- utolsó letöltés: 2017. november 19.

¹⁴

<http://www.hspm.org/countries/romania23092016/livinghit.aspx?Section=5.5%20Emergency%20care&Type=Secti on-> utolsó letöltés: 2017. november 19.

A román mentőszolgálatok a 112-es és a 961-es hívószámon érhetőek el.

A járművek helyszínre érkezése városokban általában 10 percen belül, vidéki területeken 30 percen belül történik.

A sürgősségi ellátás hospitális szakaszát tekintve körzeti és regionális jelentőségű intézményeket különíthetünk el. A körzeti kórházak egy adott térség legnagyobb városában működő, szinte minden szakterületet átfogó és sürgősségi ellátást nyújtó létesítmények. A regionális kórházak az olyan súlyos eseteket látják el, melyek kezelése körzeti vagy helyi szinten nem oldható meg.

A regionális központok költségeit az Egészségügyi Minisztérium biztosítja, amit az egységek saját forrásból, adományokból egészíthetnek ki. 2010-ben, a kórházak decentralizációjára vonatkozó jogszabálycsomag elfogadását követően a kórházak többségének felügyelete átkerült a helyi vagy megyei önkormányzatokhoz. A minisztérium felügyeletében az országos hatáskörű kórházak, intézetek és az egyetemi központokban lévő oktatási tevékenységben is részt vevő megyei sürgősségi kórházak maradtak.¹⁵

2.5 Szlovákia

Szlovákiában a mentés az Országos Mentésügyi Központ és a szolgáltatók együttműködésével, integráltan valósul meg. A mentési tevékenység irányítása és értékelése, a diszpécserközpontok működtetése az Országos Mentésügyi Központ hatáskörébe tartozik.

Az országos mentőhálózat összesen 280 mentőállomásból áll, melyek 2006 óta 10 magáncég tulajdonát képezik. A legnagyobb szolgáltató, a Falck társaság mentőhálózata 91 állomásból áll.¹⁶

Finanszírozási szempontból a regionális központok által koordinált mentésszervezést az Egészségügyi Minisztérium, míg a mentőszolgálat szolgáltatóinak tevékenységét az egészségbiztosítók fedezik. 2010-től a két állami egészségbiztosító összevonásra került, így egy állami biztosító és két magán társaság (Dôvera és Apollo) működik. A magán egészségbiztosítók felszámolása 2012-től napirenden van.¹⁷

Lakossági segélyhívások a 112-es egységes európai hívószámon vagy a mentőszolgálat saját, 155-ös telefonszámán kezdeményezhetők. Az operátoroknak kötelező az idegen nyelvek

¹⁵ GYEMSZI IRF Rendszerelemzési Főosztály: Tájékoztató Országtanulmány Románia Egészségügyéről, 2013 https://era.aeek.hu/HolOrszag/csatolt/20140626_romania_2013.pdf - utolsó letöltés: 2017. november 20.

¹⁶ <https://era.aeek.hu/teljes-oroszag.php?&okod=24> - utolsó letöltés: 2017. november 20.

¹⁷ <https://era.aeek.hu/teljes-oroszag.php?&okod=24> - utolsó letöltés: 2017. november 20.

ismerete. A leginkább használt nyelv a cseh, a magyar, a lengyel és az orosz. A mentők kikerkezési idejére szóló előírás 15 perces időkeretet határoz meg.¹⁸

A hospitális sürgősségi ellátást tekintve, a kórházak állami, önkormányzati és magán tulajdonban vannak. Az állami és önkormányzati tulajdon aránya összesen 77 százalék. Az elmúlt években az önkormányzati kórházak egy része részvénytársasággá alakult át.¹⁹

2013-ban elfogadtak egy, az egészségügyi prioritásokat 2014-2030-ra előrevetítő Stratégiai Kerettervet, amelyben a régiók magasan szakosodott sürgős ellátást nyújtó intézményeket fognak felállítani, helyi szinten pedig közösségorientált intézmények feladata lesz a betegek krónikus ellátása és rehabilitációja.²⁰

2.6 Szlovénia

Szlovéniában az egészségügyi szolgáltatások biztosítása állami feladat, melyet a Nemzeti Egészségbiztosítási Intézet koordinál. A sürgősségi ellátás abban az esetben ingyenes, ha a beteg rendelkezik kötelező egészségbiztosítással. Szlovéniában egy állami biztosítótársaság, egy non-profit és három profitorientált önkéntes biztosítást kínáló társaság működik.²¹

Szlovéniában alapvetően az angolszász sürgősségi ellátási rendszer terjedt el. A mentők helyben csak az életmentő beavatkozásokat végzik el, majd amint lehet, a legközelebbi kórházba szállítják a sérülteket.

A szlovén mentőszolgálat modern, teljesen komputerezált diszpécserközponttal működik, amely az összes sürgősségi orvosi szolgálat állomásainak központját képezi. A mentőautók helymeghatározó rendszerrel felszereltek, az adatkapcsolat mobilhálózatokon keresztül történik a központtal és a kórházakkal. Sürgős esetben a betegek a 112-es számot hívhatják. A mentők helyszínre érkezésének idejéről nem érhető el hivatalos adatok, de ez elsősorban a probléma sürgősségétől-súlyosságától függő prioritási rendszer alapján működik.

¹⁸ Szalay T, Pažitný P, Szalayová A, Frisová S, Morvay K, Petrovič M and van Ginneken E. Slovakia: Health system review. Health Systems in Transition, 2011
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/140593/e94972.pdf - utolsó letöltés: 2017. november 19.

¹⁹ <https://era.aek.hu/teljes-oroszag.php?&okod=24> - utolsó letöltés: 2017. november 20.

²⁰ GYEMSZI IRF Rendszerelemzési Főosztály: Tájékoztató Országtanulmány Szlovákia Egészségügyéről, 2014
https://era.aek.hu/HolOroszag/csatolt/20141022_szlovakia_2014_okt.pdf - utolsó letöltés: 2017. november 20.

²¹ <https://era.aek.hu/teljes-oroszag.php?&okod=25> - utolsó letöltés: 2017. november 21.

A központi finanszírozású mentőszolgálat szorosan együttműködik a népegészségügyi sürgősségi egészségügyi szolgáltatókkal, melyek három szinten szerveződnek. Az első ellátási szinten 45 alapellátó központ működik, többnyire kisebb városokban. A második szinten 15, a regionális központokban található sürgősségi ellátó található, míg a harmadik szintű ellátás az aktív kórházakban nyújtott sürgősségi szolgáltatásokat tartalmazza.

2.7 Szerbia

Szerbiában a kötelező egészségbiztosításon alapuló egészségügyi rendszer központilag szervezett és irányított. Az ellátást főként az Egészségügyi Minisztérium irányítása alatt álló, és tulajdonában lévő, 344 egységből álló állami egészségügyi létesítmények hálózata biztosítja, de a magán egészségügyi intézmények száma is növekszik. Az állami intézményeket az Egészségbiztosítási Alap (HIF) működteti és felügyeli. Az állampolgárokat egy központi állami biztosító, az RFZO biztosítja.²² Emellett 10 önkéntes egészségbiztosítást kínáló magántársaság működik.²³

A háromszintű sürgősségi mentés a következő prioritási rendszeren alapul:

Az elsőrendű beavatkozásoknál a francia-német vészhelyzeti modell működik, amely alapján már a helyszínen vagy a mentőautóban ellátásban részesül a beteg. A másod- és harmadrendű beavatkozások esetében az angolszász vészhelyzeti modellnek megfelelően, a beteg a kórházban kapja meg a szükséges ellátást.

A mentők a 194-es számon érhetők el.

A kórházi sürgősségi ellátást állami tulajdonú egészségügyi központok biztosítják, melyek egy vagy több önkormányzat vagy város területét fedik le. A kórházak különálló sürgősségi ellátó osztályaikon kezelik az ellátásra szorulókat.²⁴

²² <http://www.eng.rfzo.rs/index.php/aboutus>- utolsó letöltés: 2017. november 19.

²³ GYEMSZI IRF Rendszerelemzési Főosztály: Tájékoztató Országtanulmány Szerbia Egészségügyéről, 2013 https://era.aek.hu/HolOrszag/csatolt/20140626_szerbia_2013.pdf -utolsó letöltés: 2017. november 20.

²⁴ <http://www.hpi.sk/en/2014/01/serbia-brief-health-system-review/>- utolsó letöltés: 2017. november 19.

2.8 Ukrajna

Az ország erősen centralizált egészségügyi rendszere az állam tulajdonában van, de több egészségügyi szolgáltató részvételével működik. A szolgáltatók közül az American Medical Centers a legjelentősebb.

Az egészségügyi alapellátás mindenki számára ingyenes, mely azonban csak az alapvető szolgáltatásokat tartalmazza. Az egészségügyi rendszer reformja jelenleg is folyamatban van, melynek célja az orvosi ellátás költségeinek csökkentése, és az állampolgárok életminőségének a javítása.

A sürgősségi szolgálatot az UEMS (Ukrán Sürgősségi Orvosi Szolgálat) látja el nemzeti és regionális szinten. Nagyobb katasztrófák esetén az MNS (Ukrán Vészhelyzeti Szolgálat) által felállított mobil kórházak segítik a munkát.

A mentők központi hívószáma a 112. A mentőautó átlagos helyszínre érkezési ideje 23 perc.²⁵

A kormány megkezdte a kórházak elhelyezkedésére épülő körzeti rendszer létrehozását, amely során a helyi önkormányzatok közötti együttműködés erősítése és az egészségügyi infrastruktúra fejlesztésének elősegítése a cél. Az ellátó körzetek lehatárolásának kritériumai a következők:

- minden körzetben legyen legalább egy intenzív osztállyal rendelkező kórház;
- az intenzív ellátást nyújtó kórház a megye bármely pontjáról legyen elérhető maximum 60 perc alatt.²⁶

Jól érzékelhető, hogy az érintett államok sürgősségi ellátó rendszerei alapvető különbségeket mutatnak. Kevés közös vonásaik egyike, hogy az ellátás biztosítása mindenütt állami, illetve önkormányzati feladat és az adott ország területére terjed ki. A szervezés vagy centralizált, vagy az országok jó részében a közigazgatási, egészségügyi regionális irányítási beosztáshoz alkalmazkodva területi (tartományi, megyei, térségi) kompetenciába tartozik. A finanszírozás többségében állami forrásból történik.

²⁵ <https://era.aeek.hu/teljes-oroszag.php?&okod=27> - utolsó letöltés: 2017. november 21.

²⁶ http://www.moz.gov.ua/ua/portal/pre_20161130_d.html - utolsó letöltés: 2017. november 19.

3. A határon átnyúló sürgősségi mentés feltételei

3.1 A határon túli tartózkodás feltételei

3.1.1 A határátlépés

A határon átnyúló sürgősségi mentés megvalósítása szempontjából alapvető kérdés a mentőautók határátlépése. Sürgős esetben elengedhetetlen, hogy a mentők akadálytalanul léphessék át az országhatárt. Magyarországon esetében e tekintetben három esetet kell megkülönböztetnünk:

- 1)** A Schengeni határok (Szlovénia, Ausztria, Szlovákia)²⁷ ellenőrzés nélkül, szabadon átléphetők, így a mentők is akadálytalanul közlekedhetnek. Ezekben a szakaszokban a határ bárhol és bármikor átléphető a KRESZ szabályainak betartásával és a magántulajdon sérelme nélkül.
- 2)** Horvátország és Románia bár EU-tagállamok, nem részei a schengeni övezetnek. Ez a gyakorlatban azt jelenti, hogy a határon átkelőknek egyszerűsített ellenőrzési eljárás²⁸ kell átesniük, mely alól jelenleg a mentők sem képeznek kivételt. A határátlépéshez nem szükséges útlevél.

²⁷ Az állandó határellenőrzés a magyar–osztrák, a magyar–szlovén és a magyar–szlovák határon 2007. december 21. napjától szűnt meg. A szabályozás előzményeként ld. az 1985. június 14-én, Schengenen aláírt megállapodást és az 1990. június 19-én aláírt Schengeni Végrehajtási Egyezményt (mindkettő 1995. március 26-án lépett hatályba), az 1997. október 2-án aláírt és 1999. május 1-jén hatályba lépett Amszterdami Szerződést, valamint az Európai Parlament 2007. november 15-i jogalkotási állásfoglalását a schengeni vívmányok rendelkezéseinek a Cseh Köztársaságban, az Észt Köztársaságban, a Lett Köztársaságban, a Litván Köztársaságban, a Magyar Köztársaságban, a Máltai Köztársaságban, a Lengyel Köztársaságban, a Szlovén Köztársaságban és a Szlovák Köztársaságban történő teljes körű alkalmazásáról szóló tanácsi határozattervezetről 11722/2007–C6-0244/2007–2007/0810(CNS))

²⁸ Ld. a személyek határátlépésére irányadó szabályok uniós kódexéről (Schengeni határ-ellenőrzési kódex) szóló EURÓPAI PARLAMENT ÉS A TANÁCS (EU) 2016/399 RENDELET (2016. március 9.) 8. cikkelyét a szabad mozgás uniós jogával rendelkező személyek esetében alkalmazandó minimum-ellenőrzés szabályairól. A gyakorlatban ún. "egymegállásos határforgalom-ellenőrzési rendszer" működik, azaz egy helyen zajlik a román és magyar, illetve horvát és magyar ellenőrzés, a határ pedig személyi igazolvánnyal is átléphető.

- 3) Magyarország Szerbiával és Ukrajnával közös határszakasza külső európai uniós határnak minősül, melynek következtében határátlépéskor a hatóságok mindkét oldalon teljes ellenőrzést²⁹ folytatnak. Ukrajna esetében útlevél szükséges a határátkeléshez, míg a szerb határ személyi igazolvánnyal is átléphető.³⁰

Jól érzékelhető, hogy a mentők szabad határátlépése az utóbbi két esetben jelenleg jogi akadályokba ütközik.

Románia és Horvátország már kérelmezte felvételét a schengeni övezetbe, melyhez kapcsolódó kritériumok teljesítése mindkét tagállam részéről folyamatban van. Az Európai Bizottság mindkét tagállam esetében szorgalmazza a kérelem elfogadását³¹, azonban erre vonatkozóan hivatalos céldátumok nem kerültek kitűzésre.

Felmerül a kérdés, hogy Ukrajna, Szerbia, illetve Románia és Horvátország felvételéig a sürgősségi mentési együttműködést támogató esetleges bilaterális megállapodások sértenék-e az EU-s külső határookra vonatkozó szabályozásokat, illetve a jelenlegi európai uniós rendelkezések biztosítanak-e mozgásteret kivételek beiktatására?

A Magyarország külső határait átlépő személyek ellenőrzésére a személyek határátlépésére irányadó szabályok uniós kódexéről (Schengeni határ-ellenőrzési kódex) szóló 2016/399 (EU) európai parlamenti és tanácsi rendelet (a továbbiakban: Kódex) az irányadó. A Kódex 5. cikk (2) bekezdése tartalmazza azokat a kivételeket, amelyek alapján a külső határoknak a kizárólag határátkelőhelyeken és a hivatalos nyitvatartási időben történő átlépésére vonatkozó kötelezettség alól kivételek engedélyezhetők, így:

- a) egyének vagy csoportok esetében, a külső határok határátkelőhelyen kívüli vagy a hivatalos nyitvatartási időn túli eseti átlépésére vonatkozó különleges igény alapján, feltéve, hogy rendelkeznek a nemzeti jogban előírt engedélyekkel, és ez nem ellentétes a tagállamok közrendjével vagy belső biztonságával kapcsolatos érdekekkel. **A tagállamok kétoldalú megállapodások útján egyedi intézkedéseket irányozhatnak elő.**

²⁹ Ld. a személyek határátlépésére irányadó szabályok uniós kódexéről (Schengeni határ-ellenőrzési kódex) szóló EURÓPAI PARLAMENT ÉS A TANÁCS (EU) 2016/399 RENDELET (2016. március 9.) 8. cikkelyét a szabad mozgás uniós jogával rendelkező személyek esetében alkalmazandó minimum-ellenőrzés szabályairól.

³⁰ A szerb kormány 2010. májusi döntése nyomán 2010. június 12. napjától az uniós tagállamok, valamint Svájc, Norvégia és Izland állampolgárai útlevél nélkül, érvényes személyi igazolvánnyal is beléphetnek Szerbia területére (magyar viszonylatban csak az új, kártyaformátumú személyi azonosító igazolványt fogadják el a szerb határon).

³¹ Ld. az Európai Bizottság COM(2017) 570 közleményét, amelyben a Bizottság elnöke a schengeni határok mielőbbi kiterjesztését szorgalmazza Románia és Bulgária tekintetében, valamint az összes szükséges kritérium teljesítését követően Horvátország esetében is.

A nemzeti jogban és a kétoldalú megállapodásokban meghatározott általános kivételekről a 39. cikknek megfelelően értesíteni kell a Bizottságot;

- b) egyének vagy csoportok esetében egy előre nem látható szükséghelyzet bekövetkezése esetén;
- c) a 19. és 20. cikkben foglalt, a VI. és VII. melléklettel együttesen értelmezett különös szabályokkal összhangban.

A Kódex 20. cikk (1) bekezdésének g) pontja alapján a Kódex VII. mellékletben megállapított különleges szabályok a mentési szolgálatok, rendőrség és tűzoltóság, valamint határőrség hivatalos személyeire vonatkozó ellenőrzésekre alkalmazandók. A Kódex VII. mellékletének 7. pontja alapján a mentési szolgálatok, a rendőrség és a tűzoltóság szükséghelyzetben eljáró tagjainak beutazására és kiutazására, valamint a határőrök szakmai feladataik ellátása során történő határátlépésére vonatkozó rendelkezéseket a nemzeti jogban kell meghatározni. **A tagállamok kétoldalú megállapodásokat köthetnek e tekintetben harmadik országoknak minősülő államokkal** a személyek e kategóriáinak be- és kiutazására vonatkozóan. A szomszédos országok közül Ausztria, Szlovákia és Szlovénia schengeni tagállam, közös határaink belső határnak minősülnek, ahol nincs határellenőrzés, azonban a határrend miatt a vonatkozó nemzetközi szerződések betartása szintén fontos.

A vonatkozó nemzetközi megállapodások a következők:

1) Horvátország és Szlovénia tekintetében:

1979. évi 15. törvényerejű rendelettel kihirdetett a Magyar Népköztársaság Kormánya és a Jugoszláv Szocialista Szövetségi Köztársaság Kormánya között a magyar-jugoszláv államhatáron a határrendsértések megelőzéséről és rendezéséről Budapesten, az 1978. évi október hó 4. napján aláírt egyezmény 17. Cikk;

2) Szerbia tekintetében

2013. évi CXCVII. törvénnyel kihirdetett a Magyarország Kormánya és a Szerb Köztársaság Kormánya között a katasztrófák esetén történő együttműködésről és kölcsönös segítségnyújtásról szóló Egyezmény 6. és 7. cikk;

3) Ukrajna tekintetében

1998. évi LV. törvénnyel kihirdetett a Magyar Köztársaság és Ukrajna között a magyar-ukrán államhatár rendjéről, a határkérdésekben való együttműködésről és kölcsönös segítségnyújtásról szóló, Kijevben, 1995. május 19-én aláírt Szerződés 30. cikk;

4) Szlovákia tekintetében

1998. évi LIV. törvénnyel kihirdetett a Magyar Köztársaság és a Szlovák Köztársaság között a közös államhatár rendjéről és az együttműködésről szóló, Budapesten, 1995. június 28-án aláírt Szerződés 23. cikk;

5) Románia tekintetében

2009. évi XII. törvénnyel kihirdetett a Magyar Népköztársaság Kormánya és a Román Szocialista Köztársaság Kormánya között, a magyar-román államhatár rendjéről, határkérdésekben való együttműködésről és kölcsönös segítségnyújtásról szóló Egyezmény VI. Fejezete tartalmazta a szabályokat. A 2006. évi LXXXV. törvénnyel kihirdetett, a Magyar Köztársaság és Románia között a magyar-román államhatár rendjéről, az együttműködésről és a kölcsönös segítségnyújtásról szóló, Bukarestben, 2005. október 20-án aláírt Szerződés 25. cikk (4) bekezdése hatálybalépésének napjától - 2007. január 6-tól - e fejezet rendelkezéseit nemzetközi jogilag hatályon kívül helyezte. Új megállapodásról nincs tudomásunk.

6) Ausztria tekintetében nincs hatályos szabályozás.

Megjegyezzük, hogy a határátkelőhely és az ideiglenes határátkelőhely megnyitásáról és működtetéséről, valamint a határátlépési pontról szóló 332/2007. (XII. 13.) Korm. rendelet 9/A. §-a alapján a határátlépés ellenőrzését végző szerv a határátkelőhelyen kérelemre soron kívül hajtja végre a határátlépés ellenőrzését, ha a határátlépés ellenőrzésének soron kívüliségéhez jelentős gazdasági, társadalmi, egészségügyi vagy kulturális érdek fűződik.

Jogi javaslat

Mindezek fényében **bilaterális egyezményben** javasoljuk szabályozni a mentők sürgős esetben történő szabad határátkelésének kölcsönös biztosítását a schengeni zónán kívül eső 4 szomszédos ország viszonylatában. A tanulmány keretében összeállított egyezménytervezetben (lásd később) nem teszünk erre vonatkozóan szövegszerű javaslatot, melynek oka egyrészt, hogy az akadály csak egyes országokkal szemben áll fenn és azok esetében is eltérő jellemzőkkel bír.

3.1.2 Működési engedélyek

Egészségügyi szolgáltatás, így mentési tevékenység is kizárólag működési engedély birtokában folytatható, mely engedélyek kiadásáért különböző nemzeti hatóságok felelősek. Ennek következtében az engedélyek területi hatálya nem haladhatja meg az érintett állam területét, tehát a mentési tevékenység folytatásához szükséges engedély határátlépés után nem érvényes.

A mentésre vonatkozó magyar szabályozást az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 247. §-a (2) bekezdésének f) pontja és g) pontjának ga) alpontja szerinti felhatalmazás alapján megalkotott, a mentésről szóló 5/2006 (II. 7.) EüM Rendelet határozza meg, melynek területi hatálya egyértelműen Magyarországra terjed ki (1. §). A rendelet meghatározza az engedély kiadásához szükséges **tárgyi és személyi feltételeket**, míg a működési engedélyezési eljárásról a 96/2003. (VII. 15.) Korm. rendelet rendelkezik. Mindez egyben azt is jelenti, hogy a tárgyi és személyi minimumfeltételek meghatározása, valamint az engedélyezési folyamat nemzeti szinten, egymástól eltérő módon kerül(het) szabályozásra, mely alapvetően gátolja a határon átnyúló együttműködést.

Az országoként eltérő, **tárgyi feltételekre** vonatkozó szabályozás közelítése érdekében az Európai Unió Szabványügyi Bizottsága 2007. június 29-én tette közzé a mentőautókkal és felszerelésükkel kapcsolatos, jelenleg is hatályos szabványt³², egy korábbi, 2000-ben elfogadott iránymutatás módosításaként. A szabvány egyik fő célja, hogy a mentőautók külső megjelenésre, felszereltségre és biztonságra nézve minden országban hasonlóak legyenek, utóbbi tekintetében a szállított betegre, az ellátó személyzetre és a közlekedésben résztvevőkre nézve is.

A szabvány négy felszereltségi kategóriát (A1, A2, B és C) határoz meg, magába foglalva a jármű, valamint a motor típusának és teljesítményének jellemzőit, beleértve többek között a jármű méreteit, gyorsulását, fékezési kapacitását, a tűzvédelmi, valamint a fűtési/hűtési előírásokat. A betegtér előírásai kényelmi és biztonsági szempontból részletezettek, ideértve, hogy a beteget miként kell behelyezni és kivenni a mentőautóból, milyen a megvilágítás, az ajtók, az ablakok, az ülések és egyéb eszközök helyzete, mérete, rögzítése. A szabvány nem támaszt minimumfeltételt a különböző típusú mentőautókban elhelyezendő gyógyászati eszközöket, felszereléseket, illetve gyógyszereket (hatóanyagok) illetően. A szabvány alkalmazása tagállami szinten nem kötelező, önkéntes alapon történik.

