

**Az alapvető jogok biztosának
Jelentése
az AJB-537/2013. számú ügyben**

Előadó: dr. Tóth Livia

Az eljárás megindítása

Egy idősothont és fogyatékosok otthonait fenntartó nonprofit kft. ügyvezetője fordult hozzám beadvánnyal azt sérelmezve, hogy bár jogszabály szerint szociális ellátást nyújtó intézményként nem kötelessége szakápolási tevékenységet folytatni az intézményekben, a napi gyakorlatban azonban ez elkerülhetetlen. Egy jogszabályváltozás miatt 2008. január 1-től a szakápolás szociális intézményben csak külön engedély birtokában végezhető, jelentős többletterhet róva az intézményekre, finanszírozás nélkül.

Tekintettel arra, hogy a beadvány alapján felmerült a bentlakásos intézményekben élő ellátottak alapvető joga sérelmének gyanúja, az ügyben az alapvető jogok biztosáról szóló 2011. évi CXI. törvény (Ajbt.) alapján vizsgálatot rendeltem el. A vizsgálat eredményes befejezése érdekében a felvetett problémával kapcsolatban megkerestem az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat Országos Tisztifőorvosi Hivatalát (OTH), az Országos Egészségbiztosítási Pénztárat (OEP), és tájékoztatást kértem az Emberi Erőforrások Minisztériumától (EMMI) is.

Alkalmazott jogszabályok

- Magyarország Alaptörvénye
- Az alapvető jogok biztosáról szóló 2011. évi CXI. törvény (Ajbt.)
- Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény (Eütv.)
- A szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény (Szocvtv.)
- Az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről szóló 60/2003. (X. 20.) ESzCsM rendelet (ESzCsM r.)
- A személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről szóló 1/2000. (I. 7.) SzCsM rendelet (SzCsM r.)
- Az otthoni szakápolási tevékenységről szóló 20/1996. (VII. 26.) NM rendelet (NM r.)

Az érintett alapvető jogok és alapelvek

- A jogállamiság elvéből fakadó jogbiztonság követelménye és a tisztességes eljáráshoz való jog [Alaptörvény *B* cikk (1) bekezdés: „*Magyarország független, demokratikus jogállam.*”]
- Az élethez és az emberi méltósághoz való jog [Alaptörvény *II. cikk*: „*Az emberi méltóság sérthetetlen. Minden embernek joga van az élethez és az emberi méltósághoz, a magzat életét a fogantatástól kezdve védelem illeti meg.*”]
- A testi és lelki egészséghez való jog [Alaptörvény *XX. cikk* (1) bekezdés „*Mindenkinek joga van a testi és lelki egészséghez.*”]

A megállapított tényállás

A nonprofit kft. az általa fenntartott idősothton és két fogyatékos otthon működtetése folyamán szembesült azzal a problémával, hogy az egészségügy jelenlegi struktúrája mellett nem tehet mást, mint hogy kényszerből szakápolást végez, amely jelentős plusz feladatot és anyagi terhet ró az intézményre, azonban a szükséges többletfinanszírozás nélkül kell a feladatot ellátnia.

Budapest Főváros Kormányhivatala Ceglédi Kistérségi Népegészségügyi Intézetének felhívása szerint az ellenőrzéseik során tapasztaltak alapján az intézményekben szakápolást is végeznek és erre adott esetben külön engedélyt kell kérni. A nonprofit kft. többször próbált egyeztetést kezdeményezni annak tisztázására, hogy mint szociális intézmény, van-e

felelőssége, ha az SzCsM rendelet által támasztott egészségügyi követelményeknek megfelel, de szakápolást nem végez, mert nem áll rendelkezésére elegendő forrás az engedélyeztetési eljárás lefolytatásához. A közelmúltban az OEP-hez fordult annak érdekében, hogy megnövekedett feladataihoz, személyi és tárgyi feltételek tekintetében jelentkező többletköltségeikhez finanszírozást kérjen. Beadványát elutasították azzal az indoklással, hogy az SzCsM rendelet 50. §-a alapján alapápolásról igen, szakápolásról azonban nem köteles gondoskodni. *A szociális intézmények egészségügyi feladatainak változásával az otthoni szakápolás finanszírozására szolgáló költségvetési keret nem változott, így az intézeti lakók szakápolási szükségleteinek finanszírozásához szükséges többletforrás nem áll rendelkezésre.*

