

Tisztelt Kollégák!

A MOK BTSZ Elnöksége 2026. március 17. napján megtartott elnökségi ülésen elfogadott egy új fórumot, "Mi fáj a budapesti orvos(ok)nak?", melynek célja a tagokkal való élő kapcsolattartás, és a gyakorlatban tapasztalt olyan problémák megismerése, melyek esetén útmutatót adhatnánk a szakmai érdekképviselő körében a helyzet kezeléséhez, vagy továbbításra kerülhetnének a hatáskörrel és illetékességgel rendelkező szervek felé. A jelenleg ismerteket folyamatosan közzétesszük és várjuk a hozzászólásokat.

prof. dr. Lotz Gábor István elnök

Mi fáj a budapesti orvos(ok)nak?

1.) Fekvőbeteg szakellátásból érkezett jelzés: a teljesítendő havi munkaidőből levonásra („mínuszolásra”) kerül a munkáltató számára kötelezően kiadandó pihenőidő, melyet valamikor le kell dolgoznia az orvosnak

A probléma alapja: az egészségügyi tevékenység végzésének egyes kérdéseiről * szóló 2003. évi LXXXIV. törvény 12/G. § * (1) bekezdésében foglaltakból adódik a jogalkalmazók számára. *„Az egészségügyi tevékenység befejezése és a következő, munkarend szerint megkezdett egészségügyi tevékenység között legalább tizenegy óra időtartamú megszakítás nélküli pihenőidőt kell biztosítani, amely a megszakítás nélkül működő egészségügyi szolgáltatók esetében a felek megállapodása alapján legalább nyolc óra időtartamú megszakítás nélküli pihenőidőre csökkenthető. **Egészségügyi ügyelet esetén ezt a pihenőidőt közvetlenül az egészségügyi ügyelet befejezését követően kell kiadni.***

A munkavállalók számára biztosítandó pihenőidő a napi és a heti pihenőidő, mely a munkaidő beosztás részét képezi. Ugyanakkor az egészségügyi ügyeletet követően kiadandó pihenőidő gyakorlati alkalmazása a jogszabályban nem kellően rendezett olyan különleges pihenőidő, melynek kiadása a munkáltató kötelezettsége, és ez egyben az érintett orvos ezen idő alatti foglalkoztatásának jogi gátját képezi. Ennek a pihenőidőnek a biztosítása a munkáltató kötelezettsége, amelynek idejére tehát a dolgozó mentesül a munkavégzési kötelezettsége alól.

Azt, hogy ezt a pihenőidőt utóbb le kellene dolgoznia az érintett orvosnak, semmi nem írja elő, és azt sem teszi lehetővé egyetlen jogszabály sem, hogy a munkabér (illetmény) számfejtése során ezzel a pihenőidővel csökkenthető lenne a teljesített vagy teljesítendő havi munkaidő. Ez a pihenőidő a két egészségügyi tevékenység közötti kötelező leállás, amelynek célja az orvos egészségének védelme, és a betegellátás során az orvos munkára alkalmas állapotának is az előfeltétele kellene, hogy legyen.

Ezen probléma megoldására precedens ítélet nem ismert, ezért fontos lenne, hogy a jogalkotó mondja ki, hogy erre a pihenőidőre milyen pl. akár az állásidőre vonatkozó szabályokat kell alkalmazni. A MOK nem rendelkezik jogalkotási javaslattevési jogkörrel, azonban a probléma ismert és a szakmai kamara jelzéssel élhet a jogalkotók felé. A MOK BTSZ problémát a MOK Országos Hivatala felé már továbbította.

2.) Házi gyermekorvostól érkezett jelzés:

A házi-gyermekorvosok rengeteget dolgoznak együtt a gyerekjóléti intézményekkel, a gyámhivatallal, viszont a kölcsönös tájékoztatási kötelezettség ellenére a kommunikáció gyakran hiányos, egyoldalú.