³² Ld. az EN 1789:2007+A2 2015 „Mentőautók és felszerelésük – betegszállító autók” (Medical vehicles and their equipment. Road ambulances) szabványt. A szabvány jelenlegi szövege érvényes 2015. január 01-től.

A **személyi** kérdéseket illetően alá kell húzni, hogy bár az egészségügyi szakdolgozói diplomák és oklevelek az Európai Unióban egységesen elfogadottak³³, a külföldi működéshez kérelmezni kell az adott tagállam engedélyét. A személyi minimumfeltételek vonatkozásában az 1789:2007 EU szabványhoz hasonló irányadó dokumentum sem nemzetközi, sem európai viszonylatban nem létezik, így a különböző típusú mentőegységek összetétele, az azokban jelen lévő egészségügyi és nem egészségügyi munkatársak száma, végzettsége és kompetenciája (milyen ellátás nyújtására, beavatkozás elvégzésére jogosult) is országonként eltérő.

Jogi javaslat

A működési engedélyekhez kapcsolódó akadályok **jogi** vonatkozása tehát elsősorban a mentőjárművek és a személyzet működési engedélyének területi hatályából fakad. A jogi akadály megszüntetése érdekében a munkacsoport javasolja a kérdés európai uniós szinten való szabályozását (legalább irányelvként) a következő tartalommal. A jogszabályi szövegrészeket **zöld színű** kiemeléssel jelöltük itt és az egész dokumentumban.

(x) Az egymással közvetlenül szomszédos EU-tagállamok sürgősségi mentőegységei (beleértve a mentőjárművet és annak személyzetét) a vonatkozó európai uniós szabályozások, illetve nemzetközi megállapodások feltételei szerint, kölcsönösségi, határon átnyúló mentésben és elsődleges szállításban (primer transzport) való közreműködés céljából áthívhatók, illetve átküldhetők egymás felségterületére, amennyiben

a) a bevetési (fogadó) tagállam mentési helyszínének —a mentés helyszíne szerint közvetlenül szomszédos (küldő) tagállamtól—való-határ menti—földrajzi távolsága és az ellátás sürgősségi jellege ezt indokolja, továbbá

b) az áthíváskor a küldő tagállam mentőegységei közül legalább egy, az aktuális földrajzi helyzete, feladatai, technikai felszereltsége és személyzetének képzettsége, gyakorlata alapján képes a fogadó tagállam területén a mentésben való közvetlen részvételre.

³³ Ld. AZ EURÓPAI PARLAMENT ÉS A TANÁCS 2005/36/EK IRÁNYELVE (2005. szeptember 7.) a szakmai képesítések elismeréséről és az Európai Parlament és a Tanács 2013/55/EU irányelve (2013. november 20.) a szakmai képesítések elismeréséről szóló 2005/36/EK irányelv és a belső piaci információs rendszer keretében történő igazgatási együttműködésről szóló 1024/2012/EU rendelet (az IMI-rendelet) módosításáról

(x) A fenti esetben a fogadó tagállam határát engedéllyel átlépő mentőegység járműve, a fogadó tagállam felségterületére történő belépéstől a küldő állam felségterületére történő visszatérésig a küldő tagállam felségterületének minősül. Ezen időtartam alatt a mentőjárműre és személyzetére a küldő tagállam mentőegységeire vonatkozó tárgyi és személyi feltételek, illetve eljárási szabályok az irányadók.

(x) A fogadó tagállam és hatóságai kötelesek elfogadni a küldő tagállamból hivatalosan érkezett mentőegység irányítója által bemutatott,—adott mentőegységre vonatkozó, a mentés időpontjában a küldő állam területén érvényesnek és hatályosnak elismert működési engedélyt.

(x) A sürgősségi mentést a fogadó, illetve küldő tagállam mentőjárművének személyzete elsődlegesen saját mentőjárműjével és annak felszerelésével, a fogadó állam mentést irányító képviselője által rájuk bízott mentési feladatok tekintetében végzi. A mentés hatékonysága érdekében a fogadó és küldő tagállam mentőegységének vezetői a helyszínen történt közös megegyezéssel e szabálytól kivételesen eltérhetnek. A szabálytól való eltérést a mentés befejezését követően a fogadó és küldő tagállam mentőegységei haladéktalanul jelentik saját irányítóközpontjuk felé.

(x) A küldő tagállam sürgősségi mentőegysége köteles a sürgősségi mentésben való részvételt a lehető leghamarabb befejezni, majd ezt követően saját tagállamának felségterületére visszatérni.

A fentiekkel párhuzamosan javasoljuk a 96/2003. (VII. 15.) Korm. rendelet, illetve a mentésről szóló 5/2006 (II. 7.) EüM rendelet módosítását a következők szerint:

96/2003. (VII. 15.) Korm. rendelet az egészségügyi szolgáltatás gyakorlásának általános feltételeiről, valamint a működési engedélyezési eljárásról

6. §

(4) 20 Nem kell működési engedély

- a) 21 az igazságügyi szakértőkről szóló törvény alapján végzett igazságügyi orvosszakértői tevékenységhez,*
- b) a mentőautó személyzetének a határon átnyúló mentéshez, amennyiben e tevékenység feltételeit európai uniós szabályozás vagy nemzetközi megállapodás megfelelően rendezte.*
- c) a halottvizsgálatról és a halottakkal kapcsolatos eljárásról szóló kormányrendelet szerinti halottvizsgálati szaktanácsadói tevékenység végzéséhez.*

A mentésről szóló 5/2006 (II. 7.) EüM rendelet**2. § E rendelet alkalmazásában**

- a) *mentés: az Eütv. 94. §-ának (1), (4) és (5) bekezdésében foglalt tevékenység, ideértve a határon átnyúló mentést, melynek során Magyarország területén a mentésben, más állam részéről mentőegység működik közre, európai uniós szabályozásnak vagy nemzetközi megállapodásnak megfelelően;*
- b) *mentési tevékenységet végző szervezet: az Országos Mentőszolgálat (a továbbiakban: OMSZ) és e jogszabály szerint mentési tevékenység végzésére jogosult más jogi személy vagy természetes személy, ha megfelel az 1. melléklet szerinti személyi és tárgyi feltételeknek, és rendelkezik országos tisztifőorvos által – külön jogszabály szerint – kiadott működési engedéllyel (a továbbiakban: működési engedély), továbbá a határon átnyúló mentésben más állam részéről közreműködő mentési tevékenységet végző szervezet, amennyiben e tevékenység feltételeit európai uniós szabályozás vagy nemzetközi megállapodás megfelelően rendezte;*
- c) *mentési tevékenységet végző személy: a b) pont szerinti mentési tevékenységet végző szervezet(ek) keretében a mentésre szoruló beteg, illetve sérült (a továbbiakban: beteg) feltalálási helyén vagy szállítás közbeni sürgősségi ellátásában részt vevő, az 1. melléklet szerinti képesítéssel rendelkező személy, továbbá a határon átnyúló mentésben más állam részéről közreműködő mentési tevékenységet végző személy, amennyiben e tevékenység feltételeit európai uniós szabályozás vagy nemzetközi megállapodás megfelelően rendezte;*

...

3. §

...

(2) A mentés az alkalmazott mentőegység típusa szerint lehet

- a) *mentőgépkocsival,*
- b)
- c) *esetkocsival,*
- d) *rohamkocsival,*
- e) *speciális rohamkocsival (Mobile Intensive Care Unit – MICU),*
- f) *neonatólogiai mentőgépkocsival,*
- g) *neonatólogiai rohamkocsival,*
- h) *gyermekmentő-rohamkocsival,*
- i) *légi mentőjárművel,*
- j) *mentőorvosi gépkocsival,*

- k) mentőtiszti gépkocsival,
- l) gyermek-mentőorvosi gépkocsival,
- m) helyszínen történő mentési feladat ellátására alkalmas motorkerékpárral, illetve -mopeddel (a továbbiakban: mentő-motorkerékpár, illetve mentő-moped),
- n) helyszínen történő mentési feladat ellátására, valamint a szárazföldi átadási pontig történő szállításra alkalmas sürgősségi mentőhajóval,
- o) transzplantációs mentő-gépkocsival,
- p) Tömeges Baleseti Egységgel,
- r) *határon átnyúló mentés esetén a küldő államból küldött, annak mentési szervezetében rendszeresített típusú, szolgálatot teljesítő mentőjármű,*

végrehajtandó mentési feladat.

(3) A mentés a végzett tevékenység típusa szerint lehet

- a) általános mentés,
- b) koraszülött mentés és koraszülött szállítás,
- c) mozgóórség,
- d) mentési készenlétet igénylő őrzött betegszállítás,
- e) mentőszállítás,
- f) rendezvény egészségügyi biztosítása,
- g) szervátültetéssel kapcsolatos mentési feladat;
- h) *határon átnyúló mentés, európai uniós szabályozás vagy nemzetközi megállapodás alapján.*

10. § (1) Mentési tevékenység(ek) végzésére – a külön jogszabályban foglaltak szerint – annak a természetes személynek, jogi személynek adható működési engedély, aki/amely az általa végezni kívánt mentési tevékenység vonatkozásában az 1. mellékletben foglalt személyi és tárgyi feltételeknek megfelel. *A határon átnyúló mentés keretében, Magyarország területén más állam részéről közreműködő mentőegység személyi és tárgyi feltételei a vonatkozó európai uniós szabályozásnak vagy nemzetközi megállapodásnak megfelelően az 1. sz. mellékletben foglaltaktól eltérhetnek.*

Továbbá a személyi feltételeket illetően **bilaterális egyezményben vagy annak mellékletében** javasoljuk szabályozni a külföldre átküldhető mentőcsapat összetételének minimumfeltételeit és kompetenciáját, annak érdekében, hogy a személyzet képes legyen megfelelő szintű, önálló feladatellátásra. A magyar oldali mentőegység esetében javasoljuk minimum követelményként meghatározni egy fő mentőtiszt vagy mentőorvos jelenlétét.

Szakpolitikai ajánlás

A tárgyi feltételeket illetően javasoljuk az említett 1789:2007-es **európai uniós** szabvány kiegészítését az orvosi eszközökre, felszerelésekre és hatóanyagokra vonatkozó minimumkövetelményekkel, a különböző felszereltségű mentőautó-kategóriák (A1, A2, B és C) szerint.

A **kétoldalú** együttműködések szintjének fokozása és az esetleges közös terepi munkavégzésre való felkészülés érdekében javasoljuk továbbá közös gyakorlatok, képzések, tudás- és tapasztalatomegosztó alkalmak szervezését az érintett szervek (mentőszolgálatok) részére, különös tekintettel az eltérő személyi kompetenciák és orvos-szakmai felszerelések vonatkozásában.

3.1.3 A megkülönböztető jelzés használata

Sürgősségi betegellátás esetén kulcsfontosságú a megkülönböztető fény és hangjelzés használatának lehetősége. Az előző pontban tárgyalt 1789:2007+A2 2015-ös, a mentőautókkal és felszerelésükkel foglalkozó EU-szabvány rendelkezik a mentőautó külső megjelenéséről és a használt megkülönböztető jelzésekről is. A szabvány javasolja, hogy a kék villogóknak 360 fokban kell láthatónak lenniük, meghatározza a szirénák típusát és a mentőautók színét (RAL1016-os sárga színkód). A szabvány önkéntes alapon történő alkalmazása miatt jelenleg tagállamonként eltérő szabályozás van életben.

Magyarországon a 2/2007. (III.13.)) IMR rendelet³⁴ szabályozza a megkülönböztető és figyelmeztető jelzést adó készülékek felszerelését és használatát. A rendelet kimondja, hogy az Országos Mentőszolgálat, a Magyar Honvédség és a rendvédelmi szervek sürgősségi betegellátást végző gépjárművei vonatkozásában nem, azonban **minden egyéb sürgősségi betegellátást végző szerv esetében hatósági engedélyre van szükség** a megkülönböztető jelzések használatához. Ezen kívül a rendelet szerint a gépjárművet a megkülönböztető jelzést adó készülék működtetésének időtartama alatt csak az vezetheti, aki a külön jogszabályban³⁵ előírt egészségügyi és pályaalakmassági követelményeknek megfelel. Tehát mindez azt jelenti, hogy **a külföldi mentők kizárólag a szükséges magyarországi engedélyek birtokában használhatnak megkülönböztető jelzéseiket.**

³⁴ 2/2007. (III.13.)) IMR rendelet a megkülönböztető és figyelmeztető jelzést adó készülékek felszerelésének és használatának szabályairól

³⁵ 41/2004. (IV. 7.) GKM rendelet a közúti járművezetők pályaalakmassági vizsgálatáról

Jogi javaslat

A jogi akadály megszüntetése érdekében a munkacsoport javasolja a kérdés európai uniós szinten való szabályozását (legalább irányelvként) a következő tartalommal:

(x) Az egymással közvetlenül szomszédos EU tagállamok sürgősségi mentőegységei (beleértve a mentőjárművet és annak személyzetét) a vonatkozó európai uniós szabályozások, illetve nemzetközi megállapodások feltételei szerint, kölcsönösségi, határon átnyúló sürgősségi mentésben és szállításban való közreműködés céljából áthívhatók, illetve átküldhetők egymás felségterületére, amennyiben

- c) a bevetési (fogadó) tagállam mentési helyszínének - a sürgősségi mentés helyszíne szerint közvetlenül szomszédos (küldő) tagállamtól való határ menti - földrajzi távolsága és az ellátás sürgősségi jellege ezt indokolja, továbbá*
- d) az áthíváskor a küldő tagállam sürgősségi mentőegységei közül legalább egy, az aktuális földrajzi helyzete, feladatai, technikai felszereltsége és személyzetének képzettsége, gyakorlata alapján képes a fogadó tagállam területén a sürgősségi mentésben való közvetlen részvételre.*

(x) A fenti esetben a fogadó állam és hatóságai külön bejelentés nélkül kötelesek engedélyezni a megkülönböztető fény és hangjelzés indokolt esetben való használatát.

Tekintve, hogy ilyen esetben a mentőjármű tartózkodási helyétől függetlenül, a küldő tagállam területének számít, így a megkülönböztető jelzés használatának szabályai tekintetében a hazai/küldő állam vonatkozó jogszabályai az irányadók.

Ezzel párhuzamosan, javasoljuk továbbá **12/2007. (III.13.)) IMR rendelet** módosítását a következők szerint:

3. § (1) Nem kell hatósági engedély a megkülönböztető jelzést adó készülék felszereléséhez

- a) az Országos Mentőszolgálat, a Magyar Honvédség és a rendvédelmi szervek sürgősségi betegellátást végző gépjárműveire*

4. § (1) Megkülönböztető jelzést adó készülék felszereléséhez szükséges hatósági engedély

- a) a 3. § (1) bekezdés a) pontjában meghatározottakon kívül sürgősségi vér és szervtranszplantációs szállítást, a sürgősségi betegellátást végző szervek,*

8. § (1) A gépjárművet a megkülönböztető jelzést adó készülék működtetésének időtartama alatt - a 3. § (1) bekezdés d)-e) pontjában és a (2) bekezdésében meghatározott gépjárművek, valamint *európai uniós szabályozás vagy nemzetközi megállapodás alapján, határon átnyúló mentésben részt vevő, másik tagállamból Magyarország felségterületére érkező mentőjárművek kivételével -*

csak az vezetheti, aki a külön jogszabályban előírt egészségügyi és pályaalkalmassági követelményeknek megfelel.

Szintén javasoljuk a **41/2004. (IV. 7.) GKM rendelet** tartalmának bővítését.

1. § (1) A rendelet hatálya - a (2) bekezdésben foglaltak kivételével - azokra a gépjárművezetőkre, illetőleg vezetési jogosultságot megszerezni szándékozókra terjed ki, akik gépjárművezetői tevékenység végzéséhez pályaalkalmassági minősítést kívánnak szerezni, továbbá azokra, akiket pályaalkalmassági minősítés megszerzésére köteleztek (a továbbiakban együtt: gépjárművezető).

(2) A rendelet hatálya nem terjed ki:

- a) a rendőrség, az Országgyűlési Őrség, a hivatásos katasztrófavédelmi szervek, az önkormányzati tűzoltóság és a büntetés-végrehajtási szervezet állományába tartozó hivatásos szolgálati jogviszonyban álló azon személyekre, akik e szervek megkülönböztető jelzést használó gépjárműveinek vezetésére jogosultak és ilyen gépjárművet vezetnek,
- b) azokra a hadkötelezettség alapján katonai szolgálatot teljesítő gépjárművezetők³re, akik megkülönböztető jelzést használó honvédségi tűzoltó és sebesültszállító gépjárművet vezetnek.
- c) *európai uniós szabályozás vagy nemzetközi megállapodás alapján határon átnyúló mentésben részt vevő, másik tagállamból Magyarország felségterületére érkező mentőjárművek vezetőire.*

Szakpolitikai ajánlás

Annak érdekében, hogy a külföldi mentőerők megfelelően be tudjanak illeszkedni a bevetési állam közlekedésébe, **bilaterális szintű** közös gyakorlatok, képzések szervezését javasoljuk az érintett munkatársak részére, különös tekintettel **a KRESZ-szabályok és a helyi közlekedési kultúra** vonatkozásában.

3.2 Adminisztratív-technikai feltételek

A mentők határon túli tartózkodásához kapcsolódóan számos adminisztratív, technikai jellegű kérdés és igény merül fel.

Az egyik ilyen téma a **mentősök külföldi egészségügyi ellátás**ának kérdése. Magyarország és a szomszédos országok mentősei határon túli baleset, illetve személyi sérülés esetén az alábbiak szerint jogosultak sürgősségi ellátásra:

- a 883/2004/EK és 987/2009/EK rendeletek alapján az EU-tagállamokban, érvényes Európai Egészségbiztosítási Kártyával minden orvosilag szükséges ellátást igénybe tudnak venni.
- Magyarország és Szerbia viszonylatában, a 2013. évi CCXXXIV. törvénnyel kihirdetett magyar-szerb szociális biztonsági egyezmény alapján kötött kétoldalú megállapodás szerint sürgősségi ellátás szintén térítésmentesen érhető el.
- Magyar-ukrán viszonylatban még érvényben van az 1963. évi 16. törvény erejű rendelettel kihirdetett magyar-szovjet szociálpolitikai egyezmény, amely alapján, érvényes útlevél birtokában a felek térítésmentes sürgősségi ellátásra jogosultak.

Tehát e tekintetben nem merül fel probléma a határon túli mentési feladatok ellátása vonatkozásában.

A témakör második eleme a **mentőautók és a személyi állomány biztosítása**. Magyarországon a gépjárművek CASCO és felelősségbiztosítása európai hatályú, így a szomszédos országokban is érvényes; ellenben a személyzet felelősségbiztosítása csak Magyarországra terjed ki. A területi hatály kiterjesztésének azonban sem jogi, sem adminisztratív akadálya nincs.

Fontos továbbá, hogy a határon túli mentésben érintett mentőautókban elérhető legyen a szomszédos ország(ok) **digitális térképe**, illetve tisztázásra kerüljenek a belső protokoll határon túli **tankolásra, útvonal nyilvántartásra és a személyzet ellátmányának beszerzésére** vonatkozó részei.

Szakpolitikai ajánlás

Javasoljuk:

- 1)** hogy a személyi állomány felelősségbiztosításának hatálya kerüljön kiterjesztésre legalább a szomszédos államok területére. Ennek pénzügyi erőforrásigénye nem jelentős, a mentőszolgálattal jelenleg szerződéses kapcsolatban álló ERIX Biztosítási Alkusz és Tanácsadó Kft. számításai szerint évente körülbelül 550.000 forintnyi többletköltséget jelentene az OMSZ-nek;
- 2)** hogy a határ menti területeken feladatot ellátó gépjárművek esetében a GPS adatbázis bővüljön az érintett szomszédos országok térképeivel. Ennek pénzügyi erőforrás- és technológiai fejlesztési igénye Magyarországon és feltételezhetően a szomszédos országokban sem jelentős, tehát nem képez komoly akadályt;
- 3)** a belső protokoll/szabályzatok bővítését, illetve államközi harmonizációját oly módon, hogy a határon átnyúló feladatellátás ne ütközzön a fent említett adminisztratív akadályokba.

3.3 Szakmai együttműködés

A határon túli mentés során, az eredményes feladatellátás érdekében számos szakmai szerv és szereplő együttműködése szükséges. A szóban forgó kérdéseket alapvetően az illetékes szervek belső protokollja tisztázza, így a határon átnyúló mentési eljárásrendet elkülönítetten, multi-vagy bilaterális módon szükséges szabályozni. A következő fejezetben a tisztázandó kérdéseket az esetellátás logikája szerint tárgyaljuk.

3.3.1 Riasztás és vezénylés

Az esethez való riasztás alapesetben a következőképp történik: a bejelentő a segélyhívó szám tárcsázásával kapcsolatba lép a területileg illetékes központtal, ahol az operátor a saját protokollja szerint kikérdezi a segélyhívót. Amennyiben a segélyhívó szám kizárólag a mentőkhez tartozik (mint Magyarországon a 104), a kapcsolatfelvétel közvetlen, tehát a hívót az a területileg illetékes mentésirányító kérdezi ki, aki a bevetést is irányítja. Amennyiben központi telefonszámról (mint az európai 112) van szó, a hívásfogadás és a bevetésirányítás szétválik: az általános operátor rögzíti a bejelentést, majd továbbítja a területileg illetékes mentésirányító központba. Magyarországon jelenleg folyamatban van az egyedi hívószámról a 112-es európai központi számra való áttérés. A környező országokban eltérő a helyzet, egyesek már csatlakoztak az Egységes Segélyhívó Rendszerhez, míg mások önálló rendszert tartanak fenn a mentők számára (lásd 2. fejezet). Hosszútávon várható azonban, hogy az EU tagállamok

mindegyike áttér a 112-es Segélyhívó Rendszer használatára, ami egyszerűsíti majd a tagállamok közötti együttműködést.

Az együttműködés **technológiai aspektusán** túl kiemelten fontos a határon túli feladatellátás **eszköz- és humánerőforrás-igénye**. Az érintett országok esetében a mentőszolgálatok kapacitása véges, mely jelenleg alapvetően a hazai szükségletek kielégítését szolgálja. Emellett egy korábbi fejezetben javaslatot tettünk arra, hogy külföldi kérésnek kizárólag az önálló feladatellátáshoz szükséges kompetenciákkal rendelkező, magasabb szintű mentőegység tehessen eleget, mely tovább szűkíti a határon túl bevethető csapatok körét. Azonban megfelelő feladatmeghatározás és a kölcsönösség elvének alkalmazása esetén megelőzhetők az esetleges kapacitáshiányból eredő problémák.

Jogi javaslat

Az eltérő segélyhívó rendszerek, illetve az érintett országok véges eszköz- és humánkapacitását figyelembe véve, **bilaterális egyezményben vagy mellékletében** javasoljuk szabályozni, hogy határon átnyúló sürgősségi mentésre vonatkozó kérést, kizárólag primer feladat esetében, kizárólag a területileg illetékes mentésirányító kezdeményezhessen a határon túli mentésirányító központtal való közvetlen kapcsolatba lépés révén. Javasoljuk továbbá, hogy határon túli bevetésre irányuló parancsot a mentésirányító kizárólag a szolgálatvezető főorvos vagy azonos kompetenciákkal rendelkező tisztségviselő engedélyével adhasson. Az engedély megadásánál elsődleges szempont, hogy a külföldi ellátás nem akadályozhatja a hazai feladatok ellátását. Ha a külföldi mentés engedélyezése után érkezik belföldi kérés, a határon túli fél szükség esetén köteles segítséget nyújtani a kapacitáshiány kezelésére. A gyakorlat szerint az engedélykérés időigénye minimális, érdemben nem hátráltatja a sürgős mentési feladat ellátását.

Ezzel párhuzamosan javasoljuk *a mentésről szóló 5/2006 (II. 7.) EüM rendelet* vonatkozó paragrafusának módosítását.

