



Útjelző

Látássérült Embereket  
Segítő Szervezetek  
Országos Hálózata



## **„Hol akad el az út? – A látássérülés felismerésétől az ellátórendszerig vezető út problémái a szemészeti ellátásban”**

Készítette az „Útjelző – Látássérült Embereket Segítő Szervezetek Országos Hálózata” 40 szervezet jóváhagyásával.

**Szakmailag Ellenőrizte:** Dr. Földiné Angyalossy Zsuzsanna (oligofrénpedagógia - tiflopedagógia szakos gyógypedagógiai tanár; speciális pedagógia szakos tanár és szakpedagógus; szakvizsgázott pedagógus, közoktatási vezető)

**További információ a Hálózatról és a csatlakozott szervezetekről:**

[utjelzo.vgyke.com](http://utjelzo.vgyke.com)

2026. július

### **I. Bevezetés**

Vizuális világban élünk: az információink körülbelül 80 százalékát a látás útján szerezzük, ezért a látás hiánya több mint hátrány vagy kirekesztés, súlyos kiszolgáltatottság. Nem véletlenül tekintik nagyon sokan a vakságot az egyik legsúlyosabb fogyatékoságnak. A vakság az önálló életvitelt, a tanulást, a munkavállalást és a társadalmi részvételt jelentősen befolyásoló fogyatékoságok közé tartozik. A látásromlás és a látássérülés nemcsak egészségügyi kérdés, hanem komplex társadalmi, szociális, oktatási és foglalkoztatási probléma is.

A nemzetközi és hazai statisztikák egyaránt arra figyelmeztetnek, hogy gyors ütemben „vakul a világ”. Az International Agency for the Prevention of Blindness adatai alapján világszerte több mint 2 milliárd embert érint a rövidlátás és előrejelzésük szerint 2050-re a világ népességének közel fele, mintegy 5 milliárd ember lesz rövidlátó. A rövidlátás leggyakrabban 6–12 éves korban alakul ki, és különösen gyorsan romlik 7–10 éves korban. A magas fokú, patológiás rövidlátás világszerte a visszafordíthatatlan látásvesztés egyik vezető oka <https://www.iapb.org>

A cukorbetegség világszerte több százmillió embert érint. 2025-ben 589 millió, 20–79 éves felnőtt él cukorbetegséggel, számuk 2050-re várhatóan 853 millióra nő [International Diabetes Federation, Diabetes Atlas, 11th Edition, 2025](#).

Közülük sokaknál alakul ki diabéteszes retinopátia, amely kezeletlenül súlyos látásromláshoz,



látásvesztéshez vezethet. Jól szervezett, életkorhoz és kockázati csoportokhoz igazodó országos szemészeti szűrőrendszerekkel – mint például Izlandon vagy az angliai és skóciai diabéteszes szemészeti szűrőrendszerekben – érezhetően csökkenthető a diabéteszhez köthető vakság aránya.

Közép-Európában a rövidlátás előfordulása 2000 és 2020 között 20,5 százalékról 34,6 százalékra nőtt, és 2050-re várhatóan eléri az 54,1 százalékot <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov>

Magyarországon a rövidlátás a fiatal felnőttek (18–35 év) 58,7 százalékát érinti, a 7–10 éves korosztályban pedig jelenleg a legnagyobb a myopia kialakulásának aránya. (a Magyar Szemorvostársaság és a Nemzeti Programbizottság a Jó Látásért 2022. 2023. 2024. évi sajtóközleménye).

Hazánkban a zöldhályog a 40 év feletti lakosság mintegy 3 százalékát érinti, miközben Európában a glaukómás betegek több mint fele nem tud a betegségéről. Magyarországon a 2021-es KSH népszámlálás adatai szerint a látássérült emberek száma a 2011-es népszámláláshoz képest megduplázódott. A KSH 2021-es becslése alapján több mint 1,4 millió felnőtt cukorbeteg él hazánkban, az 50 év feletti lakosság mintegy 20 százaléka érintett, és minden ötödik cukorbetegnél kimutathatók a diabéteszes retinopátia jelei, amely a vezető vaksági okok közé tartozik, évente mintegy ezer ember megvakulását okozva késői felismerés és kezelés miatt. (a Magyar Szemorvostársaság és a Nemzeti Programbizottság a Jó Látásért 2022. 2023. 2024. évi sajtóközleménye). Mindez jól mutatja, hogy Magyarország – Európához és a világhoz hasonlóan – egyre súlyosabb, népegészségügyi léptékű látásromlási és látásvesztési hullámmal néz szembe.

Miközben tehát a statisztikák arra figyelmeztetnek, hogy Európa és benne Magyarország is egyre inkább kiteszi magát a látásvesztés kockázatának, a szemészeti ellátórendszer és a kapcsolódó szolgáltatási hálózat ma még nem képes arra, hogy a látássérült embereket időben, szervezetten és komplex módon elérje. A helyzetet tovább súlyosbítja, hogy egyre kevesebb a szemész szakorvos, ezen belül a gyermekszemész még inkább hiányzik, reális veszély, hogy néhány éven belül egyes területeken egyáltalán nem lesz elérhető szemész szakorvos, vagy több térségben a szemészeti ellátáshoz való hozzáférés tovább romolhat. Ezért stratégiai cél, hogy amennyire csak lehetséges, tehermentesíteni kell a jelenlegi szakorvosi kapacitásokat: a szűrésekbe nagyobb arányban szükséges bevonni a szakasszisztenseket, míg a gyógyászati segédeszköz-ellátásban az optometristák és a gyógypedagógusok kompetenciáira kell építeni. Az optometristák kompetenciabővítése ugyanakkor átgondolt szakmai, jogi és betegbiztonsági kereteket igényel, amelyekben pontosan rögzítik a feladat- és felelősségi határokat, valamint az együttműködés módját a szemész szakorvosokkal.

A látásvesztés nem csupán orvosi esemény, hanem súlyos pszichés teher is: a látásvesztés egy gyászfolyamat, annak feldolgozása hasonló pszichés megterhelés, mint egy haláleset, így ennek támogatása nélkülözhetetlen. A gyászfolyamat küzdelmei mellett kell az egyénnek a rehabilitáció útján is elindulnia annak érdekében, hogy a látássérülése okozta speciális élethelyzethez alkalmazkodni tudjon, és önállóságát visszaszerezze. Ez támogatás és külső segítség nélkül nem



megy, az adaptív módszereket, technikákat nem lehet egyedül, autodidakta módon elsajátítani. Minél több idő telik el a látásvesztéstől számítva, annál nehezebb megtanulni az adaptív technikákat és a más érzékelésekre való hagyatkozást, tanulást, tehát az idővel futunk versenyt, ha egy látássérült ember rehabilitálhatóságáról és ellátásáról gondolkodunk.

A jelen helyzet legnagyobb ellentmondása, hogy miközben sokan fejből tudják, melyik mosópor szedi ki a foltot, azt már jóval kevesebben, hova fordulhat egy látássérült ember, ha meg akar tanulni fehérbottal közlekedni, vagy hogyan érheti el a számára törvényben biztosított elemi rehabilitációt. A szemészeti diagnózis megszületik ugyan, de a betegút sokszor itt véget ér: nincs egységes, átlátható irány a rehabilitáció, a segédeszköz-ellátás, a szociális-jogi támogatás és az oktatási rendszer felé. A folyamat számos ponton elakad – a korai szűréstől kezdve a diagnózisközlésen és beutaláson át egészen a mindennapi életvitelt lehetővé tevő szolgáltatásokig.

Különösen sérülékeny csoportot jelentenek a gyermekek és családjaik. A látássérülés felismerése, a szakértői bizottságokhoz való eljutás, a megfelelő oktatási intézmény kiválasztása gyakran hosszadalmas, többszörösen terhelt folyamat. A GDPR-ra való hivatkozással, az eltérő intézményi jogértelmezés, az adatkezelési bizonytalanság, illetve a hiányzó protokoll miatt sokszor nem jut el az információ azoktól az intézményektől, ahol a diagnózis megszületik, azokhoz, ahol a továbblépés – korai fejlesztés, speciális vagy integrált oktatás, családtámogatás – biztosítható lenne. Így akár értékes évek vesznek el, miközben a gyermek ellátatlan marad. A szabályozás és a gyakorlat összehangolása, a gyermek és családja érdekeit szolgáló, jogilag is megalapozott adatáramlás biztosítása ezért kiemelt feladat.

