

# JOGI FÓRUM PUBLIKÁCIÓ

**A szülészeti ellátás mint egészségügyi szolgáltatás és a tervezett kórházon  
kívüli szülések jogi szabályozása**

**Szerző: dr. Varga Andrea**

**Budapest, 2017. szeptember 14.**

## I. Bevezetés

A magyar kormány hosszas várakozást követően egy 2011-ben alkotott rendelettel szabályozta első ízben a kórházon kívüli szülészeti ellátást, majd 2014. július 1-jétől kezdve lehetővé tette a szülésznői várandósgondozást. Egy különösen érzékeny és megosztó témában kezdődött meg ezzel a jogi rendezés.

Bár a történelem folyamán korábban egyáltalán nem számított különlegességnek, az otthon szülés aránya Magyarországon a XX. századra minimálisra csökkent. Amikor az 50-es években a medicalizálódási folyamat elindult, a szülések helyszíne először vidéki szülőotthonokba, majd kizárólag a kórházakban működő szülészeti osztályokra tevődött át. A szülőotthonok, amelyek átmenetet képeztek a kórházi és otthon szülések között, elsősorban a vidéken, falvakban élő családokat látták el. 1996-ban azonban megszűnt az utolsó önálló szülőotthon<sup>1</sup> is, hivatalosan minden szülést egészségügyi intézményhez rendeltek.

Ezzel párhuzamosan a bábák (szülésznők) szerepe folyamatosan háttérbe került, majd a kórházi körülmények között gyakorlatilag megszűnt, a műszeres vizsgálatok, szülésvezetések térhódítása pedig teljesen kiszorította a szülészeti gyakorlatból a természetes módszereket.

A szülészeti ellátás intézményesítése azonban nem jelentette a kórházon kívüli ellátás teljes megszűnését, hiszen otthon szülések továbbra is történtek, viszont a jogilag rendezetlen körülmények az ellátást nyújtók és az ezt választó családok számára is kockázatokkal és kellemetlen következményekkel járhattak.<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Szeghalom, "Tündérlak" ([http://szeghalom.hu/latnivalok/volt\\_szulootthon.pdf](http://szeghalom.hu/latnivalok/volt_szulootthon.pdf))

<sup>2</sup> Vincze Felícia, Lipienné Krémer Ibolya: Az intézeteken kívüli szülés helyzetének és a szülésznők szerepének alakulása hazánkban Orvosi Hetilap 2016; 157(11): 415-423.

Hazánkban az európai országokhoz hasonlóan az otthonszülés sohasem volt tiltva, bár 2011 áprilisáig szabályozva sem. E jogszabályi hiányosság évtizedes problémákat okozott, az “illegális talaján” manőverezésre kényszerítve mindenkit, aki kórházon kívül akart szülni, s vele együtt családjaikat és a szüléskor segédkező egészségügyi szakembereket is. Ez a helyzet szinte kriminalizálta az otthonszülést, a szülésorvosok, bábák ellen indított eljárások, büntető perek pedig további negatív hatással voltak/vannak a közvéleményre.

A szabályozatlanság miatt 2010-ben egy várandós kismama a strassbourgi Emberi Jogok Európai Bíróságához fordult (az Egyezmény 8. cikkelyére hivatkozva) panaszával, hogy a magyar állam megsértette a magánélethez való jogát (önrendelkezési jogát) azzal, hogy a magyar jogi szabályozás miatt nem tud megfelelő szaksegítséget igénybe venni az otthonszüléshez. A bíróság helyt adott keresetének, és marasztalta a magyar államot<sup>3</sup>. A jogalkotói munka felgyorsításában talán szerepet játszott még dr. Geréb Ágnesnek, a hazai otthonszülés-mozgalom elindítójának letartóztatása, és az ügy kapcsán szerveződő civil- és emberjogi megmozdulások is.

Végül 2011 áprilisában, hosszas egyeztetéseket követően (a szakma támogatása hiányában) elkészült az intézeten kívüli szülést szabályozó kormányrendelet, ezzel mintegy formálisan is legalissá téve az otthonszüléseket. A szabályozás mindenképpen nagy előrelépés, sokat javult az otthonszülő nők és a segédkező bábák helyzete, ugyanakkor még mindig csak nagyon kevesen tudnak arról, hogy van választási lehetőségük. Évekkel a rendelet hatályba lépése után végzett felmérések szerint az orvosok egy része sem volt tisztában a jogszabályi változásokkal<sup>4</sup>.

## **II. A szülészeti ellátás szabályozása**

A szülés helyét illetően ma Magyarországon a nők számára általában véve - a magánkórházakat külön nem nevesítve - két lehetőség adott, azaz két helyszín közül választhatnak: szülhetnek kórházban, szülészeti osztályon (ez a jellemző), vagy intézeten kívül (azaz otthon). Az utóbbi lehetőséget azonban kizárólag szigorú feltételek szerint. Létezik harmadik, talán a legszélesebb társadalmi

---

<sup>3</sup> c. Ternovsky v. Hungary

<sup>4</sup> Varró G.: Otthonszülés a gyakorlatban a szabályozás után, 2014

körben előnyös megoldás is, amely hazánkban még nem, de külföldön sok helyen szervezeten és az állam által kifejezetten támogatottan működik, mégpedig a kórházi szülészeti ellátástól független, kórházban, vagy azon kívül működő születésközpont intézménye (MLU).<sup>5</sup>

Magyarországon ez a fogalom még ismeretlen, de remélhetően a közeli jövőben létre jön az első, kórház mellett működő “születésközpont”, és végre megvalósulhat majd nálunk is ez az ellátási forma.<sup>6</sup>

Még mielőtt konkrétan foglalkoznék az intézményen kívüli szülés szabályozásával, röviden ismertetem a szülészeti ellátás jogi hátterét.