A panaszos előadta azt is, hogy az OEP által finanszírozott egészségügyi szolgáltatók nem szívesen, és csak nagyon rövid ideig fogadják a bentlakásos szociális intézmények ellátottjait, a feltétlenül szükséges beavatkozások elvégzése után 1-2 nappal ellátásukat befejezik, és a beteget kiadják arra hivatkozással, hogy a szociális intézménynek is van ápoló személyzete, így a szakápolási tevékenységet kénytelen az intézmény elvégezni.

Az ügyvezető beadványa szerint 2008. január 1. előtt az ápolást (tartozzon az bármilyen ápolási típusba) el tudták végezni felelősséggel és plusz költségek nélkül. A jelenlegi jogszabályok azonban a szakápolást végző intézményt egészségügyi, és nem szociális intézményként kezelik. Maga az engedélyezési eljárás, valamint a jogszabályi követelményeknek való megfelelés is sok plusz költséggel jár az intézmények számára, továbbá a hatóságok ellenőrzése során tapasztalt egészségügyi szemlélet is – amely nem egy esetben összeegyeztethetetlen a szociális szakma azon szemléletével, miszerint egy tartós bentlakásos otthont a kliens otthonaként definiál – problematikus. A Panaszos álláspontja szerint, mindez méltánytalan a fenntartókkal szemben, hiszen többletfeladatot és követelményt rendel el, a feladatellátást lehetővé tevő plusz finanszírozás nélkül.

Beérkezett válaszok

A vizsgálat eredményes befejezése érdekében tájékoztatást és álláspontjának kifejtését kértem az országos tisztifőorvostól, az OEP főigazgatójától és az emberi erőforrások miniszterétől.

1. Az *országos tisztifőorvos* válaszában arról tájékoztatott, hogy egészségügyi szolgáltatás gyakorlásának általános feltételeiről, valamint a működési engedélyezési eljárásról szóló 96/2003. (VII. 15.) kormányrendelet 6. § (2) bekezdése értelmében „nem kell külön működési engedélyt kiadni a bentlakásos szociális intézményeknek a külön jogszabályban meghatározott kötelező szolgáltatásai körébe tartozó egészségügyi szolgáltatásokra”.

Az SzCSM r. szerinti kötelező feladatok és szolgáltatások az alábbiak: egészségügyi ellátás, melynek keretében gondoskodni kell az igénybe vevő egészségmegőrzését szolgáló felvilágosításáról, valamilyen óraszámú orvosi ellátásáról, szükség szerinti alapápolásáról. Az alapápolás körében különösen a személyi higiéné biztosításáról, a gyógyszerelésről, az étkezésben, a folyadékpótlásban, a hely- és helyzetváltoztatásban, valamint a kontinenciában való segítségnyújtásról, a szakorvosi, illetve sürgősségi ellátáshoz való hozzájárásáról, a kórházi kezeléséhez való hozzájárásáról, meghatározott gyógyszerellátásáról, valamint gyógyászati segédeszköz biztosításáról kell gondoskodni.

Amennyiben tehát a vonatkozó rendelet szerint csak a kötelező feladatok ellátását végzi a szociális intézmény, akkor nem szükséges az egészségügyi szolgáltatási tevékenységre szóló működési engedély, még akkor sem, ha esetlegesen egészségügyi szakképzettséggel foglalkoztat ápolót. Ha a szociális intézmény a kötelező feladatain túl, egészségügyi szolgáltató tevékenységet is végez, akkor szükséges az egészségügyi tevékenység végzésére jogosító működési engedély, amelyet az említett 96/2003. (VII. 15.) kormányrendelet szabályoz. Az országos tisztifőorvos rögzítette, hogy a szakápolás *nem*

kötelezettség, hanem lehetőség, és az intézmény döntése, hogy a lakóinak helyben kívánja-e nyújtani a komplex szolgáltatást, azonban ha nyújtja, akkor azt mindenképp „megmért és felügyelt” módon kell tennie.