A felnőttek és idősek esetében a probléma másképp, de hasonló súllyal jelenik meg. A szemészeti szűrések hiányosságai miatt számos, egyébként megelőzhető vagy lassítható betegség csak előrehaladott állapotban kerül felismerésre. A hosszú várólisták, a túlterhelt szakemberek, az információhiány és az akadálymentes környezet, valamint az infokommunikáció hiánya együtt eredményezi azt, hogy sokan már csak akkor jutnak ellátáshoz, amikor a látásromlás vissza nem fordítható, az érintett pedig fokozatosan kiszorul a munkaerőpiacról, a közösségi életből, önállósága jelentősen csökken.

Mindez rámutat: a látássérülés kérdése nem kizárólag szemészeti szakmai probléma, hanem rendszerszintű kihívás. Az egészségügy, az oktatás, a szociális ellátás, a rehabilitáció és a civil szervezetek együttműködése ma széttöredezett. A jogszabályi, finanszírozási és szervezeti keretek nem támogatják kellőképpen az adatáramlást, a betegutak átláthatóságát, a korai beavatkozást és az önálló életet célzó rehabilitációs folyamatokat.

Az alábbi problématérkép és javaslatcsomag áttekinti a látássérüléshez kapcsolódó ellátórendszer legfontosabb hiányosságait, és rövid, illetve hosszú távon megvalósítható szakpolitikai beavatkozási irányokat jelöl ki. Két fő célt szolgál: egyrészt pontosan megmutatja, hol, miért és hogyan akad el jelenleg a látássérülés felismerésétől az önálló életvitelig vezető betegút, másrészt



olyan rövid és hosszú távú szakmai javaslatokat fogalmaz meg, amelyek beépíthetők a jogszabályalkotásba, a finanszírozási és szervezési döntésekbe, a képzési és szakmai protokollokba.

A javaslatok közös kiindulópontja, hogy a látásromlás és a látásvesztés az élet számos területén kockázatot jelent, ezért kiemelt figyelmet igényel. A rendszer feladata nem pusztán az, hogy a szemet ellássa, hanem az is, hogy a látássérült személy minél korábban, szervezeten és komplex módon jusson hozzá ahhoz a tudáshoz, támogatáshoz és eszközhöz, amely lehetővé teszi az önálló, biztonságos és méltóságteljes életvitelt.

Ennek érdekében a dokumentum külön választja:

- a folyamat főbb problémapontjait (diagnózis, beutalás, segédeszköz-ellátás, rehabilitáció, oktatás, munkaerőpiac, jogszabályi háttér),
- az ezekhez kapcsolódó rövid távú, kisebb változtatással megvalósítható beavatkozásokat (például információs csomag, célzott képzések, pilot együttműködések, akadálymentes időpontfoglalás, Útjelző forródrót),
- valamint a hosszú távú, rendszerszintű megoldási javaslatokat (életkorhoz és kockázati csoportokhoz igazodó országos szemészeti szűrőrendszer, EESZT-alapú betegút, jogszabály- és finanszírozás-módosítások, az optometrista-kompetenciák szakmailag megalapozott rendezése, a gyermekellátás és szakképzés reformja, a segédeszköz-ellátás átalakítása, az épített és információs környezet akadálymentesítése).

A cél egy olyan, összehangolt rendszer kialakítása, amelyben senki sem vesz el a betegút során pusztán azért, mert romlik a látása vagy látássérültté válik.

## II. Problématérkép – hol akad el az út?

### 1. A szemészeti szűrés és a korai felismerés hiányosságai

#### 1.1. Probléma rövid leírása:

- nincs egységes, országosan alkalmazott szemészeti szűrési stratégia az életkori és kockázati csoportok számára; a szűrési gyakorlat intézményenként és térségenként jelentősen eltér, a korai életszakaszban nem minden esetben van jelen hozzáértő szakember (pl. funkcionális látásvizsgálat)
- a szemészeti szűrések jelentősége alig jelenik meg a közbeszédben, miközben „vakul a világ” (érrendszeri betegségek, macula degeneráció, glaukóma stb.), vagyis a látásromlás előfordulása világszerte növekszik.
- nem működik egységes, országosan szervezett rendszeres látásszűrés rövidlátás, tompalátás, egyéb fénytörési hibák kiszűrésére



– látássérült személyek rendszeres szemészeti kontrollja (glaukóma, szürkehályog, genetikai betegségek) esetleges, gyakran csak akkor látja őket orvos, amikor már nagy a baj.

1.2. Hol jelentkezik: az alap- és szakellátásban: szülészeti, újszülött-ellátás, gyermekorvos, védőnő, iskolaorvos, háziorvos, diabetológia, alap szemészeti ellátás, idősgondozás.

1.3. Kiket érint: újszülöttek, gyerekek, kamaszok, felnőttek, idősek, cukorbeteg, családok, háziorvosok, védőnők, gyermekorvosok, diabetológusok, optometristák, szemészeti szakasszisztensek.

1.4. Következmények: A szűrés és a korai felismerés hiányosságai miatt számos szembetegség csak előrehaladott állapotban kerül felismerésre. Emiatt olyan látásvesztések és maradandó károsodások alakulnak ki, amelyek időben történő diagnózissal és kezeléssel részben vagy teljes egészében megelőzhetők lennének. A késői felismerés növeli az egészségügyi ellátás költségeit, fokozza a munkaképtelenség kockázatát, rontja az oktatási és foglalkoztatási esélyeket, valamint tovább terheli az ellátórendszert. A családtagokra is jelentős többletterhelés hárul, mivel gyakran informális gondozóként kell átvenniük olyan feladatokat, amelyek megfelelő rehabilitáció és támogatás mellett részben vagy egészben kiválthatók lennének.

## 2. Diagnózisközlés, információhiány, pszichés támogatás hiánya

### 2.1. Probléma rövid leírása:

- diagnózis ugyan megszületik, de a betegség mibenléte, lefolyása, a maradék látás használatának lehetősége, az elemi rehabilitáció, a segédeszköz-ellátás és a szociális-jogi lehetőségek nem, vagy csak töredékesen kerülnek szóba
- nincs egységes, könnyen érthető és akadálymentes beteginformációs csomag, amely eligazítást nyújtana a diagnózist követő teendőkről és az elérhető szolgáltatásokról
- a túlterhelt egészségügyi szakemberek számára sok esetben nincs elegendő idő és megfelelő háttértámogatás a strukturált betegegyredukációra.
- a pszichológiai támogatás, a krízisintervenció és a sorstársi segítségnyújtás csak korlátozottan érhető el, noha a látásvesztés jelentős élethelyzeti krízist idézhet elő.

2.2. Hol jelentkezik: első szemészeti vizsgálat, diagnózis közlése, kontrollok.

2.3. Kiket érint: frissen diagnosztizált gyerekek, szülők, felnőttek, idősek, szemészorvosok, asszisztensek.



2.4. Következmények: A nem megfelelő diagnózisközlés, a hiányos tájékoztatás és a pszichés támogatás elégtelensége miatt a betegek sokszor nem jutnak időben hozzá azokhoz az információkhoz és szolgáltatásokhoz, amelyek segítenék őket új élethelyzetük feldolgozásában és az önállóság megőrzésében. Emiatt késhet vagy elmaradhat a rehabilitáció megkezdése, nő az izoláció, a szorongás és a depresszió kockázata, valamint fokozódhat a családtagoktól való függőség. Mindez rontja az egészségügyi és szociális ellátórendszerrel való együttműködést, tartósan kedvezőtlenül befolyásolja az életminőséget, és elhúzódó krízishelyzeteket eredményezhet. A diagnózist követő első hetek és hónapok különösen meghatározóak abból a szempontból, hogy az érintett milyen gyorsan jut el az elemi rehabilitációhoz és milyen eséllyel őrzi meg önállóságát.