### 1. Szülés kórházban

Magyarországon a szülészeti ellátás a fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátás keretében történik. A kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló törvény vonatkozó rendelkezése szerint a biztosított a kórházi ellátás keretében jogosult a magzat méhen belüli gyógykezelésére, továbbá szülészeti ellátásra.<sup>7</sup> Mivel azonban a várandósság nem betegség, nem sorolható a gyógykezelések körébe, így nem is egyazon törvényhely, hanem az “Egyéb egészségügyi szolgáltatások” címszó alá került a vonatkozó rendelkezés.

A várandós kismamát szabad orvosválasztási jog illeti meg a várandósgondozáshoz, illetve a szüléshez. Minden kismama annál az orvosnál szülhet, akit választ, maximum az orvos szabad kapacitása vagy az orvos felkészültsége korlátozhatja ezt a jogát. Tekintve, hogy az orvos és páciense közötti kapcsolat a szülészet-nőgyógyászatban különösen a bizalomra épül, ez a szabályozásnak egy nagyon fontos pozitívuma. (Más kérdés persze, hogy mennyire volna ez lényeges a természetes szülés szem-

---

<sup>5</sup> Midwifery Led Unit (MLU) - szülésznők által működtetett egység, ahol a szülésznők alacsony kockázatba sorolt várandósok számára nyújtanak szülészeti ellátást az Egyesült Királyságban. Születésközpontoknak is nevezik ezeket, s az ilyen egységek működhetnek közvetlenül a kórház szülészeti osztálya mellett (AMU), vagy pedig önállóan, körzeti szülőotthonként (FMU), vagy a körzeti kórházban.

Forrás: RCM: Standards for Birth Centres in England: a standards document, 2009

Az oxfordi National Perinatal Epidemiology Unit (NPEU) által végzett kutatások során meghatározott definíciók ezek.

<sup>6</sup> A Bethesda Kórház tervezett új szülészeti osztálya 2019 második felében indulhat el

<sup>7</sup> 1997. évi LXXXIII. törvény (Ebtv.) 15.§ (1) bek.

léletét választó várandós számára, ha szülészeti osztályon működő “bábai szobába” vagy - ma még nálunk nem létező - születésközpontba mehetne szülni.)

A szülészeten irányadó szemlélet, az adott osztályon alkalmazott, rutinszerű gyakorlat kórházonként nagyon eltérő lehet. Magyarországon nincs egységesen elfogadott, folyamatosan frissülő, az interneten hozzáférhető, a nemzetközi értelemben véve egységes, szülészeti szakmai protokoll.

Léteznek ugyan szülészeti irányelvek, az Egészségügyi Minisztérium szakmai irányelvei és szakmai protokolljai, amik a hivatalosan elfogadott protokollok, ám ezek kizárólag egy-egy témakörre íródtak (pl. Császármetszés, Szülés indukció). Konkrétan magáról a szülésről azonban nincs ilyen, jogilag érvényesnek tekinthető protokoll.

## 2. Finanszírozás

A szülés mint fekvőbeteg ellátás finanszírozása az adott szakma ajánlása alapján rendeleti szinten szabályozott, a vonatkozó rendelet melléklete tartalmazza.<sup>8</sup> A fekvőbeteg-ellátás finanszírozási kategóriáinak rendszere a HBCs. A HBCs egy mozaikszó (Homogén Betegség Csoportok), ami a betegségeket és sérüléseket olyan kategóriákba sorolja, amelyek költség szempontjából hasonlóak egymáshoz. Az ellátást a kórház az egyes esetekre alkalmazandó HBCs kódokhoz rendelt súlyszám, illetve az ápolási határnapok alapján számolja el. Az egy HBCs-n belüli esetek tehát megközelítőleg azonos költséggel járnak. A határnapok számát a szülés jellege és az édesanya, illetve az újszülött állapota határozza meg. Az adott évben egy esetért finanszírozott összeg a HBCs súlyszám és az évente a költségvetésben meghatározott díjtétel alapján kerül meghatározásra<sup>9</sup>. A császármetszés alsó határnapja például 2, felső határnapja 38 nap. A hüvelyi szülés alsó határnapja 3(!), felső határnapja 25 nap. A két szülés típus esetén előírt alsó határnapok számításának logikája véleményem szerint erősen vitatható. E körben is talán hamarosan változás várható...

---

<sup>8</sup> 9/1993.(IV.2.) NM rendelet 3. sz. melléklete

<sup>9</sup> Pl. császármetszés esetén a finanszírozott összeg 192 ezer Ft, hüvelyi szülésnél 93 ezer Ft volt 2008-ban.

“A rövid ellátási (az alsó határnap letelte előtt befejezett) eset után az intézmény nem jogosult a teljes HBCs díjra. Az alsó határnap alatti egy napra eső díj a teljes HBCs díjnak az alsó határnap számával elosztott hányadosa.” Tehát ha az anya az alsó határnap előtt távozik a kórházból, akkor az egészségbiztosító csak időarányosan finanszírozza az ellátást, azaz a kórház nem kapja meg a teljes HBCs díjat.<sup>10</sup> Természetesen a különbözetet a kórház nem fizettetheti ki a kismamával. Jogi lehetőség van ugyan a korábbi távozásra, de erről kevesen tudnak, és mivel ilyenkor a kórház eszik a támogatás egy részétől, esetleg rosszállást vált ki az ezzel próbálkozó anyuka saját magával szemben.