A területi ellátási kötelezettség alá tartozó gyermek egészségügyi alapellátásába tartozó valamennyi feladat ellátásáért teljes felelősséggel tartozik az adott gyermekorvos. Amennyiben a gyermekvédelmi szervek problémát észlelnek, elküldik jogszabályban kötelezően elrendelt GYSZ4-es jelű nyomtatványt, melynek kitöltése során a gyermekorvosoknak valamennyi általuk ismert és egyébként nem csak az orvosi titoktartás körébe tartozó, de védett és különösen védett adatokat is meg kell adniuk. Ennek cserébe jogos elvárás, hogy kapjanak visszajelzést, mi történik, vagy mi történt az ellátási körzetükbe tartozó gyermekkel (pl. kiemelték a családból, gondozásba vették?) A gyakorlat azt mutatja, hogy nem történik meg az orvosok felé a tájékoztatás. A háziorvosi tevékenységről szóló jogszabályok szerint, addig felelős a gyermek-házi orvos a gyermek ellátásáért, ameddig a NEAK finanszírozási adatok szerint oda tartozik a területi ellátási kötelezettségből eredően. Jogos elvárás tehát, hogy teljes körű tájékoztatást kapjanak a házi orvosok olyan körülményekről, vagy adatokról, amelyek a gyermek házi orvosára tartoznak. A gyámhatóságokról, valamint a gyermekvédelmi és gyámügyi eljárásról szóló 149/1997. (IX. 10.) Korm. rendelet 15. § -a kimondja, hogy *** Minden olyan ügyben, amelyben a döntés** más szerv feladatkörét is érinti, vagy a döntés valamely jog érvényesítéséhez, kötelezettség teljesítéséhez, illetve eljárás lefolytatásához szükséges, az ügyfelet és **a feladatkörében érintett más szervet vagy személyt a döntés véglegessé válásáról értesíteni kell.** Tehát a házi gyermekorvost megilleti a tájékoztatáshoz való jog és ezzel a jogával élhet is, igényelheti a tájékoztatást, melyet írásban érdemes megtenni. Ugyanakkor kívánatos lenne, ha a fenti kormányrendelet szellemének megfelelően az állami szervek hivatalból tájékoztatnák a velük együttműködő házi gyermekorvost a gyermek sorsáról, mivel az annak ellátását is érintheti.

Ide tartozik, hogy a védőnőnek joga és egyben kötelezettsége is, a területi védőnői ellátásról szóló 49/2004.(V.21.) ESzCsM) rendelet szerint, hogy kapcsolatot tartson és együttműködjön kiemelten a háziorvosi ellátás, és a gyermekjóléti, a szociális és családsegítést végző intézmények illetékes szakembereivel. A tájékozottság tehát a védőnői kapcsolaton is múlik.

3.) Nagyon sok jelzés érkezik a feladat-ellátási szerződések megkötésével, módosításával kapcsolatban és annak alapján a gyakorlati végrehajtás kérdéseivel. Ez egy olyan témakör, ami folyamatot érdemel a jövőben is. (Pl.: milyen szerződésnek

minősül a feladat-ellátási szerződés, mik a felektől elvárható szerződésből és nem jogszabályból (!) eredő kötelezettségek stb.)

Jelenleg csak egy aktuálisan érkezett jelzéssel foglalkozunk, ami felnőtt háziorvostól érkezett: az egészségügyi alapellátásról szóló 20154. évi CXXIII törvény szerint a települési önkormányzat köteles gondoskodni az iskola egészségügyi ellátásról, ebből eredően kereste meg az egyik kerületi önkormányzat háziorvosait, hogy a kötelező kampányoltásban vegyenek részt.

Az iskolaorvoslás nem része a területi ellátási kötelezettségnek, erről külön jogszabály – az iskola-egészségügyi ellátásról szóló 26/1997. (IX. 3.) NM rendelet – rendelkezik, amely egyértelműen kimondja, hogy az iskola-egészségügyi ellátást az iskolaorvos teljes vagy részmunkaidőben végezheti, a gyermek, házi gyermekorvosával egyeztetve és vele együttműködve. Ez azt jelenti, hogy a védőoltások – amely egyébként is ma egy érzékeny és vitatott téma – beadására, mint kampány oltásban való részvételre nem lehet érvényesen felkérni a felnőtt háziorvosokat, a külön erre szóló szerződéskötés felajánlása során pedig kiemelt figyelmet kell fordítani arra, az iskolaorvosi feladatokat – lehetőség szerint iskolaegészségtan és ifjúságvédelem szakvizsgával is rendelkező – háziorvosi, belgyógyász vagy csecsemő-gyermekgyógyász orvos láthatja el. Az iskolaorvos által ellátandó feladatokat jogszabály határozza meg, ezen belül csak az egyik feladat az iskolai életkorhoz kötött és kampányoltások elvégzése és dokumentálása.

