

A közúti gépjárművezetés egészségi alkalmasságának és a döntés folyamatának aktuális kérdései

[Dr. Füredi Gyula¹ | Dr. Balogh Sándor²]

1 Országos Alapellátási Intézet

2 PTE ÁOK Családorvosi Intézet

A közúti járművezetők egészségi alkalmasságának megállapításáról szóló 13/1992. (VI. 26.) NM rendelet az uniós elvárásoknak való megfelelés kapcsán került módosításra annak érdekében, hogy jogszabályban kerüljenek közzétételre azok az egészségi paraméterek, amelyek befolyásolhatják a gépjárművezetők egészségi alkalmasságát, vagyis amelyek figyelembe vétele szükséges az orvosi döntés előkészítése során. A módosítást még a 29/2010. (V.12.) EüM.rendelet vezette be, de annak hatályba lépése később módosult 2011. jan. 1-jére.

A változtatást nem szabálytalanságok indokolták, hanem az uniós tagságunk: a jogalkotás során figyelemmel kell legyünk a többi tagállamot is érintő előírásokra, így az annak való megfelelés miatt szükséges a szabályok rendeletben való megjelentetése.

Szabályozás ezt megelőzően is létezett. A gépjármű vezetői alkalmasság vizsgálatát szabályozó rendelet megjelenésével egyidőben került kiadásra annak idején az az Útmutató, amely egyfajta gyakorlati tájékoztatást jelentett a jogosítványok érvényesítése során az illetékes (eredetileg még külön bélyegzővel is ellátott) orvosoknak. Ez az Útmutató bizonyos vonatkozásokban sokkal szigorúbb elvárásokat képviselt, mint a jelenlegi, bár vannak olyan elemek is, amelyek megközelítése az unióban más, mint a magyarországi gyakorlat.

Nincsen szó tehát szigorított alkalmassági vizsgálatról, a magyar orvosok eddig is a szakmai szabályok szerint jártak el. Azok a betegségek illetve állapotok, amelyek a jogszabály mellékletében felsorolásra kerültek, zömében olyanok, amelyek rendszeres felülvizsgálatot igényelnek. Az érvényesítés nem újabb vizsgálatához, hanem az előírt kontrollvizsgálatokon való rendszeres megjelenéshez, az ott keletkező leletek értékeléséhez kötött. Az orvos nem kell beutalja a jelentkezőt külön vizsgálatra, hanem a legutóbbi, szakmailag érvényes leletet figyelembe véve dönt az alkalmasságról. Az a páciens, aki nem jár egy súlyos betegség gondozása kapcsán a szakmailag szükséges ellenőrző vizsgálatokra, annak körülményesebb lehet

az érvényesítés, de ez a biztonságos közlekedés érdekében mindannyiunk érdeke.

A már említettekre hivatkozva ismét megerősítjük, hogy nincs szó szigorításról, hanem az uniós szabályoknak való megfelelésről. Minden tagállam jogosult arra, hogy a közösségihez képest szigorúbb rendet alkalmazzon, de enyhítésre nincsen lehetőség.

Van a jogszabályban egy olyan szakasz, amely valamennyi orvos számára kötelezettséget ír elő a gépjárművezetőkkel kapcsolatban. Az a szabálypont, amely minden orvos számára kötelezettséggként írja elő az intézkedést minden olyan esetben, amikor az általa kezelt beteg olyan betegség miatt jelenik meg nála, amely kérdésessé teszi a gépjármű vezetői alkalmasságát, már az eredeti, 1976-ban megjelent 1/1976. (I. 16.) EüM rendeletben is szerepelt, s – hasonlóan a jelenlegi szabályhoz – már akkor is a 20. §-ban volt olvasható. Ennélfogva, ha a beteget bármikor szakvizsgálatra küldik, vagy ott beutaló nélkül, esetleg kórházi bennfekvés során kezelték, jogosan várható, hogy amennyiben a fenti körülményt észleli a kolléga, akkor a jogszabálynak megfelelő lépéseket megteszi – jelen esetben a legegyszerűbb módon (lelet, zárójelentés stb.) a háziorvos felé.

Nézzük a felsorolt, figyelembe veendő betegségecsoportokat:

Vannak a rendeletben olyan betegségek, elváltozások, ahol nem elegendő a döntés meghozatala során az alapellátás szintje, a jogszabály az eredetileg másodfokon működő szakértőket ruházza fel az első fokon való eljárásra, a jogalkotó a döntést szakértői szintre emelte (ez a pont nem a mellékletben, hanem a hangsúly miatt is a 12. szakaszban szerepel. Definiálja a rendelet a szükséges korlátozásokhoz és a feltételekhez kapcsolódó eljárásrendeket is):

Az előzetes és az időszakos egészségi alkalmassági vizsgálatot az e célra szervezett szakértői bizottság végzi, akkor ha

- a közúti járművezető-jelölnél, illetőleg a közúti járművezetőnél a közúti járművezetéshez művegtag használata szükséges, ha
- a közúti járművezető jelölt vagy a közúti járművezető csak meghatározott típusú vagy a számára szükséges módon átalakított, illetőleg segédberendezéssel ellátott közúti járművel lehet alkalmas közúti járművezetésre,
- az egyik szemre teljes funkcionális látásvesztést szenvedett vagy csak az egyik szemét használó kérelmező esetében ill. ha
- a közúti járművezető-jelölt vagy a közúti járművezető hallássérülése legalább az egyik fülön meghaladja a 60 dB-t.

(Ám az időszakos vizsgálatok, ha változás nem következik be a kérdéses állapotban, már elvégezhetők alapellátási szinten.)

Más, a mellékletben felsorolt esetekre nézve az alapellátás az első fokon eljáró szerv, de kötelező mérlegelést ír elő a jogszabály.