A társadalombiztosítás fedezi tehát a kórházi szülés költségét azon kismamák esetén, akik érvényes biztosítási jogviszonnal rendelkeznek. Kivéve azonban az elektív császármetszést, mert a hivatkozott rendelet melléklete szerint, ha az elvégzett beavatkozás nem orvosi indikációra történt, az E. Alapból nem finanszírozható.

Érdekes továbbá, hogy mivel egy beindult szülés a sürgősségi ellátások közé sorolható, a szülő nő - függetlenül attól, biztosítottnak minősül-e - mindenképpen ellátást fog kapni a kórháztól, ahol megjelenik, illetve ahová beviszik. Utóbb az ellátás költségét persze meg kellene fizettetni az érvényes biztosítási jogviszonnal nem rendelkező pácienssel. Az elszámolási nyilatkozatot a kórház a fizetésre kötelezettségre való felhívással együtt kiadja ilyenkor a távozó kismamának, ennek teljesítése a gyakorlatban azonban igen eshetőleges kimenetelű. (Hosszútávon az ilyen esetek kezelésével mindenképpen foglalkozni kell majd.)

### 3. Az intézeten kívüli szülés

#### 3.1. A jogi szabályozás lényege<sup>11</sup>

A magyar kormány 2011. április 1-jén léptette hatályba a 35/2011. (III. 21.) Korm. rendeletet, amely az intézeten kívüli szülészeti ellátás szabályozását tűzte ki célul. Az intézeten kívüli szülés ma Magyarországon gyakorlatilag az otthoni szülést jelenti.

---

<sup>10</sup> 43/1999. (III.3.) Korm. rendelet 40.§. (6) bekezdés

<sup>11</sup> 35/2011. (III.21.) Korm. rendelet

A tervezett intézeten kívüli szüléshez kapcsolódó ellátás egészségügyi szolgáltatás, amely keretében a várandós nő a szülészeti és újszülött ellátást előzetes választása alapján (a terhesség betöltött 36. hetéig dönthet erről), előre tervezett módon a fekvőbeteg-szakellátás keretein kívül veszi igénybe.

Ezt a szolgáltatást a jogszabályi előírásnak megfelelő, e tevékenységre vonatkozó működési engedéllyel és érvényes felelősségbiztosítással rendelkező egészségügyi szolgáltató nyújthatja, szigorú előírások alapján, szülész-nőgyógyász szakorvos, vagy megfelelő képesítéssel rendelkező szülésznő közreműködésével. Minimális személyi feltételként két felelős személy jelenlétét írja elő a jogszabály. Tehát minden szülésen két (!) szakember vesz részt, aki szülész-nőgyógyász szakorvos vagy felsőfokú végzettséggel rendelkező szülésznő lehet. E kettőt együtt nevezi a jogszabály felelős személynek. A szolgáltatónak továbbá legalább két éves neonatológiai gyakorlattal rendelkező neonatológus (csecsemő- és gyermekgyógyász szakorvos) közreműködését is biztosítani kell, aki a szükséges vizsgálatokat a szülést követő huszonnégy órán belül elvégzi.

A kórházon kívüli szülést választó várandós nő tehát egészségügyi szolgáltatót és felelős személyt választ. A felelős személy az egészségügyi szolgáltatóval munkaviszonyban vagy munkavégzésre irányuló egyéb jogviszonyban álló, vagy az egészségügyi szolgáltató vezetését ellátó személy lehet. Az ellátásra vonatkozóan a várandós nő és az egészségügyi szolgáltató megbízási szerződést kötnek.

A kormányrendeletet 2012 januárjában módosították, amivel a gyakorlatban is lehetővé tették a szükséges engedélyek megszerzését. Ezzel megszűnt az a "zsákutcs helyzet", ami az engedély megszerzéséhez kórházi gyakorlatot írt elő azoknak az ellátóknak, akik alapvetően intézeten kívüli szüléseknél segédkeztek. A minisztérium és a szakma a rendelet megalkotásával arra törekedett, hogy a kórházon kívüli szüléseket biztonságossá, rendezetté és központilag szabályozottá tegye.<sup>12</sup>

---

<sup>12</sup> Vincze Felícia, Lipienné Krémer Ibolya: Az intézeten kívüli szülés helyzetének és a szülésznők szerepének alakulása hazánkban  
Orvosi Hetilap 2016; 157(11): 415-423.



A kórházon kívüli szülészeti és újszülött ellátás igénybevételének egészségügyi feltételeit (alacsony rizikó-csoportba sorolás) és kizáró okait, az ellátáshoz szükséges tárgyi és higiénés feltételeket, valamint a háttérkórházba történő szállítás indikációit taxatív felsorolja a jogszabály melléklete. (Ld. rendelet 1-3. melléklete)

A szülésben történő közreműködés csak akkor kezdhető meg, ha a rendelet mellékletében felsorolt tárgyi, valamint higiénés feltételek a szülés helyszínén rendelkezésre állnak.