Ha tehát bármely háziorvos vállalja az iskolaorvoslási feladatok ellátását, az nem pusztán a kampányoltást jelenti, erre oda kell figyelni.

Folytatás következik,

És neked mi fáj? Kérlek írd meg!

Összeállították a MOK BTSZ elnökségének tagjai és a Területi Szervezet által megbízott ügyvéd

1. Multidiszciplináris együttműködés a dietetikával kapcsolatban

A MOK BTSZ Elnöksége megbeszélésre hívta meg a Magyar Dietetikusok Országos Szövetsége elnöknőjét a „Multidiszciplináris érdekképviselő – együttműködési lehetőségek a Magyar Orvosi Kamara és a Magyar Dietetikusok Országos Szövetsége között” témakörében.

A megbeszélés során felmerült annak aktualitása, hogy mind az alapellátásban, mind a szakellátásban a dietetikusok prevencióba és terápiába történő bevonása egyre hangsúlyosabb igényként jelentkezik. Ugyanakkor a jelenlegi rendszerben ezen szakemberek megfelelő számú és strukturált bevonása nem megoldott.

A hiány pótlásához szükséges jogszabályi és finanszírozási háttér kialakítása elengedhetetlen, amelynek kezdeményezése és előmozdítása közös érdekképviselői feladatként jelenik meg.

2. Gyógyszerfelírást érintő változások – ismeretterjesztések szükségessége

A MOK tagjai részéről igény merült fel arra, hogy a közeljövőben hatályba lépő gyógyszerfelírási szabályozás változásaira is tekintettel rendszeres szakmai ismeretterjesztések kerüljenek megszervezésre.

Ennek érdekében a Magyar Orvosi Kamara Budapesti Területi Szervezete és a Magyar Gyógyszerészeti Kamara Budapesti Szervezete együttműködésében olyan fórumok létrehozása indokolt, amelyek nemcsak az ismeretek átadását szolgálják, hanem lehetőséget biztosítanak szakmai eszmecserére és a gyakorlati kérdések közös megvitatására is.

3. Vérvételi tevékenység jogi és finanszírozási kérdései az alapellátásban

Háziorvostól érkezett jelzés a rendelőben, illetve a fekvőbetegek otthonában végzett vérvételi tevékenységgel kapcsolatban.

A jelenlegi gyakorlatban ezen ellátási forma sem jogszabályi, sem finanszírozási szempontból nem egyértelműen szabályozott. Kérdésként merül fel, hogy a háziorvosi ellátás keretében milyen feltételek mellett végezhető vérvétel, szükséges-e ehhez külön engedély, illetve milyen finanszírozási rend alkalmazandó.

Kiemelten problémás a kórházi ellátást követően, vérvételi kontroll előírásával otthonába bocsátott betegek esete, ahol a kórházi kapacitások szűkülése – például a vérvételi eszközök korlátozott biztosítása révén – nehezíti az alapellátás feladatellátását.

A kérdés jelenleg nyitott: mérlegelendő, hogy a betegek kényelmét és ellátásbiztonságát szolgáló, háziorvos vagy körzeti nővér által végzett mintavétel milyen mértékben illeszthető a háziorvosi feladatkörbe, illetve ennek feltételei milyen módon rendezhetők.

A gyógyszerrendelési jogosultság kiterjesztésével kapcsolatban megjelent a Belügyminiszter 9/2026. (III.25.) sz. BM rendelete, mely 2026- szeptember 20. napján lép hatályba. A jogszabály két másik jogszabályt módosít, lényege a következő:

A társadalombiztosítási támogatással rendelhető gyógyszerekről és a támogatás összegéről szóló **1/2003. (I. 21.) ESzCsM** rendelet

Változás: forgalomba hozatalra engedélyezett NEAK által támogatott gyógyszert a gyógyszerész és az okleveles kiterjesztett hatáskörű ápoló **elektronikus vényen rendelhet** BNO kód feltüntetésével. A NEAK támogatás így kiterjed a nem orvos általi rendelésekre is, azzal, hogy a támogatási jogcíme megegyezik a házi orvos által felírt gyógyszer társadalombiztosítási támogatási jogcímével.