A szociális intézményekben végzett szakfelügyeleti tevékenység tapasztalata, hogy a gondozottak „multimorbiditásban” szenvednek, tekintve, hogy már az idősotthoni ellátásba kerülés feltétele is a napi 4 órát meghaladó gondozási szükséglet megléte. Ha az idősotthoni ellátást igénylő személy gondozási szükséglete fennáll, de nem haladja meg a napi 4 órát, és az idősotthoni elhelyezést a jogszabályban meghatározott egyéb körülmények nem indokolják, akkor az adott intézmény vezetője tájékoztatást ad a házi segítségnyújtás igénybevételének lehetőségéről. *Mindezek alapján elmondható, hogy az intézmények rendszeresen nyújtanak a szakápolás tekintetében egészségügyi szolgáltató tevékenységet, amelyre – az egészségügyi hatóság észlelése szerint – nem rendelkeztek működési engedéllyel.* A működési engedély a jogszabályi rendelkezésen túl – a SzCSM r. 50.§ (2) bekezdés c) pontja szerint – azért is szükséges, mert ez tartalmazná az Eütv-ben megfogalmazott esélyegyenlőséget és jelentene olyan garanciális elemeket, amelyek biztosítják – a szolgáltatók jogállásától és az ellátások fedezetétől függetlenül – az egészségügyi szolgáltatások általános szakmai feltételeit, színvonalát. Ennek elsődleges feltételén, a szakember meglétén túl fontosak még a tárgyi feltételek, valamint az, hogy az egészségügyi ellátást a szakmai szabályok betartásával végezzék. Ennek hiányában csorbul az esélyegyenlőség, esetlegesen az ellátások, szakmaiatlan a tevékenység, megnőnek a panaszügyek, összességében elégtelen lesz a szolgáltatás.

A működési engedély megadásához szükséges szabályozás szerinti követelményeket részint a 96/2003. (VII. 15.) kormányrendelet, valamint egyéb jogszabályok tartalmazzák, így pl. az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről szóló 60/2003. (X. 20.) ESzCsM rendeletben megfogalmazottak. A minimumfeltételekről szóló rendelet a szociális intézményben nyújtott szakápolási tevékenység vonatkozásában, a nevéhez méltóan tényleg csak a minimum követelményeket tartalmazza, az OTH tapasztalatai szerint az intézmények nagy többsége eleve rendelkezik a szükséges tárgyi feltételekkel. A személyi feltételek tekintetében létszámot nem, csak szakképesítési követelményeket tartalmaz.

Az országos tisztifőorvos nem értett egyet a panaszos azon meglátásával, hogy a hatóságok ellenőrzése egészségügyi szemléletet tükröz, ugyanis a szociális intézményekben nyújtott felügyeleti ellenőrzési tevékenységet a szociális szolgáltatók és intézmények működésének engedélyezéséről és ellenőrzéséről szóló 321/2009. (XII. 29.) kormányrendelet nagyon pontosan szabályozza. A szabályok szerint a működést engedélyező szerv legalább két évente ellenőrzi, hogy a szociális szolgáltató intézmény a jogszabályokban és a működési engedélyben foglaltaknak megfelelően működik és ehhez az ellenőrzéshez éves ellenőrzési tervet készít, amelyet minden év január 31-éig megküld a felügyeleti szervének, és annak az egészségügyi hatóságnak, amely az engedélyezésben szakhatóságként működött közre. Az egészségügyi hatóság nem önmaga ellenőríz, szakhatóságként van jelen, így egészségügyi szemléletét legfeljebb az engedély nélkül nyújtott egészségügyi szolgáltatás tekintetében érvényesíti csak, a hatósági feladatokat tekintve pedig kötelessége a figyelemfelhívás a jogellenesen nyújtott tevékenység megszüntetésére vagy a működési engedély megkérésére. Felhívta a figyelmet továbbá a szociális és egészségügyi szolgáltatásoknál a szakdolgozók továbbképzése és a továbbképzési pontok elfogadása tekintetében megteremtett átjárhatóságra is.