2. § E rendelet alkalmazásában

- e) *mentésirányítást ellátó személy: az Irányító Csoport azon tagja, aki a 104-es, illetve más segélyhívó-számon érkező és egyéb mentést kezdeményező bejelentések fogadását, értékelését végzi, továbbá a mentési feladatok végrehajtására a mentőegységeknek utasításokat ad, valamint a határon átnyúló mentésben más állam részéről közreműködő mentésirányítást ellátó személy, amennyiben e tevékenység feltételeit európai uniós szabályozás vagy nemzetközi megállapodás megfelelően rendezte;*
- g) *Irányító Csoport: segélyhívások fogadását, a sürgősségi igény meghatározását és a mentőegységek közvetlen irányítását végző OMSZ szervezeti egység, valamint a határon*

átnyúló mentésben más állam részéről közreműködő Irányító Csoport, amennyiben e tevékenység feltételeit európai uniós szabályozás vagy nemzetközi megállapodás megfelelően rendezte;

4. §

...

(2) A mentésirányítást ellátó személy a bejelentés tartalma, és az összes körülmény értékelése alapján dönt a mentés szükségességéről és intézkedik

- a) a rendelkezésre álló mentőkapacitás függvényében, a sürgősségi igény meghatározásával a megfelelő szintű, *illetve a határon átnyúló mentési hálózatba bevont mentőegység, illetve mentőegységek riasztásáról,*
- b) szükség esetén az adott típusú feladatra szakosodott ellátó szervezet riasztásáról,
- c) egyéb szolgálatok – ideértve a háziorvosi vagy orvosi ügyeleti szolgálatot, tűzoltóságot, rendőrséget – riasztásáról.

További tisztázásra szoruló, jogi aspektusokkal rendelkező kérdések:

- Halasztható-e hazai feladat külföldi megkeresés esetén? Ha igen, milyen eset(ek)ben?
- Ki a felelős, ha külföldi ellátás miatt hazai beteg ellátása késik?

Szakpolitikai ajánlás

A határon átívelő segélyhívások hatékonysága érdekében javasoljuk, hogy határszakaszonként kerüljön kialakításra egy-egy **adatbázis a területileg illetékes segélyhívó központok elérhetőségeivel**. Továbbá az érintett államok illetékes szervei tekintsék át és jelentős eltérés esetén egységesítsék a **segélyhívások kezelésére vonatkozó belső protokoll** tartalmát.

3.3.2 Feladatkoordináció

A mentőegységek feladatellátás során a nemzetközi sztenderdeknek megfelelő, de többnyire intézményi szinten meghatározott szabályok szerint járnak el. Ebből adódik, hogy az egyes országok mentőszolgálatai kisebb mértékben eltérő irányítási és mentési protokollok szerint működnek, mely több ponton jelenthet problémát a határon átnyúló együttműködés során. Erre vonatkozóan a munkacsoport a következő javaslatokat fogalmazta meg.

Jogi javaslat

Bilaterális viszonylatban javasoljuk szabályozni a következő kérdésköröket:

A határon túli mentési feladatok ellátásának közvetlen **irányítása** és szükség esetén (pl. tömegbaleset) a különböző **mentőerők munkájának összehangolása** a bevetési állam illetékes hatóságainak a feladata, és minden esetben a bevetési állam irányítási protokollja szerint történik. Az érintett államok mentőcsapatainak egy időben, egy helyen történő együttműködése esetében, a **kárhelyparancsnokot** (a végzettségektől függetlenül) minden esetben a hazai egység adja. Megbízásokat a küldő állam segélycsapatai részére kizárólag azok vezetőinek, a riasztás során meghatározott primer feladat vonatkozásában lehet adni.

A mentőcsapat a bevetési állam hatóságaitól kapott **megbízás szerint, de a saját mentési protokollja szerint, a saját felszerelésével és gyógyszereivel** dolgozik. Az egység kizárólag a riasztás során kapott primer feladat elvégzését követően térhet haza. Külföldi bevetésen a mentőerő vezetője nem dönthet úgy, hogy helyszínen hagyja a beteget, köteles azt átadni egy hazai mentőcsapatnak vagy kórházba szállítani. Tömegbaleset esetén, hazai kapacitáshiányra hivatkozva, a bevetési állam irányítói felé történő jelentést követően, az egység feladatellátás közben is hazamehet (az aktuálisan ellátott beteg kezelését lezárja, de a következőt már nem kezdi el).

A bevetési állam illetékes szerveinek törekednie kell az eset mihamarabbi, primer ellátás közbeni vagy utáni átvételére. Az **elsődleges transzport** (kórházba szállítás) a hazai mentőerő feladata, kizárólag indokolt esetben hárítható a határon túli egységre. A munkacsoport két ilyen esetet azonosított be.

- 1) Amennyiben a hazai mentőerő kiérkezésének várható ideje veszélyezteti a beteg életét vagy testi épségét, a határon túli mentőerő köteles a **legrövidebb idő alatt elérhető, a bevetési állam területén található sürgősségi ellátást biztosító intézmény**be szállítani a beteget. Amennyiben a szükséges ellátás nem érhető el a legközelebbi intézményben, a hazai mentőerő a lehető leghamarabb, a primer ellátás helyszínéhez lehető legközelebbi **egyeztetett helyen** köteles átvenni a beteget a külföldi mentőegységtől.

Ezen a ponton adódik a kérdés, hogy amennyiben a megfelelő színvonalú ellátás biztosítására alkalmas kórház a határ túloldalán közelebb van, mint a bevetési tagállamban, a beteg átvihető-e a határon. Elmondható, hogy sürgősségi mentés esetében e tekintetben alapvetően nem jelentkezik jogi és finanszírozási akadályok, azonban a sérültek esélyegyenlősége sérül. Ennek elkerülése érdekében úgy kellene eljárni, hogy függetlenül attól, hogy az adott beteget hazai vagy határon túli

mentőegység látja el, **minden esetben mérlegelni kellene, hogy a bevetés szerinti államban vagy a szomszédos ország(ok)ban kapna-e magasabb színvonalú és/vagy gyorsabb ellátást a beteg.** Mindez jelentősen túlmutat a jelen projekt és tanulmány keretein, így a sérült határon túli kórházba szállításának lehetőségével csak a következő pontban ismertetettek szerint foglalkozunk.

- 2) Amennyiben a mentett személy igazoltan a **segítséget nyújtó fél állampolgára**, valamint állapota és az egyéb körülmények ezt megengedik, a bevetési állam mentésirányító központjának engedélyével a kiküldött mentőegység a beteget a határon túli, a segítséget nyújtó fél szerinti államban szállíthatja kórházba.

A beteg kórházba szállításának szükségességéről a mentőegység vezetője dönt, mely alapján a bevetési állam mentésirányító központja jelöli ki a beteg hazai mentőegységnek való átadására szolgáló találkozási pontot vagy a megfelelő egészségügyi szolgáltatót.

Határon túli segélykérés esetén, a bevetési állam hatóságai kötelesek a határon túli állam mentőcsapata számára a hazai mentőszolgálatot megillető **védelmet biztosítani** és szükség esetén **segítséget nyújtani**. A külföldi mentőegység a feladatellátás során, szükség esetén a bevetési állam irányítási központjától kérhet segítséget.

Mindezek fényében szükséges a mentésről szóló 5/2006 (II. 7.) EüM rendelet egyes pontjainak módosítása, kiegészítése a következő tartalommal:

5. § (1) A mentést kezdeményező orvos a megrendeléskor közli

- a) a) a beteg nevét és tartózkodási helyét,
- b) b) a mentés sürgősségét, illetve a mentési készenléletet igénylő őrzött szállítás időpontját, valamint – mentési készenléletet igénylő őrzött szállítás kivételével – a szükséges mentőegység szintjét,

...

(2) A mentést kezdeményező orvos a mentés általa meghatározott szintjének megfelelő felügyeletet köteles biztosítani a helyszínen a mentőegység megérkezéséig, és a helyszínre érkező hazai mentőegységnek átadja, illetve a határon átnyúló mentés keretében közreműködő külföldi mentőegység által a legközelebbi hazai mentőegységhez eljuttatja a 4. melléklet szerinti – kitöltött – Mentési utalványt, mentési készenléletet igénylő őrzött szállítás esetén továbbá az 5. melléklet szerinti – kitöltött – Mentési készenléletet igénylő őrzött szállítás adatlapját.

(3) A mentésirányítást ellátó személy – a megrendelő orvos egyidejű tájékoztatása mellett – jogosult az (1) bekezdés b) pontjában foglaltaktól eltérően rendelkezni, amennyiben az igényelt

mentőjárművel, illetve *határon átnyúló mentés keretében* a mentési feladat a szükséges időn belül nem teljesíthető.

7. §

...

(3) A mentőegység a beteget – a (2) bekezdés szerinti kijelölt szakorvos írásos utasításának megfelelően – a mentésirányítást végző személlyel történt egyeztetés után az ellátásra alkalmas és fogadóképes legközelebbi egészségügyi intézménybe szállítja. *A határon átnyúló mentésben részt vevő külföldi mentőegységtől a beteget a primer ellátás helyszínéhez lehető legközelebbi egyeztetett ponton valamely hazai mentőegység köteles haladéktalanul átvenni.*

9. §

...

(5) A (2) bekezdés szerinti esetlap és a (4) bekezdés szerinti mentési adatlap és menetlevél az egészségügyi dokumentáció részét képezi. *A határon átnyúló mentésben részt vevő külföldi mentőegység a saját, küldő államának szabályai szerint kitöltött adatlapjának és menetlevelének egy példányát tájékoztatásul megküldi az Országos Mentőszolgálatnak.*

Szakpolitikai ajánlás

A mentésirányítás és a határon túli mentőcsapatok hatékony együttműködése érdekében **határszakaszonként** közös képzések, ismeretterjesztő alkalmak és gyakorlatok szervezését javasoljuk, különös tekintettel a **szomszédos országok irányítási és segítségnyújtási protokolljai** vonatkozásában. Javasoljuk továbbá, hogy az együttműködés jövőbeli elmélyítése érdekében határszakaszonként, azonos módszertan alapján kerüljenek kialakításra **adatbázisok a határ menti sürgősségi ellátást nyújtó intézmények** és progresszivitási szintjük vonatkozásában.

Végül, de nem utolsó sorban javasoljuk a mentőegységek és a kórházak közötti betegátadást segítő **egységes, többnyelvű formanyomtatvány** létrehozását és megosztását **európai uniós vagy bilaterális** szinten. Új formanyomtatványok bevezetése esetén szükségessé válik a *mentésről szóló 5/2006 (II. 7.) EüM rendelet 5. és 9.§-ának* további módosítása.

3.4 Kommunikáció

A határon túli feladatellátás során alapvető, hogy a mentőcsapat gördülékenyen és hatékonyan tudjon kommunikálni a folyamat minden szereplőjével, beleértve a beteget, a hazai és a szomszédos országok irányítóközpontját, a helyi mentőegységeket és kórházi személyzetet. Ezek fényében a kommunikáció két aspektusát, a rádiós kapcsolattartást és a nyelvi kérdéseket szükséges megvizsgálni.

3.4.1 Rádiós kapcsolat

A mentőcsapatok egymás közötti és az irányítási központtal való folyamatos kapcsolattartását biztosító rádiórendszerek létrehozása és működtetése állami hatáskör. Magyarországon az *Országos Mentőszolgálatról szóló Korm. rendelet*³⁶ értelmében a Mentőszolgálat működteti országos szinten a sürgősségi segélyhívó számhoz kapcsolódó mentésirányítási rendszert, azonban ez a feladatkiosztás országonként eltérő lehet.

A mentésirányítási rádiórendszerek használatát számos nemzetközi és nemzeti egyezmény és előírás szabályozza.

A növekvő számú és területi hatókörű, párhuzamosan működő távközlési rendszerek zavartalan működtetése érdekében szükségessé vált a nemzetközi szintű frekvenciagazdálkodás, melyért az ENSZ szakági feladatait ellátó Nemzetközi Távközlési Egyesület (ITU) a felelős. A szervezet a *Nemzetközi Rádiószabályzatban (RR)*³⁷ határozott a rádiófrekvenciás tartomány felosztásáról, illetve a rádiószolgálatok sávhatáraitól. Az RR által kijelölt sávon belül, a Postai és Távközlési Igazgatások Európai Értekezlete a határon átnyúló együttműködés elősegítése érdekében a 380-385/390-395 MHz közötti keskenysávot (narrow band) jelölte meg a szárazföldi mozgó készenléti egységek által használandó sávként.³⁸ Ez azonban csak egy javaslat, alkalmazása nem

³⁶ Ld. az Országos Mentőszolgálatról szóló 322/2006. (XII. 23.) Korm. rendeletet. A rendelet 2007. január 1-jén lépett hatályba.

³⁷ A Nemzetközi Rádiószabályzat a távközlésben alkalmazható frekvenciasávok felhasználási lehetőségét és körülményeit határozza meg. A négykötetes dokumentumot (1. Cikkek, 2. Függelékek, 3. Határozatok, ajánlások, 4. Hivatkozásokkal beépített ITU-R ajánlások) a résztvevő államok kormányainak meghatalmazott képviselői írják alá. Szabályainak betartása nemzetközi kötelezettség. Angol nyelvű változatát ld. http://nmhh.hu/cikk/187590/Nemzetkozi_Radioszabalyzat_RR2016__angol_nyelvu_valtozat - utolsó letöltés: 2017. november 23., továbbá <http://www.frekvencia.hu/rsz05.htm> utolsó letöltés: 2017. november 23. Read more: http://www.kislexikon.hu/nemzetkozi_radioszabalyzat.html#ixzz4yuuBBEt8 utolsó letöltés: 2017. november 23.

³⁸ Az ERC 2001. március 12-i határozata a készenléti szolgálatok digitális földi mozgórészere közvetlen üzemmódú működése (DMO) részére kijelölendő harmonizált frekvenciasávról

kötelező érvényű. Ennek ellenére Magyarország és a szomszédos országok is ezen a sávon működtetik a készenléti egységeiket kiszolgáló rádiórendszereket.

Magyarországon a Nemzetközi Média- és Hírközlési Hatóság hatáskörébe tartozik a frekvenciakoordináció és a frekvenciasávok felhasználásának szabályozása. A 7/2015. (XI. 13.) NMHH rendelet kimondja, hogy a 380–385/390–395 MHz-es sávot kizárólag a készenléti egységek által használt Egységes Digitális Rádiórendszer számára tartják fenn. Az ugyanazon frekvenciasávon működő szomszédos hálózatok hatékony, káros zavarástól mentes működtetése érdekében a szomszédos államok nemzetközi megállapodásokban rögzítették közös álláspontjaikat:

	SK	AT	SI	HR	SRB	RO	UA
Budapest (1999)³⁹	X					X	X
TETRA Megállapodás (2000)⁴⁰	X	X	X	X			
TETRA Megállapodás (2001)-1⁴¹	X						
TETRA Megállapodás (2001)-2⁴²			X	X			
Pécs (2003)⁴³				X	X		
Budapest (2004)⁴⁴						X	

ECC/DEC/(08)05 - The harmonisation of frequency bands for the implementation of digital Public Protection and Disaster Relief (PPDR) narrow band and wide band radio applications in bands within the 380–470 MHz range

ECC/DEC/(11)04 - Exemption from individual licensing of digital terminals of narrowband and wideband PMR/PAMR/PPDR systems and free circulation and use of digital terminals of narrowband and wideband PPDR systems operating in the 80 MHz, 160 MHz, 380–470 MHz and 800/900 MHz bands

³⁹ Frekvenciakoordinációról szóló többoldalú - ROU-SVK-UKR-HNG - szakértői értekezlet záróokirata, Budapest, 1999. október 18–22.

⁴⁰ Ausztria, Horvátország, a Cseh Köztársaság, Németország, Magyarország, Olaszország, Szlovákia, Szlovénia és Svájc távközlési igazgatásai között létrejött megállapodás a 380–385 MHz és a 390–395 MHz közötti sávokban a földi digitális mozgórészek által használt preferált frekvenciáknak a felosztásáról készenléti szolgálatok számára, levelezés útján elfogadva (2000. október 26.) Szlovénia elfogadta (2002. március 25.)

⁴¹ Szlovákia és Magyarország távközlési igazgatásai között létrejött megállapodás a 380–385 MHz és a 390–395 MHz közötti sávokban a földi digitális mozgórészek által használt preferált frekvenciáknak a felosztásáról készenléti szolgálatok számára, levelezés útján elfogadva (2001. szeptember 21.)

⁴² Horvátország, Magyarország és Szlovénia távközlési igazgatásai között létrejött megállapodás a 380–385 MHz és a 390–395 MHz közötti sávokban a földi digitális mozgórészek által használt preferált frekvenciáknak a felosztásáról készenléti szolgálatok számára, levelezés útján elfogadva (2001. december 10.)

⁴³ Horvátország, Szerbia és Montenegró és Magyarország igazgatásai között létrejött megállapodás a készenléti szolgálatok céljára a digitális földi mozgórészek által használt 380–385/390–395 MHz frekvenciasáv preferált felosztásáról és koordinációjáról, Pécs, 2003. március 21.

⁴⁴ Románia és Magyarország igazgatásai között létrejött megállapodás a készenléti szolgálatok céljára a digitális földi mozgórészek által használt 380–385/390–395 MHz frekvenciasáv preferált felosztásáról és koordinációjáról, Budapest, 2004. szeptember 3.

A megállapodások rögzítik többek között, hogy a szóban forgó csatornák vagy frekvenciasávok a határövezetekben, hogyan használhatók, illetve a szomszédos országok hálózatai maximum milyen mértékben zavarhatók. Mindez a gyakorlatban azt jelenti, hogy jelenleg nemzeti szintű hálózatok működnek, melyek a határok közelében, a domborzati viszonyok függvényében általában a határon túl, a határtól számított 5-10 km-re megszűnnek, melynek a frekvenciagazdálkodási megállapodásokon túl adatvédelmi és nemzetbiztonsági okai is vannak. Ennek következtében, annak érdekében, hogy a mentőcsapat a határátlépést követően az ottani és az otthoni irányítóközponttal kapcsolatba tudjon lépni, a szomszédos országok hálózatait össze kellene kapcsolni. Ennek azonban az alkalmazott technológiai szabványok típusának függvényében komoly technológiai korlátai lehetnek.

Habár európai szinten a Telekommunikációs Szabványügyi Intézet (ETSI) a nyílt, schengeni kritériumoknak megfelelő digitálisrádió-szabvány⁴⁵ a TETRA (Terrestrial Trunked Radio, magyarul: Digitális nyalábolt rádiótelefon-rendszer) használatát javasolja, alkalmazása nem tekinthető egységesnek. A tagállamok többsége, beleértve Magyarországot, is ezt a szabványt alkalmazza⁴⁶, de gyakori a francia fejlesztésű TetraPol technológia használata is. A folyamatban lévő fejlesztések ellenére, várhatóan 2025-ig ezek a technológiák maradnak használatban.

A rendszerek közötti átjárhatóság igen korlátozott. A TETRA és a TetraPol rendszerek alapvetően nem átjárhatók, de a TETRA-TETRA, TetraPol-TetraPol hálózatok összekapcsolásához is egy közvetítő interfész rendszerbe iktatása szükséges. Mindez a gyakorlatban azt jelenti, hogy a nemzeti hálózaton történő kommunikációhoz kiépített eszközpark nem feltétlenül alkalmas a szomszédos országok hálózataira való automatikus kapcsolódásra, tehát a mentőcsapat és a szomszédos országbeli irányítóközpont összekapcsolása problémás (a hazai hálózat pedig a frekvenciagazdálkodási egyezmények miatt a közvetlen határsávon túl nem elérhető).

A probléma megoldása érdekében jött létre az EU által finanszírozott ISITEP⁴⁷ konzorcium, melynek keretében olasz, spanyol, belga, dán, finn, francia, norvég, svéd és holland készenléti

⁴⁵ ETSI EN 300 392-396, 2017

http://www.etsi.org/deliver/etsi_en/300200_300299/30022001/03.01.01_60/en_30022001v030101p.pdf utolsó letöltés: 2017. november 23.

ETSI TR 102 021, 2010,

http://www.etsi.org/deliver/etsi_tr/102000_102099/10202107/01.03.01_60/tr_10202107v010301p.pdf utolsó letöltés: 2017. november 23.

⁴⁶ 109/2007. (V. 15.) Korm. rendelet az egységes digitális rádió-távközlő rendszerről és 1053/2005. (V. 26.) Korm. Határozat az egységes digitális rádió-távközlő rendszer (EDR) kialakításával, valamint az EDR szolgáltatás vásárlásával kapcsolatos feladatokról.

⁴⁷ <http://isitep.eu/> utolsó letöltés: 2017. november 23.

szervek, a kommunikációjukért felelős nemzeti intézmények, kutatóintézetek és távközlési vállalatok működnek együtt. A leküzdendő probléma komplexitásából fakadóan a projekt három pilléren nyugszik, melynek kimenetei a következők:

- a rádiórendszerek szabványosított közös működési modellje, mely technológiai, szervezeti és jogi kérdésekre is kitér;
- egy Európai Rendszerközi Interfész (ISI), mely az ETSI szabványai szerint integrálja a készletlenti szervek nemzeti infrastruktúráját a biztonságos roaming szolgáltatások elérhetősége érdekében;
- felhasználói eszközök, terminálok (tabletek, okos telefonok), melyek működőképesek mind a TETRA, mind a TetraPol hálózatokon.

A projekt tehát a tervek szerint kezeli a felmerülő infrastrukturális, technológiai, (nemzet)biztonsági és jogi akadályokat is. Az ISITEP projekt eredményei elsőként a svéd-norvég határon hasznosultak a gyakorlatban, egy 2016 novemberében aláírt kétoldalú együttműködési megállapodás szerint.

A projekt vívmányai elérhetőek és szabadon felhasználhatók minden EU-tagállam számára, mely lényegesen megkönnyítheti a fent részletezett technológiai probléma leküzdését. Az új megoldás bevezetése azonban nagyobb befektetést igényel, mely Magyarország és a szomszédos országok esetében is problémát jelenthet.

Hosszabb, 15-20 éves időtávon szintén megoldást jelenthet a jelenleg fejlesztés alatt álló LTE (4G) alapú technológia, mely esetében nem jelent majd gondot a nemzeti hálózatok közötti átjárhatóság. A technológiai EU-s szinten való szabványosítása egyértelműen hozzájárulna a technológia széles körű alkalmazásához, amely azonban a fenti esethez hasonlóan jelentős tagállami beruházásokat igényelne.

Szakpolitikai ajánlás

Európai szinten javasoljuk a rendelkezésre álló megoldások népszerűsítését, illetve a két- és többoldalú rendszerintegrációs tevékenységek közvetlen vagy közvetett pénzügyi támogatást. Ezen túl **hazai szinten**, rövidtávon javasoljuk, hogy az érintett szervek térképezzék fel, hogy a szomszédos országok milyen technológiát alkalmaznak, és a rendelkezésre álló eszköztár szerint milyen együttműködési lehetőségek adódnak. A rádiós kommunikáció lehetőségének határon túli megteremtése elengedhetetlen az együttműködéshez, így ennek az akadálnak a leküzdése tekinthető az elsőrendű prioritásnak.

3.4.2 Nyelvi kérdések

A határ menti együttműködések esetében általános akadályként jelentkezik a nyelvi tényező. Habár a Magyarországgal szomszédos határtérségekben gyakori a magyar nyelv ismerete, nem lehet kizárni a nyelvi problémák lehetőségét. Különösen igaz ez a sürgősségi betegellátásra, ahol egy nyelvi hiba akár emberéletekbe is kerülhet.

Tekintve a mentési feladatok ellátása során felmerülő többirányú kommunikációs igényt, a nyelvi akadályok is sokrétűek:

- 1) riasztás: mentésirányítók közötti kommunikáció
- 2) mentésirányítás: a mentésirányító és a határon túli mentőegység közötti kommunikáció
- 3) betegellátás: a beteg és a határon túli mentőegység közötti kommunikáció
- 4) kórházba szállítás: a határon túli mentőcsapat és a hazai mentőegység vagy kórházi személyzet közötti kommunikáció.