### 3. A betegút töredezettsége és az ellátási koordináció hiányosságai

#### 3.1. Probléma rövid leírása:

- nincs egységes, átlátható és protokollokkal támogatott betegút a szemésztől a rehabilitáció, az elemi rehabilitáció, a segédeszköz-ellátás, a szociális és jogi támogatás, valamint az oktatási rendszer felé
- gyermekek esetében a diagnózis után a családokat gyakran nem irányítják a megfelelő oktatási intézményekhez, szakértői bizottságokhoz, korai fejlesztést nyújtó szolgáltatókhoz.
- Az adatkezelési szabályok (GDPR) eltérő intézményi értelmezése és a hiányzó adatátadási protokollok miatt az ellátó intézmények sokszor nem kapnak időben értesítést az újonnan megjelenő gyerekekről, így akár évek telnek el ellátás nélkül
- nincs betegmenedzseri vagy „páciens-kísérő” funkció, aki a gyakorlatban segítené a következő lépések megszervezését, időpontfoglalást, eligazodást.

#### 3.2. Hol jelentkezik: diagnózis után, a szemészetről tovább vezető úton.

3.3. Kiket érint: gyermekek, családok, felnőttek, idősek, szemészek, háziorvosok, szakértői bizottságok, rehabilitációs központok, civil szervezetek.

3.4. Következmények: A beutalási útvonal hiánya és a szétesett betegút miatt az ellátás elmaradhat vagy súlyosan késlekedhet, sokan egyszerűen kihullanak az ellátórendszerből, nem jutnak megfelelő segédeszközökhöz, nem a gyermek szükségleteinek megfelelő oktatási forma kerül kiválasztásra, ami végül a munkaerőpiacról való lecsúszást eredményezi. A koordináció hiánya többszörös, felesleges vizsgálatokat, párhuzamos terhelést és idővesztést okoz, valamint megnehezíti a személyre szabott rehabilitációs tervek kialakítását és következetes megvalósítását. Az ellátási koordináció hiánya nem egyetlen intézmény működésének következménye, hanem az egészségügyi, oktatási, szociális és rehabilitációs rendszerek közötti együttműködés hiányosságaiból ered. Ennek kezelése



ezért nem kizárólag egészségügyi feladat, hanem több ágazat összehangolt fellépését igényli.

#### 4. Humán erőforrás-hiány, kihasználatlan kompetenciák, együttműködési hiányok

##### 4.1. Probléma rövid leírása:

- szemész szakorvosok és asszisztensek túlterheltek, nagy betegforgalom, hosszú várólisták, emiatt elsősorban a diagnosztikára és az akut ellátásra jut idő, a rehabilitációs irányítás, segédeszköz-tájékoztatás háttérbe szorul.
- gyermekeknél a szakértői bizottsági vizsgálatokhoz való hozzáférés sok esetben elhúzódik, vagy csak 3 éves korban kerül szakirányú végzettségű szakember elé. A 15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet alapján, a szakértői bizottság a három évnél fiatalabb gyermek esetében szakértői véleményét a gyermek külön vizsgálata nélkül, a neonatológia, csecsemő és gyermek fül-orr-gégégyógyászat, audiológia, szemész, ortopédia és traumatológia, gyermek- és ifjúságpszichiátria, fizikális medicina és rehabilitációs orvoslás, orvosi rehabilitáció csecsemő- és gyermekgyógyászat szakterületen, illetve gyermek-neurológia szakorvos által felállított diagnosztikai vélemény és terápiás javaslat alapján is elkészítheti. Azaz, tényleges vizsgálat nélkül kerül a gyermek, szerencsés esetben szakemberhez. Egyebekben pedig kevés a megfelelő kompetenciájú szakember, ez késlelteti a korai fejlesztést és a megfelelő beiskolázást.
- az optometristák kompetenciái kihasználatlanok: nincs TB-finanszírozott, korlátozott vényírási jogkörük még egyszerű, patológiamentes refrakciós esetekben sem, és nem elérhető számukra az online (EESZT-alapú) vényírás lehetősége; emiatt felesleges szakorvosi körök, torlódás és többletköltség keletkezik. Bizonyos, szövődménymentes refrakciós esetekben szakmailag megfontolható lenne az optometristák feladatainak és jogosultságainak a bővítése – megfelelő szabályozási keretek között.
- a fehérbotok, Braille-eszközök, tapintást elősegítő és beszélő eszközök felírása kizárólag orvosi kompetenciához kötött, miközben szakmailag indokolt lenne, hogy megfelelő protokoll mellett optometristák is felírhatják ezeket, elsősorban online recepten.
- nincs egységes, összehangolt együttműködés az egészségügy, az oktatás, a szociális ellátás, a rehabilitációs intézmények és a civil szervezetek között; a betegút sokszor intézményi vagy személyes kapcsolatokon, nem pedig egységes protokollokon alapul.
- a dokumentumok, szakvélemények többsége papír alapon „közlekedik”, az online, EESZT-alapú recept- és beutaláskezelés lehetőségeit nem használja ki a rendszer.

##### 4.2. Hol jelentkezik: szemészet, alapellátás (házi orvos, gyermekorvos, védőnő), optikai üzletek és optometrista rendelők, szakértői bizottságok, oktatási és szociális rendszer, rehabilitációs szolgáltatók.



4.3. Kiket érint: betegek, családok, szemészek, optometristák, tiflopedagógusok, pedagógusok, szociális szakemberek, szakértői bizottságok tagjai, rehabilitációs szakemberek.

4.4. Következmények: hosszabb várólisták, később induló rehabilitáció, költségesebb rendszer, csökkenő esély az iskolai és munkaerőpiaci sikerre; az optometristák alulhasznosított kompetenciái miatt olyan feladatok terhelik a szemész szakorvosokat, amelyek megfelelő szabályozás mellett átvevődhetnének; a papíralapú ügyintézés és a nem egyértelmű online vényírási lehetőségek külön terhet jelentenek, és lassítják a betegutát; a szakmák közötti együttműködés hiánya miatt a látássérült emberek könnyen „elvesznek” a rendszerben, nem jutnak el időben sem a rehabilitációhoz, sem a segédeszköz-ellátáshoz.

## 5. Segédeszköz-ellátás, finanszírozás, technológia

### 5.1. Probléma rövid leírása:

- A látássérült emberek számára nélkülözhetetlen speciális segédeszközök – így különösen a fehérbotok, Braille-eszközök, tapintást elősegítő és beszélő eszközök – jelenleg csak szűk körben, vagy egyáltalán nem részesülnek NEAK-támogatásban.
- a gyógyászati segédeszköz-vényírás bonyolult, az orvosok gyakran nem ismerik az eszközöket, a nyomtatványokat, hibás vény miatt a betegnek kell feleslegesen ügyintéznie.
- korlátozott a korszerű optikai, elektronikus, digitális és 3D-technológián alapuló segédeszközök elérhetősége és támogatása.
- hiányzik a rendszeres, személyre szabott kipróbálási lehetőség, az eszközválasztás szakmai támogatása.
- a betegek többsége nem tud róla, mit és milyen támogatással igényelhet, az „elemi rehabilitáció” fogalma alig ismert.
- A jelenlegi gyakorlatban az optometristák szerepe erősen szemüveg- és kontaktlencse-központú. Megfontolandó a kompetenciájuk bővítése oly módon, hogy meghatározott szakmai protokollok mellett korlátozott jogosultsággal egyes speciális segédeszközök rendelésében is közreműködhessenek – fehérbotokat, Braille-eszközöket, tapintást elősegítő és beszélő eszközöket is felírhassanak. Ez elősegítené, hogy a segédeszköz-ellátás szerves részévé váljon a látásvizsgálatnak, és ne külön, párhuzamos, sokszor nehezen elérhető csatornákon történjen.