Szigorú kikötés a helyszínt illetően, hogy húsz percen belül elérhető háttérkórház (szülészeti és újszülött-ellátást nyújtó, TB-finanszírozott kórház) vállalja a szülő nő esetleges ellátását (a területi ellátási kötelezettség esetét kivéve - ekkor ugyanis köteles vállalni a kórház). E feltétel teljesítése céljából a rendelet előírja, hogy a felelős személynek (azaz az otthonszüléshez választott orvosnak illetve szülésznőnek) a tervezett kórházon kívüli szülésről a várandós nő döntését követően írásban vagy elektronikus úton értesítenie kell a háttérkórház szülészeti és újszülött-ellátást nyújtó osztályát. Területi ellátási kötelezettség hiányában a háttérkórháznak az értesítés vételét vissza kell igazolnia, és azt jóvá kell hagynia. Jóváhagyás hiányában a felelős személynek az ellátás választott helyszíne szerinti területi ellátási kötelezettséggel rendelkező szülészeti és újszülött-ellátást nyújtó fekvőbeteg-gyógyintézetet kell értesítenie. Tekintve, hogy ez utóbbi kórház az ellátást nem tagadhatja meg, ilyen esetben csupán az értesítés tudomásul vételéről tájékoztathatja a felelős személyt. Amennyiben a háttérkórházba szállításra esetleg szükség van, tehát a rendelet 2. mellékletben felsorolt feltételek valamelyike bekövetkezik, a szülő nőt, illetve az újszülöttet azonnal a háttérkórházba kell szállítani. A felelős személy köteles a szülő nőt, illetve az újszülöttet a kórházba elkísérni, és a rendelkezésére álló egészségügyi dokumentációt az ügyeletes szakorvosnak átadni. De ez esetben is - a helyszínen maradó - felelős személyek felelnek a továbbiakban szükséges ellátás nyújtásáért.

Az Rh-negatív vércsoportú anya esetében szükséges köldökzsinór- és anyai vér levételéről és laboratóriumba szállításáról, az anti-D ellenanyag beszerzéséről és beadásáról, az újszülött veleszületett anyagcsere-betegségek szűrővizsgálatainak elvégzéséről, és a szüléssel kapcsolatos adminisztrációs feladatok teljesítéséről a szolgáltatónak, az újszülött BCG-védőoltás beadásáról pedig a házi gyermekorvosnak kell gondoskodnia.

A felelős személynek a szülést követő naptól számított három napon keresztül az anya és az újszülött állapotát naponta ellenőriznie kell, az első és a harmadik napon személyes ellenőrzés keretében. Az újszülött ellátását a születést követő negyedik naptól a házi gyermekorvos veszi át.

A rendelet furcsa és véleményem szerint erősen megkérdőjelezhető módon szabályozza az intézeten kívüli szülészeti és újszülött ellátás finanszírozhatóságát.

A rendelet alapján az ellátásra az egészségügyi szolgáltató és a várandós nő megbízási szerződést köt, az ellátás azonban a társadalombiztosításból nem lesz finanszírozott, függetlenül attól, hogy az anyának egyébként van-e érvényes biztosítási jogviszonya.

Ezzel szemben a rendeletben meghatározott gyermekorvosi<sup>13</sup>, a védőnői, továbbá a háttérkórház által egy esetleges beszállítást követően nyújtott ellátás, a mentés és az ott elvégzett laboratóriumi vizsgálatok finanszírozott esetnek minősülnek. Az újszülött 0-4 napos korban történő életkorhoz kötött szűrővizsgálatait viszont az E. Alap a HBCs súlyszám csupán 16 százalékával finanszírozza.<sup>14</sup>

Véleményem szerint a rendelet a kórházon kívüli szülést választó nőket alaptalanul diszkriminálja azzal, hogy nem teszi lehetővé a társadalombiztosítási finanszírozást.

---

<sup>13</sup> 43/1999. (III.3.) Korm.r. 36.§.(2) bek. c)

<sup>14</sup> 9/1993. (IV.2.) NM rendelet 1.§. (13a) bek., és 217/1997. (XII.1.) Korm r. 2.§.(4) bek. és 20/B.

### 3.2. Gyakorlati problémák a rendelet alkalmazása körében<sup>15</sup>

A bábák alapvetően működőképesnek tartják a szabályozást, bár véleményük szerint nagyon szigorúak, és a gyakorlatban nehezen teljesíthetők a követelmények. Mára négy ilyen egészségügyi szolgáltató kezdte meg sikeresen működését az országban.

Sajnos azonban hiába történt meg a jogi rendezés, a részleteket még mindig nem ismerik a várandósgondozást végző nőgyógyászok, védőnők és az önkormányzati szervek. A jogszabály hatályba lépését követően 3 évvel később, 2014-ben végzett felmérés szerint a nőgyógyászok több, mint harmadának, a védőnők több, mint felének nem volt megfelelő információja a szabályozásról, sőt sokan azt sem tudták, hogy az otthoni szülés választható lehetőség. A helyzet azóta sem változott jelentősen.

Komoly gyakorlati probléma, hogy az otthoni szülésnek nincs érvényes szakmai protokollja, és nagyon kevés az otthoni szüléshez értő szakember. Hiszen itt a kórházi gyakorlattól meglehetősen eltérő szakmai jártasságra van szükség. A szülésznőknek nincs továbbá szakmai képviselete, rájuk is a kórházi szülésekkel kapcsolatos eljárás alkalmazandó.

Receptírási jog hiányában (szülésznőknek nincs receptírási joga) nehéz a szükséges gyógyszerek beszerzése, az Rh-negatív anyák számára szükséges anti-D szérumhoz való hozzájutás. Problémás továbbá az anyakönyvezés is az új szabályozásról való hiányos ismeretek miatt.

TB-finanszírozás hiányában átlagosan 150.000,- forintba kerül egy otthoni szülés, ami a családok számára sokszor igen megterhelő. A helyzet furcsa szabályozása során a várandósgondozást és a kórházi vizsgálatokat a biztosított várandós ugyan jogosult igénybe venni, míg például az anti-D ellenanyag szintén önköltséges.