A felsoroltak közül kiemelt jelentőséggel bír a harmadik pont, azaz a beteg és a mentőegység közötti kommunikáció, melynek legkritikusabb eleme a panasz- és adatfelvétel. Utóbbi esetében adódik a felvétel, miszerint sürgős esetben indokolt lenne a beteg személyi és alapvető egészségügyi adatainak gyors és közvetlen elérhetősége. A témát illetően kulcskérdés a személyi adatok védelme, mely erősen szabályozott terület mind európai, mind nemzeti szinten. Európában a jelenleg hatályos általános adatvédelmi szabályozást a *2016/679 rendelet*⁴⁸ jelenti, míg Magyarországon az *1997. évi XLVII. törvény* rendelkezik az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről. Mindkét jogszabály esetében elmondható, hogy alapvetően korlátozza az egészségügyi adatokhoz történő hozzáférést, bizonyos létfontosságú egészségügyi vagy közérdekű esetektől eltekintve. E tekintetben részletes elemzés olvasható a *Jogi akadálymentesítés* c. projektünk keretében összeállított jogszabályi leltárban⁴⁹. Ezzel együtt azonban európai szinten egyértelmű törekvés érzékelhető az egészségügyi adatok egységes, biztonságos, digitális megoldásokon alapuló gyűjtésére és határon átnyúló megosztására:

⁴⁸ A természetes személyeknek a személyes adatok kezelése tekintetében történő védelméről és az ilyen adatok szabad áramlásáról, valamint a 95/46/EK irányelv hatályon kívül helyezéséről szóló Európai Parlament és Tanács (EU) 2016/679 rendelet.

⁴⁹ CESCI, Jogi Akadálymentesítés, Jogszabályi leltár, 2016
https://cescijogi.files.wordpress.com/2016/11/ja_04_jogszabalyileltar.pdf - utolsó letöltés: 2017. november 2.

- 2008-ban látott napvilágot az Európai Bizottság ajánlása⁵⁰ az elektronikus egészségügyi nyilvántartó rendszerek határokon átnyúló átjárhatóságáról, mely kitér többek között a tagállamok közötti politikai és szervezeti szintű együttműködésre, az elektronikus rendszerek műszaki és szemantikai átjárhatóságra és a személyes adatok védelmére is, megkülönböztetve a tervezett és nem tervezett sürgősségi ellátást.
- 2012-ben jelent meg az európai *Elektronikus egészségügyi cselekvési terv a 2012–2020 közötti időszakra*⁵¹ – *innovatív egészségügyi ellátás a 21. században* c. dokumentum, mely foglalkozik többek között a téma jogi, adminisztratív és egyéb (pl. bizalmi) akadályával.
- 2017 májusában készült el az Egységes Belső Piac időközi felülvizsgálatáról szóló jelentés, mely javaslatot tesz a digitális megoldások alkalmazásának ösztönzésére az egészségügyi szektorban, a hatályban lévő adatvédelmi, betegjogi és elektronikus azonosítási szabályoknak megfelelően. A közeljövőben megjelenő kapcsolódó közlemény az Elektronikus Egészségügyi Nyilvántartás (Electronic Health Record) fejlesztésén alapul.

Elmondható tehát, hogy az európai szintű szándék ellenére egyelőre nincs a gyakorlatban jól alkalmazható megoldás az európai polgárok egészségügyi adatainak egységes gyűjtésére, tárolására és megosztására, de várható, hogy középtávon megválaszolásra kerül az erre vonatkozó igény.

Szakpolitikai ajánlás

Európai szinten javasoljuk támogatni a beteg személyes és alapvető egészségügyi adatainak egyszerű és időhatékony elérhetőségét sürgős esetekben. Mindez legegyszerűbben egy a betegnél lévő **eszköz** vagy a **betegget jellemző egyedi azonosító** alkalmazásával lenne megvalósítható. Egyértelműen adódik a lehetőség, hogy az Európai Egészségbiztosítási Kártya, mellyel az arra jogosult állampolgárok zöme rendelkezik, tartalmazza ezeket a sürgősségi ellátáshoz szükséges adatokat (pl. a vércsoportot, a gyógyszerérzékenységre vonatkozó információkat, a korábbi egészségügyi beavatkozásokat). Az 1990-es évek második felében számos kezdeményezés indult egy ilyen célokat szolgáló európai chipkártyára vonatkozó

⁵⁰ (2008/594/EK), A BIZOTTSÁG AJÁNLÁSA az elektronikus egészségügyi nyilvántartó rendszerek határokon átnyúló átjárhatóságáról, 2008, <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/HU/TXT/PDF/?uri=CELEX:32008H0594&from=EN> -utolsó letöltés: 2017.november 23.

⁵¹ A BIZOTTSÁG KÖZLEMÉNYE AZ EURÓPAI PARLAMENTNEK, A TANÁCSNAK, AZ EURÓPAI GAZDASÁGI ÉS SZOCIÁLIS BIZOTTSÁGNAK ÉS A RÉGIÓK BIZOTTSÁGÁNAK, Elektronikus egészségügyi cselekvési terv a 2012–2020 közötti időszakra – innovatív egészségügyi ellátás a 21. században, 2012 <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/HU/TXT/HTML/?uri=CELEX:52012DC0736&from=EN> -utolsó letöltés: 2017.november 23.

szabvány kialakítására és bevezetésére, melyek azonban 2003-2004 körül elháltak a következő okok miatt:

- az európai kezdeményezés előtt, egymástól függetlenül több nemzeti szintű egészségügyi chipkártya-rendszer került bevezetésre (pl. Franciaországban, Németországban, Olaszországban), melyek lecserélése igen költséges lett volna, így a tagállamok fékeztek az egységesítési folyamatot;
- arra számítottak, hogy a gyors technológiai fejlődés következtében, egy jövőbeli jobb digitális megoldás miatt a kártyás rendszer bevezetése nem lesz megtérülő befektetés;
- a gyakorlati megvalósítást szintén hátráltatta az egészségügyi szakemberek és az egészségügyi szolgáltatók együttműködésének, valamint az orvosi nyilvántartásokra és az egészségügyi adatokra vonatkozó egységes szabványoknak a hiánya.

Az európai chipkártyával kapcsolatos részletes elemzés az 1. mellékletben olvasható.

A téma komplexitására és az elérhető technológiai megoldások sokszínűségére való tekintettel jelen dokumentumban nem kívánunk konkrét, részletekbe menő javaslatot tenni. Azonban sürgetjük az **európai szintű egységes, biztonságos, hatékony, naprakész digitális alapon nyugvó szabvány** kialakítását és alkalmazásának ösztönzését.

A több szinten jelentkező kommunikációs akadályok kiküszöbölése érdekében **javasoljuk továbbá**, hogy határszakaszonként egy-egy folyamatosan (24/7) működő tolmácsügylet kerüljön felállításra. Biztosítani szükséges továbbá, hogy az érintett államok nyelvén, illetve angol nyelven beszélő tolmácsok rádió és/vagy telefonon keresztül akadálytalanul bekapcsolhatók legyenek a kommunikációba. Minőségbiztosítási és adatvédelmi okokból javasoljuk, hogy tolmácsok közreműködésével bonyolított kommunikáció minden esetben rögzítésre és dokumentálásra kerüljön.

A nyelvi akadályok felszámolására vonatkozó további **bilaterális** szinten értelmezhető szakpolitikai ajánlásaink a következők:

- 1) A nyelvi különbségek csökkentése érdekében javasoljuk egyedi és közös **nyelvi képzések** szervezését a határ menti mentőszolgálatok és az érintett mentésirányítási központok részére.
- 2) Javasoljuk, hogy a mentőszolgálatoknál, illetve a diszpécserközpontokban az idegen nyelv (angol és az érintett szomszédos tagállam nyelve) ismerete kerüljön be a **szolgálatszervezés szempontjai** közé. A szolgálatot szervezők lehetőség szerint törekedjenek arra, hogy minden esetben legyen legalább egy fő, aki képes az érintett szomszédos ország(ok) nyelvén vagy angol nyelven kommunikálni. Erre vonatkozóan a jövőben, az érintett felek részvételével javasoljuk tisztázni, hogy az idegen nyelven nem

beszélő mentőszemélyzetnek van-e lehetősége, és ha igen, milyen körülmények között a külföldi feladat visszautasítására.

- 3) Javasoljuk, hogy német-holland⁵², illetve német-cseh⁵³ mintára, határszakaszonként kerüljön kialakításra egy-egy **mentésirányítási és mentési szótár**, mely tartalmazza a sürgős esetekben alkalmazandó legfontosabb hétköznapi és szakmai kifejezéseket, mondatokat.
- 4) A mentőegységek közötti és a kórházi betegátadás megkönnyítése érdekében javasoljuk egységes, többnyelvű űrlapok alkalmazását **európai uniós vagy bilaterális** szinten.

3.4.3 A határon túli mentés és sürgősségi ellátás finanszírozása

Az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet 33/A. §-a értelmében a mentési feladatot végző szolgáltatók finanszírozása **fix összegű díjazással** történik, melyet a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (NEAK) havonta utalványoz. Az Országos Mentőszolgálat 2017. évi fix összegű díja 35,978 milliárd Ft, ami havonta közel 3 milliárd forintot jelent.

Az OMSZ havi szinten szolgáltat adatot a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelőnek az elvégzett feladatokról. Az alábbi táblázat az OMSZ által az elmúlt 12 hónapban elvégzett feladatok mutatóit tartalmazza.

1. táblázat: Az Országos Mentőszolgálat teljesítményadatainak alakulása 2016.10 – 2017.09 közötti időszakban

MEGYE	ESETSZÁM	SZÁLLÍTOTT BETEG (TAJ)	ÖSSZES KM
Budapest	213 713	109 195	2 948 661
Baranya	49 531	24 536	1 148 942
Bács-Kiskun	52 781	30 596	1 726 025
Békés	41 662	23 347	1 431 312
Borsod-Abaúj-Zemplén	87 329	46 089	2 793 899
Csongrád	47 041	26 243	901 601
Fejér	41 966	25 351	1 456 090
Győr-Moson-Sopron	42 428	11 113	1 039 382
Hajdú-Bihar	67 220	40 684	2 196 851

⁵² <https://rettungohnegrenzen.de/> - utolsó letöltés: 2017. november 16.

⁵³ http://projekt.healthacross.eu/fileadmin/root_healthacross/healthacross/results/WoerterbuchRettungsdienst.pdf - utolsó letöltés: 2017. november 16.

MEGYE	ESETSZÁM	SZÁLLÍTOTT BETEG (TAJ)	ÖSSZES KM
Heves	35 805	20 663	1 273 234
Komárom-Esztergom	30 459	17 639	876 513
Nógrád	20 939	11 991	666 988
Pest	96 277	62 357	2 996 693
Somogy	38 260	20 528	1 371 311
Szabolcs-Szatmár-Bereg	73 108	39 352	2 404 141
Jász-Nagykun-Szolnok	43 819	25 317	1 746 477
Tolna	22 679	13 181	894 676
Vas	27 657	14 664	940 926
Veszprém	38 779	22 616	1 260 609
Zala	26 545	15 169	717 372
Összesen:	1 097 998	600 631	30 791 703

A táblázat adatai alapján megállapítható, hogy havi átlagban 91,5 ezer esetet lát el a Mentőszolgálat és több mint 2,5 millió kilométert futnak az autói.

A határon átnyúló mentési feladatok díjazását célszerűnek látszik a jelenlegi rendszerhez igazítani. Tekintettel arra, hogy az OMSZ el fog látni külföldön mentési tevékenységet, míg a külföldi mentőszolgálat Magyarországon tesz hasonlóan, így célszerű a **kölcsönösség, illetve viszonyosság** elvét alkalmazni. Ez azt jelenti, hogy az OMSZ finanszírozását továbbra is és folyamatosan a NEAK biztosítaná, míg a külföldi mentőszolgálat díjazását a küldő fél oldaná meg. Ez a módszer kivitelezhető a legegyszerűbben, nem igényel plusz fejlesztést, és az is feltételezhető a nagy számok törvénye alapján, hogy hosszú távon ugyanannyi többletfeladatot látnak el az érintett mentőegységek.

A NEAK jelenleg nem rendelkezik arra vonatkozó adattal, hogy a határon átnyúló mentési feladatok száma mennyi lenne, de feltételezhető, hogy nagyságrendekkel kisebb esetszámról lehet szó, mint amit az OMSZ jelenleg is elvégez. Első körben célszerű ezért azt az elvet követni, hogy a jelenlegi finanszírozási díjának a terhére lássa el a szolgáltató a felmerülő plusz feladatokat. A későbbiek során pedig az OMSZ fix összegű díjazásnak megállapítása során ezt a szempontot is figyelembe kell majd venni.

A kórházi sürgősségi ellátás finanszírozása alapesetben a nemzeti jogszabályok és eljárásrendek szerint történik, azonban előfordulhat, hogy a mentett személy nem a tartózkodási helye szerinti, egyben bevetési ország állampolgára. Ez esetben a külföldi állampolgárok kórházi sürgősségi ellátásának finanszírozása a következők szerint történik.

Az Európai Gazdasági Térség tagállamainak állampolgárai és a svájci állampolgárok, valamint az ezen államokban biztosított személyek részére ideiglenes külföldi tartózkodásuk során az orvosilag szükséges egészségügyi szolgáltatás Európai Egészségbiztosítási Kártya (a továbbiakban: EU kártya) vagy az azt helyettesítő nyomtatvány⁵⁴ alapján nyújtandó.

Az alábbi tagállamok állampolgárai, biztosítottjai vehetnek igénybe orvosilag szükséges ellátást Európai Egészségbiztosítási Kártyával:

Ausztria, Bulgária, Belgium, Ciprus, Csehország, Dánia, Egyesült Királyság, Észtország, Finnország, Franciaország, Görögország, Horvátország, Hollandia, Írország, Izland, Lengyelország, Lettország, Liechtenstein, Litvánia, Luxemburg, Málta, Magyarország, Németország, Norvégia, Olaszország, Portugália, Románia, Spanyolország, Svájc, Svédország, Szlovákia, Szlovénia.

Ennek megfelelően a külföldi biztosított az EU kártyával (vagy az azt helyettesítő nyomtatvánnyal) közvetlenül a helyi egészségbiztosítóval (egészségbiztosítókkal) szerződéses kapcsolatban álló egészségügyi szolgáltatóhoz fordul, akinek az EU kártya/kártyahelyettesítő nyomtatvány alapján úgy kell ellátnia a külföldi biztosítottat, mintha hazai biztosított lenne.

Az érvényes EU kártyát/kártyahelyettesítő nyomtatványt bemutató külföldi biztosítással rendelkező beteg részére kötelezően nyújtandók a szükséges ellátások, az ellátás költségeinek megtérítésére a beteg nem kötelezhető.

Az orvosi szükségesség fennállásáról elsődlegesen – a körülmények mérlegelésével – a kezelőorvos dönt.

Az Európai Egészségbiztosítási Kártya nem használható fel akkor, ha a biztosított tervezetten, valamilyen egészségügyi szolgáltatás igénybe vételének céljából utazott Magyarországra.

Magyarországon az ellátás költségeit a magyar közfinanszírozott szolgáltató teljesítményjelentése alapján a NEAK előzetesen megtéríti, és a nemzetközi elszámolások során a külföldi biztosítóval utólagosan megtérítetteti. A teljesítményjelentés a meghatározott jelentési szabályok szerint történik.

⁵⁴ Amennyiben az EU kártya kiadása valamilyen okból, átmenetileg nem lehetséges, az illetékes egészségbiztosítási intézmény ún. kártyahelyettesítő nyomtatványt ad ki. A kártyahelyettesítő nyomtatvány alkalmazására, valamint a nyomtatvánnyal kapcsolatos nyelvhasználatra ugyanazok a szabályok vonatkoznak, mint az EU kártya esetében.

A magyar egészségügyi szolgáltatóknak az ellátási esetek tekintetében, külföldiek által igénybe vett gyógykezelésére vonatkozóan adatot kell szolgáltatniuk a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (NEAK) felé esetenként elszámolási, adatgyűjtési, nyilvántartási, monitoring feladatok elvégzése céljából.

Irányadó jogszabályok:

- a szociális biztonsági rendszerek koordinálásáról szóló 883/2004/EK rendelet. 19. cikke
- a 883/2004/EK rendelet végrehajtásáról szóló 987/2009/EK rendelet 25. cikke
- a Bizottság S3. határozata.

Ukrán állampolgárok ellátása

Az ukrán, valamint magyar állampolgárok átmeneti egymás országában való tartózkodásuk alatt életmentő, sürgősségi ellátásokra jogosultak a társadalombiztosítóval szerződött egészségügyi szolgáltatónál. A sürgősségi ellátásokat útlevel felmutatásával vehetik igénybe.

Szerb állampolgárok ellátása

A szerb és a magyar biztosítottak átmeneti egymás országában való tartózkodásuk alatt sürgősségi ellátásokra jogosultak a társadalombiztosítóval szerződött egészségügyi szolgáltatónál. A sürgősségi ellátásokat a biztosítottak a vonatkozó nyomtatványok felmutatásával vehetik igénybe.

Magyarországi ellátás során, annak költségeit a magyar közfinanszírozott szolgáltató teljesítményjelentése alapján a NEAK előzetesen megtéríti. A teljesítményjelentés meghatározott jelentési szabályok szerint történik.

Jogalap:

- A magyar-szovjet szociálpolitikai egyezmény végrehajtásáról szóló 7/1964. (VIII.30.) MüM rendelet
- A magyar-jugoszláv szociálpolitikai egyezményről szóló 1959. évi 20. sz. tvr. 11. cikke

Bár a jelen projekt keretében részletesen nem foglalkozunk a határon túli kórházba szállítás és sürgősségi ellátás lehetőségével, itt szeretnénk rámutatni, hogy a fent hivatkozott jogszabályoknak köszönhetően mindez indokolt esetben (a beteg gyorsabban jut megfelelő ellátáshoz a határ túloldalán) nem ütközik sem jogi, sem adminisztratív (finanszírozási) akadályba. Ennek ellenére jelen projekt keretei között mégsem teszünk erre vonatkozó konkrét javaslatot, mert a határok ilyen irányú megnyitása a sürgősségi esetszámok várható, de ismeretlen mértékű növekedése következtében olyan kapacitásbeli és pénzügyi kockázatot generálna, mely az érintett államok számára jelenleg elfogadhatatlannak minősül. A problémakör komplexitására való tekintettel javasoljuk, hogy a téma külön projektben kerüljön tanulmányozásra, a határok megnyitásával járó esetszám-növekedés modellezése mellett.

-  **A nem schengeni határok nem léphetők át ellenőrzés nélkül.**
-  **A mentőgépjárművek és a mentőegység működési engedélye nem érvényes a szomszédos országokban.**
-  **A mentőgépjárművek orvosi felszerelése, a mentés során használt eszközök és gyógyszerek köre országonként eltér.**
-  **A mentőegység összetétele, tagjainak képzettsége és kompetenciája országonként eltér.**
-  **A megkülönböztető jelzés használatához szükséges gépjárműre és vezetőjére vonatkozó engedély nem érvényes a szomszédos országokban.**
-  **A mentőszolgálat személyi állományának felelősségbiztosítása nem érvényes a határ túloldalán.**
-  **A mentés adminisztratív részleteit (tankolás, menetlevél, stb.) szabályozó belső protokollok nem térnek ki a szomszédos országokban történő feladatellátásra.**
-  **A mentés során használt irányítási és feladatellátási protokollok bár mindenhol megfelelnek a nemzetközi sztenderdeknek, országonként eltérőek lehetnek.**
-  **A mentés során használt rádiós hálózatok a határoknál elvésznek. A mentőautókban lévő készülékek nagy eséllyel nem alkalmasak a határon túli hálózat elérésére.**
-  **A határon túli mentés során több szinten keletkező nyelvi akadályok.**

1. ábra: A határon átnyúló mentés során jelentkező jogi és adminisztratív akadályok

4. Jogi javaslatok és szakpolitikai ajánlások

4.1 Európai uniós jogi javaslatok

A tanulmány keretében egy olyan javaslatot állítottunk össze, melynek pontos jogszabályi helye és típusa (irányelv, rendelet) nem került meghatározásra. A szerzők szándéka egy olyan jogi javaslat összeállítása volt, mely a 2011/24-es irányelvhez hasonlóan, európai szinten keretet biztosíthatna a határon átnyúló együttműködéshez. Az európai szintű jogalkotói folyamat késlekedése vagy hiánya esetén a javaslat bilaterális egyezmények szövegébe is beilleszthető.

(x) Az egymással közvetlenül szomszédos EU tagállamok mentőegységei (beleértve a mentőjárművet és annak személyzetét) a vonatkozó európai uniós szabályozások, illetve nemzetközi megállapodások feltételei szerint, kölcsönösségi, határon átnyúló mentésben és elsődleges szállításban (primer transzport) való közreműködés céljából áthívhatók, illetve átküldhetők egymás felségterületére, amennyiben

a) a bevetési (fogadó) tagállam mentési helyszínének —a mentés helyszíne szerint közvetlenül szomszédos (küldő) tagállamtól—való-határ menti—földrajzi távolsága és az ellátás sürgősségi jellege ezt indokolja, továbbá

b) az áthíváskor a küldő tagállam mentőegységei közül legalább egy, az aktuális földrajzi helyzete, feladatai, technikai felszereltsége és személyzetének képzettsége, gyakorlata alapján képes a fogadó tagállam területén a mentésben való közvetlen részvételre.

(x) A fenti esetben a fogadó tagállam határát engedéllyel átlépő mentőegység járműve, a fogadó tagállam felségterületére történő belépéstől a küldő állam felségterületére történő visszatérésig a küldő tagállam felségterületének minősül. Ezen időtartam alatt a mentőjárműre és személyzetére a küldő tagállam mentőegységeire vonatkozó tárgyi és személyi feltételek, illetve eljárási szabályok az irányadók.

(x) A fogadó tagállam és hatóságai kötelesek elfogadni a küldő tagállamból hivatalosan érkezett mentőegység irányítója által bemutatott, adott mentőegységre vonatkozó, a mentés időpontjában a küldő állam területén érvényesnek és hatályosnak elismert működési engedélyt.

(x) A fenti esetben a fogadó állam és hatóságai külön bejelentés nélkül kötelesek engedélyezni a megkülönböztető fény- és hangjelzés indokolt esetben való használatát. Tekintve, hogy ilyen esetben a mentőjármű tartózkodási helyétől függetlenül, a küldő tagállam területének számít, így a megkülönböztető jelzés használatának szabályai tekintetében a hazai/küldő állam vonatkozó jogszabályai az irányadók.

(x) A mentést a fogadó, illetve küldő tagállam mentőjárművének személyzete elsődlegesen saját mentőjárműjével és annak felszerelésével, a fogadó állam mentést irányító képviselője által rájuk bízott mentési feladatok tekintetében végzi. A mentés hatékonysága érdekében a fogadó és küldő tagállam mentőegységének vezetői a helyszínen történt közös megegyezéssel e szabálytól kivételesen eltérhetnek. A szabálytól való eltérést a mentés befejezését követően a fogadó és küldő tagállam mentőegységei haladéktalanul jelentik saját irányítóközpontjuk felé.

(x) A küldő tagállam mentőegysége köteles a mentésben való részvételt a lehető leghamarabb befejezni, majd ezt követően saját tagállamának felségterületére visszatérni.

4.2 Bilaterális egyezménytervezet

Az egyezménytervezet a Magyarország és szomszédai között hatályban lévő, krízishelyzetek kezelésére vonatkozó megállapodások felhasználásával került összeállításra. A tervezetben foglalt kérdések egy része európai uniós szinten is kezelhető lenne, így az EU-s jogalkotói folyamatok függvényében érdemes a tervezetet alakítani.

A tanulmányban említett Norvégia és Svédország között hatályban lévő bilaterális egyezmény mintájára, a tervezet szövegébe csak az általánosan szabályozható témákat illesztettük be, az országoként eltérő, egyedi részleteket minden esetben az egyezmény mellékletében javasoljuk megállapítani.