5.2. Hol jelentkezik: Segédeszköz-felírás, kipróbálás és forgalmazás folyamataiban, a NEAK-támogatási rendszerben, a gyógyászati segédeszköz-boltok és forgalmazók gyakorlatában, az optikai üzletekben, a látás- és életviteli rehabilitációs szolgáltatások során, valamint a tájékoztatás és tanácsadás területén.



5.3. Kiket érint: Minden látássérült korosztály (gyermekek, aktív korú felnőttek, idősek), hozzátartozók, szemész szakorvosok, optometristák, házi orvosok, rehabilitációs szakemberek, gyógyászati segédeszköz-boltok, optikai üzletek, oktatási és szociális intézmények, valamint a finanszírozó és szabályozó szervek (NEAK, minisztériumok).

5.4. Következmények: A fehérbotok, Braille-eszközök, tapintást elősegítő és beszélő eszközök NEAK-támogatásának hiánya, illetve erősen korlátozott volta miatt sok érintett – különösen az alacsony jövedelmű családok és az idősek – nem tudja saját forrásból megvásárolni a számára optimális, minőségi eszközöket. Ez a közlekedés biztonságának romlásához, gyakoribb balesetekhez, az önálló ügyintézés, tanulás és munkavégzés lehetőségének beszűküléséhez, valamint az információhoz jutás jelentős nehezítettségéhez vezet. Mivel az optometristák jelenlegi vényírási jogosultsága nem terjed ki a fehérbotokra és más speciális eszközökre, a segédeszköz-felírás nem épül be természetes módon a látásvizsgálati folyamatba. Sok látássérült páciens úgy távozik egy vizsgálatról, hogy bár a látásélessége már nem javítható szemüveggel, mégsem kap célzott tájékoztatást a fehérbotról, a Braille- és beszélő eszközökről, vagy ezek kipróbálásának és támogatott beszerzésének módjáról. A támogatás hiánya, illetve a rendszer átláthatatlansága hosszú távon növeli az egészségügyi, szociális és foglalkoztatási rendszerek költségeit. A korai segédeszköz-ellátás hiánya hosszabb távon jelentősen növeli az egészségügyi, szociális és foglalkoztatási rendszerek költségeit.

## 6. Akadálymentesség: épített környezet és információtechnológia

### 6.1. Probléma rövid leírása:

- a legtöbb rendelő fizikailag nem „látássérült-barát”: hiányoznak a vezetősávok, kontrasztos jelölések, taktilis és hangos információk, jól elhelyezett nagybetűs és Braille-felírtos tájékoztató táblák
- sorszámhúzó, behívó és kijelző rendszerek többsége nem ad hangos, könnyen értelmezhető információt
- az online időpontfoglalás sokszor nem akadálymentes, vagy nagyon nehezen használható, miközben az időpontkérés egyre inkább kizárólag digitális csatornára tolódik
- a digitális csatornákat nem mindenki tudja vagy akarja használni, ehhez képest sok helyen nincs megbízható, naprakész telefonos időpontfoglalás
- a honlapok, online felületek és elektronikus dokumentumok jelentős része nem felel meg a hozzáférhetőségi (WCAG) követelményeknek, a mobilalkalmazások, az EESZT és más digitális egészségügyi felületek akadálymentessége nem egységes, a leletek, tájékoztatók gyakran nem hozzáférhető formátumú (pl. nem felolvastatható PDF), a vizuális tájékoztatás pedig nem mindig nagy kontrasztú és könnyen olvasható.

6.2. Hol jelentkeznek: szakrendelők, klinikák, házi orvosi rendelők, kórházak, online időpontfoglaló és tájékoztató rendszerek.



6.3. Kiket érint: látássérült páciensek, kísérők, egészségügyi személyzet, informatikai fejlesztők, üzemeltetők.

6.4. Következmények: Az épített környezet és az információtechnológia akadálymentességének hiánya bizonytalanságot, eltévedést, megalázottságérzést okoz, emiatt sokan inkább elkerülik az ellátást, ami különösen az idősebb korosztály kirekesztődéséhez vezet. Ennek következtében csökken az önálló közlekedés és ügyintézés lehetősége, beszűkülnek a kulturális és közösségi részvétel terepei, és nő a gondozást, kíséretet biztosító hozzátartozók és szolgáltatások leterheltsége. Az akadálymentesítés hiánya csökkenti az egészségügyi ellátás egyenlő hozzáférését.

## 7. Gyermekek és fiatalok speciális akadályai

7.1. Probléma rövid leírása:

- a látássérülés megállapítása, szakértői bizottság elé kerülés hosszadalmas, kevés a szakember.
- a diagnózis után nem automatikus a megfelelő speciális, illetve integrált oktatási intézményhez, korai fejlesztéshez való irányítás.
- egyes szakképzések egészségügyi alkalmassági követelményei nem minden esetben egységesek, ami leszűkítheti a látássérült fiatalok életpálya-lehetőségeit.
- kevés vagy semmilyen információ nincs a szülők, tanárok, gyerekek felé a speciális iskolákról, támogató szolgáltatásokról és a jogszabályban biztosított támogatási lehetőségekről.

7.2. Hol jelentkezik: diagnózis, szakértői bizottság, iskolaválasztás, szakképzés.

7.3. Kiket érint: látássérült gyerekek, szülők, pedagógusok, szakértői bizottságok, szakképző intézmények.

7.4. Következmények: A gyermekek és fiatalok speciális akadályai rossz vagy késői beiskolázást eredményeznek, ami csökkent iskolai teljesítményhez, beszűkült pályaválasztási lehetőségekhez és ennek következtében későbbi munkaerőpiaci hátrányhoz vezet. Mindez aláássa az önbizalmat és a tanulási motivációt, gyakoribbá teszi az iskolai kudarcélményeket és lemorzsolódást, valamint megnehezíti a felnőttkori önálló életvezetésre való felkészülést. A későn megkezdett korai fejlesztés maradandó hátrányokat okozhat a készségfejlődésben és az önálló életvitelhez szükséges kompetenciák kialakulásában.



## 8. Foglalkoztatás, társadalmi részvétel és életminőség

### 8.1. Probléma rövid leírása:

- látássérült felnőttek könnyen kiesnek a munkaerőpiacról, a rehabilitációs járulék ellenére sok munkáltató nem vállalja őket, a látássérült emberek foglalkoztatási aránya alacsony, és a munkáltatók jelentős része továbbra is tart a foglalkoztatásukkal járó alkalmazkodási feladatoktól, noha a jogszabályok és támogatási rendszerek több ösztönzőt is biztosítanak
- a látásromlás az élet szinte minden területét érinti, de erről nincsen megfelelő társadalmi tudás, elfogadás.
- társadalmi státusz, szerepek, anyagi biztonság sérül, a mentális állapot romlik; az érintettek az egészségügyi és szociális rendszer „végpontjain” jelennek meg.

### 8.2. Hol jelentkezik: a látásromlás után, munkaerőpiaci részvételben, mindennapi életben.

### 8.3. Kiket érint: felnőttek, családtagok, munkáltatók, szociális ellátórendszer.

8.4. Következmények: A foglalkoztatási nehézségek, a romló társadalmi státusz és a mentális terhek együttese tartós inaktivitást, elszegényedést és depressziót okoz, ami hosszú távon megnöveli a szociális kiadásokat és tovább erősíti a kiszolgáltatottságot. Ez a helyzet csökkenti az adózó, aktív munkaerő arányát, növeli a segélyezés iránti szükségletet, és fenntart egy olyan negatív spirált, amelyből egyre nehezebb visszakerülni a nyílt munkaerőpiacra. A korai rehabilitáció és a megfelelő támogatás hiánya miatt számos látássérült ember képzettségének és munkaképességének csak töredéke hasznosul a munkaerőpiacon.