---

<sup>15</sup> Varró G.: Otthoni szülés a gyakorlatban a szabályozás után, 2014

Kórházba szállítás: A megkezdett otthon szülésekből az anyák nagyjából 10%-a kerül kórházba a szülés folyamán fellépő komplikáció miatt, a beszállítások nagyobb része nem vészhelyzeti eset, általában a szülés valamelyik fázisának elhúzódása történik ilyenkor. Egy ilyen helyzet azonban általában komoly feszültséggel, felesleges pszichés megterheléssel jár a szülők és szülésznők, valamint a kórházi személyzet számára is. Az ilyen stressz helyzetek fő oka - a kutatások szerint - elsősorban a kommunikáció és az információ hiányában keresendő. Ideális megoldás lehetne, hogy azokban az esetekben, amikor a szülésznő egy intézeten kívül megkezdett szülésnél a beszállítás mellett döntenek, egy közös protokoll szerint járnának el.<sup>16</sup>

#### 4. Várandós gondozás

Az intézeten kívüli szülés jogi kereteinek megteremtését követően mindenképpen szólni kell a várandósgondozás szabályozását érintő változásokról. 2014 nyarán új rendeleti szabályozás lépett hatályba a várandósgondozásról, a 26/2014. (IV.8.) EMMI rendelet, amelynek legnagyobb vívmánya, hogy alacsony rizikójú várandósság esetén szülésznő is végezheti a várandósgondozást.

A korábbi szabályozás (a védőnői rendszer) unikumnak számított Európában, ezt nem is sikerült beilleszteni az európai uniós jogharmonizációs folyamatba. Az új szabályozás alapján a várandósgondozás továbbra is egy komplex egészségügyi szolgáltatás, mely az egészségügyi ellátórendszer oldalán három, illetve a várandós nő választása alapján négy szereplős lehet. A szülész-nőgyógyász szakorvos, a védőnő és a házi orvos kötelező gondozásán túl, új elem a szülésznő által nyújtott szolgáltatás, melynek igénybe vétele opcionális.

Az új szabályozás legnagyobb vívmánya, hogy alacsony rizikójú várandósság esetén szülésznő is végezheti a várandósgondozást.

---

<sup>16</sup> Vincze Felícia, Lipienné Krémer Ibolya: Az intézeten kívüli szülés helyzetének és a szülésznők szerepének alakulása hazánkban  
Orvosi Hetilap 2016; 157(11): 415-423.

A kórházon kívüli szülést választók esetében azért nagy előrelépés a szülésznői várandósgondozás megvalósulása, mert végre lehetőséget teremt a bábai modell hazai kialakulása felé, ami a fejlett országokban már évtizedek óta jól működik. (A bábai modell: a szülésznő által kísért, a szülésre mint természetes, fiziológiai folyamatra tekintő, a szülő nőt középpontba helyező szemlélet a szülészetben, célja a normális lefolyású várandósság és szülés támogatása.) A bábai modellnek fontos része a kismama várandósság alatti gondozása is, amely alapját képezi a bizalmi kapcsolat kialakulásának, mire a szülés ideje elérkezik. Ehhez nyújt törvényes keretet a várandósgondozási rendelet.<sup>17</sup>

Fontos új momentum továbbá a szakorvosi tevékenységben a szülész-nőgyógyász azon feladata, hogy a terhesség megállapítása után rizikófelmérést kell végeznie, aminek függvényében a várandós - ha a szakorvos alacsony rizikójúnak "minősíti" - választása szerint szülésznőhöz is járhat gondozásra.

Hogy mely esetekben beszélhetünk alacsony rizikójú várandósságról, a rendelet 1. § (3) bekezdése határozza meg, azaz alacsony rizikójú a várandósság akkor, ha a várandós családi, egyéni, fertilitási és - nem első várandósság esetén - előző várandósságra vonatkozó anamnézisében nincs olyan tényező, amely szakorvosi megítélés szerint az anya vagy a magzat egészségét hátrányosan befolyásolhatja.

A nyugati világban teljesen természetes, hogy szülésznők végzik a várandósgondozást, de nálunk egyelőre ez még nagyon szokatlan. A változtatásra a jogharmonizációs nyomás mellett, az egészségügyi ellátás körülményeinek robbanásszerű változása, a diagnosztikus eljárások fejlődése miatt is szükség volt.

---

<sup>17</sup> Vincze Felícia, Lipienné Krémer Ibolya: Az intézeten kívüli szülés helyzetének és a szülésznők szerepének alakulása hazánkban  
Orvosi Hetilap 2016; 157(11): 415-423.

A szabályozás adta új lehetőség elterjedése megoldást jelentene a fokozódó orvoshiányból adódó problémák kezelésére. Évről-évre kevesebb orvos végez az egyetemeken, s közülük is nagy számban keresnek és találnak jobban fizető, megbecsült állás- és karrierlehetőséget külföldön. Vidéken köztudottan még rosszabb a helyzet, szülészeti osztályok zárnak be szakorvoshiány miatt. A szülész-nőgyógyász szakorvosok száma vélhetően tovább fog csökkenni a jövőben, s hamarosan országos szinten is égető szükség lesz a bábák által kínált "olcsóbb" megoldásra. Fokozatosan kiterjesztett közreműködésük előbb vagy utóbb megkerülhetetlen lesz.<sup>18</sup>

### III. Probléma felvetések, javaslatok, a jogi szabályozás hiányosságai

Az alábbiakban összegyűjtöttem néhány, az intézeten kívüli szülészeti ellátás zavartalan működése érdekében rendkívül fontos területet, kérdéskört, ahol a jogi szabályozás homályos vagy teljességgel hiányzik, vagy éppen maga a fogalom ismeretlen hazánkban, pedig a szülészeti ellátással szemben támasztott európai szintű igények kielégítéséhez - véleményem szerint - elengedhetetlen volna.