A jogszabály egészségügyi vonatkozású melléklete olyan betegségeket és állapotokat sorol fel, amelyek valóban súlyosak, nem csak a gépjármű vezetői alkalmasságot, hanem a beteg mindennapjait is komolyan, érdemben befolyásolják. A szemészeti elváltozások mentén is jogos az igény, hogy a mellékletben szereplő elváltozások esetében a beteg méltó ellátást kapjon, függetlenül attól, hogy az állapot már előzőleg ismert volt, vagy csak az akár intézményesített szűrővizsgálatnak is tekinthető orvos-beteg találkozást indukáló alkalmassági vizsgálaton derült rá fény. A beteg egyébként természetesen nem kötelezhető erre a vizsgálatra, de ha nem áll rendelkezésre elvárható lelet, nem lehet alkalmasnak nyilvánítani.

A 2. csoportú gépjárművezetők esetében az orvosi alkalmasság szigorúbb kritériumait indokolja, hogy átlagosan többet vezetnek, mint az 1. csoportba tartozók (a régen „úrvezető”-nek nevezett, de ma már csak az A-B járműkategóriákra kiterjedő kategória), ezáltal a baleseti kockázatuk is nagyobb, több személyt szállíthatnak, valamint nagyobb tömegű, bonyolultabb működésű gépjárműveket vezethetnek.

A 2. csoportú (régen „hivatásos”, ma már nem a gépjármű és annak vezetője közötti viszonytól, hanem más országokhoz hasonlóan a gépjármű fajtájától függő csoportba tartozó) gépjárművezetőknél a járművezetést munkavégzésnek, a járművet (tágabb értelemben a vezetés terét) munkahelynek tekinthetjük akkor is, ha nem tényleges munkavégzésről van szó (pl. ha a cirkuszos vagy a műrepülő a saját

kamionjával vonszolja nagysúlyú vagy nagy terjedelmű eszközeit).

Az orvosi alkalmassági vizsgálat célja és metodikája annak eldöntése, hogy a kérdéses személy az elvégzett vizsgálatok alapján aktuálisan nem alkalmatlan-e a járművezetésre. Vizsgáljuk az érzékszervek, a döntési képesség, illetve a „kivitelezést megvalósító”, azaz a kezelőszervek működtetését végző szervrendszerek funkcióját. Itt is, mint az alkalmassági vizsgálatok során általában, vizsgálatunk elsősorban a funkciók épségére irányulnak, tehát nem betegségek diagnosztizálására. Természetesen egy károsodott funkció betegségi hátterének tisztázása szükséges annak megállapítása céljából, hogy az adott funkció a továbbiakban romolhat-e.

A hatályos polgári jogszabály (másutt eltérések lehetnek) alapján a járművezetők alkalmassági vizsgálatát első fokon az alapellátást nyújtó orvos, háziorvos (1. és 2. csoport) vagy foglalkozás-egészségügyi szolgálat-, foglalkozás-egészségügyi szakellátóhely orvosa (2.csoport) végzi. Bizonyos esetekben első fokon jár el a szakértői bizottság (egyres mozgásszervi betegségek, gyakorlati egyszeműség vagy pl. súlyos hallászavar esetén). Tudni kell, hogy e három esetben, ha a szakértői szintet indokló betegségben nincsen változás, akkor az időszakos vizsgálatra már az alapellátás orvosa is jogosult (ld. később).

Egyes betegségek esetén azonban – elsősorban a kórlefolyás, várható állapotváltozások, szövődmények megítélése, műszeres igények miatt – szükséges lehet az adott betegség tekintetében az illetékes szakorvos véleményének ismerete. Ez azonban nem jelenti azt, hogy az alkalmasság megállapításának feladatát átvennie – akár részben is – a szakorvos, mert e feladatot minden esetben az alapellátást nyújtó orvosnak (orvosi bizottságnak) kell elvégeznie a rendelkezésre álló, akár több vizsgálati eredmény figyelembevételével. A jogszabályban megfogalmazott felelősség egy és oszthatatlan: a döntést az arra feljogosított orvos hozza meg, de a döntéshozás során bizonyos szakorvosi leleteket kell tanulmányoznia és figyelembe vennie. Ha van lelet, akkor a döntési folyamat lefuttatható, ha nincs aktuálisan releváns lelet, akkor a döntés vagy negatív („alkalmatlan”) lehet, vagy halasztódik (kvázi ne tegye fel a kérdést a jelölt, hogy alkalmas-e gépjármű vezetésére vagy sem).

A gépjárművezető-jelöltek, vagy gépjárművezetők szenvedhetnek olyan veleszületett, vagy szerzett betegségben, élhetnek olyan fogyatékkal, mely akadályozza őket a biztonságos közlekedésben. Az akut

betegségek előre nem láthatók, azok szűrése előzetes, vagy időszakos vizsgálattal természetesen lehetetlen. Az egészségügyi felügyelet így azokra az orvosokra hárul, akik az akut betegséget ellátják, ők intézkedhetnek a gépjárművezetői engedély felülvizsgálatáról. A betegségek lefolyása lehet hullámzó is, amikor a vezetési képességek időszakosan elégtelenek. Fontos szempont, hogy maga a terápia is lehet veszély forrása, gondoljunk csak a gyógyszerek leírataiban szereplő gépjárművezetést befolyásoló hatásra. A gépjárművezetők alkalmassági vizsgálatán, valamint az időszakos vizsgálatok gyakoriságának meghatározásánál e szempontok alapján döntünk, előre vetítjük, hogy az egyén előreláthatólag milyen feltételek mellett marad képes a biztonságos vezetésre, milyen gyakran szükséges orvosi ellenőrzése.

Vegyük sorba a mellékletben ismertetett, a döntésnél kötelezően mérlegelendő paramétereket:

Látás:

Szemünk a külvilágból származó információk 60–80%-át juttatja az agyunkba, tehát érzékelés szempontjából a legfontosabb a jó látás. Mégis a járművezetők egészségi alkalmasságának megállapításánál gyakran csak a központi alaklátás, a látásélesség vizsgálata történik meg, esetleg a jelöltek színlátását ellenőrzik. Ugyanúgy fontos, hogy a vizsgálat kiterjedjen a látótér esetleges eltéréseire, kérdésként felmerüljön a kontrasztérzékenység, a fényadaptáció, a kettőslátás.