## 9. Jogszabályi, finanszírozási, adatkezelési akadályok

### 9.1. Probléma rövid leírása:

- a szűrővizsgálatok (fundus kamerás diabetesszűrés, gyermek- és időskori szűrések, genetikai vizsgálatok) szervezése és finanszírozása töredezett, országos program helyett gyakran projekt- vagy pályázati finanszírozástól függenek.
- adatmegosztás (különösen gyermekek esetében) sokszor GDPR-ra hivatkozva gátolt, így a releváns intézmények nem kapnak jelzést.
- az EESZT jelenleg nem jelenít meg átlátható, látássérültekre szabott betegutat; a BNO-kód rögzítése nem indít el automatikus „rehabilitációs csomagot”, nem értesíti a releváns ellátókat.
- az optometristák NEAK finanszírozott vényírási jogköre hiányzik, holott ezzel a rendszer tehermentesíthető lenne.



- A szakképzési és továbbképzési szabályok sem egységesen kezelik a látássérülés-specifikus tudás és kompetenciák beépítését az orvosok, optometristák, pedagógusok, szociális szakemberek és rehabilitációs szakemberek képzésébe, továbbképzésébe.

9.2. Hol jelentkezik: A NEAK finanszírozási és jogszabály-alkotási folyamataiban, az EESZT működésében és fejlesztésében, az adatkezelési (GDPR) szabályok gyakorlati alkalmazásában, a szakképzési és továbbképzési követelmények meghatározásában. Érinti a gyógyászati segédeszköz-támogatás, a rehabilitációs szolgáltatások, az oktatási és szociális ellátórendszer kereteit, valamint az érintett intézmények közötti adat- és információáramlást.

9.3. Kiket érint: Valamennyi látássérült ember és családja, a NEAK és az egészségügyi kormányzat, szemészeti és rehabilitációs intézmények, oktatási intézmények, szociális szolgáltatók, önkormányzatok, civil szervezetek, valamint az érintett szakemberek (orvosok, optometristák, pedagógusok, szociális munkások, rehabilitációs szakemberek).

9.4. Következmények: A jogszabályi, finanszírozási és adatkezelési akadályok következtében az ellátórendszer szétesetté válik, regionális egyenlőtlenségek és késedelmes ellátás alakulnak ki, amelyek többletköltséget jelentenek, miközben sérül az esélyegyenlőség és a szolgáltatásokhoz való igazságos hozzáférés. A pontatlan vagy hiányos adatok megnehezítik a tervezést és a célzott beavatkozásokat, gyengítik a döntéshozatal megalapozottságát, és hosszú távon konzerválják a hatékonysági és minőségi problémákat.

### III. Rövid távú javaslatok

(olyan lépések, amelyek viszonylag gyorsan, kisebb változtatással megvalósíthatók)

#### 1. Egységes, akadálymentes információs csomag

- Országos, egységes betegtájékoztató csomag látásromlás/látássérülés esetére, több formátumban: nagybetűs nyomtatott anyag, Braille, hanganyag, egyszerű, könnyen érthető online felület, valamint – lehetőség szerint – jelnyelvi videóval és könnyen érthető nyelvezetű verzióval.
- Tartalma: a diagnózis magyarázata, a várható lefolyás, a maradéklátás hasznosítási lehetőségei, az elemi rehabilitáció szerepe és elérési módjai, segédeszköz-ellátás, szociális és jogi támogatások, oktatási tájékoztatás (speciális és integrált iskola), civil szervezetek, érdekképviselői egyesületek, rehabilitációs központok, optometristák és segédeszköz-szolgáltatók elérhetőségei.
- Az anyag foglalkozzon a látásromlás okozta élethelyzeti krízissel, a pszichés terheléssel és a hozzátartozók szerepével is, röviden bemutatva a pszichés és sorstársi támogatás lehetőségeit.



- Eljuttatás: szemészeti szakrendelők, kórházak, háziorvosok, gyermekorvosok, védőnők, családsegítő szolgálatok, iskolák, optikai üzletek, érdekképviselői egyesületek, rehabilitációs központok.
- Az információs csomag tartalmának kidolgozásába célszerű bevonni a látássérült emberek szervezeteit, a rehabilitációs szakembereket.

## 2. Célozott képzések, szemléletformálás az egészségügyben

- Rövid, kreditpontos, online és jelenléti képzési modulok orvosi egyetemeken, szakmai napokon, kamarai továbbképzéseken a szemészeknek, háziorvosoknak, gyermekorvosoknak, ápolóknak, asszisztenseknek, védőnőknek, iskolaorvosoknak.
- Az orvosok és egészségügyi szakdolgozók kötelező és választható továbbképzéseiben külön, jól strukturált formában jelenjenek meg a látássérüléssel foglalkozó online, e-learning alapú modulok, amelyek rugalmasan, idő- és helyfüggetlenül elérhetők. A teljesítéshez kreditpontok kapcsolódnak, valós motivációt teremtve a részvételre.

Az e-learning és jelenléti modulok tartalmazzák többek között:

- a látássérülés orvosi és funkcionális alapjait, a leggyakoribb kórképeket (például glaukóma, macula degeneráció, diabéteszes retinopátia, retinitis pigmentosa, gyermekkori veleszületett kórképek) és azok életminőségre gyakorolt hatását.
- a látásromlás okozta élethelyzeti krízist, gyászreakciókat, pszichoszociális következményeket, a családi rendszerre gyakorolt hatását.
- gyakorlati iránymutatást a kommunikációra látássérült páciensekkel: diagnózisközlés, a rossz hírek közlése, a maradéklátás hasznosításának lehetőségei, az információk érthető, követhető átadása, a hozzátartozók tájékoztatása.
- alapvető kommunikációs és együttműködési szabályokat látássérült személyekkel az egészségügyi ellátás teljes folyamatában (betegfelvétel, várakozás, vizsgálat, beavatkozás, hazabocsátás).
- a fehérbot, a Braille-eszközök, a tapintást elősegítő és a beszélő eszközök alapvető ismertetését, gyakorlati használatuk főbb szempontjait, valamint az ezekhez kapcsolódó segédeszköz-ellátórendszer áttekintését.
- a rehabilitációs betegút lépéseit: mikor, hová és milyen jelzéssel érdemes a páciens irányítani (rehabilitációs központok, érdekképviselői egyesületek, civil szervezetek, segédeszköz-szolgáltatók, pszichés támogatást nyújtó szolgáltatások).
- jó gyakorlatok bemutatását hazai és nemzetközi példák alapján (szemészeti osztályok és rehabilitációs szolgáltatók együttműködése, szűrési modellek, integrált ellátási utak).
- a kommunikáció kérdéseit, különös tekintettel a félreértések és a megalázó helyzetek elkerülésére, a páciensek méltóságának megőrzése érdekében.



Mivel más témákban (például demencia, időskori betegségek, abúzus, szociális problémák) már jelenleg is széles körű, kreditpontos e-learning kínálat áll rendelkezésre, szakmailag indokolt, hogy a látássérülés témája is hasonlóan strukturált, magas minőségű, rendszeresen frissített online tananyag formájában jelenjen meg a kötelező továbbképzési rendszerben.

A képzések kidolgozásába célszerű bevonni a látássérült embereket képviselő szervezeteket, a rehabilitációs szakembereket, a pszichológusokat, valamint az Országos Szem orvos Társaságot és az optikai szakmai szervezeteket. Az oktatás részét képezhetik látássérült személyek előadásai, szemléletformáló előadások, kerekasztalok szemészeti osztályokon, optikai üzletekben, vidéki szakmai rendezvényeken.

### 3. Pilot együttműködések a betegút „helyben zárására”

- Modell-programok olyan rendelőkben és kórházi osztályokon, ahol a szemészeti szakrendelés mellett közvetlenül jelen van a látássérült-rehabilitáció (például a szegedi modell mintájára): heti meghatározott időben a rehabilitációs központ munkatársa fogadja a szemészetéről küldött pácienseket, és azonnal megkezdí a tájékoztatást, felmérést, időpont-egyeztetést. A betegút követése csak a páciens hozzájárulásával történhet.
- Helyi megállapodások a szemészetek, háziorvosok, családsegítők, érdekképviseleti egyesületek, oktatási intézmények és szociális szolgáltatók között: kölcsönös tájékoztató anyagcsere, „hová küldhetem a beteget” listák összeállítása és rendszeres frissítése.
- Családsegítő szolgálatok célzott tájékoztatása a látássérülésről, az elemi rehabilitációról, a helyi és országos szervezetekről, valamint arról, hogyan tudnak aktívan bekapcsolódni a látássérült emberek és családjaik támogatásába.
- A pilotok során gyűjtött tapasztalatok alapján országos protokoll és ajánlás kidolgozása a „helyben záródó” betegutak szervezésére.