Az emberi felhasználásra kerülő gyógyszerek rendeléséről és kiadásáról szóló **44/2004. (IV. 28.) ESzCsM rendelet**

A módosítás lényege, hogy tételesen felsorolja az orvosokon túl ki jogosult gyógyszerrendelésre, nehézséget okoz azonban a jogértelmezésben, hogy a jogszabály alkalmazza az, illetve szót, ami jelentheti az és-t, és a vagy-ot is. A jogszabály tervezetének a megszüvegezésére vonatkozó általános követelményeknek ez a szóhasználat nem felel meg, ugyanis számomra sem egyértelmű, hogy a gyógyszer rendelésére mikor jogosult az egészségügyi alapellátásban foglalkoztatott okleveles kiterjesztett hatáskörű ápoló,

ha a gyógyszertár személyi jogos gyógyszerésze, az intézeti vezető főgyógyszerész,

illetve a házi orvosi, házi gyermekorvosi alapellátást nyújtó egészségügyi szolgáltató **a házi orvosa, házi gyermekorvosa azt lehetővé tette.**

Tehát kérdés, hogy a nem gyógyszerész esetében együttes feltétellel, vagy önállóan is lehetővé teheti a házi orvos ezt a jogosultságot és fordítva ugyanez igaz-e a személyi jogos, vagy főgyógyszerészre.

A jogszabályban további előírások is vonatkoznak a nem orvos által történő gyógyszerrendelésekre.

A rendelet tervezetét a MOK megkapta, a tervezet indoklása is tartalmazta: „*A krónikus betegségben szenvedő, folyamatos gyógyszeres terápiában részesülő betegek számára létfontosságú, hogy a szükséges gyógyszereik folyamatosan rendelkezésre álljanak. A betegbiztonság szem előtt tartásával szükséges lehetővé tenni, hogy – elsősorban a krónikus betegek kényelme érdekében – bizonyos esetekben gyógyszerész vagy okleveles kiterjesztett hatáskörű ápoló is írhasson fel társadalombiztosítási támogatással gyógyszert.*”

A MOK elnöke észrevételében több irányú orvos-szakmai aggályát fejezte ki és megfelelő egyeztetések lefolytatását kérte a 2026. február 20-án kelt levelében, azonban a jogszabály március 25.-én megjelent a Magyar Közlönyben.

Dr. Ábel Tatjana a MOK BTSZ Elnökségének titkára a csatolt táblázatban foglalta össze a 9/2026.(III.25.) BM rendelettel kapcsolatos fontos tudnivalókat, melyekre ezúton is felhívjuk tagjaink figyelmét.