Tapasztalataink szerint néhol félreértelmezik az előírásokat: Az egészségi alkalmasság szemész szakorvos véleményének ismeretében állapítható meg dioptriaszám túllépése, gyakorlati egyszeműség, látótérszűkület vagy a fényadaptáció kóros voltának gyanúja esetében. Ez a mondat azonban nem azt jelenti, hogy ha valakinek gyengébb a visusa, mint a meghatározott határérték, akkor a szemész szakorvos felmentést adhat, hanem azt, hogy a határon lévő állapot megítélése, a visus értékének meghatározása nem háziorvosi kompetencia, azt csak szemész határozhatja meg. Szemész mondhatja ki a gyakorlati egyszeműséget és a látótérszűkületet is. Nem születet tehát a vizsgálatra jelentkező számára kedvezőtlen döntés anélkül, hogy a dioptria számot ne szemész szakorvos határozta volna meg. Ezek a paraméterek tehát egy érvényes szemészeti leleten kell, hogy szerepeljenek ahhoz, hogy ezekre hivatkozva az alkalmatlanság kimondható legyen.

Hallás:

A rendelet a hallás tekintetében nem határozza meg a normál hallástól való eltérés megengedett mértékét. Tájékoztató vizsgálattal a hallást jellemezhetjük a 6 m társalgási-, vagy 3 m sűgött beszéd megértésével. A legalább egyik fülön mért 60 dB halláscsökkenés esetén az előzetes és az időszakos egészségi alkalmassági vizsgálat elvégzésére az e célra szervezett szakértői bizottság jogosult. Azt is világosan kell látni, hogy a határérték elérésének kimondása itt sem háziorvosi, hanem szakorvosi kompetencia. A fül-orr-gégész kolléga azonban nem arról fog nyilatkozni – a feléje intézett konzílium kérése sem erre irányul –, hogy a kérdéses személy alkalmas-e vezetésre vagy sem, hanem arról, hogy a hallás státusza a jellemző paraméterekkel a vizsgálat időpontjában milyen. Ennek a leletnek a figyelembe vételével hozza meg a döntést az arra felhatalmazott orvos, vagy adott esetben a bizottság.

Döntést, cselekvőképességet meghatározó tényezők:

E tényezőket elsősorban az éberségi szint befolyásolja. Komatózus állapotban természetesen képtelenség vezetni, de a kábultság már gyakran előfordul – pl. alkohol hatására. Minden olyan neurológiai betegség, mely ilyen tünettől jár, csak szakorvosi vélemény figyelembevételével ítéltető meg. Számos gyógyszer hatása, mellékhatása csökkenti az éberségi szintet. A homályos, ködös tudatállapot szintén neurológiai, vagy pszichiátriai betegség, de gyógyszer-, kábítószer hatás következménye is lehet.

Hirtelen bekövetkező tudatzavart, eszméletvesztést számtalan neurológiai, pszichiátriai betegség okozhat. Az uniós irányelvek általános megfogalmazásai mellett pontosításra és kiemelésre kerültek azok az idegrendszeri betegségek, kórképek, amelyek figyelembe vétele különösen fontos. Az epilepszia vonatkozásában a hazai gyakorlat korábban jóval szigorúbb volt. Erre is figyelemmel került sor arra, hogy a szakma által megfogalmazott eljárásrend jelent meg a mellékletben.

Az epilepszia megítélése ugyanis jelentős változáson ment át az utóbbi években.

A rendeletben részletezettek szerint bizonyos esetekben, meghatározott rohammentes periódus után az illető alkalmassága megállapítható a neurológiai szakvélemény alapján. A releváns szakvéleménynek tartalmaznia kell, hogy az illető terápia

mellett, vagy a nélkül mióta rohammentes, illetve milyen vizsgálati eredmények alapján zárható ki az epilepszia betegség. Fontos kiemelni, hogy a csoportos személyszállítást az epilepsziás anamnézis kizárja.

Az agy átmeneti keringészavarát okozó betegségek, amelyek vélhetően a populáció nagyobb hányadában fordulnak elő, legalább ilyen jelentőségűek szédülést, akár pillanatnyi eszméletvesztést okozó hatásuk miatt.

Az agyműtéten, agyi sérülésen átesett betegek nem jelennek meg külön csoportban, állapotukat nem az alapbetegség, hanem az egyéb tünetek alapján kell elemezni.

(Figyelemre méltónak tartjuk ugyanakkor, hogy egyedül az epilepsziát elemző szakaszban szerepel, hogy az „illetékes” neurológus szakorvos véleményének figyelembe vétele kötelező, más területeken lehet alkalmi, vagy privát szakrendelő orvosa is az, aki a döntés során figyelembe vett – hangsúlyozzuk: nem az alkalmasságot értékelő – leletet kiadja.)

A mentális rendellenességek közül minden olyan betegnél, akinél fennáll az alábbi rendellenességek valamelyike:

- súlyos elmezavar,
- jelentős fokú gyengeelméjűség,
- a korrall járó, súlyos viselkedési probléma vagy
- az ítélőképességet, viselkedést vagy alkalmazkodóképességet súlyosan gyengítő személyiségzavar,

az egészségi alkalmasság csak pszichiáter szakorvosi vélemény ismeretében állapítható meg.

Figyelembe kell venni, hogy az e betegségek kezelésére alkalmazott terápia nagyrészt szedatív, az éberségi szintet csökkenti, a reakcióidő megnyúlását okozza.