### 4. Fizikai akadálymentesítés

„Gyorsjavító” akadálymentesítési csomag bevezetése néhány, egyszerűen kivitelezhető lépéssel:

- kontrasztos jelölések a lépcsők élén, üvegajtókon, veszélyes kiálló részekén
- jól látható, nagy betűs és Braille-feliratos egyértelmű irányítótáblák a főbb pontoknál (bejárat, betegfelvétel, szemészet, mosdó, lift, információ)
- legalább a fő folyosók és kulcspontok jelölése egyszerű, jól érzékelhető taktilis jelölésekkel (például tapintható burkolatváltás, „irányító pontok”)
- olyan pult vagy információs pont kijelölése, ahol kifejezetten jelezni lehet, ha valakinek segítségre van szüksége az épületen belüli tájékozódáshoz.



- Egyszerű, egyoldalas belső útmutató készítése a személyzetnek arról, hogyan segítsen látássérült páciensnek a közlekedésben (felkínált kar, szóbeli tájékoztatás, útvonal rövid, jól követhető leírása).
- A „gyorsjavító” csomag kiegészülhet az akusztikus, beszélő sorszámhívó és behívórendszer alapfunkcióinak kiépítésével, ahol erre technikailag van lehetőség.

## 5. Akadálymentes időpontfoglalás és információ

- A leginkább használt online időpontfoglaló rendszerek sürgős akadálymentesítése: képernyőolvasó-kompatibilitás, logikus, billentyűzettel is használható felépítés, jól látható kontrasztok, egyszerű nyelvezet, egyértelmű visszajelzések.
- Minden szemészeti intézmény és nagyobb rendelő honlapján külön, egyszerűen megtalálható rész: „Időpontkérés pácienseknek” – pontos információval az elérhető telefonos, e-mailes, online és személyes segítségről, valamint az akadálymentes elérési módokról.
- Naprakész, jól elérhető telefonos időpontfoglaló rendszer fenntartása azoknak, akik nem használnak digitális felületet, vagy akiknek az önálló online használat nehézséget okoz.
- Egyszerű, lépésről lépésre haladó szóbeli és írásos tájékoztatás kialakítása az időpontfoglalás folyamatáról, amelyet a személyzet a páciensekkel ismertetni tud, illetve honlapon is elérhető.

## 6. „Útjelző forródrót” – páciens-követő szolgálat pilot

Kísérleti jelleggel telefonos és online (például Messenger, e-mail) „Útjelző Forródrót” létrehozása, amely:

- segít megérteni a diagnózist és a következő lépéseket
- elmagyarázza az elemi rehabilitációt, a segédeszközöket, a jogi-szociális lehetőségeket, oktatási és foglalkoztatási opciókat
- segít időpontot foglalni rehabilitációra, segédeszköz-bemutatóra, szükség esetén szakorvoshoz, és a páciens kifejezett hozzájárulása alapján nyomon követi a betegút főbb állomásait.
- Elérhető a háziorvos, szemészorvos, védőnő, családsegítő és pedagógiai szakszolgálat számára is, akik a betegnek átadható tájékoztató kártyával vagy szórólappal hívják fel a figyelmet erre a lehetőségre.
- A forródrót működtetésébe hosszabb távon látássérült munkavállalók is bevonhatók (telefonos, online munkakör), akik sorstársi tapasztalattal is támogatják az érintetteket.
- A pilot során gyűjtött tapasztalatok megalapozzák egy országos, jogszabállyal létrehozott páciens-kísérő rendszer bevezetését.



## 7. Egyszerűsített, „betegút-minimum” tájékoztatás a szemészeteken

Rövid belső protokoll: minden olyan páciens, akinél jelentős, tartós látásromlás vagy látássérülés igazolódik, a zárójelentés mellé kapjon:

- egyoldalas „Hova tovább?” összefoglalót (lakóhely szerint bontva, legalább megyei szintig), a legfontosabb elérhetőségekkel és a következő lépések rövid leírásával.
- szóban és írásban néhány mondatos magyarázatot az elemi rehabilitáció létezéséről és jelentőségéről. Ezt nem feltétlenül az orvos, hanem képzett nővér, asszisztens, vagy a helyszínen jelen lévő rehabilitációs munkatárs is átadhatja.
- A betegút-minimum tartalma legyen országosan egységes, a releváns civil és szakmai szervezetek bevonásával egyeztetve, és rendszeresen felülvizsgálva.

## 8. Kis lépés az optometrista-kompetenciák irányába

- Előkészítő jelleggel: közösen kidolgozott, írásos szakmai ajánlás arról, hogy az optometrista milyen esetekben veheti át a segédeszközök, szemüvegfelírás részfeladatait (egyszerű refrakciós esetek, egyértelmű kizáró okok listája), a szemész szakorvossal együttműködve.
- Pilot-együttműködés néhány kiválasztott helyszínen, ahol az optometrista a gyógyászati segédeszköz-vények adminisztratív részét átveszi, a szemész szakorvos felügyelete mellett.
- Egy célzott pilotprogram keretében javasolt megkezdeni annak vizsgálatát és jogszabályi előkészítését, hogy az optometristák a szemüveg- és kontaktlencse-felírás mellett – szigorúan protokollhoz kötötten, korlátozott vényírási jogosultsággal – fehérbotot, Braille-eszközt, tapintást elősegítő és beszélő eszközöket is felírhassanak.
- A pilot során mérhetővé válna, hogy ez a kompetenciabővítés miként csökkenti a szemész szakorvosokra nehezedő terheket, hogyan gyorsítja a segédeszközökhöz való hozzáférést, és milyen hatással van a páciensek elégedettségére, önállóságára.
- Ezzel párhuzamosan – mint fejlesztési irány – meg kell vizsgálni annak lehetőségét, hogy az optometristák az EESZT rendszerén keresztül elektronikus vényírást végezhessenek, a papír alapú dokumentációt csak kivételes, indokolt esetekben alkalmazva. Jelenleg ilyen jogosultság nincs, ezért ennek jogszabályi és szakmai feltételeit külön szükséges kidolgozni.
- A pilot tanulságai alapján fokozatosan, biztonságosan lehetne szélesíteni az optometristák kompetenciáit, összhangban az uniós gyakorlatokkal és a hazai szakmai konszenzussal, különös tekintettel a minőségbiztosításra és a betegbiztonságra.

## 9. Közvetlen iskolai és szülői tájékoztatás

Célzott, rövid, gyakorlatias információs csomag szülőknek és pedagógusoknak:



- hova fordulhatnak, ha a gyermeknek látásproblémája van.
- milyen speciális és integrált iskolák léteznek, milyen feltételekkel.
- milyen szerepe van a szakértői bizottságnak, milyen dokumentumokra lesz szükség.
- milyen korai fejlesztési, gyógypedagógiai és rehabilitációs szolgáltatások érhetők el.
- Az anyag eljuttatása iskolákhoz, óvodákhoz, tankerületekhez, pedagógiai szakszolgálatokhoz, házi-, gyermekorvosokhoz, védőnőkhöz, valamint online, könnyen hozzáférhető formában is.