Vizsgált szempont	A rendelet releváns rendelkezése	Orvosi/szakmai kétség, kockázat	Lehetséges előny / ellenérv	Jogi–szakmai megjegyzés
A gyógyszerrendelés kompetenciája	A gyógyszerész és a kiterjesztett hatáskörű ápoló (KHHÁ) elektronikus vényen rendelhet gyógyszert.	Az orvosi álláspont szerint a gyógyszerrendelés nem pusztán adminisztratív cselekmény, hanem diagnosztikai és terápiás döntés. A gyógyszerelés folytatása is klinikai újraértékelést igényelhet.	Javíthatja a gyógyszerhez jutás folyamatosságát, különösen krónikus betegek esetén.	A rendelet implicit módon részleges terápiás döntési kompetenciát delegál nem orvosi szereplőkre, miközben a klinikai felelősségi rendszer nem teljesen részletezett.
Krónikus gyógyszerelés folytatása	Feltétel: az elmúlt 6 hónapban legalább 120 napra már rendelte az orvos, és a beteg kiváltotta.	A „korábban rendelt gyógyszer” nem azonos a stabil betegállapottal. A terápia időközben kontraindikálttá válhat.	Kiszűri az új terápiák indítását; kizárólag fennálló kezelés folytatására vonatkozik.	A szabályozás nem ír elő kötelező állapotfelmérést vagy laboreredmény-ellenőrzést az ismételt rendelés előtt.
Orvosi kontroll csökkenése	A beteg új orvosi vizsgálat nélkül is hozzájuthat gyógyszeréhez.	Késheet a kontrollvizsgálat, diagnózismódosítás vagy terápiakorrekció.	Csökkentheti a háziorvosi túlterhelést és az adminisztratív receptírási kényszert.	Az orvosi kontroll gyakoriságának minimuma nincs meghatározva.
EESZT-adatok felhasználása	A gyógyszerész az EESZT gyógyszerelési adatai alapján írhat fel.	A gyógyszerelési lista nem tartalmaz teljes klinikai képet (fizikális státusz, labor, differenciáldiagnózis).	Az EESZT növeli az információ-hozzáférést és a transzparenciát.	Az adat-hozzáférés mélysége és az értelmezési jogosultság gyakorlati kérdései részben nyitottak.
Felelősségi rendszer	A rendelet nem részletezi külön a káreseményi felelősség-megosztást.	Nem teljesen egyértelmű, hogy hibás gyógyszerelés esetén kit terhel a felelősség.	A dokumentált elektronikus rendszer utólag auditálható.	A polgári jogi, foglalkozási és szakmai felelősségi viszonyok csak általános szabályokból vezethetők le.
Gyógyszer-interakciók és mellékhatások	Nincs külön új klinikai kontroll-előírás.	A gyógyszerész nem feltétlenül látja az összes akut betegséget vagy szakorvosi döntést.	A gyógyszerész farmakológiai kompetenciája erős lehet interakciók felismerésében.	A rendelet alapvetően gyógyszerelési, nem diagnosztikai logikára épül.
Terápiás fragmentáció veszélye	Több szereplő rendelhet ugyanazon terápiában.	Nőhet a párhuzamos vagy koordinálatlan gyógyszerelés kockázata.	A digitális vényrendszer javíthatja a nyomon követhetőséget.	A koordinációs kötelezettség nincs részletes protokollhoz kötve.
Gyógyszerész személyes betegtalálkozása	A gyógyszerész csak személyesen megjelent betegeknek rendelhet vagy törv.képv. útján	A személyes megjelenés nem egyenértékű orvosi vizsgálattal.	Korlátozza a visszaélések és távoli rendelés lehetőségét.	A rendelet minimális betegazonosítási és jelenléti garanciát tartalmaz.
Felírható gyógyszerek köre	Kábítószer és pszichotróp gyógyszer nem rendelhető.	Más magas kockázatú gyógyszercsoportok viszont továbbra is érintettek lehetnek.	A legmagasabb visszaélési potenciálú gyógyszereket kizárja.	A tiltott gyógyszercsoportok taxatív felsorolása szűkebb, mint a potenciálisan veszélyes terápiák köre.
Felírható mennyiség	Maximum 30 napra elegendő mennyiség rendelhető.	A 30 nap alatt is kialakulhat súlyos állapotromlás vagy mellékhatás.	Korlátozza a kontroll nélküli hosszú távú gyógyszerelést.	A jogalkotó nyilvánvalóan átmeneti „bridging prescription” modellt kívánt kialakítani.
Már meglévő orvosi vény kizárása	Nem lehet érvényes orvosi vény ugyanarra a gyógyszerre.	Technikai vagy időbeli szinkronizációs problémák előfordulhatnak.	Csökkenti a kettős rendelés veszélyét.	Informatikai függőség jelentős; EESZT-hiba esetén működési kérdések merülhetnek fel.
APN/KHHÁ kompetencia (Advanced Practice Nursing) az orvos/gyógyszerész lehetővé teszi	Kiterjesztett hatáskörű ápoló (KHHÁ) is rendelhet.	Az APN-rendszer Magyarországon még fejlődő struktúra, eltérő gyakorlati tapasztalatokkal. Kik ők? Hogy teszik lehetővé a felírást?	Nemzetközi modellekben az APN-rendszer több országban működőképes.	A magyar szabályozási és protokollkörnyezet még részben kialakulóban van.
Alapellátási rendszerre gyakorolt hatás	A rendelet célja a gyógyszerhez jutás biztosítása.	Kritika szerint strukturális orvoshiányt kezel kompetencia-átruházással.	Rövid távon javíthatja az ellátás hozzáférhetőségét.	Egészségpolitikai kérdés, hogy ez átmeneti tehermentesítés vagy tartós kompetencia-átrendezés.
Betegbiztonság deklarált célja	A preambulum kifejezetten hivatkozik a betegbiztonságra.	Az orvosi kritika szerint a közvetlen orvosi kontroll csökkentése önmagában betegbiztonsági kockázat lehet.	A gyógyszerelés megszakadásának elkerülése szintén betegbiztonsági érdek.	A rendelet két betegbiztonsági elv között egyensúlyoz: terápiás folytonosság vs. közvetlen orvosi kontroll.
Végrehajtási és protokollkérdések	A rendelet részletszabályai korlátozottak.	Nem teljesen tisztázott a napi működés: értesítés, audit, dokumentáció, kommunikáció.	A gyakorlat során kialakulhatnak standardizált protokollok.	Várhatóan további szakmai módszertani irányelvek lesznek szükségesek.