Az országos tisztifőorvos a hatóság tapasztalatai és a szakfelügyelői jelzések alapján utalt arra, hogy a szociális intézményekben nyújtott szakápolás vonatkozásában esetenként szakképzetlen, vagy minimális szakképesítéssel bíró alkalmazottak krónikus sebeket, decubitálódott területeket kezeltek, infúziós terápiát alkalmaztak, vagy más, a szakápolási tevékenység körébe tartozó feladatot láttak el, mindezt felelősségbiztosítás hiányában, nem

felügyelt eszközökkel, nélkülözve a szakmaiságot, és ismeretek hiányában esetenként a higiénés szabályok be nem tartásával. A panaszügy kivizsgálása kapcsán is felszínre kerültek azok a hiányosságok, amelyek álláspontja szerint abból eredeztethetőek, hogy működési engedély nélkül nyújtották az egészségügyi szolgáltatást.

Utalt arra is, hogy amennyiben a kliens otthonaként definiáljuk a tartós bentlakásos intézményeket, akkor az a lakos, aki a saját lakásában lakik, és akinek egészségi állapotában változás állt be, így egészségügyi szolgáltatásra szorul, az egészségügyi szolgáltatást azon szolgáltatótól „veszi fel”, aki a tevékenységét a szakmai szabályoknak megfelelően, regisztrált szakemberrel, egészségügyi felelősségbiztosítás és működési engedély birtokában végzi. Álláspontja szerint a szociális intézményben gondozottak jogai csorbulnának, életük és testi épségük épp akkor kerülne veszélybe, ha az egészségügyi szolgáltatást bármiféle korlát és felügyelet nélkül nyújtanák az intézmények.

Tájékoztatott továbbá arról is, hogy az EMMI-vel rendszeres a konzultáció, a felvetett és vázolt problémák vonatkozásában folyamatos egyeztetések történtek, pl. az OTH komplex, átfogó javaslatot tett a szociális intézményekben nyújtott ápolási tevékenység szabályozása tekintetében, valamint javaslatot tettek a szabályozás egyes elemeinek módosítása tárgyában, többek között, hogy a jelenleg hatályos minimumfeltételben az ápoló szakképesítési előírásánál legyen elégséges a szakápoló, nem szükséges a diplomás ápoló.

2. Az OEP főigazgatója szerint az SzCsM r. 2007. december 31-ig hatályos 50. § (2) bekezdés c) pontja értelmében a szociális intézmény köteles gondoskodni az igénybe vevő „szükség szerinti ápolásáról”. Az idézett rendelkezés 2008. január 1-jétől úgy módosult, hogy a szociális intézmény az igénybe vevő „szükség szerinti alapápolásáról, az otthoni szakápolási tevékenységről szóló 20/1996. (VII. 26.) NM rendeletben meghatározott szakápolási tevékenységek kivételével...” köteles gondoskodni. A jogszabály-módosítást megelőzően – azaz 2008. január 1. előtt – az SzCsM r. 50.§ (2) bekezdése c) pontja teljes összhangban volt a kapcsolódó jogszabályi környezettel. A jogszabály-módosítást követően azonban *jogbizonytalanság lépett fel és felborult az összhang* a módosított jogszabályi rendelkezés és a kötelező egészségbiztosítás ellátásáról szóló 1997. évi LXXXIII. törvény (Ebtv.), valamint a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény (Szoctv.) kapcsolódó rendelkezései között.

Az Ebtv. 14. § (3) bekezdése szerint: „*a biztosított külön jogszabályban foglaltak szerint jogosult fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátást kiváltó otthoni szakápolásra (ideértve az otthoni rehabilitációs ellátást is) és otthoni hospice ellátásra.*” A Szoctv. 68.§ (1) bekezdése szerint: „*az idősek otthonában a 68/A. § (3) bekezdésében meghatározott gondozási szükséglettel rendelkező, de rendszeres fekvőbeteg-gyógyintézeti kezelést nem igénylő... személy látható el.*”

Az SzCsM r. hatályos szövege alapján a kötelező egészségbiztosítás terhére finanszírozható lenne a szociális otthonokban nyújtott otthoni szakápolási szolgáltatás.