„Egyezmény Magyarország Kormánya és Kormánya között a határon átnyúló sürgősségi mentések érdekében történő együttműködésről és kölcsönös segítségnyújtásról

Magyarország Kormánya és Kormánya (a továbbiakban: Felek)

felismerve, hogy a határ menti sürgősségi mentést igénylő – nem katasztrófák és súlyos balesetek tárgykörébe tartozó, külön egyezményrel szabályozott - eseményekből származó következmények együttes mérséklése mindkét Fél sürgősségi mentőszolgálatának, végső soron egészségügyi szolgáltató rendszerének tehermentesítését szolgálja;

figyelembe véve, hogy a kölcsönös határ menti sürgősségi mentés az érintett lakosság, illetve a területen tartózkodó személyek hatékonyabb sürgősségi ellátását teszi lehetővé;

figyelembe véve, hogy a kölcsönös határ menti sürgősségi mentésből származó információcsere előnyösnek minősül mindkét Fél számára;

az alábbiakban állapodnak meg:

1. Cikk

Az Egyezmény tárgya

(1) Jelen Egyezmény meghatározza a Felek összehangolt tevékenységének elveit és kereteit, a Felek egymással közös határai mentén, meghatározott határsávban bekövetkező mentési események során nyújtott kölcsönös segítségnyújtás feltételeit.

(2) Jelen Egyezmény keretében a Felek kölcsönösen segítséget nyújtanak egymásnak, az egymással közös határaik mentén, meghatározott határsávban bekövetkező mentési esemény következményeinek mérsékléséhez, felszámolásához, amelyhez az adott Fél saját ereje nem vagy a sürgősségi intézkedésre okot adó esemény bekövetkezésekor átmenetileg nem elegendő.

2. Cikk

A fogalmak meghatározása

A jelen Egyezményben használt fogalmak jelentése a következő:

„Segítségnyújtás”	A Segítséget nyújtó Fél által a Segítséget kérő Fél egészségügyi mentési szükségleteinek kielégítésére biztosított javak, anyagok, szakemberek közreműködése, szolgáltatások nyújtása.
„Határon átnyúló sürgősségi mentési helyzet”	A Felek egymással közvetlenül határos, előre meghatározott határ menti sávjában, valamely Fél felségterületén bekövetkezett olyan esemény, amelynek következtében az eseménnyel érintett emberek élete és egészsége veszélyben van, s ezért mentés válik szükséges, továbbá a mentés a Segítséget kérő Fél időleges kapacitáshiánya miatt csak a másik Fél segítségnyújtásával teljesülhet.
„Segítséget kérő Fél”	Azon Fél, amely a felségterületének meghatározott sávjában bekövetkező mentést előidéző esemény egészségkárosodási következményeinek elhárítása érdekében segítségért fordul a vele közvetlenül határos felségterületű másik Félhez. A Segítséget kérő Felet a területileg illetékes mentésirányító, a szolgálatvezető főorvos vagy külön felhatalmazás alapján, velük azonos kompetenciával rendelkező tisztségviselő, illetve egyéb természetes személy képviseli.

<p>„Segítséget nyújtó Fél”</p>	<p>Az a Fél, amely eleget tesz a vele közvetlenül határos másik Fél segítségnyújtás iránti kérelmének, a mentést előidéző esemény egészségkárosodási következményeinek elhárítása érdekében. A Segítséget nyújtó Felet a területileg illetékes mentésirányító, a szolgálatvezető főorvos vagy külön felhatalmazás alapján, velük azonos kompetenciával rendelkező tisztségviselő, illetve egyéb természetes személy képviseli.</p>
<p>„Mentőegység”</p>	<p>A Segítséget kérő Fél mentőegysége, illetve a Segítséget nyújtó Fél olyan mentőegysége, amely saját, területileg illetékes mentésirányítójának engedélyével a Segítséget kérő Fél felségterületére érkezve, azzal együtt sürgősségi mentési eljárásban vesz részt, továbbá az adott mentési helyzethez segítségnyújtásra alkalmas személyzettel és technikai eszközzel rendelkezik.</p>
<p>„Határ menti sáv”</p>	<p>A Segítséget kérő Fél és a Segítséget nyújtó Fél egymással közvetlenül határos államhatár vonalán, a segítséget nyújtó mentőegység lehetséges belépési pontjaitól számított 50 km-es távolságok szerint képzett területsáv az adott Fél felségterületén.</p>

3. Cikk

A segítségnyújtás alapelvei

(1) A Felek együttműködnek jelen Egyezmény rendelkezései és jelen Egyezményhez igazított saját jogszabályaik szerint annak érdekében, hogy indokolt esetben azonnali segítséget nyújtsanak egymásnak a határ menti sávban bekövetkező, mentést előidéző esemény egészségkárosodási következményeinek mérséklése, felszámolása érdekében.

(2) Amennyiben bármelyik Fél államának határ menti sávjában mentést igénylő esemény következik be, e Fél megkeresés útján mentési segítséget kérhet a másik Félről. A segítséget nyújtó Fél a mentést igénylő esemény következményeinek mérséklése, felszámolása érdekében mentőegységet küld a Segítséget kérő Félhez azzal, hogy az átküldött mentőegység határon túli feladatellátása nem akadályozhatja tartósan a mentőegység saját állambeli feladatainak ellátását.

(3) A Segítséget kérő Fél biztosítja a hozzá érkező mentőegységek határőrizeti, illetve határátlépési pontokon történő akadálytalan és soron kívüli áthaladását, valamint saját államterületén, a Segítséget kérő Fél mentésirányítója által koordinált mozgását.

(4) A Felek kölcsönösen biztosítják egymást, hogy a segítségnyújtásra hozzájuk érkező mentőegységeket rendeltetésüknek, képzettségüknek és felszereltségüknek megfelelő mentési helyzetben alkalmazzák.

(5) A kiküldött mentőegységek a Segítséget kérő Fél felségterületén végzett feladatuk teljesítése után, illetve - a Segítséget nyújtó Fél menetirányítója által kiadott, saját kapacitáshiányra hivatkozó, hazarendelő utasítás esetén - feladatteljesítés közben, a beteget a Segítséget kérő Fél mentésirányítója által kijelölt mentőegységnek átadva segítségnyújtó tevékenységüket befejezik és haladéktalanul visszatérnek a Segítséget nyújtó Fél felségterületére. A Segítséget kérő Fél köteles arra törekedni, hogy a Segítséget nyújtó Fél mentőegységeit mielőbb mentesítse a rájuk bízott mentési feladatok teljesítése alól.

(6) Amennyiben a Felek másként nem állapodnak meg, a segítségnyújtás ingyenes, díj- és költségtérítés nélküli.

4. Cikk

A segítségnyújtás kérése és az információcsere

(1) Határ menti sürgősségi mentés igénye esetén a Segítséget kérő Fél mentésirányítója a megkeresésében:

- meghatározza a mentést igénylő baleset helyét, idejét, jellegét;
- tájékoztatást ad a már megtett és tervezett intézkedésekről, az igényelt támogatást részletesen meghatározza, beleértve a segítségnyújtás elsődleges szempontjait.

(2) A Segítséget nyújtó Fél haladéktalanul dönt a segítségnyújtásról, és tájékoztatja a Segítséget kérő Felet a mentőegység átküldésének lehetőségeiről.

(3) A jelen cikk (1) bekezdésében említett egyes információk változásáról a mentésirányító lehetőség szerint tájékoztatja a mentőegységet.

5. Cikk

A segítségnyújtás formái

(1) A segítségnyújtás a mentőegység, illetve mentőegységek Segítséget kérő Fél határ menti sávjában történt esemény helyszínére küldésével, majd ott a (2) bekezdés szerinti tevékenység lefolytatásával történik.

(2) A segítségnyújtás elsődlegesen helyszíni mentés formájában történik, de lehetőség van arra, hogy az áthívott mentőegység a mentett személyt, annak további szükséges ellátása érdekében a Segítséget kérő Fél határ menti sávjában található legközelebbi egészségügyi szolgáltatóhoz szállítsa, vagy e célból a mentett személyt a Segítséget kérő Fél mentőegységének átadja.

(3) A mentett személy egészségügyi szolgáltatóhoz való szállításának szükségességéről a mentést végző mentőegység vezetője dönt. E döntés alapján a Segítséget kérő Fél mentésirányító

központja kijelöli a megfelelő egészségügyi szolgáltatót és értesíti őt a mentőegység várható érkezéséről, továbbá a mentett személy további ellátásához szükséges egyéb adatokról.

6. Cikk

Mentett személy Segítséget nyújtó Fél felségterületére történő szállítása

(1) Azt a mentett személyt, aki igazoltan a Segítséget nyújtó Fél állampolgára és állapota, valamint egyéb személyi körülményei ezt megengedik, saját kérésére, a Segítséget kérő Fél mentésirányító központja felé történő tájékoztatás mellett a Segítséget nyújtó Fél kiküldött mentőegysége a Segítséget nyújtó Fél felségterületén lévő, megfelelő egészségügyi szolgáltatóhoz szállítja.

(3) A tisztázatlan személyazonosságú mentett személyt a Segítséget kérő Fél felségterületén található, megfelelő egészségügyi szolgáltatónál kell elhelyezni. További elhelyezéséről, személyazonosságának tisztázását követően, az ilyenkor szokásos szabályok szerint kell eljárni.

7. Cikk

A segítségnyújtás összehangolása és irányítása a sürgősségi mentés során

(1) A Segítséget kérő Fél területén a mentésirányítás a Segítséget kérő Fél erre vonatkozó irányítási protokollja szerint történik.

(2) A Segítséget nyújtó Fél mentőegységét, akár önállóan, akár a Segítséget kérő Fél mentőegységeivel együtt dolgozik, a Segítséget kérő Félnek a mentés helyszínén tartózkodó és elsődleges irányítási joggal rendelkező képviselője irányítja. A Segítséget nyújtó Fél mentőegysége számára utasítás kizárólag a mentőegység vezetőjén keresztül adható.

(3) A Segítséget kérő Fél a hozzá érkező mentőegységek mentési munkájának biztosítása és támogatása érdekében gondoskodik az őket megillető védelemről, segítségnyújtásról, s ha szükséges, részükre tolmácsot, valamint szükséges technikai eszközöket biztosít.

8. Cikk

Határátlépés és a másik Fél államának területén való tartózkodás

(1) A segítségnyújtás hatékonyságának és gyorsaságának biztosítása érdekében a Segítséget kérő Fél biztosítja, hogy a Segítséget nyújtó Fél mentőegységének ellenőrzése a határátlépéskor a minimálisan szükséges mértékre korlátozódjon. Ennek érdekében az adott határőrizeti pontot, szükség szerint az illetékes vám- és határforgalom-ellenőrző szervekkel együtt előre értesíti a Segítséget nyújtó Fél mentőegységének érkezéséről, megadva a mentőegység határátlépéshez

szükséges adatait, így különösen a határt átlépő személyek számát, valamint a mentőautó típusát és rendszámát.

(2) A mentőegység tagjai a segítségnyújtás keretében a Segítséget kérő Fél felségterületére úti okmányok, vízum és tartózkodási engedély nélkül, kizárólag személyazonosságukat igazoló okmányaik, illetve szolgálati igazolvány birtokában is beléphetnek, és a mentés ideje alatt, valamint azt követően a legrövidebb úton való hazatérésükig ott tartózkodhatnak.

(3) A kiküldött mentőegység járműve a Segítséget nyújtó Fél felségterületének minősül, ezért az abban folytatott tevékenységre a Segítséget nyújtó Fél megfelelő szabályai vonatkoznak.

(4) A Segítséget kérő Fél nem korlátozza a felségterületére mentési céllal belépő és ott tartózkodó mentőegység járművén a Segítséget nyújtó Fél saját szabályai szerint működtetett megkülönböztető fény- és hangjelzések használatát.

(6) A Segítséget nyújtó Fél mentőegységének tagjai a Segítséget kérő Fél felségterületén való tartózkodásuk időtartama alatt kötelesek tiszteletben tartani a segítséget kérő Félnek a külföldiek tartózkodására vonatkozó jogszabályait. A vonatkozó jogszabályok lényeges tartalmáról, illetve módosításáról a Segítséget nyújtó Felet az Egyezmény, illetve a módosítások hatályba lépését követően haladéktalanul és kimerítően tájékoztatni kell.

9. Cikk

Felszerelés behozatala, kivitele

(1) A Segítséget kérő Fél hozzájárul a Segítséget nyújtó Fél mentőegységéhez tartozó, jelen Egyezmény mellékletében foglalt, külön szabályok szerint összeállított felszerelés felségterületére történő átszállításához. Az ilyen felszerelés mentes minden vám, adó és egyéb vámmal együtt fizetendő pénzügyi teher alól.

(2) Azt az átvitt mentőegységi felszerelést, amely a mentés során nem került felhasználásra, a Segítséget nyújtó Fél mentőegysége köteles a Segítséget nyújtó Fél területére visszaszállítani.

(3) A mentőegység a Segítséget kérő Fél területén jogosult a Segítséget nyújtó Fél belső joga szerint engedélyezett felszerelés és gyógyszerek, valamint mentési protokoll használatára, figyelemmel a (4) bekezdésben foglalt szabályokra.

(4) A kábítószer és pszichotrop anyagokat tartalmazó gyógyító készítményeket csak a mentés orvosi szükséglete szerinti, illetve a mentőegység által a saját belső joga szerint maximálisan tárolható mennyiségben viheti magával a mentőegység, és csak szakképzett egészségügyi személyzet útján alkalmazhatja. E készítmények forgalmát a Felek kölcsönösen nem tekintik a

kábítószerekről és a pszichotrop anyagokról szóló, a Feleket kötelező nemzetközi szerződések szerinti áruforgalomnak.

(5) A Segítséget kérő Fél belső joga szerint erre illetékes szervek ellenőrizhetik a (4) bekezdésben említett anyagok felhasználását és tárolását, melynek rendje az egyezmény mellékletében foglaltak szerint történik.

10. Cikk

Kártérítésről való lemondás, személyi és vagyónbiztosítás

(1) A Felek egymással szemben lemondanak minden őket megillető kártérítési igényről olyan vagyoni kár esetében, amelyet jelen Egyezmény végrehajtásával összefüggő megbízatása teljesítése közben a mentőegység bármely tagja okozott, továbbá minden olyan kártérítési igényről, amely a mentőegység valamely tagjának egészségkárosodásából vagy halálából adódik, abban az esetben, ha az a jelen Egyezmény feladatainak végrehajtása során, azzal összefüggésben következett be.

(2) A Felek az esetleges személyi és vagyoni károk megelőzése céljából mentőegységeik gépjárművére a másik Fél államterületét is érintő hatályú vagyoni, valamint felelősségbiztosítást kötnek, illetve tartanak fenn, továbbá a mentőegység személyzetére vonatkozóan megfelelő területi hatályú felelősségbiztosítást kötnek, illetve tartanak fenn.

(3) Az illetékes szervek szorosan együttműködnek a keletkező biztosítási igények mielőbbi elbírálása érdekében. Ebből a célból kölcsönösen kicserélik a rendelkezésükre álló valamennyi szükséges információt.

11. Cikk

Az együttműködés formái

(1) Jelen Egyezmény keretében a Felek, a mentésben való közreműködésen kívül az alábbi kapcsolódó együttműködésekben vesznek részt:

- a) a másik Fél KRESZ-szabályainak, helyi közlekedési kultúrájának, valamint ezzel kapcsolatos gyakorlati tapasztalatok átadása, megismerése;
- b) közös gyakorlatok, képzések, konferenciák, tanulmányutak, szakmai tanfolyamok szervezése a mentőegységek és az érintett mentésirányító központok személyzete részére, beleértve a megfelelő oktatási intézmények együttműködését és közös gyakorlatok végzését is;
- c) az adott határszakaszra vonatkozó, mentéssel kapcsolatos, szükség szerinti adatokat tartalmazó adatbázis kialakítása és kölcsönösen egymás rendelkezésére bocsátása,

különösen a területileg illetékes segélyhívó központok elérhetőségeivel és az adott határsáv digitális térképével;

d) a betegellátásra vonatkozó protokollok egységesítése, továbbá a mentőegységek és az egészségügyi szolgáltatók közötti betegátadást segítő egységes, többnyelvű formanyomtatvány együttes kidolgozása;

e) a mentést igénylő események bekövetkezésének és a mentési eljárással kapcsolatos tapasztalatoknak a rendszerese közös kielemezése.

12. Cikk

Illetékes szervek

(1) A jelen Egyezményben foglaltak végrehajtása tekintetében az adott Fél illetékes egészségügyi és külügyi szervei jogosultak eljárni.

(2) Az illetékes szervek a jelen Egyezmény végrehajtása során közvetlenül kapcsolatba léphetnek egymással. E célból a Felek kölcsönösen tájékoztatják egymást a kapcsolattartások pontos adatairól.

13. Cikk

Együttműködés a nemzetközi és nemzeti szervezetekkel

Kölcsönös megállapodás alapján a Felek felkérhetik az érdekelt nemzetközi és nemzeti szervezeteket, intézményeket, hogy a jelen Egyezmény végrehajtásával kapcsolatos tevékenységekbe kapcsolódjanak be.

14. Cikk

Adatvédelem

(1) A mentett személlyel kapcsolatban keletkezett, átadott, kezelt adatok tekintetében a Felek a saját államuk szerinti mindenkor hatályos adatvédelmi szabályok szerint járnak el, összhangban a mentett személyre vonatkozó európai uniós, illetve nemzetközi adatvédelmi megállapodásokkal.

(2) Kétség vagy vita esetén a szigorúbb adatvédelmi szabályok alkalmazandók.

15. Cikk

Más nemzetközi szerződések rendelkezéseivel való összhang

Jelen Egyezmény nem érinti a Felek más nemzetközi szerződésekben meghatározott jogait vagy kötelezettségeit.

16. Cikk

A viták rendezése

A jelen Egyezmény értelmezéséből vagy alkalmazásából eredő esetleges vitákat a Felek illetékes szervei tárgyalás útján, ha szükséges, diplomáciai úton rendezik.

17. Cikk

Az Egyezmény módosítása

A Felek jelen Egyezményt kölcsönös egyetértéssel jegyzőkönyvben módosíthatják. Az Egyezmény módosításáról szóló Jegyzőkönyv azon utolsó diplomáciai jegyzék kézhezvételét követő 30. naptári napon lép hatályba, amellyel mindkét Fél értesítette egymást arról, hogy eleget tett az Egyezmény hatályba lépéséhez szükséges belső jogi előírásoknak.

18. Cikk

Záró rendelkezések

(1) Jelen Egyezmény határozatlan időre szól, és azon utolsó diplomáciai jegyzék kézhezvételét követő 30. naptári napon lép hatályba, amellyel mindkét Fél értesítette egymást arról, hogy eleget tett az Egyezmény hatályba lépéséhez szükséges belső jogi előírásoknak.

(2) Jelen Egyezményt bármelyik Fél felmondhatja. Ez esetben az Egyezmény a felmondásról szóló diplomáciai jegyzék másik Fél általi kézhezvétele napjától számított hat hónap elteltével veszti hatályát.

(3) Az Egyezmény megszűnése az Egyezmény fennállása alatt érvényesen vállalt kötelezettségekért való helytállást nem érinti.

Készült Budapesten, hó napján, két eredeti példányban, magyar és nyelven azzal, hogy mindkét nyelvi verzió egyaránt hitelesnek minősül.

(Aláírások)

4.3 Hazai jogi javaslatok

A következő részben összefoglaljuk és rendszerezük a hazai jogszabályokra vonatkozó konkrét, szövegszerű javaslatainkat, melyeket minden esetben zöld kiemeléssel jelöltünk.

96/2003. (VII. 15.) Korm. rendelet az egészségügyi szolgáltatás gyakorlásának általános feltételeiről, valamint a működési engedélyezési eljárásról

6. §

(4) *Nem kell működési engedély*

- a) *az igazságügyi szakértőkről szóló törvény alapján végzett igazságügyi orvosszakértői tevékenységhez,*
- b) *a mentőautó személyzetének a határon átnyúló mentéshez, amennyiben e tevékenység feltételeit európai uniós szabályozás vagy nemzetközi megállapodás megfelelően rendezte.*
- c) *a halottvizsgálatról és a halottakkal kapcsolatos eljárásról szóló kormányrendelet szerinti halottvizsgálati szaktanácsadói tevékenység végzéséhez.*

A mentésről szóló 5/2006 (II. 7.) EüM rendelet

2. § *E rendelet alkalmazásában*

- a) *mentés: az Eütv. 94. §-ának (1), (4) és (5) bekezdésében foglalt tevékenység, ideértve a határon átnyúló mentést, melynek során Magyarország területén a mentésben, más állam részéről mentőegység működik közre, európai uniós szabályozásnak vagy nemzetközi megállapodásnak megfelelően;*
- b) *mentési tevékenységet végző szervezet: az Országos Mentőszolgálat (a továbbiakban: OMSZ) és e jogszabály szerint mentési tevékenység végzésére jogosult más jogi személy vagy természetes személy, ha megfelel az 1. melléklet szerinti személyi és tárgyi feltételeknek, és rendelkezik országos tisztifőorvos által – külön jogszabály szerint – kiadott működési engedéllyel (a továbbiakban: működési engedély), továbbá a határon átnyúló mentésben más állam részéről közreműködő mentési tevékenységet végző szervezet, amennyiben e tevékenység feltételeit európai uniós szabályozás vagy nemzetközi megállapodás megfelelően rendezte;*
- c) *mentési tevékenységet végző személy: a b) pont szerinti mentési tevékenységet végző szervezet(ek) keretében a mentésre szoruló beteg, illetve sérült (a továbbiakban: beteg) feltalálási helyén vagy szállítás közbeni sürgősségi ellátásában részt vevő, az 1. melléklet szerinti képesítéssel rendelkező személy, továbbá a határon átnyúló mentésben más állam*

részéről közreműködő mentési tevékenységet végző személy, amennyiben e tevékenység feltételeit európai uniós szabályozás vagy nemzetközi megállapodás megfelelően rendezte;

...

- e)** *mentésirányítást ellátó személy: az Irányító Csoport azon tagja, aki a 104-es, illetve más segélyhívó-számon érkező és egyéb mentést kezdeményező bejelentések fogadását, értékelését végzi, továbbá a mentési feladatok végrehajtására a mentőegységeknek utasításokat ad, valamint a határon átnyúló mentésben más állam részéről közreműködő mentésirányítást ellátó személy, amennyiben e tevékenység feltételeit európai uniós szabályozás vagy nemzetközi megállapodás megfelelően rendezte;*
- g)** *Irányító Csoport: segélyhívások fogadását, a sürgősségi igény meghatározását és a mentőegységek közvetlen irányítását végző OMSZ szervezeti egység, valamint a határon átnyúló mentésben más állam részéről közreműködő Irányító Csoport, amennyiben e tevékenység feltételeit európai uniós szabályozás vagy nemzetközi megállapodás megfelelően rendezte;*

3. §

...

(2) A mentés az alkalmazott mentőegység típusa szerint lehet

- a)** *mentőgépkocsival,*
- b)**
- c)** *esetkocsival,*
- d)** *rohamkocsival,*
- e)** *speciális rohamkocsival (Mobile Intensive Care Unit – MICU),*
- f)** *neonatólogiai mentőgépkocsival,*
- g)** *neonatólogiai rohamkocsival,*
- h)** *gyermekmentő-rohamkocsival,*
- i)** *légi mentőjárművel,*
- j)** *mentőorvosi gépkocsival,*
- k)** *mentőtisztai gépkocsival,*
- l)** *gyermek-mentőorvosi gépkocsival,*
- m)** *helyszínen történő mentési feladat ellátására alkalmas motorkerékpárral, illetve -mopeddel (a továbbiakban: mentő-motorkerékpár, illetve mentő-moped),*
- n)** *helyszínen történő mentési feladat ellátására, valamint a szárazföldi átadási pontig történő szállításra alkalmas sürgősségi mentőhajóval,*
- o)** *transzplantációs mentő-gépkocsival,*

- p) Tömeges Baleseti Egységgel,
- r) *határon átnyúló mentés esetén a küldő államból küldött, annak mentési szervezetében rendszeresített típusú, szolgálatot teljesítő mentőjármű,*

végrehajtandó mentési feladat.