A szakorvosi véleményt egy volt alkoholbeteg esetében sem aktuálisan szükséges megkérni, azt nem az alkalmassági vizsgálathoz kapcsolódva kell kiállítani. A gyógyulás tényének igazolása azonban nem háziorvosi, hanem addiktológusi vagy pszichiáter kompetencia. Ellenkező tapasztalásig a lelet érvényes, a szakorvosi lelet igazolja a gyógyultságot időkorlát, ill. további szakorvosi kontroll nélkül, tehát nem kell minden érvényesítéskor újabb igazolást hozni arról, hogy még mindig absztinens az illető.

Szív- és érrendszeri betegségek:

Évente több, mint 17 millió ember hal meg világszerte kardiovaszkuláris betegségekben. A kardio-

vaszkuláris megbetegedések hazánkban is a halálozás leggyakoribb okai. A koronária betegség leggyakoribb megjelenési formája az angina pectoris, típusos mellkasi fájdalommal. A szívizom iszkémia, a miokardiális oxigén hiány az oxigén ellátás egyensúlyának felbomlása miatt jön létre: növekszik az oxigén igény pl. fizikai terhelés esetén (rakodást is végző sofőr) vagy csökken az ellátás (szűkület). (1)

A hipertónia évtizedek óta népbetegségnek számít, jelentőségét többek között az adja, hogy a legfontosabb rizikófaktornak számít a koszorúér-betegség, a miokardiális infarktus, a stroke és a szívelégtelenség vonatkozásában. A vérnyomás csökkentése jelentős javulást eredményez az említett betegségek előfordulásában (2). A pitvarfibrilláció esetében – amely Magyarországon akár 300 000 embert érinthet – ötszörös a stroke kialakulásának a kockázata. A szívelégtelenség a lakosság 2–2,5 %-át érintheti, és ez az arány a korrall nő. Az utóbbi időben ezeknek a betegségeknek a felderítése, kezelése valamelyest javult, a rendelkezésre álló terápiás lehetőségek palettája bővült. Itt is hangsúlyozzuk, hogy a gépjárművezetést nem csak a betegségek, de a kezelésükre alkalmazott gyógyszerek is befolyásolhatják. A kezelés kockázatait és veszélyeit is mérlegelni kell az egészségügyi alkalmasság elbírálásánál.

A rendelet az alkalmasság megállapítását kardiológus szakorvos véleményéhez köti szívritmus-szabályozó készülékkel élő vagy szívinfarktuson átesett kérelmező esetében. A kardiológus itt sem az alkalmasságról, hanem a beteg állapotáról, a pacemaker megfelelő működéséről nyilatkozik, meghatározva egyben a következő kontroll idejét, vagyis a mi szempontunkból nézve a lelet érvényességének a tartamát. Alkalmatlanságot jelent súlyos szívritmuszavar, valamint nyugalmi állapotban vagy érzelmi hatásra bekövetkező angina pectoris. A ritmuszavarok, anginiform panaszok identifikálása viszont szintén kardiológus feladata, így ilyen jellegű probléma fennállása indokolja a szakorvosi kivizsgálást. Kiemelt figyelmet érdemelnek a hirtelen állapotváltozás kockázatával járó betegségek, kezelések (iatrogen hipotónia, AV-block, paroxizmális pitvarfibrilláció).

Az újonnan bevezetésre kerülő gyógyszereknél (pl. antihipertenzív- vagy antiaritmiás szerek) a kezelő orvosnak kötelessége felhívni a közúti járművezető figyelmét arra, hogy állapotának javulásáig közúti járművet ne, vagy csak fokozott óvatossággal vezessen.

A döntésre feljogosított orvosnak természetesen más, a rendeletben fel nem sorolt betegséget is joga és kötelessége figyelembe venni.

Számtalan olyan betegséget tudunk megnevezni, mely hirtelen cselekvőképtelenséggel, vagy eszméletvesztéssel járhat. A pulmonológiai betegségek közül kiemelendő az allergiás asztma. Az allergén hirtelen megjelenésekor nehézlégzés, légszomj léphet fel, mely pl. nagysebességű, autópályás vezetésnél lehet kritikus. A nefrológiai, vérképző szervei betegségek a szervezet homeosztázisának megbomlását okozhatják, a következményes ioneltolódások (főleg kálium) ritmuszavart, izomgörcsöt válthatnak ki. Az endokrin betegségek közül gyakoriságukat tekintve is kiemelkednek a pajzsmirigy betegségek, főleg a hipertireózis okozta tremor, illetve a ritmuszavarok révén.

Diabetes mellitus:

Kétségtelen, hogy a jogszabály módosítása leginkább a diabéteszben szenvedők életére hatott ki.

A legfrissebb uniós irányelvek nagyon pontos és tényszerű megközelítésben ismertetik a cukorbetegre vonatkozó elvárásokat, kiemelve a legveszélyesebb jelenségek, a hipoglikémiának a jelentőségét. Az irányelvek csaknem szó szerint kerültek átvételre, annál szigorúbb feltételek nem indokoltak.

Magyarországon a diabéteszes felnőtt lakosság száma meghaladja a félmilliót. A rendelet előírta, hogy minden, olyan diabéteszes alkalmasságának megállapításához, aki tablettás- vagy inzulinkezelés (vagyis gyógyszeres kezelés) alatt áll, az egészségi alkalmasság csak szakorvosi vélemény ismeretében állapítható meg. A szakorvosi illetékességet tekintve a diabétesz a legérdekesebb, hiszen a szabály nem egy szakterület orvosát, hanem egyszerűen szakorvost jelöl, aki természetesen a háziorvos is lehet. Háziorvosként csak szakorvosok dolgozhatnak, ill. aki még nem az, az csak szakmai felügyelet mellett, vagyis az elérhető és a megfelelő szakképesítéssel rendelkező mentor közreműködésével végzi munkáját.

A szakmai tisztesség révén nagy tömegben kerülnek a betegek a diabetológiai szakrendelésekre, és fény derül számos problémára. A diabetológus kollégák visszajelzései szerint számottevő volt a tudatlanság a hipoglikémia jelentőségét, felismerését illetően. Sajnos a gyógyszeres terápia megválasztásánál a gyógyszert rendelő orvos nem minden esetben fordít kellő figyelmet a hipoglikémiás rizikó csökkentésére.