Ugyanakkor a főigazgató utalt arra, hogy jelentős ellentmondás feszül az Ebtv. és a Szoctv. idézett rendelkezései között, mely törvényi rendelkezések az SzCsM r. módosítása után sem változtak. A Szoctv. idézett rendelkezése szerint adott személy ápolást-gondozást nyújtó szociális intézeti felvételének az a feltétele, hogy „*rendszeres fekvőbeteg-gyógyintézeti kezelést nem igénylő*” állapotban legyen. Az Ebtv. idézett rendelkezése értelmében viszont az otthoni szakápolás fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátást kiváltó egészségügyi szolgáltatás. A leírtakból következően a szociális intézetben lakók nem lehetnek olyan egészségügyi állapotban, hogy kórházi kezelést kiváltó otthoni szakápolásra szoruljanak.

A törvényi rendelkezések között meglévő és feloldatlan ellentmondáson túl – az OEP álláspontja szerint – szakmai (ápolásszakmai, finanszírozási és ellátásszervezési) érvek szólnak amellet, hogy az OEP ne finanszírozza a bentlakásos szociális intézményben lévő otthoni szakápolását.

Szakápolási tevékenység a bentlakásos szociális intézményben is végezhető. E szakápolási tevékenységek felsorolását az ESzCsM r. tartalmazza. *Ápolásszakmai* okoknál fogva – az OEP álláspontja szerint – az alapápolási és szakápolási feladatok egymástól nem választhatók el. *Alapápolási* feladatok azok a tevékenységek, amelyeket az ápoló (és nem kizárólag a szakápoló) személyzet saját hatáskörében végez az alapvető szükségletek kielégítésére. Ilyen például a tisztálkodás, öltözködés, hely- és helyzetváltoztatás, inkontinencia kezelése (pelenka csere), stb. Ezen feladatokat nemcsak az ápolói képesítéssel rendelkezők, hanem „laikusok” is végezhetik az ápolás során. A *szakápolási* feladatokat a szakképzett ápoló részben saját kezdeményezésére, részben orvosi utasításra végezheti. Ezek pl. az injekciózás, kezelést igénylő sebek ellátása, szondatáplálás, katéterezés, stb. A szakápolás során az ápoló – szakmai protokollok alapján – alap- és szakápolási tevékenységeket is folytat. Pl. sebkezelést (ami szakápolási tevékenység) csak az előzetesen elvégzett mosdatás, környezeti higiénia megteremtése (ami alapápolás) után lehet végezni. Az ápolási munkafolyamat során értelmetlen és lehetetlen szétválasztani az alap- és szakápolási tevékenységeket. Egy-egy ápolási folyamatsort nem lehet úgy megbontani, hogy pl. a szakképesítés nélküli ápoló személyzet megmosdítja a beteget, majd egy teljesen más időpontban érkező szakápoló beköti a beteg sebéet. Ez szakmailag nem életszerű, az ellátási protokoll sem lenne kivitelezhető ebben a formában.

Az ápolásszakmai okokon túl *finanszírozási* okai is vannak annak, hogy miért nem terjeszthető ki az „otthoni szakápolás” – mint E. Alapból finanszírozott szolgáltatás – a szociális intézményekre. A főigazgató elmondta, hogy egyes szociális intézmények azt feltételezték a 2008. január 1-jétől hatályos rendeletmódosítást követően, hogy az egészségügyi szükségletekből fakadó ápolási feladatokat – így pl. a krónikus sebek ellátását, katéter ellátáshoz kapcsolódó ápolási feladátokat, szondatápláláshoz kapcsolódó feladatokat, sztómával élők ellátását, stb. – a továbbiakban nem a szociális intézmény ápolói szakszemélyzetének kell ellátnia, hanem az E. Alapból finanszírozott otthoni szakápolást nyújtó szolgáltatóknak. *Az ennek finanszírozásához szükséges többletforrást a rendeletmódosítással egyidejűleg és azóta sem építették be az E. Alap költségvetésébe, illetve nem került átcsoportosításra a szociális ágazattól.*