Az intézeten kívüli szülés tb finanszírozásba történő bevonása

Véleményem szerint alkotmányjogi kérdést vet fel, hogy milyen elvi alapon zárják ki a támogatásból az egyébként a magyar jog szerint biztosított várandós kismamát pusztán azért, mert a kórházi szülészettől eltérő helyszínt választ a szülésére. Utóbbi lehetőség mindenkit megillető, a strassbourgi Emberi Jogok Európai Bírósága által Magyarországgal szemben is deklarált alapjog. Ha innen közelítjük meg a kérdést, a jelenlegi szabályozás diszkriminatív, már a hatályos jogszabályi rendelkezés<sup>19</sup> önmagában is módosításra szorulna.

---

<sup>18</sup> Klinikum nőgyógyászat, Új törvény szabályozza a várandósgondozást Az EMMI rendeletéről Dr. Pajor Attila professzort kérdeztük IME XIII. ÉVFOLYAM 3. SZÁM 2014. ÁPRILIS

<sup>19</sup> 35/2011. (III.21.) Korm. rendelet 13.§ (1) bek.

Mivel a szövődményes esetek kezelése eleve a meglévő struktúrában, a szakmai szabályok és működő finanszírozással történik egyébként az otthoni szülések kapcsán is, a beavatkozástól mentes, normál lefolyású, természetes szülésekre is számítható volna a spontán hüvelyi szülés esetére számolt HBCs kód alapján a kórházaknak térített kifizetés.

## 2. Az ambuláns szülés fogalmának bevezetése, és társadalombiztosítási finanszírozásának szabályozása

Ambuláns szülésről beszélünk akkor, amikor az anya és az újszülött a szülést követően 3-24 órán belül távozik a kórházból.

Elvileg ma sem törvénybe ütköző, ha az anya elhagyja a kórházat. Az Eütv. 12.§. értelmében a betegek (jelen esetben a megszült nők) joga van a gyógyintézetet elhagyni, amennyiben azzal mások testi épségét, egészségét nem veszélyezteti. "E jog csak törvényben meghatározott esetekben korlátozható."<sup>20</sup> A szülés esete itt megint speciális, hiszen az anya e jogának értelmezésekor mindig ott van az újszülött, akinek testi épségének és egészségének védelme az anyát megillető jog korlátja lehet adott esetben. Egy szövődménymentes, természetes szülés esetén, egészséges újszülöttnél azonban vajon milyen, az újszülött érdekét "védő" egészségügyi ok állhat fenn? Szakorvosi (szülész-nőgyógyász és neonatológus) kompetencia kellene, hogy legyen a kérdés eldöntése, hogy egy frissen szült nő hazamehet-e egészséges újszülöttjével néhány órával a szülés után vagy sem, nem pedig a finanszírozási rendeletben meghatározott tény.

---

<sup>20</sup>1997. évi CLIV. tv. (Eütv.) 12.§

Az egészségügyi szakellátás társadalombiztosítási finanszírozásának egyes kérdéseiről szóló rendelet<sup>21</sup> tartalmazza a homogén betegcsoportokhoz (HBCs) rendelt súlyszámokat, valamint az egyes HBCs-k alsó, felső és normatív határnapját. Eszerint a császármetszés és műtétes hüvelyi szülés alsó határnapja 2 nap, míg a normál, beavatkozás nélküli hüvelyi szülés alsó határnapja 3 nap. Véleményem szerint ez már önmagában is kérdéses és vitatható, hogy vajon milyen egészségügyi alapja van ennek a jogszabályi rendelkezésnek.

Mivel a jelenlegi szabályozás szerint minimum 3 nap benttartózkodás után számolhatja el a kórház a normál, hüvelyi szülés HBCs kódja szerinti súlyszámmal számított teljes összeget, ambuláns szülés esetén ennek csupán időarányos részét kapná, annak ellenére, hogy az ellátással kapcsolatban felmerült "költség" nagyobb része csupán az első nap, a szülés során jelentkezik. Ahhoz, hogy a kórház is érdekelt legyen az ambuláns szülés támogatásában, azaz ne legyen a finanszírozás módszere gátló tényező, meglátásom szerint a hüvelyi szülés HBCs-jének alsó határnapját 0-1 napra kellene módosítani.

### 3. Az intézeten kívüli szülésre alkalmazandó szakmai protokoll elkészítése

A magas technikai fejlettségű, gépesített diagnosztikai eszközök használata nélkül, a szülő nő melletti folyamatos, személyes jelenlétén és "megfigyelésén" alapuló szüléskísérés a kórházakban oktatott hagyományos szülésvezetéstől eltérő szakmai felkészültséget és tapasztalatot is megkíván az otthoni szülést kísérő szakorvostól és/vagy szülésznőtől. Az eltérő körülmények, a kórházi felszereltség hiánya (akárcsak a felszereltség különböző volta) miatt értelemszerűen más, e különbségeket figyelembe vevő szakmai eljárási rendre van szükség. Máskülönben otthoni szülésnél is a kórházi szülésekre érvényes protokollokat kellene alkalmazni, ami a kórházi szülés átültetése lenne otthoni körülmények közé.<sup>22</sup>