Fokozott vezetési kockázatok közé tartozik a súlyos hipoglikémia, a korán fellépő hipoglikémia, a szigorú normoglikémiára való törekvés (alacsony HbA1C) és a vércukor szint ellenőrzésének hiánya (3).

A magas érintettség miatt az alábbiakban bővebben írunk a cukorbeteg állapotának megítéléséről, reményeink szerint segítve a helyes döntés folyamatát.

A cukorbetegség két alapvető típusa az 1.-es és 2.-es típus (T1DM és T2DM).

A T1DM két alcsoportra osztható: autoimmun mechanizmusú (La) és idiopátiás (Lb). A T1DM-re az inzulint termelő béta – sejtek pusztulása jellemző, és ennek következtében az – étellel összeegyeztethetetlen – teljes inzulinhiány alakulhat ki. Az életben maradás alapfeltétele a megfelelő inzulinpótlás. A kezelés célja a normoglikémia-közeli helyzet elérése és fenntartása, valamint a szövődmények megelőzése. Ez általában naponta többször adott inzulinnal érhető el, aminek különböző formái vannak.

„Arany standard” – a 3 gyors + 1 bázis rendszer, a hipoglikémia veszélye miatt ez lehetőleg analóg inzulin legyen. Az inzulinanalógok legnagyobb előnye a humán inzulinnal szemben a kisebb hipoglikémiagyakoriság, ami a gépjárművezetés szempontjából rendkívül lényeges momentum. (4)

Az ultragyors hatású inzulin analóg adása esetén egy étkezéshez egy inzulin adása társul, ez szabadabb életvezetést enged, de csak abban az esetben, ha a beteg jól felkészült és élni tud ezzel a lehetőséggel (rendszeres vércukor-mérés, az étkezések szénhidráttartalmának és glikémiás indexének ismerete).

Az inzulinérzékenység napszakonként változik, reggel és késő délután a legkisebb, délben és éjjel a legnagyobb. Ezt a tényt a megfelelő étrend kialakításánál is figyelembe kell venni. Minél inkább hasonlít az inzulin-szubsztitúció a fiziológias inzulinszekrécióhoz, annál kevésbé különbözik a cukorbeteg étrendje a normális anyagcseréjű egyén étrendjétől, annál kisebb a hipoglikémia veszélye.

2011-ben Magyarországon 568 ezer felnőtt (20-69 év) cukorbeteg tartottak számon, és az előjelzések szerint ez a szám 2030-ban eléri az 599 ezer főt. Kb. 90% a 2-es típusú (T2DM) cukorbeteg aránya (5).

A T2DM előfordulási gyakorisága világszerte nő és sajnos megjelent a serdülők és fiatalok körében is. Ezt a tényt a szakmai alkalmasság elbírálásánál és a gépjárművezető jelöltek egészségügyi alkalmassági vizsgálatánál is figyelembe kell venni.

Erre a típusra az inzulinrezisztencia és a relatív inzulinhiány, általában a felnőttkor (40. életévtől), az obezitás, a béta-sejt működés lassú, fokozatos csökkenése jellemző. Ennek oka az inzulinrezisztencia miatt az azt kompenzálni próbáló fokozott béta-sejt

működés, ami végül a sejtek funkcionális kimerüléséhez vezet (6). Nem jellemző a ketózisra való hajlam, inzulininterápia nem feltétlenül szükséges.

A T2DM kezelését fokozatosan lehet felépíteni. A rendelkezésre álló gyógyszer-csoportok választéka széles. Ha az életmód-kezelés (egészséges táplálkozás, súlykontroll, fizikai aktivitás fokozása) nem elég, akkor az elsőként választandó gyógyszer a metformin. Előnye, hogy nem hipoglikemizál, hatékony, megfelelően felépítve a kezelést jól tolerálható. A második lépcső egyik gyakori kombinációja a szulfonilurea+metformin. A kombináció hatékonysága jó, a költsége viszonylag alacsony, azonban a szulfonilurea hatása a vércukortól független, emiatt a hipoglikémia kockázatát növeli, a hipoglikémiás tartományban töltött idő elérheti a 37%-t(7).

Ez a kezelési mód a gépjárművezetőknél rendkívül előnytelen. Az érvényes szakmai irányelvek alapján a szulfonilurea kezelés alternatívájaként már a második lépcsőben alkalmazhatók egyéb gyógyszerek, melyek közül kiemelkednek az inkretin alapú kezelések - DPP-4 gátlók (gliptinek). Per os alkalmazhatók, hatásuk (inzulinfelszabadulás) a vércukorszinttől függ, a hipoglikémia kockázata csekély, és kardiovaszkuláris szempontból is biztonságosak (8).

Legtöbbször a harmadik lépcsőben jelenik meg az inzulin, általában bazális formájában. A negyedik lépcső a komplex inzulin kezelési stratégiát tartalmazza. A metformin adását általában határozatlan ideig lehet folytatni (amennyiben nincs kontraindikációja) az inzulinkezelés elindítása után is, mivel mérsékli a T2DM típusú, elhízott betegek kardiovaszkuláris kockázatát, és a hipoglikémia is ritkábban jelentkezik, mint kizárólag inzulinnal történő kezelés esetén.