(3) A mentés a végzett tevékenység típusa szerint lehet

- a) általános mentés,
- b) koraszülött mentés és koraszülött szállítás,
- c) mozgóórség,
- d) mentési készenlélet igénylő őrzött betegszállítás,
- e) mentőszállítás,
- f) rendezvény egészségügyi biztosítása,
- g) szervátültetéssel kapcsolatos mentési feladat;
- h) *határon átnyúló mentés, európai uniós szabályozás vagy nemzetközi megállapodás alapján.*

4. §

...

(2) A mentésirányítást ellátó személy a bejelentés tartalma, és az összes körülmény értékelése alapján dönt a mentés szükségességéről és intézkedik

- a) a rendelkezésre álló mentőkapacitás függvényében, a sürgősségi igény meghatározásával a megfelelő szintű, *illetve a határon átnyúló mentési hálózatba bevont mentőegység, illetve mentőegységek riasztásáról,*
- b) szükség esetén az adott típusú feladatra szakosodott ellátó szervezet riasztásáról,
- c) egyéb szolgálatok – ideértve a háziorvosi vagy orvosi ügyeleti szolgálatot, tűzoltóságot, rendőrséget – riasztásáról.

5. § (1) A mentést kezdeményező orvos a megrendeléskor közli

- a) a beteg nevét és tartózkodási helyét,
- b) a mentés sürgősségét, illetve a mentési készenlélet igénylő őrzött szállítás időpontját, valamint – mentési készenlélet igénylő őrzött szállítás kivételével – a szükséges mentőegység szintjét,

...

(2) A mentést kezdeményező orvos a mentés általa meghatározott szintjének megfelelő felügyeletet köteles biztosítani a helyszínen a mentőegység megérkezéséig, és a helyszínre érkező

hazai mentőegységnek átadja, illetve a határon átnyúló mentés keretében közreműködő külföldi mentőegység által a legközelebbi hazai mentőegységhez eljuttatja a 4. melléklet szerinti – kitöltött – Mentési utalványt, mentési készenlétet igénylő őrzött szállítás esetén továbbá az 5. melléklet szerinti – kitöltött – Mentési készenlétet igénylő őrzött szállítás adatlapját.

(3) A mentésirányítást ellátó személy – a megrendelő orvos egyidejű tájékoztatása mellett – jogosult az (1) bekezdés b) pontjában foglaltaktól eltérően rendelkezni, amennyiben az igényelt mentőjárművel, illetve határon átnyúló mentés keretében a mentési feladat a szükséges időn belül nem teljesíthető.

...

7. §

...

(3) A mentőegység a beteget – a (2) bekezdés szerinti kijelölt szakorvos írásos utasításának megfelelően – a mentésirányítást végző személlyel történt egyeztetés után az ellátásra alkalmas és fogadóképes legközelebbi egészségügyi intézménybe szállítja. A határon átnyúló mentésben részt vevő külföldi mentőegységtől a beteget a primer ellátás helyszínéhez lehető legközelebbi egyeztetett ponton valamely hazai mentőegység köteles haladéktalanul átvenni.

...

9. §

...

(5) A (2) bekezdés szerinti esetlap és a (4) bekezdés szerinti mentési adatlap és menetlevél az egészségügyi dokumentáció részét képezi. A határon átnyúló mentésben részt vevő külföldi mentőegység a saját, küldő államának szabályai szerint kitöltött adatlapjának és menetlevelének egy példányát tájékoztatásul megküldi az Országos Mentőszolgálatnak.

10. § *(1) Mentési tevékenység(ek) végzésére – a külön jogszabályban foglaltak szerint – annak a természetes személynek, jogi személynek adható működési engedély, aki/amely az általa végezni kívánt mentési tevékenység vonatkozásában az 1. mellékletben foglalt személyi és tárgyi feltételeknek megfelel. A határon átnyúló mentés keretében, Magyarország területén más állam részéről közreműködő mentőegység személyi és tárgyi feltételei a vonatkozó európai uniós szabályozásnak vagy nemzetközi megállapodásnak megfelelően az 1. sz. mellékletben foglaltaktól eltérhetnek.*

2/2007. (III.13.)) IMR rendelet a megkülönböztető és figyelmeztető jelzést adó készülékek felszerelésének és használatának szabályairól

...

3. § (1) Nem kell hatósági engedély a megkülönböztető jelzést adó készülék felszereléséhez

- a) az Országos Mentőszolgálat, a Magyar Honvédség és a rendvédelmi szervek sürgősségi betegellátást végző gépjárműveire

4. § (1) Megkülönböztető jelzést adó készülék felszereléséhez szükséges hatósági engedély

- a) a 3. § (1) bekezdés a) pontjában meghatározottakon kívül sürgősségi vér és szervtranszplantációs szállítást, a sürgősségi betegellátást végző szervek,

8. § (1) A gépjárművet a megkülönböztető jelzést adó készülék működtetésének időtartama alatt - a 3. § (1) bekezdés d)-e) pontjában és a (2) bekezdésében meghatározott gépjárművek, valamint *európai uniós szabályozás vagy nemzetközi megállapodás alapján, határon átnyúló mentésben részt vevő, másik tagállamból Magyarország felségterületére érkező mentőjárművek kivételével* - csak az vezetheti, aki a külön jogszabályban előírt egészségügyi és pályaalakmassági követelményeknek megfelel.

41/2004. (IV. 7.) GKM rendelet a közúti járművezetők pályaalakmassági vizsgálatáról

1. § (1) A rendelet hatálya - a (2) bekezdésben foglaltak kivételével - azokra a gépjárművezetőkre, illetőleg vezetési jogosultságot megszerezni szándékozókra terjed ki, akik gépjárművezetői tevékenység végzéséhez pályaalakmassági minősítést kívánnak szerezni, továbbá azokra, akiket pályaalakmassági minősítés megszerzésére köteleztek (a továbbiakban együtt: gépjárművezető).

(2) A rendelet hatálya nem terjed ki:

- a) 1 a rendőrség, az Országgyűlési Őrség, a hivatásos katasztrófavédelmi szervek, az önkormányzati tűzoltóság és a büntetés-végrehajtási szervezet állományába tartozó hivatásos szolgálati jogviszonyban álló azon személyekre², akik e szervek megkülönböztető jelzést használó gépjárműveinek vezetésére jogosultak és ilyen gépjárművet vezetnek,
- b) azokra a hadkötelezettség alapján katonai szolgálatot teljesítő gépjárművezetőkre³, akik megkülönböztető jelzést használó honvédségi tűzoltó és sebesültszállító gépjárművet vezetnek.
- c) *európai uniós szabályozás vagy nemzetközi megállapodás alapján határon átnyúló mentésben részt vevő, másik tagállamból Magyarország felségterületére érkező mentőjárművek vezetőire.*

A most következő táblázatokban összegezzük a munkacsoport által megfogalmazott szakpolitikai ajánlásokat, azok prioritását (ahol az 1-es elengedhetetlen, a 4-es a kevésbé fontos akciókat jelöli), illetve igyekszünk áttekintést adni a megvalósíthatóságuk időhorizontjáról, a megvalósításhoz szükséges lépésekről és ezek forrásigényéről. A megvalósítás időtávjának meghatározása során igyekeztünk a jelenleg is látható törekvéseket és tendenciákat figyelembe venni.

4.4 Szakpolitikai ajánlások az Európai Unió számára

2. táblázat: Ajánlások az Európai Unió számára

JAVASLAT	PRIORITÁS	A MEGVALÓSÍT-HATÓSÁG IDŐTÁVJA	A MEGVALÓSÍTÁSHOZ SZÜKSÉGES AKCIÓK	FORRÁS-IGÉNY
1789:2007-es európai uniós szabvány kiegészítése az orvosi eszközökre, felszerelésekre és hatóanyagokra vonatkozóan	3	közép	<ul style="list-style-type: none"> • "piacelemzés": a használatban lévő eszköz- és gyógyszer típusok felmérése • szakértői és tagállamok közötti egyeztetés 	közepes
Egységes, többnyelvű, a betegátdást segítő formanyomtatványok létrehozása	2	rövid	<ul style="list-style-type: none"> • a használatban lévő nyomtatványok összehasonlítása • szakértői és tagállamok közötti egyeztetés 	alacsony
Az európai szabvány szerinti rádiós standardok népszerűsítése és tagállami alkalmazásának pénzügyi támogatása	1	közép	<ul style="list-style-type: none"> • népszerűsítő kampány indítása • önálló pénzalap létrehozása vagy a meglévők tematikus fókuszának kiegészítése 	magas

JAVASLAT	PRIORITÁS	A MEGVALÓSÍT-HATÓSÁG IDŐTÁVJA	A MEGVALÓSÍTÁSHOZ SZÜKSÉGES AKCIÓK	FORRÁS-IGÉNY
Az európai polgárok személyes és alapvető egészségügyi adatainak biztonságos tárolására és megosztására alkalmas szabvány kidolgozása és alkalmazásának tagállami szintű ösztönzése	3	közép/hosszú	<ul style="list-style-type: none"> szakértői és tagállamok közötti egyeztetés a megvalósítás formájáról (kártya, azonosító) az infrastrukturális háttér specifikációinak meghatározása az adatvédelmi kérdések rendezése technológiai fejlesztés önálló pénzalap létrehozása vagy a meglévők tematikus fókuszának kiegészítése 	magas

4.5 Hazai és vagy bilaterális szintű szakpolitikai ajánlások

3. táblázat: Hazai és vagy bilaterális szintű szakpolitikai ajánlások

JAVASLAT	PRIORITÁS	A MEGVALÓSÍT-HATÓSÁG IDŐTÁVJA	A MEGVALÓSÍTÁSHOZ SZÜKSÉGES AKCIÓK	FORRÁS-IGÉNY
Közös gyakorlatok, (nyelvi) képzések, tudás- és tapasztalatomegosztó alkalmak szervezése az érintett szervek részére	2	rövid	<ul style="list-style-type: none"> A mentőszolgálatok a krízishelyzetek közös kezelésére vonatkozó egyezmények szerint jelenleg is szerveznek közös képzéseket és gyakorlatokat, így a találkozási alkalmak számának növelésére és tematikai fókuszának bővítésére lenne szükség. 	közepes
A szakmai szervek belső protokolljának kiegészítése a határon túli munkavégzésre vonatkozóan (menetlevél, tankolás, a mentőegység ellátmánya, stb.)	1	rövid	<ul style="list-style-type: none"> A belső protokollok áttekintése és belső szakmai egyeztetés. 	alacsony

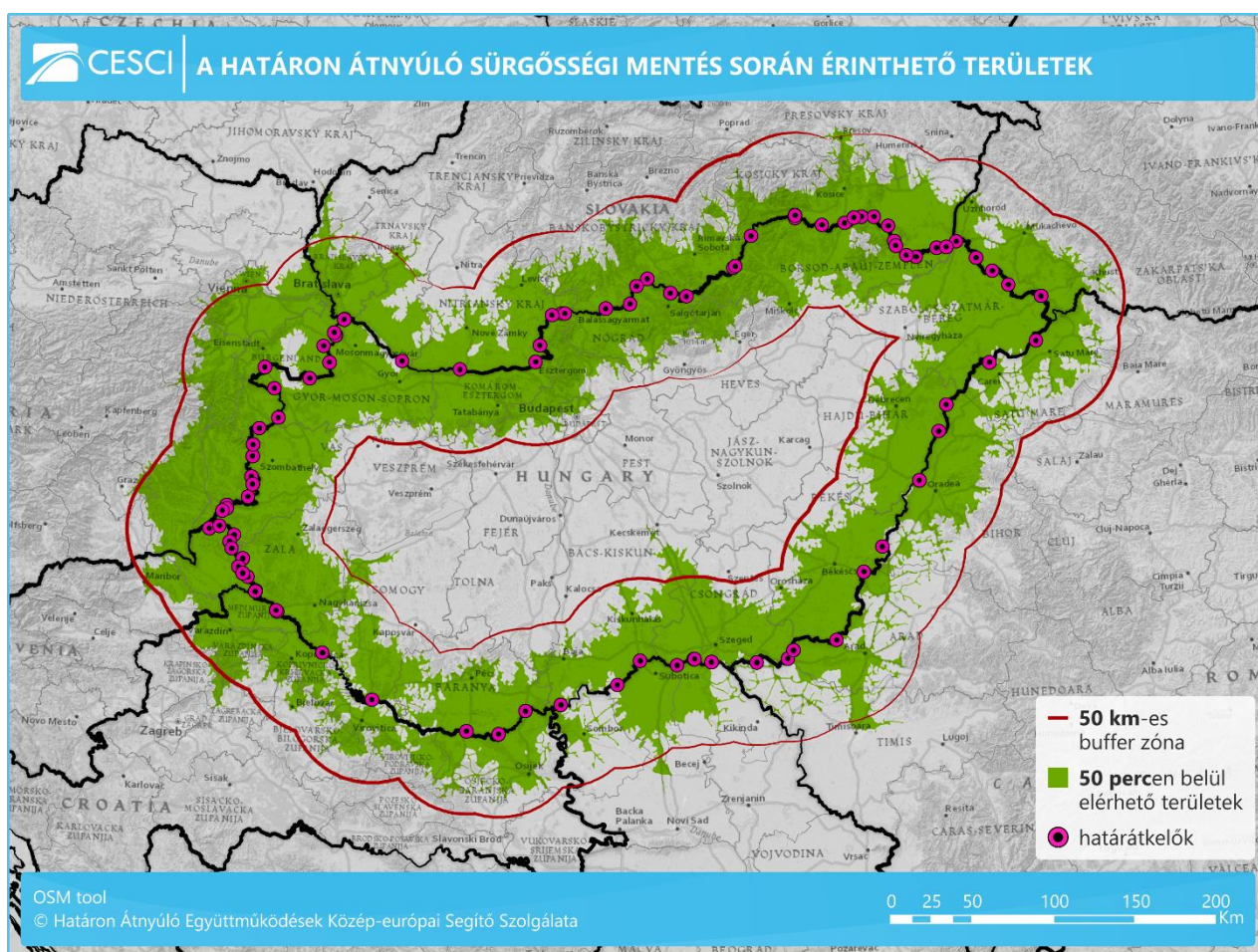
JAVASLAT	PRIORITÁS	A MEGVALÓSÍT-HATÓSÁG IDŐTÁVJA	A MEGVALÓSÍTÁSHOZ SZÜKSÉGES AKCIÓK	FORRÁS-IGÉNY
A személyi állomány felelősségbiztosításának területi hatályának kiterjesztése	1	rövid	<ul style="list-style-type: none"> • egyeztetés az illetékes biztosító társasággal • az új szolgáltatás megrendelése 	alacsony
A határ menti területeken feladatot ellátó gépjárművek GPS adatbázisának bővítése az érintett szomszédos országok térképeivel	1	rövid	<ul style="list-style-type: none"> • Az új térképek beszerzése. 	alacsony
Határszakaszonként közös adatbázis a területileg illetékes segélyhívó központok elérhetőségeivel, valamint a sürgősségi ellátást nyújtó határ menti kórházak és progresszivitási szintjük vonatkozásában	1	közép	<ul style="list-style-type: none"> • szakértői és tagállamok közötti egyeztetés • közös módszertanfejlesztés • adatgyűjtés, adatrendezés • az adatok közös adatbázisba rendezése 	alacsony
Az alkalmazott rádiós szabványok feltérképezése és összehasonlítása, a további lépések meghatározása	1	rövid	<ul style="list-style-type: none"> • szakértői és tagállamok közötti egyeztetés 	alacsony
Határszakaszonként közös mentési szótár összeállítása	4	közép	<ul style="list-style-type: none"> • szakértői és tagállamok közötti egyeztetés • a szótár szakmai tartalmának meghatározása • a nyelvi változatok elkészítése és megosztása 	közepes
A nyelvtudás felvétele a szolgálat-szervezés szempontjai közé	2	rövid	<ul style="list-style-type: none"> • a tagállami illetékes szervek belső protokolljának bővítése/ módosítása 	alacsony
Tolmácsügyelet működtetése	1	hosszú	<ul style="list-style-type: none"> • a technológiai és infrastrukturális háttér megtervezése és felállítása • munkaerő-toborzás • felkészítő képzés szervezése 	magas

A prioritások és az megvalósíthatóság időhorizontjának összességét tekintve jól látszik, hogy bár az ajánlások nagyobb része rövid távon is megvalósítható lenne, van egy első rendű prioritást élvező tényező, a határon túli rádiós kommunikáció, amely közép vagy akár hosszú távon is az együttműködés gátját képezheti. Jelen pillanatban nem ismerjük a szomszédos államokban erre vonatkozóan alkalmazott technológiai megoldásokat, így azt sem tudjuk pontosan megítélni, hogy mely ország viszonylatában mennyire komoly az akadály. Ennek fényében első rendű prioritást képez az erre vonatkozó információk beszerzése és az együttműködési lehetőségek feltérképezése.

5. A határon átnyúló sürgősségi mentés és kórházi ellátás elméleti modellje

A sürgősségi betegellátás határon átnyúló megszervezésének alapvető célja, hogy javuljon a határtérségben élők egészségügyi ellátáshoz való hozzáférése. E tekintetben a két legfontosabb tényező a mentőállomások, valamint a sürgősségi ellátást nyújtó egészségügyi szolgáltatók, kórházak elhelyezkedése. A következő fejezetben javaslatot teszünk a határ menti ellátási sávra, illetve megvizsgáljuk a mentőállomások és a kórházak területi lefedettségét Magyarország és a szomszédos államok határtérségeiben.

A projektben résztvevő szakértők a határátkelési ponttól számított 50-km-es, a magyar sürgősségi mentésben használt módszertan alapján egyben 50 perc alatt elérhető körzetek összességéként határozták meg azt az elméleti zónát, melyben érdemes felvetni a határon átnyúló mentési tevékenység engedélyezésének lehetőségét. Ez az a terület, amelyen belül ténylegesen megvalósulhat az, hogy a sérült előbb jut megfelelő helyszíni vagy kórházi ellátáshoz a szomszédos állam mentőegységeinek közbenjárása révén. Az 50 km vagy 50 perc kemény korlátként való meghatározása egyedi esetekben azonban problémákat vethet fel (pl. 55 km-re található, a megfelelő ellátást biztosítani képes kórház), így ezekre jelen dokumentumban egyféle nagyságrendi ajánlásként és a jövőben pontosítandó javaslatként tekintünk. Az alábbi ábrán a projekt keretében kijelölt határ menti 50 kilométeres és 50 perces övezetek láthatók.



1. térkép: A határon átnyúló sürgősségi mentés során érinthető területek

Az ábrán kirajzolódik, hogy a határátkelési pontoktól légvonalban számított 50 km-es távolságok egy összefüggő sávot eredményeznek, azonban az 50 perces elérhetőségi zóna egy sokkal tagoltabb és a legtöbb esetben kisebb területet fed le. Ez alól kivételt a határra közel merőlegesen futó autópályák térségeiben találunk. Az osztrák és a szlovén határon a határátkelési pontok sűrűsége magas, így itt egy összefüggő sávot alkotnak az 50 perc alatt elérhető területek. Ennek következtében az 50 perc alatt elérhető területek nagysága itt tér el legkevésbé az 50 km-es zónától. A többi határtérségben sokkal nagyobb különbségek láthatóak, aminek különböző okai vannak. A szlovák határszakasz nyugati felén, valamint Ózd és Putnok térségében a határátlépési pontok alacsony száma miatt az 50 perc alatt elérhető területek nem alkotnak összefüggő zónát, melyet valamelyest kompenzál a megfelelő úthálózat.⁵⁵ Horvátország esetében a határátkelők alacsony száma miatt nagyon tagolt az 50 perc alatt

⁵⁵ Az Észak-Zemplénben és Komáromtól északkeletre látható "fehér folt" a módszertan és az algoritmus korlátaiból fakad.

elérhető övezet, míg Szerbiában és Romániában a gyér úthálózat miatt vannak közvetlenül a határ mentén is lefedetlen területek. Ennek következtében

- 1)** Horvátországban többnyire a nyugati határszakaszon, Kaproncáig, valamint Eszék térségében
- 2)** Szerbiában Szabadka vonzáskörzetében,
- 3)** Romániában pedig Aradtól délre, illetve Nagyvárad és Szatmárnémeti vonzáskörzete jöhetne szóba a mentés határon átnyúló megszervezésénél.

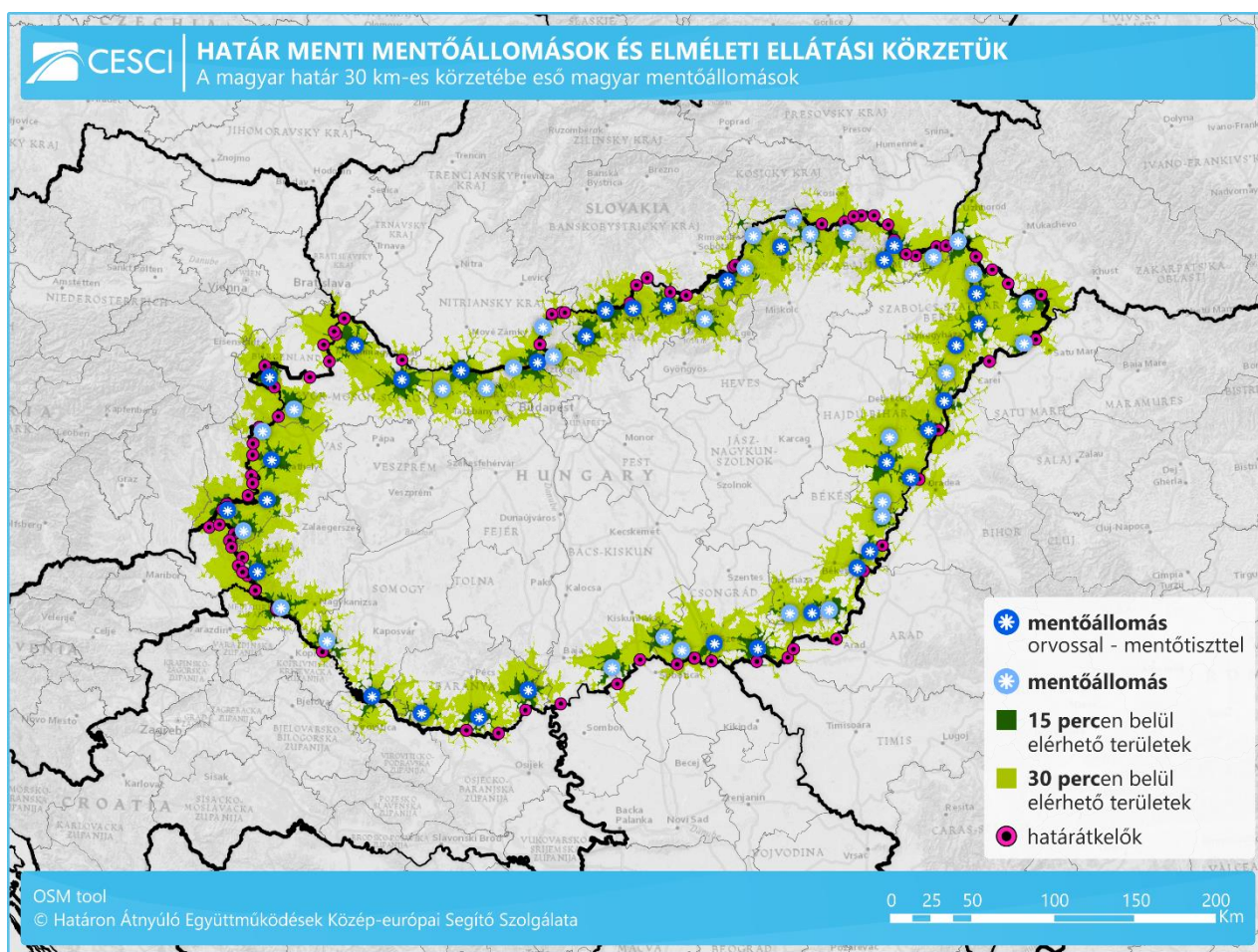
Mindez azt jelenti, hogy Horvátországban, Szerbiában és Romániában alapvetően a feltételezhetően saját mentőállomással rendelkező, nagyobb városok vonzáskörzete lenne bekapcsolható a határ menti együttműködésbe, mellőzve az egyébként is hátrányos helyzetben lévő vidéki területeket. Ennek fényében kijelenthető, hogy ezekben a térségekben a mentés határon átnyúló megszervezése nem javítaná egyértelműen a lakosság sürgősségi ellátáshoz való hozzáférést. A határátkelők sűrűségének növelésével, valamint az úthálózat fejlesztésével azonban könnyen változhat a helyzet.