Ennek az új szakmai protokollnak a kidolgozása szerencsére már el is kezdődött.<sup>23</sup>

---

<sup>21</sup> 9/1993. (IV. 2.) NM rendelet 3. melléklete, (HBCs Főcsoport 14)

<sup>22</sup> Varró G.: Otthoni szülés a gyakorlatban a szabályozás után, 2014

<sup>23</sup> Interjú dr. Bálint Balázs szülész-nőgyógyással



Egyes elképzelések szerint nem is feltétlenül kórházi, illetve intézeten kívüli szülésre vonatkozó szakmai protokollra lenne szükség, hanem sokkal inkább az egészségügyi szempontok alapján alacsony, illetve magas kockázati csoportba sorolt várandósság esetén alkalmazandó szakmai iránymutatásra. Hiszen az egészséges, beavatkozások nélkül lezajló szülés élettani menete valójában mindenhol ugyanaz, kórházi osztályon és otthon is. A magas kockázatú szüléseknél pedig szintén azonos elvek alapján kell, hogy eljárjon a szülészorvos azzal, hogy ilyen esetben csak hagyományos kórházi osztály, vagy adott esetben, szigorúan szakorvosi mérlegelés alapján, orvos által kísért szülés jöhetne szóba.<sup>24</sup>

4. Az érvényben lévő gyermekgyógyászati protokoll felülvizsgálata, és az intézeten kívüli szülésre alkalmazható megfelelő módosítása

Komoly probléma ugyanis, hogy a gyermekgyógyászok nincsenek felkészülve az újszülött ellátására. Sokszor az otthoni szüléseknél az egyik legnehezebb feladat olyan gyermekorvost találni, aki vállalhatná az újszülött ellátását.<sup>25</sup> A házi gyermekorvosok csak a születést követő negyedik naptól veszik át az újszülött ellátását, azt megelőzően az ellátás neonatológus szakvizsgával rendelkező gyermekorvos kompetenciájába tartozik. Az ambuláns szülések elterjedése esetén ez szintén sarkalatos kérdés lenne, azonban véleményem szerint a megoldása szervezés kérdése. Ameddig az ambuláns szülés csak lehetőség az anya számára, addig biztosan nem problémázná a hazamenetelt önként választó anya amiatt, hogy esetleg vissza kell vinnie kisbabáját a kötelező vizsgálatok elvégzésére a kórházba. Értelemszerűen, ha neonatológus gyermekgyógyász rendel az adott körzetben, ez a probléma fel sem merül. Más kérdés, hogy a gyakorlat elterjedésével viszont szükséges lenne biztosítani az állandó neonatológiai rendelést a kórházakban. Véleményem szerint egy második újszülött-gyermekgyógyászt felvenni az ambuláns rendelés biztosítására viszont még mindig költséghatékonyabb megoldás lenne, mint minden szövődménymentesen megszült nőt három napig bent tartani a fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátás keretében.

---

<sup>24</sup> Interjú Horváthné Kondor Katalin szülésznővel (Szent Imre Kórház)

<sup>25</sup> Varró G.: Otthoni szülés a gyakorlatban a szabályozás után, 2014

## 5. Szemléletváltás a szülésznőképzésben

A szülésznők szerepét tekintve szintén szemléletváltás szükséges, és elengedhetetlen a szülésznő képzés EU normáknak megfelelő módosítása, a képzésre vonatkozó 2005/36/EK irányelv<sup>26</sup> magyar jogszabályokba való átültetése, és a szülésznő képzés ehhez igazítása.

A szülésznői szakmai tevékenységek köre külföldön jóval szélesebb, s a közösségi irányelv rendelkezései ránk, mint európai uniós tagállamra is irányadóak. Az irányelv szerint a tagállamoknak módot kell adni arra, hogy a szülésznő kompetenciája kiterjedjen többek között a spontán szülés levezetésére, beleértve a szükség szerinti gátmetszést(!) igénylő eseteket, sürgős esetben pedig a farfekvéses szüléseket is. A szülésznőnek fel kell tudnia ismerni az anyával vagy csecsemővel kapcsolatos, orvoshoz irányítást igénylő rendellenességeket.

## 6. Szülésznői szakmai felügyeleti szerv létrehozása

Szükség volna egy szakmai felügyeleti szerv, bábai szakmai kollégium létrehozására olyan tagokkal, akik a természetes szülés szemléletében jártasok, gyakorlattal rendelkeznek, amely szerv az e szemléletben működő szülészeti intézmények, független szülészeti szolgálatok (otthonszülés esete) szakmai munkáját kontrollálná, a szakmai protokollokat folyamatosan, a tudományos eredményeknek megfelelően újítaná, és szervezné a szakemberek továbbképzését.

Az orvosi és szülésznői szakma feladatai és kompetenciái különbözőek, éppen ezért véleményem szerint logikusan következik, hogy a szakmai munka ellenőrzése és felügyelete is különböző testület hatáskörébe kellene tartozzon.