A hipoglikémia tünetei:

- Adrenerg: palpitáció, remegés, szorongás/izgatottság
- Kolinerg: izzadás, éhségérzet, paresztézia
- Neuroglükopéniás látászavar, gyengeség, kognitív zavarok, viselkedéssbeli változások, pszichomotoros eltérések, görcsroham, kóma

A hipoglikémia kockázatát növelő tényezők:

- életkor: nő a kockázat kisgyermekekben, serdülőkben és időskorban,
- diabetes-tartam: hosszabb tartam esetén nő
- nem: férfiak esetében nagyobb a kockázat
- szoros glükémiás kontroll: alacsony HbA1C
- neuropathia diabetica.
- kórelőzményben szereplő súlyos hipoglikémia

- hipoglikémia kialakulásának fokozott kockázattal járó gyógyszeres kezelés pl. szulfonilureák

A hipoglikémia következményei:

- a mortalitás 2-4%
- aritmia
- agyi működési zavar hosszú és rövid távon (bal-eseti veszély)

A rendelet definiálja, hogy itt és most mit kell hipoglikémia alatt érteni: „E rendelet alkalmazásában súlyos hipoglikémia állapítandó meg, ha az egyén külső segítségre szorul. Ha egy 12 hónapos időszakon belül a súlyos hipoglikémia megismétlődik, ismétlődő hipoglikémia fennállását kell megállapítani.” Ismétlődő súlyos hipoglikémia esetén egészségi alkalmatlanságot kell megállapítani.

A 2. alkalmassági csoportra vonatkozó előírások szigorúbbak:

Hipoglikémia kialakulásának kockázatát hordozó gyógyszeres kezelés esetében az egészségi alkalmasság a következő feltételek együttes fennállása esetén állapítható meg legfeljebb 3 év időtartamra:

- a) a vizsgálatot megelőző 12 hónap folyamán nem fordult elő súlyos hipoglikémia,
- b) a kérelmező teljesen tisztában van a hipoglikémia bevezető tüneteivel,
- c) az inzulinkezelésre szoruló kérelmező rendszeresen - legalább naponta kétszer vagy a vezetést közvetlenül megelőzően - végzett vércukorszint-méréssel megfelelően kontrollálja állapotát,
- d) a kérelmező teljes mértékben tisztában van a hipoglikémia kockázataival, és
- e) a cukorbetegséggel összefüggésben nem áll fenn egyéb kizáró szövődmény.

Áttekintve a jogszabály lényegét:

A jelen jogszabály orvosszakmai értelemben néhány helyen az uniós irányelvekhez képest konkrétabb, ám az eddig gyakorolt szakmai igényességhez, szigorhoz képest enyhébb fokú. Az általános megfogalmazású, a kereteit rugalmasan kezelő uniós irányelvek egyéb vonatkozásban lefedik a javaslatban szereplő valamennyi kiemelt megbetegedést is, de nem feltétlenül abban a csoportban, ahol az nálunk szerepel. A szigorúság tehát nem az egyes betegségek vonatkozásában értendő, hanem az orvos mozgás-

terében: több olyan megbetegedés került felsorolásra a rendeletben, amelyek kapcsán kötelező a betegség folyamatos karbantartásának a figyelemmel kísérése.

A mozgáskorlátozottságot illetően a magyar szabályozás eddig is releváns volt, de kellő szigor mellett is inkább volt megengedő – megfelelő feltételek illetve korlátozások mellett nyilvánítva alkalmassá a vezetőt. A jogszabály lényegében nem szigorúbb, hanem pontosabb az uniósnál.

Az uniós általánosságokkal szemben a rendelet melléklete a mentális rendellenességek esetében a tényleges megbetegedésekre és állapotokra utalva jelentősen megkönnyíti mind a nyilatkozó orvosok, mind a betegek helyzetét. Nem szigorúbb, de pontosabb az uniós szövegnél.

Az alkoholfogyasztás a magyar szokások miatt neurálgikus terület, ám össz-tartalmát illetően a rendelet nem tér el az uniós elvárásoktól.

A jogszabály is elfogadja a kétféle kábítószer fogyasztási csoport létezését: az egyik, aki okkal fogyaszt kábító hatású szert (pl. betegség miatt), a másik csoport, aki visszaél vele. Az általános alkalmasságot pedig elkülönítik a tényleges gépjárművezetéstől: kábító hatású szer hatása alatt nem ajánlott a vezetés.

A vesebetegségek közül csak a veseelégtelenség kizáró feltétel, de ennek kimondása, vagyis a súlyosság mértékének a meghatározása nem házi-orvosi hatáskör.

Tudomásul kell venni, hogy a vezetés veszélyes üzem és csak megfelelő kondíciók mellett lehetséges. Vannak fogyatékoságok, amelyek kompenzálhatók úgy, hogy gyógyászati- vagy más segéd-eszközzel korrigálják azt, vagy mások esetében a gépjármű felszereltségének, berendezésének módosításával igazodnak a helyzethez (a jogszabályban ez „feltétel” vagy „korlátozás” címen jelenik meg). Ahol nincs lehetőség a megfelelő kompenzációra, sajnos szóba jöhet az alkalmatlanság kimondása. A magyar lehetőségek szerencsére lehetővé teszik, hogy – ahol nem kerültek be kogens és megkerülhetetlen megfogalmazások a jogszabályba – másodfokon, szakértő bevonásával felülírható legyen egy első fokon hozott kedvezőtlen vélemény.

Beutalás és térítési díj

A társadalombiztosítással támogatott eljárásokat jogszabályok határozzák meg. A nem támogatott ellátások térítéskötelesek. Amennyiben egy a TB által nem támogatott ellátás kapcsán kerül sor beutalásra, akkor automatikusan nem támogatottá válik az így

kezdemenyezett ellátás is. Ha tehát az első fokon eljáró orvos az alkalmasság véleményezése érdekében tesz fel kérdést a szakellátás felé, jogos a térítési díj felszámolása (A kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvénynek az egészségügyi szolgáltatások igénybevételére vonatkozó közös rendelkezései között szereplő 18. § (6) bekezdés *n*) és *u*) pontja szerint nem vehető igénybe az E. Alap terhére. Az üzemorvosi területen hasonló a helyzet akkor, amikor az üzemi orvos utalja be szakvizsgálatra a munkavállalót.).

Az alkalmassági vizsgálat díja kötött, annak értékét a hatályos 284/1997. (XII.23.) Korm. Rendelet határozza meg.