A határ menti mentőellátottság területi mintázatának elemzése során a mentőállomások és határátkelők elhelyezkedését, valamint a mentők helyszínre érkezéshez kapcsolódó elméleti időtényezőt vettük figyelembe. A mentőállomások listáját és az elhelyezkedésükre vonatkozó adatokat Ukrajna kivételével minden esetben az adott ország illetékes hatóságaitól szereztük be. Az adatforrások listája a 2. mellékletben érhető el.

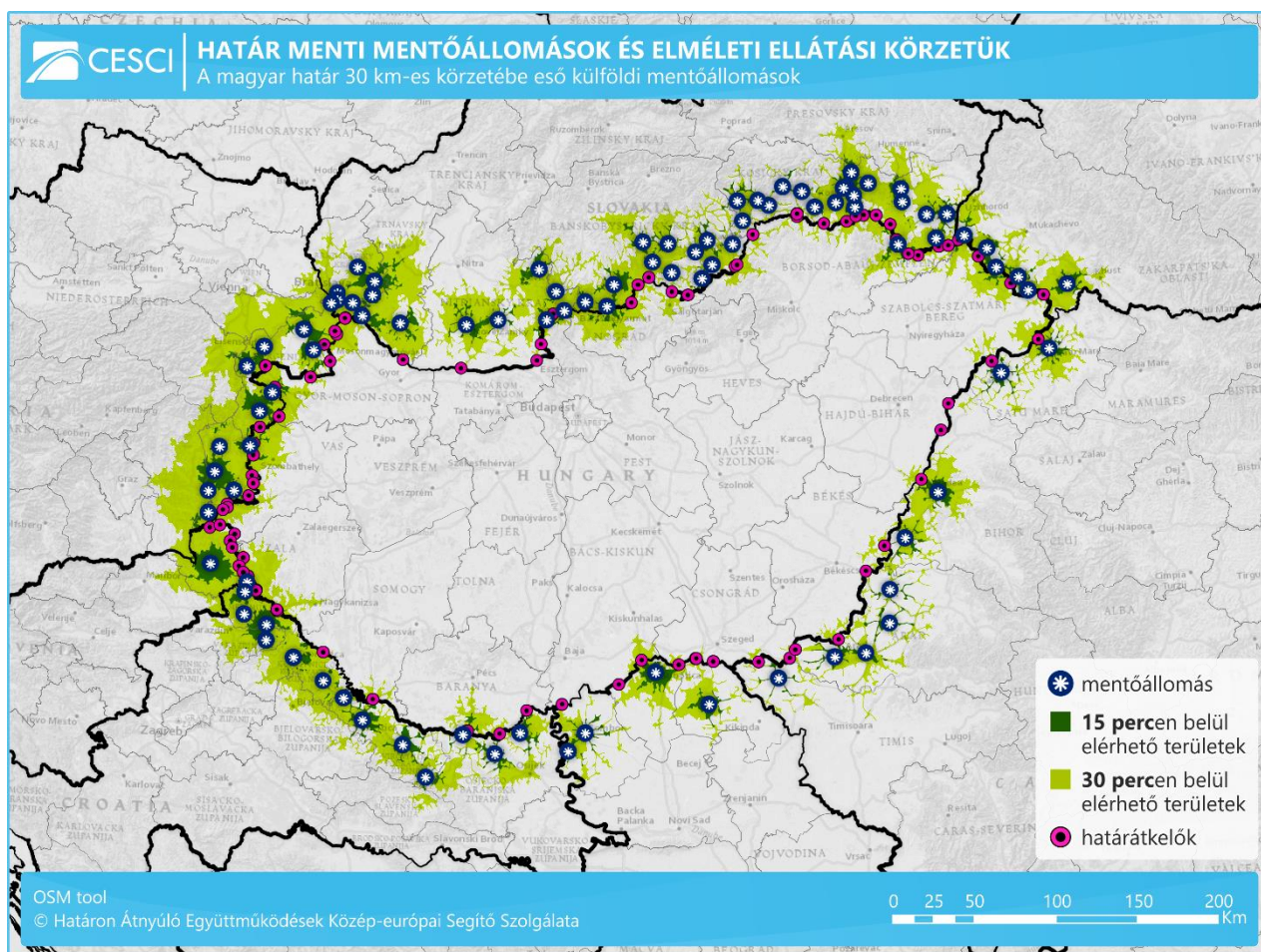
Útvonaltervező program segítségével definiáltuk a határtól maximum 30 km-re fekvő mentőállomások 15 és 30 percen belül elérhető vonzáskörzetét, figyelembe véve a határátkelők elhelyezkedését. A riasztás és a mentők helyszínre érkezése tekintetében európai viszonylatban referenciaértéknek tekinthető a 15 perc, mely azonban európai és az esetek többségében nemzeti szinten sincs egzakt módon szabályozva (lásd 2. fejezet). Ennek ellenére, jobb megoldás híján, a számításaink során ezt a 15 perces és a 30 perces értéket vettük alapul.

Az útvonaltervező program korlátai és az eltérő nemzeti szabályozások miatt, a mentőautókra érvényes egyedi sebességkorlátozás helyett, a személyautókra érvényes sebességkorlátokkal számoltunk. Ez okoz némi torzulást a kirajzolódó vonzáskörzetek határaiban, melyet azonban többé-kevésbé kompenzál az az idővesztés, mely a riasztás beérkezése és a mentőegység elindulása között eltelt időből adódik. A modell gyakorlati felhasználását tovább korlátozza, hogy minden esetben a mentőállomást tekintettük kiindulási pontnak, míg a valóságban gyakran előfordul, hogy a mentőegység az egyik bevetés helyszínéről vagy a kórházból indul a következő esethez. Ezt a tényezőt azonban jelen körülmények között nem tudtuk beépíteni a modellbe.

A határon átnyúló mentés során az időtényező mellett kiemelten fontos a mentőállomások eszközállománya és humán erőforrással való ellátottsága, mely szempontot csak korlátozottan, adathiány miatt kizárólag a magyar oldalon tudtunk figyelembe venni. Az alábbi ábrán a sötét késsel jelölt mentőállomásokon van orvosi vagy mentőtiszti jelenlét, míg a világos késsel jelöltek esetében nincs. Az egyes mentőegységek időbeli elérhetősége (folyamatos vagy időszakos szolgálat) szintén tovább árnyalná a képet, azonban ezt az aspektust nem tudtuk megjeleníteni az ábrán.



2. térkép: Határ menti magyar mentőállomások és elméleti ellátási körzetük



3. térkép: A szomszédos országok határ menti mentőállomásai és elméleti ellátási körzetük

A térképekről jól leolvasható, hogy magyar oldalon viszonylag egyenletes a határtérség mentőállomásainak sűrűsége, a mentőállomásoktól számított 30 percen belül elérhető zónák többnyire összefüggő területet alkotnak. Kapuvár és Baja környékén, a horvát határ, illetve az Alsó-Ipoly mentén tapasztalható alacsonyabb lefedettség. A szomszédos országok esetében az Ausztriával, Szlovéniával és a Horvátországgal közös határszakaszon szintén magas a mentőállomások sűrűsége, és az adekvát infrastruktúrának köszönhetően a vonzáskörzetek összefüggő sávot képeznek. Bár a fent említett hazai „szürke foltokkal” szemben fekvő mentőállomások elméleti vonzáskörzetei csak kis mértékben terjednek át a határon, az együttműködés mégis javíthatná a lakosság sürgősségi ellátáshoz való hozzáférését.

Az ukrán és a szlovák határszakaszon szintén viszonylag magas a mentőállomások száma, azonban az elméleti vonzáskörzeteik által alkotott sáv tagolt. Elmondható továbbá, hogy Szlovákia esetében a mentőállomások területi eloszlása nem egyenletes. Pozsony környékén és a keleti határtérségben igen magas az állomások sűrűsége, míg a Nyitrai kerület közvetlen határ menti területei egyértelműen perifériának számítanak. Ezt a hátrányos helyzetet enyhíthetnék részben a komáromi és esztergomi mentőegységek.

Szerbia és Románia érintett határtérségeiben, valamint a horvát határszakasz keleti végén alacsonyabbnak mondható a mentőállomások sűrűsége, amit tovább súlyosbít az infrastruktúra gyenge színvonala. Továbbá az állomások egyenlőtlen eloszlásának következtében „ellátási perifériákat” találhatunk a Zsombolya és Szabadka közötti térségben, valamint a romániai Margittától keletre, melyet a magyar oldali mentőállomások kapacitása enyhíthetne.

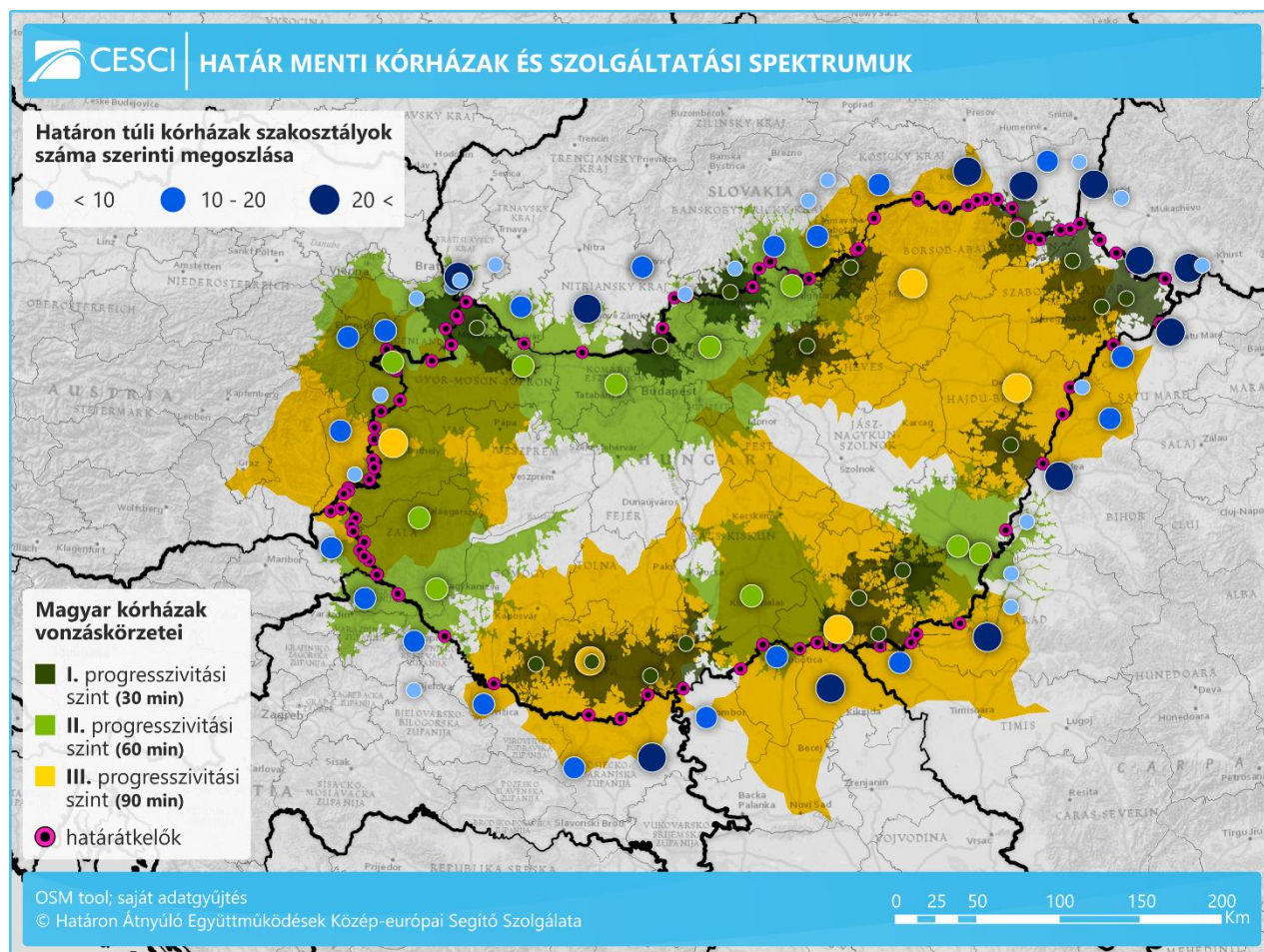
Hosszú távon a fent bemutatott, jelenleg is tapasztalható komplementaritásokon túl, a határon átnyúló együttműködésnek köszönhetően a mentőellátás területi optimalizálására és a párhuzamosságok megszüntetésére is lehetőség nyílna. Ennek érdekében az illetékes hatóságoknak érdemes lenne a határ menti területeket együtt, közös módszertan szerint kezelni mind a tervezés, mind a fejlesztés során. Ennek érdekében, adott esetben javasoljuk, hogy a mentéssel kapcsolatos területi tervezésben és fejlesztésben érintett szakmai szervek/szervezeti egységek kezdjék meg egy olyan a területi alapú optimalizálást segítő, közös módszertan kialakítását, mely az időtényezőn túl figyelembe veszi többek között az adott régió lakosságszámát, a népesség szociális helyzetét, a múltbéli feladatszámokat, a múltbéli feladatok típusát, a sürgősségi ellátást biztosító intézmények, kórházak elhelyezkedését az adott térségben. Magyarországon az OMSZ és az illetékes szervek teljes körűen gyűjtik az előbb felsorolt adatokat, azonban a szomszédos országok illetékes hatóságainak ilyen irányú tevékenységeiről jelen pillanatban nincs információnk.

Habár jelen projekt keretében csak korlátozott mértékben foglalkoztunk a kórházi sürgősségi ellátás határon átnyúló megosztásának jogi és adminisztratív aspektusaival, jelen fejezetben szeretnénk rámutatni a határon átnyúló együttműködésben rejlő potenciálra.

Az alábbi ábra szemlélteti a sürgősségi ellátást kínáló, valamint legalább belgyógyászati, szülészeti és sebészeti szakmákat működtető határ menti kórházakat, valamint az általuk kínált ellátások spektrumát. A kórházak listáját minden esetben az adott ország illetékes szervének nyilvános adatbázisából vagy egyedi kérések alapján szereztük be, míg az intézményekben működő szakmákat az elérhető nyilvános adatbázisokból vagy az intézmények saját honlapjáról gyűjtöttük össze. Az adatforrások listáját az 2. melléklet tartalmazza.

Magyar oldalon a térképről leolvasható a kórházak progresszivitási szintje (I., II., III.) és a jogszabályok által a minimumkövetelmények között meghatározott elméleti vonzáskörzetük (ami természetesen nem egyezik meg a kórházak területi ellátási kötelezettségével). A szomszédos országok vonatkozó módszertanáról és az intézmények hierarchiában elfoglalt helyéről nem rendelkezünk elegendő információval, így az adott intézményben vagy több intézmény esetében, a településen elérhető szakmák számával igyekszünk képet adni az elérhető ellátások köréről, mely eredményezhet torzulást a helyzetértékelésnél. A működő szakmák száma alapján a magyar intézmények progresszivitási szintjeinek számához hasonlóan,

a határon túli ellátók esetében is három kategóriát alakítottunk ki. Meg kell jegyezni azonban, hogy a határon túli három kategória nem feleltethető meg a hazai hierarchia szintjeinek.



4. térkép: Határ menti sürgősségi ellátást kínáló kórházak és szolgáltatási spektrumuk

A határövezetet megvizsgálva számos olyan térség látható, amelyhez közelebb esik a határ túloldalán fekvő kórház, mint a hazai intézmények. Erre a legszembetűnőbb példa Borsod-Abaúj-Zemplén megye északi része, ahonnan a miskolci kórház sokkal messzebb van, mint a szlovákiai oldalon lévő, egyébként jól felszerelt kassai intézmény. Hasonló területek – ahol a külföldi, hasonló ellátási szintet képviselő kórház közelebb fekszik, mint a magyar – találhatók még az ország keleti részén Gyulától délre, a szerb határ középső szakaszán és a szlovén határ mentén. Emellett a Debrecentől és Gyulától északra fekvő területeken a határon túli, bár vélhetően alacsonyabb szintű ellátásokat kínáló kórházak szintén közelebb vannak a határ túloldalán. Ennek ellenére az egyszerűbb, de életmentő beavatkozásokat igénylő esetekben, a határon túli intézetbe való szállítás növelheti a sérült túlélési, gyógyulási esélyeit.

Fordított eset – mikor egy magyar kórház esik lényegesen közelebb egy határon túli területhez – figyelhető meg a horvát határszakasz keleti részén, Szerbiában Magyarkanizsa térségében és Szlovákiában a Párkánytól és Balassagyarmattól északra fekvő területen. Magyarkanizsa

esetében ráadásul a Szegedi kórház egyértelműen magasabb ellátási színvonalat képvisel, mint a hazai intézmény.

A kórházak földrajzi elhelyezkedésének elemzésén túl, érdemes a széles spektrumú ellátást biztosító kórházak eloszlását is megvizsgálni. Jól látható, hogy Borsod-Abaúj-Zemplén, Győr-Moson-Sopron és Komárom-Esztergom megye egyes határ menti térségeinek esetében a legközelebbi nagy kórház a határ túloldalán van. A magyarországi III. progresszivitási szinttel rendelkező kórházak közül a szombathelyi és a miskolci kórház releváns ilyen szempontból, hiszen itt a határ túloldalán nincs hasonló méretű kórház.

Ezeket a következtetéseket az említett adatgyűjtési problémák miatt mindenképp fenntartásokkal kell kezelni. Javasoljuk az adatgyűjtés folytatását és ennek eredményei fényében egy határon átnyúló viszonylatban értelmezhető, a kórházi hierarchiára vonatkozó módszertan kidolgozását. Emellett hosszú távon, az ellátás színvonalának növelése és a területi gazdaságosságban rejlő potenciál kiaknázása érdekében fontos lenne az illetékes nemzeti szervek közötti együttműködés elmélyítése és a tervezett intézményfejlesztések összehangolása, közös tervezése.

6. Konklúzió

A projekt megvalósítása és a tanulmány összeállítása során világossá vált, hogy a határon átnyúló sürgősségi mentés megszervezése igen komplex és szerteágazó feladat. A kezelendő jogi és adminisztratív természetű akadályok az orvosi és mentős szakmai területeken túl, érintik többek között a közlekedést, a rádiós kommunikációt, valamint nyelvi, adatvédelmi és technológiai aspektusaik is vannak.

Az egyes témák áttekintése során olyan hatályban lévő jogszabállyal nem szembesültünk, amely egyértelműen tiltaná a mentők határon átnyúló szabad mozgását, azonban az esetek többségében szükségesnek látszik a létező jogszabályi háttér jelentősebb könnyítése. A határon átnyúló mentés fogalmának definiálása, a mentőgépjárművek és a kapcsolódó személyzet működési engedélyének területi hatálya, valamint a megkülönböztető jelzés használatához szükséges engedélyek esetében egy európai szintű keretszabályozásra tettünk javaslatot, míg a határátlépés, valamint a határon átnyúló szakmai együttműködés területi hatályát és feltételeit, mely kiterjed a határon túli mentőegység riasztásától kezdve a feladatellátás koordinációján át a sérült kórházba szállításáig számos kérdéskörre, kétoldalú egyezmények keretében javasoltuk szabályozni. A potenciális európai keretszabályozás, valamint a bilaterális egyezmények szükségessé teszik számos hazai jogszabály módosítását, valamint tartalmának bővítését a több szinten hatályban lévő rendelkezések összhangjának megteremtése érdekében.

Az is egyértelművé vált, hogy a jogi dokumentumok módosítása önmagában nem elegendő a határon átnyúló sürgősségi mentés feltételeinek megteremtéséhez. Mi több, a legkomplexebbnek tűnő akadály jelen pillanatban inkább technológiai, mint jogi kérdéseket vet fel. Ennek következtében minden, a tanulmányban érintett téma esetében európai és/vagy bilaterális szakpolitikai ajánlások megfogalmazása vált szükségesé, amelyek mentén akár rövid távon is látványos előrelépéseket lehetne tenni a harmonizáció terén.

Összességében elmondható, hogy jelenleg még számos jogi és adminisztratív akadály és hiányosság áll a határon átnyúló sürgősségi mentés megvalósulásának útjában, azonban az is kijelenthető, hogy bár eltérő időtávon és költségvonzattal, de mindegyikük kezelhetőnek látszik. Fontos azonban szem előtt tartani, hogy az egyes akadályok nem azonos mértékben hatnak a megvalósíthatóságra. Első rendű problémának számít a határon túli rádiós kapcsolat, melyre vonatkozóan jelenleg nem rendelkezünk pontos információkkal. Az akadályt feloldó technológiai megoldás jó eséllyel elérhető, azonban első lépésként be kell szerezni a hiányzó információkat, majd fel kell térképezni az elérhető megoldás szervezeti, pénzügyi és egyéb megvalósíthatóságát.

Ez és az összes többi akadály megszüntetése egyértelműen megkívánja nemcsak a szakmai szervezetek széles körének hatékony és magas szintű határon átnyúló együttműködését, de szükséges a szomszédos tagállamok magas politikai szinten jelentkező együttműködési és probléma megoldási szándéka is, mely tekintetében jelenleg magyar oldalon is hiányosság tapasztalható.

Ennek fényében elsőként szükséges a témában illetékes legfontosabb szerv, az Emberi Erőforrások Minisztériumának Egészségügyi Államtitkárságának újbóli megszólítása. Ezt követően, a határon átnyúló sürgősségi mentés megszervezése érdekében, javasoljuk a szomszédos országok illetékes hatóságainak és szerveinek bevonását a meglévő szakpolitikai irányvonalakat és fejlesztéseket illető álláspontjuk feltérképezése érdekében, ugyanis ez tenné lehetővé a jogszabály-harmonizációra vonatkozó kétoldalú javaslatok megfogalmazását.

Végül a határon átnyúló sürgősségi együttműködés másik szegmensét a kórházi sürgősségi ellátások integrálása jelentené. Mivel jelenleg ez a fent hivatkozott okok miatt komoly nemzeti ellenállásba ütközik nem csak hazánkban, hanem Európa nagyobb részén, a helyzet kezeléséhez szükség lenne a problémakör részletes feltérképezésére és a potenciális határon átnyúló betegmozgás volumenének és következményeinek számszerűsítésére.

7. Mellékletek

1. melléklet

Az Európai Egészségbiztosítási Kártya (EHIC)

Az Európai Egészségbiztosítási Kártya egy olyan ingyenesen igényelhető kártya, melynek révén az Európai Gazdasági Térség tagállamainak állampolgárai és a svájci állampolgárok, valamint az ezen államokban biztosított személyek ideiglenes tartózkodásuk során a hazai biztosítottaknak járó sürgősségi betegellátásra jogosultak az EU bármelyik 28 tagállamában, valamint Izlandon, Lichtensteinben, Norvégiában és Svájcban.

Az EU Kártyát az Európai Gazdasági Térség minden tagállama saját hivatalos nyelvén állítja ki, a kártya külalakja azonban az Európai Bizottság által kiadott szabványokhoz igazodik. Az Európai Egészségbiztosítási Kártya lehet különálló kártya, de rákerülhet a nemzeti kártya hátoldalára is. Az EU Kártyán szereplő mezők számozása és elnevezése minden esetben állandó, amely alapján annak tartalma minden esetben beazonosítható.

Az EU Kártya jobb felső sarkában, az európai szimbólum közepén (12 ötagú csillag – kivéve Norvégia, Izland, Liechtenstein és Svájc esetében, melyek az európai szimbólumot nem alkalmazzák) található a kibocsátó ország kétjegyű kódja.