## 7. A szülészetben elterjedt magánpraxisok társadalombiztosítási finanszírozásának, illetve a beutalási rend körüli visszásságoknak a rendezése

---

<sup>26</sup> 2005/36/EK. irányelv 42. cikk

A magán szolgáltató orvos lehetőségei korlátozottak ezen a téren, hiszen nem jogosult beutalót kiadni az OEP által finanszírozott vizsgálatokra (labor, ultrahang, szakorvosi konzílium). A várandós nő ezért vagy a házi orvosán keresztül, "plusz köröket futva" jut be a kórházba vizsgálatokra, vagy - beutaló hiányában - ismét magán szolgáltatóhoz fordul, ezáltal viszont elesik a társadalombiztosítás támogatásától. A rendszer ily módon való működtetése nem ésszerű, ráadásul pazarló is. Gyakran történnek szükségtelen vizsgálatok a várandósság során, pusztán azért, mert a házi orvosok a saját szakterületük és gondolkodásuk alapján kérnek gyakran teljesen felesleges vizsgálatokat, ugyanakkor néhány fontos és kötelező elmarad, ami újabb laborvizsgálatot, így megjelenést tesz szükségessé. További megoldatlan probléma a nem szülészeti szakorvosi konzíliumok kérdése, amiről a szülészorvos dönt, de beutalót adni ez esetben sem jogosult.

A beutalási rend megfelelő szabályozásával teher kerülne le a házi orvosok válláról, az elvégzett vizsgálatok és betegutak ellenőrizhetővé válnának, az intézkedés nem melleleg csökkenthetné a várandósok munkától való felesleges távollétét, s nem utolsó sorban felesleges kiadásait azáltal, hogy a kötelezően előírt ellátásokhoz való hozzájutást megkönnyítené. A várandósgondozás előnyére válna nem csupán gyakorlati, de pszichés szempontból is.<sup>27</sup>

E jelenlegi gyakorlati problémán túl, véleményem szerint jó megoldás csak úgy képzelhető el, ha az egészségügyben általában, egyértelműen, jogi garanciákkal biztosítva szétválasztásra kerülne a magán és a közfinanszírozott ellátás. Az egészségügy jelenlegi általános alulfinanszírozottsága mellett nagyléptékű változás lehetőségét nem tudom elképzelni. A társadalombiztosítás mellett létező, szabadon választható magánbiztosítási rendszerrel együtt lehetne csak az egészségügyi szolgáltatások valós költségét finanszírozni.

#### **IV. Záró gondolat**

Az otthon szülést általában kevesen választják, a jelenlegi szabályozás ezért az érintettek egy igen kis csoportjának problémáját kezeli csupán. Mindenképpen előre mutató lépés azonban a szülészeti

---

<sup>27</sup> Interjú dr. Bálint Balázs szülész-nőgyógyással

mint egészségügyi ellátás szabályozásának terén az intézeten kívüli szülés jogi rendezése, bár hosszú időnek kell még eltelnie ahhoz, hogy a szakma is pozitívan álljon hozzá (ha egyáltalán ez bekövetkezik).

Maga a tény, hogy e különösen érzékeny és megosztó témában megkezdődött a jogi rendezés, egy előre mutató, pozitív történet. Reményeim szerint a következő lépés innen a külföldön már régóta bizonyítottan jól működő, az állami egészségügyi rendszer által támogatott, de a kórházaktól független születésközpontok (a korábban már röviden említett MLU) hazai megvalósulása lehet.

Azon nők számára ugyanis, akik otthon szülni nem szeretnének, de a kórházakban kialakult általánosnak mondható, néhol a végletekig medikalizálódott szülészeti ellátást sem szeretnék igénybe venni, jelenleg nincs választható alternatíva.

### Felhasznált irodalomjegyzék:

1. Varró Gabriella: Otthonszülés Magyarországon, 2011 Letöltve: <http://www.szuleteshaz.hu/otthonszules-magyarorszagon-tanulmany/> (legutobb:2017.09.14.)
2. Varró Gabriella: Otthonszülés a gyakorlatban a szabályozás után, 2014 Letöltve: <http://docplayer.hu/2038083-Otthonszules-a-gyakorlatban-a-szabalyozas-utan-keszitetten-varro-gabriella-2014-januar.html> (legutobb:2017.09.14.)
3. dr. Bálint Sándor: Alternatív szülészeti módszerek, Komplementer Medicina - 1999. 3. évf. 6. sz.
4. Új törvény szabályozza a várandósgondozást, Az EMMI rendeletéről Dr. Pajor Attila professzort kérdeztük, Klinikum nőgyógyászat IME XIII. Evf. 3. szám, 2014. április) Letöltve: [http://www.imeonline.hu/article/2048/19\\_22.pdf](http://www.imeonline.hu/article/2048/19_22.pdf) (2014.08.)
5. European Court of Human Rights, Second Section, Case of Ternovszky v. Hungary, *Application no. 67545/09*
6. Vincze Felícia, Lipienné Krémer Ibolya: Az intézeten kívüli szülés helyzetének és a szülésznők szerepének alakulása hazánkban, Orvosi Hetilap 2016; 157(11): 415-423. o.

### Felhasznált jogszabályok:

1. 1997. évi CLIV. törvény (Eütv.) az egészségügyről
2. 1997. évi LXXXIII. törvény (Ebtv.) a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól
3. 26/2014. (IV. 8.) EMMI rendelet a várandósgondozásról
4. 35/2011. (III. 21.) Korm. rendelet az intézeten kívüli szülés szakmai szabályairól, feltételeiről és kizáró okairól
5. 9/1993. (IV. 2) NM rendelet az egészségügyi szakellátás társadalombiztosítási finanszírozásának egyes kérdéseiről
6. 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól
7. 2005/36/EK irányelv a szakmai képesítések elismeréséről

### Személyesen készített interjúk:

Dr. Bálint Balázs szülész-nőgyógyász szakorvossal (Szent Imre Kórház, 2014)

Horváthné Kondor Katalin szülésznővel (Szent Imre Kórház, 2014)