A vizsgálat eljárásrendje nem csak a társadalombiztosítástól, hanem a vizsgálatra jelentkező egyéb biztosítottságtól is független. Ha a jelentkező külföldi biztosítással rendelkezik, vagy akár külföldi állampolgár, de a vizsgálatot kéri, az arra feljogosított orvos az ügyben eljárhat, a kapott dokumentumot a jelentkező a rá egyébként vonatkozó szabályok szerint fogja felhasználni. Mindenképpen tilos ugyanakkor más állam által kibocsátott (mint pl. a régi jogosítványhoz hasonló) okmányba bejegyzést tenni.

A nyomaték kedvéért szeretnénk megismételni: A döntés felelősségét a kiadásra került melléklet nem osztja meg. Az adott betegségben szenvedő páciens szakorvosi vizsgálata nem része, hanem feltétele az alkalmasság megítélésének. Ha az egyébként már ismert, a mellékletben felsorolt súlyos betegségben szenvedő polgár jár a szakmailag elvárható, számára előírt kontrollokra, akkor az ott kapott leletek alapján – figyelemmel a fentiekben jelzett, már 38 éve élő szabályra is – az első fokon eljáró orvos dönthet az alkalmasságot illetően. Ha nem tett eleget az elvárásoknak, akkor az alkalmassági vizsgálat az adott időpontban a beteg számára kedvezően nem bírálható el, a szakorvosi vizsgálati lelet bemutatásáig a döntés halasztódik (vagy azonnal alkalmatlan minősítést kap, ami ellen természetesen felülvizsgálati kérelemmel, vagyis fellebbezéssel, jogorvoslattal élhet). Ahogy már említettük, a melléklet csak az idegrendszeri betegségek kapcsán írja elő az *illetékes neurológus szakorvostól* származó lelet szükségességét, más esetben nem feltétel, hogy a területileg illetékes szakorvostól származó lelet kerüljön értékelésre.

A jogszabályban olvasható előírások figyelembe vétele kötelező, azokon sem szűkíteni, sem önkényesen bővíteni nem lehet. Jogszabály ellenes tehát sajátos értelmezéssel megfogalmazni, vagy különö-

sen előírni, hogy pl. a diabétesz esetén ki milyen szakorvosokat tart kompetensnek az alkalmasság megítéléséhez. Erről az első fokú eljárásra felhatalmazott orvos joga és felelőssége dönteni.

Összefoglalva röviden:

- A döntés a rendelet 8. §-ban meghatározott orvos osztatlan joga és felelőssége.
- A döntéshez a vizsgálaton túl köteles érvényes szakorvosi leleteket is tanulmányozni a mellékletben felsorolt esetekben.
- Amennyiben az alkalmassági vizsgálatra jelentkezőnél a felsorolt betegségekre utaló jelet tapasztal, vagy már tudomása volt róla, az alkalmasságot akkor mondhatja ki, ha a betegség vonatkozásában releváns szakorvosi lelet értékelése azt lehetővé teszi.
- Érvényes lelet hiányában alkalmas minősítést nem adhat.
- A szakorvosi vizsgálat a betegség kivizsgálása és terápiás terve vonatkozásában a beteg érdekében szükséges.
- Nem karbantartott, megfelelően nem kontrollált esetben a minősítés csak alkalmatlan lehet.

Cikkünkkel nem csak a tájékoztatást szeretnénk támogatni, hanem elősegíteni, hogy kevesebb indokolatlan szakorvosi beutalás mellett helyes orvosi döntések születessenek csökkentve egyben a felesleges lakossági megterheléseket, a másodfokra kerülő ügyek számát.

Egyben köszönetet szeretnénk mondani Dr. Lászlóffy Marianna és Dr. Budavölgyi Attila kollégáknak, hogy hozzájárultak az általuk a Foglalkozás-egészségügy 2014/1 lapban közzétett cikkük felhasználásához

Irodalom, hivatkozások

- (1) Borbola, J.: A trimetazidin kardioprotektív hatásai koronáriabetegekben. *Cardiologia Hungarica* 2013, 43: 249-252.
- (2) Nádasy, A.: Hogyan tudnánk hatékonyabb kezelést folytatni? A koszorúéremesemények megelőzése hipertóniában. *Cardiologia Hungarica* 2013, 43: 215-217.
- (3) Inkster, B., Frier, B. M.: Diabetes and driving. *Diabetes, Obesity and Metabolism* 2013, 15: 775-783.
- (4) Hosszúfalusi, N.: Az 1-es típusú diabetes mellitus modern szemlélete. *Magyar Belorvosi Archívum* 2008, 61: 193-199.
- (5) Jermendy, Gy., Nádasy, J., Szigethy, E. et al.: Prevalence Rate of Diabetes Mellitus and Impaired Fasting Glycemia in Hungary: Cross-Sectional Study on Nationally Representative Sample of People Aged 20-69 Years. *Croatian Medical Journal* 2010, 51(2): 151-156.
- (6) Gerő, L.: Béta-sejt-elégtelenség, inzulinkezelés - bevezető. *Orvostovábbképző Szemle* 2012, 19: 6-8.
- (7) Health and Quality of Life Outcomes 2008 6:88 doi:10.1186/1477-7525-6-88
- (8) Engel, SS., Golm, GT., Shapiro, D., Davies, MJ., Kaufman, KD., Goldstein, BJ.: Cardiovascular safety of sitagliptin in patients with type 2 diabetes mellitus: a pooled analysis. *Cardiovasc Diabetol* 2013, 12: 3.
- (9) Lászlóffy M.- Budavölgyi A. A II. csoportú gépjárművezetők alkalmassági vizsgálatának korszerű szemlélete - gyakorlati útmutató *Foglalkozás-egészségügy* 2014/1 24-31

A közlemény megjelenését az MSD Pharma Hungary Kft. támogatta. A közlemény a szerzők véleményét tükrözi, mely eltérhet az MSD álláspontjától. Minden megemlített termék alkalmazásakor az érvényes alkalmazási előírás az irányadó.