## IV. Hosszú távú javaslatok

(rendszerszintű, jogszabályi, finanszírozási, szervezeti és képzési változtatások)

### 1. Országos, szervezett szemészeti szűrőrendszer kiépítése

Jogszabályban rögzített, életkorhoz és kockázati csoportokhoz kötött szűrőprogramok:

- újszülött- és csecsemőkori szemészeti szűrés
- óvodás- és iskoláskori szűrés (rövidlátás, tompalátás, egyéb fénytörési hibák).
- cukorbetegség rendszeres fundus kamerás szűrése akkor is, ha még nincs panasz.
- időskori szűrés glaukómára, macula degenerációra.
- már igazolt látássérültek rendszeres szemészeti kontrollja (glaukóma, szürkehályog stb.).
- A szűrések jelentős része megfelelő képzettségű szakdolgozók és rezidensek bevonásával történjen, szükség szerint szemész szakorvosi felügyelet és kiértékelés mellett.
- Fundus kamerás modell országos kiterjesztése.
- NEAK-finanszírozást stabillá kell tenni, ne egyedi elbírálás alapú legyen; a látásvesztés megelőzését kiemelt népegészségügyi céllá kell tenni.

### 2. Látássérült-betegút beépítése az EESZT-be és a jogszabályokba

#### 2.1. Az EESZT fejlesztése

Az EESZT fejlesztésében kiemelt, önálló célként kell megjelennie az online betegút tényleges kiépítésének a látássérült páciensek számára. Ennek keretében:

- az EESZT-ben egy áttekinthető, logikusan felépített „Betegút” nézet jelenjen meg, amely kifejezetten a látássérült páciens szempontjait figyelembe véve mutatja a teljes ellátási folyamatot (diagnózis, kontrollvizsgálatok, rehabilitáció, segédeszköz-ellátás, pszichés támogatás, érdekképviselői szervezetek, oktatási és foglalkoztatási kapcsolódási pontok).



- a Betegút nézet legyen egyszerűen értelmezhető a páciens és a hozzátartozók számára is, jól elkülönítve a „mi történt eddig” és a „mik a következő lépések” információkat.
- az EESZT-ben rögzített látássérült státusz alapján jelenjenek meg automatikusan a releváns szolgáltatók (rehabilitációs központok, civil szervezetek, segédeszköz-szolgáltatók, pszichés támogatást nyújtó ellátók, oktatási és foglalkoztatási tanácsadók) területi bontásban.
- biztosítani kell, hogy a rehabilitációs ellátók és – szükséges mértékben – a civil szervezetek is szabályozott hozzáférést kapjanak azokhoz az adatokhoz, amelyek az ellátás megkezdéséhez és tervezéséhez nélkülözhetetlenek (a páciens, illetve gyermekek esetén a szülő(k) egyszerű, digitálisan is megadható hozzájárulásával).
- az EESZT kommunikációs funkciói (üzenetek, értesítések) segítsék elő, hogy a páciens időben emlékeztetőt kapjon a rehabilitációs időpontokról, kontrollvizsgálatokról, segédeszköz-felülvizsgálatról.
- hosszú távon biztosítani kell az adatok olyan strukturált, anonim módon történő gyűjtését és elemzését, amely támogatja a látássérült-betegutak tervezését, a kapacitások bővítését és a prevenció programok kialakítását.

## 2.2. A személy BNO-kód rögzítésekor az EESZT automatikusan:

- „látássérült státuszt” rendel a pácienshez meghatározott diagnózisok vagy jogszabályban meghatározott feltételek fennállása esetén.
- megjeleníti a potenciális következő ellátókat: elemi rehabilitációs központok, érdekképviselői egyesületek, optometristák, segédeszköz-ellátók, pszichés támogatást nyújtó helyek.
- tájékoztató üzenetet generál a beteg számára (Elektronikus Egészségügyi Ablak, e-mail, sms formájában) a továbblépési lehetőségekről.
- értesítést küld a kijelölt „betegmenedzser” vagy Útjelző Forródrót rendszer felé a páciens hozzájárulása alapján.

## 2.3. Jogszabály rögzítse, hogy jelentős, tartós látásromlás/látássérülés diagnózisa esetén a beteg kötelezően jogosult:

- tájékoztató csomagra és betegút-tervre.
- elemi rehabilitációs felmérésre.
- segédeszköz-szükséglet felmérésére.

## 2.4. A hazai egészségügyi és adatkezelési szabályozás tegye egyértelművé, hogy a rehabilitációs és oktatási ellátórendszer felé – szigorúan célhoz kötötten – átadhatóak legyenek a szükséges adatok (különösen gyermekeknél), a szülő(k) egyértelmű, egyszerűen megadható hozzájárulásával.



Útjelző

Látássérült Embereket  
Segítő Szervezetek  
Országos Hálózata



### 3. Hivatalos „betegmenedzser / páciens-kísérő” rendszer

Útjelző Forródrót országos szintre emelése:

- Jogszabállyal létrehozott, országos páciens-kísérő rendszer (Útjelző Forródrót), amely:
  - automatikusan jelzést kap az EESZT-ből újonnan látássérültté vált személyről a páciens hozzájárulása alapján
  - telefonon vagy online felveszi a kapcsolatot az érintettel
  - részletesen elmagyarázza a lehetőségeket (rehabilitáció, segédeszközök, szociális-jogi támogatások, oktatás, munka)
  - segít időpontokat szervezni, betegutat tervezni, a következő lépéseket konkrétan leszervezni.
- Finanszírozott szolgáltatásként működik (NEAK vagy külön forrás), amelyben jelentős számban foglalkoztathatók látássérült munkavállalók (telefonos, online munkakör).
- Kapcsolódik a háziorvosi rendszerhez és a szakrendelésekhez: az orvos egyszerűen „ráirányíthatja” a beteget a páciens-kísérő szolgálatra.

### 4. A rehabilitáció beépítése az ellátási rendszer logikájába, ösztönzőkkel

- Jogszabály rögzítse, hogy a szemészeti diagnózis után a rehabilitáció (elemi rehabilitáció, látástréning, közlekedéstanítás, mindennapos tevékenységek tanítása, pszichés támogatás) a betegút kötelezően felajánlandó, dokumentálandó eleme.

Finanszírozási ösztönzők:

- aki részt vesz elemi rehabilitációban, bizonyos segédeszközökhöz magasabb támogatási szinttel juthat hozzá
- a rehabilitációs központok finanszírozása teljesítményhez kötött, átlátható módon (felmérések, tréningórák, utánkövetés).
- A tájékoztatásban, szakmai anyagokban és jogszabályi indoklásokban hangsúlyos üzenet: a látásromlás nem egyenlő az önállóság elvesztésével; az elemi rehabilitáció az önálló élet kulcseszköze.

### 5. Szemészeti és alapellátási szakemberek továbbképzésének reformja

Az Országos Szemorvos Társasággal együttműködve a kötelező továbbképzés része legyen:

- a rehabilitációs szolgáltatások ismerete



- elemi rehabilitáció, szociális és jogi támogatások áttekintése
- kommunikáció látássérült páciensekkel, diagnózisközlés.
- Hasonló modulok házi orvosoknak, gyermekorvosoknak, védőnőknek, iskolaorvosoknak.
- A képzésekbe rendszeresen bevonni az érintett civil szervezetek és a rehabilitációs központok szakembereit, valamint tapasztalati szakértőket.

## 6. Optometristák jogállásának és kompetenciáinak rendezése

### Jogszabály-módosítás:

- az optometrista önálló kompetenciáinak egyértelmű definiálása (mit végezhet önállóan, mikor szükséges szemész szakorvos bevonása)
- korlátozott vényírási jogkör bevezetése egyszerű, patológiamentes refrakciós esetekre, egyértelmű kizáró okok listájával
- az optometrista által végzett látásvizsgálat és vényírás TB-finanszírozottként való elismerése.

Cél: az alap látáskorrekció (szemüveg) + a látássérült emberek számára a segédeszközök elérhetőek legyenek gyorsan, tömegesen, ne csak szemész szakorvoson keresztül, csökkentve a várólistákat és felszabadítva az orvosi kapacitást.

## 7. Gyermekellátás és szakértői rendszer fejlesztése

7.1. Regionális szakértői bizottságok kialakítása: legalább Budapest mellett Kelet- és Nyugat-Magyarországon (például Debrecen térsége, egy dunántúli központ) legyen önálló, szemészeti fókuszú, látássérülésre specializált bizottság.