3. mező: vezetéknev

4. mező: utónevek

5. mező: születési idő (nap/hónap/év)

6. mező: társadalombiztosítási azonosító szám

7. mező: a kibocsátó intézmény azonosító száma és betűjele

8. mező: kártyaazonosító szám (az adott kártya sorszáma)

9. mező: a kártya érvényességének utolsó napja – az ellátás a 9. mezőben jelzett időponttól az EU Kártya alapján nem nyújtható.

Az intelligens Európai Egészségügyi Kártyával foglalkozó kezdeményezések

Az 1990-es évek második felétől kezdve számos kezdeményezés indult útjára egy intelligens európai egészségbiztosítási kártya létrehozására. Az Európai Parlament és az EU Kutatási Főigazgatósága 2001-ben megjelent tanulmányában⁵⁶ rámutatnak arra, hogy az intelligens kártyák jelentősen javítanák az egészségügyi szolgáltatások hatékonyságát és átláthatóságát az egészségügyi és biztosítási adatokhoz való gyors és egyszerű hozzáférés révén, valamint csökkentenék az egészségügyi ellátás költségeit. Megjegyzik továbbá, hogy a siker kulcsa a rendszer európai szintű átjárhatósága az adatok megbízhatósága és megfelelő védelme mellett.

CARDLINK 2 (1996-1999)

A projekt fő célkitűzése egy sürgős esetekben alkalmazható egységes egészségügyi kártya létrehozása és tesztelése volt az EU 9 országának 10 régiójában. A kártyán található biztonsági rendszer által védett adatokhoz házi orvosok, szakorvosok, gyógyszerészek és a közigazgatásban dolgozók férhettek hozzá. A résztvevő tagállamok között volt Finnország, Franciaország, Görögország, Hollandia, Írország, Németország, Olaszország, Portugália, Spanyolország. A projekt megvalósítása során 100 000 kártyát bocsátottak ki és folyamatosan értékelték a rendszer működését felhasználói és szolgáltatói oldalról egyaránt.

NETLINKS (1998-2000)

Az EU 4. K+F Keretprogramjának keretében, az Európai Bizottság támogatásával valósult meg a NETLINKS projekt, melyben olasz, német, francia és a kanadai partnerek vettek részt. A projekt célja az egészségügyi adatbázisok határon átnyúló átjárhatóságának népszerűsítése volt. A projekt keretében határon átnyúló pilot régiók kerültek kijelölésre, majd a tapasztalok alapján az interoperabilitásra és az intelligens kártyák használatára vonatkozó technológiai és működési javaslatokat fogalmaztak meg.

⁵⁶ Directorate General for Research – A European Health Card, Final Study, 2001 - [http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/etudes/join/2000/296701/DG-4-JOIN_ET\(2000\)296701_EN.pdf](http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/etudes/join/2000/296701/DG-4-JOIN_ET(2000)296701_EN.pdf) (Utolsó letöltés dátuma: 2017. november 29.)

G-8 HEALTHCARE DATA CARD

1995-ben a G8 tagjai az Európai Bizottság közreműködésével azonosították az egészségügyi adatok kezelésére vonatkozó nemzeti kezdeményezéseket, majd ezek alapján indították el pilot projektjüket. A projekt keretében a következő fejlesztéseket indították el:

- egy létfontosságú adatokat tartalmazó kártya létrehozása sürgős esetekre
- egy nemzetközi szintű, az adminisztrációt segítő adatbázis fejlesztése,
- és egy egészségügyi szakemberek azonosítására alkalmas kártya, mely a betegek adatainak védelmét szolgálja.

A technológiai együttműködésre nagy hangsúlyt fektettek, melynek eredményeként az összes résztvevő országban kibocsátott kártya használható volt a többi országban is.

A konzorcium tagjai: Franciaország, Németország, Olaszország, Kanada, Egyesült Királyság, Egyesült Államok, Japán, Oroszország.

Nemzeti intelligens egészségügyi kártyák

Az nemzetközi intelligens egészségügyi kártya kezdeményezésekkel párhuzamosan számos országban használnak elektronikus kártyákat (e-card) egészségügyi célokra.⁵⁷ A legtöbb esetben a kártya a biztosítási jogviszony ellenőrzésére és az adminisztráció egyszerűsítésére szolgál. Több ország esetében az egészségügyi kártyát a személyazonosító igazolványba integrálják (Belgium, Észtország, Finnország, Olaszország, Portugália).

Ausztria

Ausztriában egy 2005-ben megvalósult projekt keretében több mint 8 millió állampolgár és 12 ezer orvos kapott elektronikus egészségügyi kártyát. Az első fázisban az e-card az biztosítási jogviszony ellenőrzésére szolgált, majd 2006-tól kezdődően a kórházi információs rendszerek integrálása, plusz egyéb funkciók fokozatos hozzáadása is megkezdődött. A z e-card egy kártyaolvasó segítségével biztonságos hozzáférést biztosít az orvosok számára a betegadatokhoz, melyeket egy központi hálózaton tárolnak. A kártya nem csak egészségügyi, de egyéb hivatalos ügyek intézésére (e-government) is alkalmas.

⁵⁷ Anastasis P. Keliris, Vassileios D. Koliass and Konstantina S. Nikita: Smart Cards in Healthcare Information Systems: Benefits and Limitations, 2013 - <https://www.computer.org/csdl/proceedings/bibe/2013/9999/00/06701540.pdf> (Utolsó letöltés dátuma: 2017. október 4.)

Belgium

1998-tól kezdődően a belga társadalombiztosítási rendszer valamennyi kedvezményezettje társadalombiztosítási kártya használatára jogosult. A 2004-ben indított Carenet projekt elsődleges célja az egészségbiztosítási státusz ellenőrzésének egyszerűsítése, valamint a biztosítók és az egészségügyi ellátók közötti 99%-ban papír mentes kommunikáció elérése volt. Az egészségügyi ellátást biztosító szereplők egy szolgáltatói kártyát használnak az adatok elérésére.

Finnország

A finn e-személyazonosító igazolvány (eID card) egy személyes információkat tartalmazó intelligens kártya, melynek használatához PIN kódra van szükség. Az elektronikus személyazonosító kártya használatának előmozdítása céljából, 2004-től az állampolgároknak lehetősége van eldönteni, hogy az egészségügyi adataik felkerüljenek-e a kártyára.

Franciaország

Az 1998-ban bevezetésre került Vitale Carte egy mikroprocesszort tartalmazó kártya, amely eredetileg az egészségbiztosítási adatok tárolására szolgált, majd később az egészségi állapotra vonatkozó információk is rákerültek. A második generációs kártyák a sürgősségi ellátás hatékonyságának növelése érdekében már tartalmazzák az állampolgárok kórelőzményeit is. A biztonsági szerveren tárolt adatok kizárólag egészségügyi szakemberek számára érhetők el.

Németország

Németországban 2000-ben kezdődött meg az intelligens kártyák (Krankenversichertenkarte) fejlesztése, melyek 2006-ban kerültek bevezetésre. Két típusú kártyát bocsátottak ki, egyiket a betegek, másikat pedig az egészségügyi szakemberek számára. A kártya tartalmazza a beteg egészségbiztosítási adatait, valamint a páciens önkéntesen dönthet a felírt gyógyszerek listájának és a sürgősségi ellátáshoz szükséges adatok tárolásáról.

Szlovénia

A szlovén egészségbiztosítási kártya rendszert 1999-ben vezette be az Egészségbiztosítási Intézet az Európai Unió ajánlásait követően. A rendszer két elektronikus azonosító kártyát foglal magába: az egészségbiztosítási kártyát (HIC) a biztosított személyek számára és az egészségügyi szakmai kártyát (HPC) a szakemberek számára. A HIC egy mikroprocesszorral

ellátott intelligens kártya, melynek chipje a következő adatokat tárolja: a kártya tulajdonos személyes adatai, társadalombiztosítási szám, a kötelező és önkéntes biztosítás adatai, tulajdonos orvosának adatai, döntés szervadás kérdésében, felírt gyógyszerek és gyógyászati segédeszközök.⁵⁸

Az intelligens, digitális chip alapú európai egészségbiztosítási kártya a jelenlegi rendszerhez képest jelentős előrelépést jelentene a páciensek egészségügyi információinak a nyomon követése során. Azonban egy ilyen európai szintű projekt megvalósulását számos tényező akadályozza:

- Ahogy az előbbieken bemutattuk, az európai kezdeményezés előtt számos nemzeti szintű egészségügyi chipkártya-rendszer került bevezetésre, melyek lecserélése igen költséges volna, így ezek a tagállamok alapvetően fékezik az egységesítési folyamatot.
- A beruházási költség szintén akadályozó tényezőt jelent azon tagállamok esetében, ahol jelenleg nem működik ilyen rendszer. Ezek esetében a teljes rendszer-infrastruktúra kiépítése szükséges lenne.
- A gyors technológiai fejlődés eredményeként, egy jövőbeli jobb digitális megoldás lehetősége következtében nem garantált, hogy a kártyás rendszer bevezetése megtérül.
- A gyakorlati megvalósítást szintén hátráltatja az egészségügyi szakemberek és az egészségügyi szolgáltatók együttműködésének, valamint az orvosi nyilvántartásokra és az egészségügyi adatokra vonatkozó egységes szabványoknak a hiánya.

⁵⁸ <http://www.eski.hu/hol/cikkh.cgi?id=1740> - utolsó letöltés 2017. október 4.

2. melléklet

A mentőállomások elhelyezkedésére vonatkozó adatok forrásai:

- Országos Mentőszolgálat, Magyarország
- Rotes Kreuz Burgenland (Burgenlandi Vöröskereszt), Ausztria
- Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou (Egészségügyi Felügyeleti Hatóság) – Szlovákia
- Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (Szlovénia Egészségbiztosítási Intézete) – Szlovénia
- Republika Slovenija Ministrstvo za zdravje (Egészségügyi Minisztérium) – Szlovénia
- Hrvatski zavod za hitnu medicinu (Horvát Sürgősségi Intézet) – Horvátország

Egyéb nyilvános források:

- <https://www.samariterbund.net/> - utolsó letöltés: 2017. november 3
- <http://www.resuscitatio.org.rs/shmp/index.html> - utolsó letöltés: 2017. november 3.
- <http://www.ambulantatimis.ro/> - utolsó letöltés: 2017. november 3.
- <http://ambulantabihor.ro/> - utolsó letöltés: 2017. november 3.
- <http://ambulantaarad.ro/> - utolsó letöltés: 2017. november 3.
- <http://www.ambulantasm.ro/> - utolsó letöltés: 2017. november 3.

A kórházak listáját tartalmazó adatok forrása:

- Emberi Erőforrások Minisztériuma, Országos Tisztifőorvosi Feladatokért Felelős Helyettes Államtitkárság, Magyarország
- Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (Egészségügyi Minisztérium), Ausztria: https://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit/Krankenanstalten/Krankenanstalten_und_selbststaendige_Ambulatorien_in_Oesterreich/Krankenanstalten_in_Oesterreich - utolsó letöltés: 2017. november 15.
- Österreichischer Spitalskompass (Oszták kórházi iránytű), Ausztria: <https://www.spitalskompass.at/> - utolsó letöltés: 2017. november 15.
- Republika Slovenija Ministrstvo za zdravje (Egészségügyi Minisztérium), Szlovénia: http://www.mz.gov.si/07007943.php/pogoste_vsebine_za_javnost/strokovne_institucije/javni_zavodi_bolniscice/ - utolsó letöltés: 2017. november 16.
- Republika Hrvatska Ministrstvo za zdravstvo (Egészségügyi Minisztérium), Horvátország: <https://zdravlje.gov.hr/arhiva-80/ministarstvo-zdravlja/zdravstvene-ustanove-u-republici-hrvatskoj/opce-bolnice/665> - utolsó letöltés: 2017. november 16.
- Hrvatskom zavodu za zdravstveno osiguranje (Horvát Egészségbiztosítási Intézet), Horvátország: <http://www.hzzo.hr/zdravstveni-sustav-rh/zdravstvena-zastita>

pokrivena-obveznim-zdravstvenim-osiguranjem/adresar-zdravstvenih-
ustanovapri vatnih-praksi/ - utolsó letöltés: 2017. november 16.

- Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej Republiky (Egészségügyi Minisztérium), Szlovákia: <http://opz.health-sf.sk/?file=13a0800122e173d3f64fbe7b64d21f8c> - utolsó letöltés: 2017. november 16.
- Republika Srbija Autorna Pokrajina Vojvodina, Pokrajinski Sekretarijat za Zdravstvo (Vajdasági Tartomány Egészségügyi Titkársága), Szerbia: http://www.zdravstvo.vojvodina.gov.rs/index.php?option=com_content&view=article&id=337:opte-bolnice&catid=69:zdravstvene-ustanove&Itemid=75 - utolsó letöltés: 2017. november 17.
- Institutii medicale din Romania, Románia: <http://www.e-spitale.info/> - utolsó letöltés: 2017. november 17.
- КОМУНІКАЦІЙНИЙ ПОРТАЛ за підтримки міністерства охорони здоров'я України (Kommunikációs Portál az Egészségügyi Minisztérium támogatásával), Ukrajna: <http://micto.ua/med/zakarpatska-obl/> - utolsó letöltés: 2017. november 17.

Bibliográfia

Tanulmányok

Anastasis P. Keliris, Vassileios D. Kolias and Konstantina S. Nikita,: Smart Cards in Healthcare Information Systems: Benefits and Limitations, 2013 -

<https://www.computer.org/csdl/proceedings/bibe/2013/9999/00/06701540.pdf> (Utolsó letöltés dátuma: 2017. október 4.)

CESCI, Jogi Akadálymentesítés, Jogszabályi leltár, 2016

https://cescijogi.files.wordpress.com/2016/11/ja_04_jogszabalyileltar.pdf - utolsó letöltés: 2017. november 2.

Directorate General for Research – A European Health Card, Final Study, 2001 -

[http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/etudes/join/2000/296701/DG-4-JOIN_ET\(2000\)296701_EN.pdf](http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/etudes/join/2000/296701/DG-4-JOIN_ET(2000)296701_EN.pdf) (Utolsó letöltés dátuma: 2017. november 29.)

ESKI Egészségügyi Rendszertudományi Iroda, Tájékoztató Országtanulmány, Románi, 2010

https://era.aEEK.hu/HealthOnline/kepek/ho/anyagok/romania_2010.pdf - utolsó letöltés: 2017. november 20.

European Cross-Border Cooperation on Health: Theory and Practice , DG Regio, 2017

http://ec.europa.eu/regional_policy/en/information/publications/brochures/2017/european-cross-border-cooperation-on-health-theory-and-practice - utolsó letöltés: 2017. november 22.

Dr. Frenzl István, Dr. Balázs József, Dr. Urbán Ferenc, Dr. Turchányi Béla: Betegutak és sürgősségi osztály tervezés, A Debreceni Egyetem Általános Orvostudományi Kar Traumatológiai és Kézsebészeti Tanszék, Kenézy Gyula Kórház és Rendelőintézet Baleseti Sebészeti és Kézsebészeti Osztály, Debrecen, közleménye, 2015 -

<https://matrokplaszt.files.wordpress.com/2016/05/03frenzl.pdf> - utolsó letöltés: 2017. október 26.

Gesundheit Österreich GmbH, The Austrian Health Care System, 2013,

https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/3/4/4/CH1066/CMS1291414949078/austrian_health_care_key_facts_2013.pdf- utolsó letöltés: 2017. november 19.

GYEMSZI IRF Rendszerelemzési Főosztály: Az EU tagországok mentési rendszereinek jellemzői, 2014 https://era.aEEK.hu/zip_doc/kutatas/2014/EU_mentesi_rendszerek_v1.pdf- utolsó letöltés: 2017. november 19.

GYEMSZI IRF Rendszerelemzési Főosztály: Az EU tagországok mentési rendszereinek jellemzői, 2014 https://era.aEEK.hu/zip_doc/kutatas/2014/EU_mentesi_rendszerek_v1.pdf- utolsó letöltés: 2017. november 19.

GYEMSZI IRF Rendszerelemzési Főosztály: Tájékoztató Országtanulmány Horvátország Egészségügyéről, 2014 https://era.aEEK.hu/HolOrszag/csatolt/20141021_horvatorszag_2014_okt.pdf- utolsó letöltés: 2017. november 19.

GYEMSZI IRF Rendszerelemzési Főosztály: Tájékoztató Országtanulmány Románia Egészségügyéről, 2013 https://era.aEEK.hu/HolOrszag/csatolt/20140626_romania_2013.pdf - utolsó letöltés: 2017. november 20.

GYEMSZI IRF Rendszerelemzési Főosztály: Tájékoztató Országtanulmány Szlovákia Egészségügyéről, 2014 https://era.aEEK.hu/HolOrszag/csatolt/20141022_szlovakia_2014_okt.pdf - utolsó letöltés: 2017. november 20.

GYEMSZI IRF Rendszerelemzési Főosztály: Tájékoztató Országtanulmány Szerbia Egészségügyéről, 2013 https://era.aEEK.hu/HolOrszag/csatolt/20140626_szerbia_2013.pdf - utolsó letöltés: 2017. november 20.

Szalay T, Pažitný P, Szalayová A, Frisová S, Morvay K, Petrovič M and van Ginneken E. Slovakia: Health system review. Health Systems in Transition, 2011 http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/140593/e94972.pdf- utolsó letöltés: 2017. november 19.

Jogsabályok, jogi anyagok

A szociális biztonsági rendszerek koordinálásáról szóló 883/2004/EK rendelet

A személyek határátlépésére irányadó szabályok uniós kódexéről (Schengeni határ-ellenőrzési kódex) szóló EURÓPAI PARLAMENT ÉS A TANÁCS (EU) 2016/399 RENDELET (2016. március 9.)

A természetes személyeknek a személyes adatok kezelése tekintetében történő védelméről és az ilyen adatok szabad áramlásáról, valamint a 95/46/EK irányelv hatályon kívül helyezéséről szóló Európai Parlament és Tanács (EU) 2016/679 rendelet

Az Európai Parlament 2007. november 15-i jogalkotási állásfoglalása a schengeni vívmányok rendelkezéseinek a Cseh Köztársaságban, az Észt Köztársaságban, a Lett Köztársaságban, a Litván Köztársaságban, a Magyar Köztársaságban, a Máltai Köztársaságban, a Lengyel Köztársaságban, a Szlovén Köztársaságban és a Szlovák Köztársaságban történő teljes körű alkalmazásáról szóló tanácsi határozattervezetről 11722/2007–C6-0244/2007–2007/0810(CNS))

AZ EURÓPAI PARLAMENT ÉS A TANÁCS 2005/36/EK IRÁNYELVE (2005. szeptember 7.) a szakmai képesítések elismeréséről

Az Európai Parlament és a Tanács 2013/55/EU irányelve (2013. november 20.) a szakmai képesítések elismeréséről szóló 2005/36/EK irányelv és a belső piaci információs rendszer keretében történő igazgatási együttműködésről szóló 1024/2012/EU rendelet (az IMI-rendelet) módosításáról

ECC/DEC/(08)05 - The harmonisation of frequency bands for the implementation of digital Public Protection and Disaster Relief (PPDR) narrow band and wide band radio applications in bands within the 380-470 MHz range

ECC/DEC/(11)04 - Exemption from individual licensing of digital terminals of narrowband and wideband PMR/PAMR/PPDR systems and free circulation and use of digital terminals of narrowband and wideband PPDR systems operating in the 80 MHz, 160 MHz, 380-470 MHz and 800/900 MHz bands

Frekvenciakoordinációról szóló többoldalú - ROU-SVK-UKR-HNG - szakértői értekezlet záróokirata, Budapest, 1999. október 18-22.

Ausztria, Horvátország, a Cseh Köztársaság, Németország, Magyarország, Olaszország, Szlovákia, Szlovénia és Svájc távközlési igazgatásai között létrejött megállapodás a 380–385 MHz és a 390–395 MHz közötti sávokban a földi digitális mozgórészek által használt preferált frekvenciáknak a felosztásáról készenléti szolgálatok számára, levelezés útján elfogadva (2000. október 26.) Szlovénia elfogadta (2002. március 25.)

2/2007. (III.13.)) IMR rendelet a megkülönböztető és figyelmeztető jelzést adó készülékek felszerelésének és használatának szabályairól

41/2004. (IV. 7.) GKM rendelet a közúti járművezetők pályaalakmassági vizsgálatáról

47/2004. (V. 11.) ESZCSM rendelet - Az egészségügyi ellátás folyamatos működtetésének egyes szervezési kérdéseiről

109/2007. (V. 15.) Korm. rendelet az egységes digitális rádió-távközlő rendszerről és 1053/2005. (V. 26.) Korm. Határozat az egységes digitális rádió-távközlő rendszer (EDR) kialakításával, valamint az EDR szolgáltatás vásárlásával kapcsolatos feladatokról.

A magyar-szovjet szociálpolitikai egyezmény végrehajtásáról szóló 7/1964. (VIII.30.) MüM rendelet

A magyar-jugoszláv szociálpolitikai egyezményről szóló 1959. évi 20. sz. tvr.

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

EU ajánlások, közlemények, szabványok

A BIZOTTSÁG AJÁNLÁSA az elektronikus egészségügyi nyilvántartó rendszerek határokon átnyúló átjárhatóságáról (2008/594/EK), 2008

A BIZOTTSÁG KÖZLEMÉNYE AZ EURÓPAI PARLAMENTNEK ÉS A TANÁCSNAK a schengeni rendszer fenntartásáról és megerősítéséről (COM(2017) 570 final)

A BIZOTTSÁG KÖZLEMÉNYE AZ EURÓPAI PARLAMENTNEK, A TANÁCSNAK, AZ EURÓPAI GAZDASÁGI ÉS SZOCIÁLIS BIZOTTSÁGNAK ÉS A RÉGIÓK BIZOTTSÁGÁNAK, Elektronikus egészségügyi cselekvési terv a 2012–2020 közötti időszakra – innovatív egészségügyi ellátás a 21. században, 2012

EUROPEAN COMMISSION: COMMUNICATION FROM THE COMMISSION TO THE COUNCIL AND THE EUROPEAN PARLIAMENT: Boosting growth and cohesion in EU border regions, 2017

EN 1789:2007+A2 2015 „Mentőautók és felszerelésük – betegszállító autók” (Medical vehicles and their equipment. Road ambulances)

ETSI EN 300 392-396, 2017

ETSI TR 102 021, 2010

Internetes források

<http://www.eski.hu/hol/cikkh.cgi?id=1740> - utolsó letöltés 2017. október 4.

<http://isitep.eu/> utolsó letöltés: 2017. november 23.

http://projekt.healthacross.eu/fileadmin/root_healthacross/healthacross/results/WoerterbuchRettungsdienst.pdf - utolsó letöltés: 2017. november 16.

<http://www.adozasausztria.hu/tarsadalombiztositas-tartomanyonkent> - utolsó letöltés: 2017. november 20

<http://www.eng.rfzo.rs/index.php/aboutus>- utolsó letöltés: 2017. november 19.

<http://www.hpi.sk/en/2014/01/serbia-brief-health-system-review/>- utolsó letöltés: 2017. november 19.

<http://www.hspm.org/countries/romania23092016/livinghit.aspx?Section=5.5%20Emergency%20care&Type=Section>- utolsó letöltés: 2017. november 19.

<http://www.iranyausztria.hu/betegbiztositasi-rendszer-ausztriaban/> - utolsó letöltés: 2017. november 20.

http://www.moz.gov.ua/ua/portal/pre_20161130_d.html- utolsó letöltés: 2017. november 19.

<https://era.aEEK.hu/teljes-oroszag.php?&okod=24> - utolsó letöltés: 2017. november 20.

<https://era.aEEK.hu/teljes-oroszag.php?&okod=24> - utolsó letöltés: 2017. november 20.

<https://era.aEEK.hu/teljes-oroszag.php?&okod=24> - utolsó letöltés: 2017. november 20.

<https://era.aEEK.hu/teljes-oroszag.php?&okod=25> - utolsó letöltés: 2017. november 21.

<https://era.aEEK.hu/teljes-oroszag.php?&okod=27> - utolsó letöltés: 2017. november 21.

<https://rettungohnegrenzen.de/> - utolsó letöltés: 2017. november 16.