Ellenőrző lista 1. csoportú gépjárművezető (jelölt) egészségügyi alkalmassági vizsgálatához

A lista kitöltésével az egészségügyi alkalmasságot elbíráló orvos ellenőrizheti, hogy az 1. csoportú gépjárművezető (jelölt) egészségi állapota a 13/1992. (VI. 26.) NM rendelet által előírt feltételeknek megfelel-e, illetve szükséges-e szakorvosi vizsgálata. A kitöltést követően, amennyiben a jelölés kék mezőbe került, megfelelő szakorvosi vizsgálatra/szakvéleményre van szükség. Piros mezőbe tett jelölés az alkalmasságot kizárja, csak sikeres terápiát követően, a szakorvosi vélemény figyelembe vételével adható meg. Az anamnesztikus, sárga mezőkben az „igen” jelölése esetén a pontos diagnózis, a jelen állapot dönti el a szakorvosi konzílium szükségességét. E segédanyag az egészségi állapot gyors áttekinthetősége céljából készült, nem pótolja a szakmai, jogszabályi ismereteket.

Név:

Születési hely, idő:

Lakcím:

Anyja neve:

TAJ szám:

Vezetői engedély száma:

Személyazonosító igazolvány száma:

I. Blokk Anamnesztikus adatok

A gépjárművezető (jelölt)	igen	nem
1. Anamnézisében szerepel-e		
1.1 látászavar (ideértve a töréshibákat is)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.2 hallászavar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.3 a tapintás, vagy egyensúlyozás zavara	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.4 drog- és/vagy alkohol abusus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.5 neurológiai betegség	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.6 pszichiátriai betegség	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.7 agyi vérkeringészavart okozó érbetegség	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.8 agyi műtét, agysérülés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.9 ortopédiai, reumatológiai betegség	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.10 súlyos bőrgyógyászati betegség	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.11 jelentős fül-orr-gégészeti betegség	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.12 szív- érrendszeri betegség	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.13 pulmonológiai betegség	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.14 nefrológiai betegség	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.15 cukorbetegség	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.16 vérképző és/vagy endokrin betegség	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.17 allergia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.18 egyéb, a járművezetést befolyásoló betegség	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

II. Blokk Jelen állapot

A gépjárművezető (jelölt)	igen	nem
2. Legalább 0,8-es – szükség esetén korrekciós lencsével segített – látásélességgel rendelkezik a jobbik és legalább 0,1-es látásélességgel rendelkezik a gyengébb szemre?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
3. Szemüvege a plusz 8 dioptriát meghaladja?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Látótere vízszintes irányban mindkét szemre legalább 160°-os, amely balra és jobbra legalább 70°-ot, felfelé és lefelé legalább 30°-ot bővíti, és a látótér középpontjától számított 30°-os sugarú tartományon belül a látás nem terhelt?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
5. Egyik szemének látóképessége jelentősen csökkent-e?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Színlátása ép?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
7. Szemkáprázás, fényadaptációs vagy szürkületi látás zavar fennáll-e?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Csökkent kontrasztérzékenység, kettős látás fennáll-e?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. 6 m társalgási-, vagy 3 m sűgött beszédet megéri?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
10. Tapintás, egyensúlyozás zavara fennáll-e?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Drog, vagy alkohol abusus jelenleg fennáll-e?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Szenved-e neurológiai betegségben, mely az éberségi szint zavaraihoz, homályos tudatállapothoz, eszméletvesztéshez (epilepszia!) vezethet?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Szenved-e agyi vérkeringészavart okozó érbetegségben?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Volt-e agyi műtét, agysérülés?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Szenved-e olyan pszichiátriai betegségben, mely a felismerés, az ítélőképesség, a viselkedés vagy az alkalmazkodó képesség zavarával jár?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Szenved-e olyan ortopédiai betegségben, mely a járművezetést befolyásolhatja?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Szenved-e olyan bőrgyógyászati betegségben, mely a járművezetést befolyásolhatja?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Szenved-e olyan fül-orr-gégészeti betegségben, mely a járművezetést befolyásolhatja?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Hypertóniás-e?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. A hypertónia kezeletlen, súlyos, rosszul beállított, vagy ismert-e kardiovaszkuláris szövödménye?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A gépjárművezető (jelölt)	igen	nem
21. Rendelkezik-e szívritmus-szabályozó készülékkel?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Átesett-e szívinfarktuson?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Van-e szívritmus zavara?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Van-e súlyos szívritmus zavara?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Van-e anginás panasza?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Van-e nyugalmi, instabil, kislejtéses fizikai- vagy pszichés terhelésre bekövetkező anginás panasza?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Szenved-e olyan pulmonológiai betegségben (asthma!), mely a járművezetést befolyásolhatja?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Szenved-e olyan nefrológiai betegségben, mely a járművezetést befolyásolhatja?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Szenved-e olyan vérképző szervi, endokrin betegségben, mely a járművezetést befolyásolhatja?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Szenved-e olyan allergiás vagy egyéb betegségben, mely a járművezetést befolyásolhatja?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Szenved-e cukorbetegségben?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Kap-e cukorbetegsége miatt gyógyszeres kezelést?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Az alkalmazott kezelés együtt jár-e hipoglikémia kockázatával?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Az alkalmazott kezelés minimalizálja-e a hipoglikémia veszélyét, vagy módosítása szükséges?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Felismeri-e a hipoglikémia kockázatának jelentőségét, a hipoglikémia bevezető tüneteit?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
36. Rendszeresen ellenőrzi-e vércukrát?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
37. Volt-e súlyos hipoglikémiája az elmúlt 12 hónapban?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Volt-e nem súlyos hipoglikémiája az elmúlt 12 hónapban?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Epilepszia betegséget bármikor megállapítottak, és csoportos személyszállítást végez?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>