- Jogszabály rögzítse a maximális határidőket a látássérülés szakértői megállapítására és a szükséges dokumentumok kiadására.
- Személyi és anyagi feltételek biztosítása ahhoz, hogy biztosított legyen a tiflopedagógiai ellátás (tankerülettől függetlenül).

7.2. Az integráció szabályainak újraírása:

- egyértelmű minimumfeltételek az iskolák számára (személyi, tárgyi, akadálymentesítési követelmények)
- ha ez nem teljesül, a gyermek számára automatikusan fel kell ajánlani olyan intézményt, ahol a feltételek biztosítottak.



## 8. Szakképzés és foglalkoztatás jogi ellentmondásainak feloldása

- A szakképzés bemeneti kritériumainak áttekintése, különösen olyan szakmákban, mint a gyógymasszőr
- az iskolai rendszerű és a nem iskolai rendszerű képzés szabályainak összehangolása
- a „látás” követelmény pontos, valós munkaköri igényhez igazított meghatározása, hogy ne legyen indokolatlan kizárás.
- Munkaerőpiaci programok indítása és bővítése, amelyek kifejezetten látássérült munkavállalókra építenek (például páciens-kísérő, call center, adminisztratív munkák), állami és piaci támogatással, együttműködésben civil szervezetekkel és munkáltatói érdekképviselésekkel.

## 9. Segédeszköz-ellátás átalakítása, állami szerepvállalás növelése

A gyógyászati segédeszköz-vényírás „leválasztása” a szemészorvosok válláról:

- az optometrista, szükség esetén gyógypedagógus javaslatára szakmai javaslatot készít, az orvos jóváhagyja – az adminisztráció túlnyomó része online történik, „a papírok közlekednek, nem a beteg”.
- Jelentős bővítés a támogatott segédeszközök körében, külön méltányossági kerettel a drágább optikai, elektronikus, informatikai eszközökre.
- Az „Egészségablakban” a beteg a gyógyszerek mellett a segédeszköz-javaslatokat és -recepteket is láthassa, áttekinthető, kereshető formában.

## 10. Akadálymentes épített környezet és információtechnológia szabályozása

Jogszabályi minimumszabályok arra, mit kell tudnia egy „látássérült-barát” egészségügyi épületnek:

- vezetősávok, kontrasztos jelzések, tapintható információk
- hangos sorszámhívó és behívórendszer
- jól azonosítható ügyfélszolgálati pontok, ahol személyes segítség kérhető.
- Az egészségügyi informatikai rendszerekre (időpontfoglalás, tájékoztatás, betegportálok) kötelező akadálymentességi követelmények előírása, ellenőrzéssel és szankciókkal.
- Az ilyen jellegű felújítások és fejlesztések pénzügyi támogatása külön állami forrásból, pályázatokkal kiegészítve.
- Új gyártástechnológiák (például 3D nyomtatás) szervezett bevonása az akadálymentesítésbe (Pl. nagy betűs és Braille-feliratos információtáblák).

## 11. Társadalmi szemléletformálás, az önálló élethez való jog beépítése a köztudatba



- Hosszú távon futó, rendszeres társadalmi célú kampányok a látás világnapjához, a fehérbot napjához és a látás hónapjához kapcsolódva, országos médiamegjelenéssel.

Üzenet: a látásromlás nem jelent egyet az önállóság elvesztésével; az elemi rehabilitáció a kulcs az önálló élethez.

- A kampányokban hangsúly: ne csak az érintettekhez, hanem a hozzátartozókhoz, szomszédokhoz, pedagógusokhoz, munkáltatókhoz jusson el az üzenet.
- A kampányok kidolgozásába és megvalósításába vonjanak be érintett szervezeteket, látássérült személyeket, szakembereket, valamint az oktatási és szociális ágazat képviselőit.

## 12. Adatátadás, ellátórendszer-követés biztonságos, mégis hatékony megoldása

Jogszábeli rendezés:

- gyermekek esetében a szülő egy egyszerű, érthető nyilatkozattal engedélyezhesse az adatok megosztását az oktatási és rehabilitációs intézményekkel.
- a releváns ellátók értesülhessenek a látássérült státuszról (rehabilitációs központ, szakértői bizottság, családsegítő, EGYMI), célhoz kötöten.
- legyen lehetőség országos szintű, anonim statisztikai követésre (NEAK adatai alapján), amely segíti a tervezést, kapacitásbővítést, prevenciós programokat.

A Hálózathoz csatlakozott szervezetek listája:

- ✓ 3eDucation Kft.,
- ✓ „A fény túlsó oldalán...” Látássérültek Regionális Közhasznú Egyesülete,
- ✓ A Gyengénlátó Gyermekekért Alapítvány,
- ✓ Az Akadálymentes és Korlátlan Kultúráért Egyesület,
- ✓ Bodor Tibor Kulturális Egyesület,
- ✓ Cegléd és Térsége Látássérültjeinek Egyesülete,
- ✓ Dabas és Térsége Látássérültjeinek Egyesülete,
- ✓ Dunakanyari Látássérültek Egyesülete,
- ✓ Fény a Sötétben Alapítvány,
- ✓ Gödöllő és Térsége Látássérültjeinek Egyesülete,
- ✓ Gyengénlátók Általános Iskolája, Egységes Gyógypedagógiai Módszertani Intézménye és Kollégiuma,
- ✓ „Informatika a látássérültekért” Alapítvány,
- ✓ Innováció a Látássérültekért Egyesület,
- ✓ Ki-Látás Közhasznú Alapítvány,
- ✓ Látássérült Személyek Rehabilitációját Szolgáló Egyesület,



- ✓ Láss Velünk! – Audionarrátorok Társasága,
- ✓ Látássérült Gyermekeket Nevelő-Oktató Általános Iskola, Gimnázium, Szakgimnázium, Technikum és Kollégium,
- ✓ Látássérültek Pilis Völgye Egyesülete,
- ✓ Látássérültek Vas Vármegyei Egyesülete,
- ✓ Magyar Optikus Ipartestület A Látásért Alapítvány,
- ✓ Magyar Vakok és Gyengénlátók Országos Szövetsége,
- ✓ Mindenki Képes Egyesület,
- ✓ Narratívák,
- ✓ Rehabilitációs Környezettervezők Egyesülete,
- ✓ Szem(l)életmód Rehabilitációs Központ,
- ✓ „Szól a szív...” Alapítvány,
- ✓ Új látásmód – Buda Környéki Látássérültek Egyesülete,
- ✓ Vakok Egységes Gyógypedagógiai Módszertani Intézménye, Óvodája, Általános Iskolája, Szakiskolája, Készségfejlesztő Iskolája, Fejlesztő Nevelés-Oktatást Végző Iskolája, Kollégiuma és Gyermekotthona,
- ✓ Vakok és Gyengénlátók Baranya Megyei Egyesülete,
- ✓ Vakok és Gyengénlátók Békés Megyei Egyesülete,
- ✓ Vakok és Gyengénlátók Csongrád-Csanád Vármegyei Egyesülete,
- ✓ Vakok és Gyengénlátók Győr-Moson-Sopron Megyei Egyesülete,
- ✓ Vakok és Gyengénlátók Jász-Nagykun-Szolnok Vármegyei Egyesülete,
- ✓ Vakok és Gyengénlátók Komárom-Esztergom Megyei Egyesülete,
- ✓ Vakok és Gyengénlátók Közép-Magyarországi Regionális Egyesülete,
- ✓ Vakok és Gyengénlátók Somogy Megyei Egyesülete,
- ✓ Vakok és Gyengénlátók Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Egyesülete,
- ✓ Vakok és Gyengénlátók Tolna Vármegyei Egyesülete,
- ✓ Vakok és Gyengénlátók Veszprém Megyei Egyesülete,
- ✓ Vakok és Gyengénlátók Zala Megyei Egyesülete

További információ:

Fodor Ágnes, a VGYKE elnöke, +36 70 387 5260

Berke Mónika hálózatkoordinátor, +36 30 213 0050; email: [halozat@vgyke.com](mailto:halozat@vgyke.com)