Az Állami Számvevőszék (ÁSZ) 0820. számú vizsgálati jelentése szerint 2007-ben a lakók egyharmada szorult az NM r-ben meghatározott ápolási tevékenységre. 2011-ben a tartós bentlakás keretében ellátottak száma 88.886 fő volt. Feltételezhető az ÁSZ hivatkozott vizsgálata alapján, hogy a lakók kb. 33%-a valamilyen egészségügyi jellegű ápolásra (szakápolásra) szorul. Ez azt jelenti, hogy 29.628 fő részére heti 3 alkalommal történő ápolás (szakápolás) esetén éves szinten 4,71 millió vizitet kellene nyújtani. Ennek finanszírozási forrásigénye 15,92 milliárd forint lenne azzal a díjjal számítva, amit az OEP jelenleg fizet egy vizit elvégzése után. (Az E. Alap 2013. évi otthoni szakápolásra és hospice ellátásra fordítható keretösszege 4,3 milliárd forint.)

A leírtak szerint az E. Alap jelenlegi otthoni szakápolási előirányzata nem biztosít fedezetet a szociális intézményekben történő szakápolási feladatok finanszírozására. Az OEP szerint a bentlakásos szociális intézményekben lévők szakápolásának az otthoni szakápolást végző – finanszírozott – szolgáltatók által történő biztosítása jelentős *ellátásszervezési* gondot okozna. Amennyiben az otthoni szakápolást végző szolgáltatók – a jelenleg rendelkezésükre álló vizitkapacitásaik terhére – nyújtanának a bentlakásos szociális intézményekben lévők részére szakápolási szolgáltatást, úgy az jelentős területi ellátási zavarokat okozna, akár a teljes jelenlegi ellátás megszűnéséhez is vezethetne. Az otthoni szakápolás finanszírozására zárt keret szolgál az E. Alapon belül. A szociális intézményekben történő ellátás az otthonápolási szolgáltatók számára az ápolási tevékenység koncentrálásának lehetőségét nyújtaná (intézetben belül egyszerre több beteg ellátása), egyben értelmezhetlenné válna a vállalt területi ellátási kötelezettség. A jelenlegi ellátási körbe tartozó lakosság szám alapján megállapított és szerződött vizitkeret egy meghatározott szociális intézményben történő

felhasználása – melynek reális lehetősége fennáll – csak a területen élő lakosság szakápolására szolgáló vizitkeret terhére valósulhatna meg. Feltételezhető, hogy a kapacitások koncentrált felhasználásával rövid időn belül az otthoni szakápolási szolgáltatás csak a szociális intézményekben válna elérhetővé.

Az OEP főigazgatójától a fentiekben túl az alábbi kérdésekre vártam választ:

- a) érkeztek-e a panaszoséhoz hasonló jelzések a Pénztárhoz, valamint
- b) amennyiben a szakápolási tevékenység már egészségügyi tevékenységnek minősül (otthoni szakápolás), illetve abban az esetben, amikor egy szociális intézménynek egészségügyi feladatot is el kell látnia, annak finanszírozása hogyan alakul,
- c) van-e lehetőség arra, hogy a (működési engedéllyel rendelkező) szociális intézmény szerződést kössön az OEP-pel szakápolási tevékenység finanszírozására?

A főigazgató arról tájékoztatót, hogy 2008. január 1-jét követően csupán néhány, de nem nagyszámú megkeresés érkezett az OEP-hez a panaszos beadványában foglaltakhoz hasonló tartalommal.

Az egészségügyi szakellátás igénybevételi indokoltságát a beteg egészségügyi állapota, míg a szociális intézeti ápolás igénybevételi indokoltságát a lakó mentális-, egészségi- és szociális állapota határozza meg. A bentlakásos szociális intézménybe történő felvételnél az egészségügyi állapot is meghatározó, mert befolyásolja a jogszabályban előírt napi 4 óra gondozási (ápolási) igényt, pl. kórházi ellátást nem igénylő krónikus sebek ellátása, inkontinencia kezelése, szondán át történő táplálás vagy a sztómával élők ápolása. A lakóknak a szociális intézettel a felvételnél kötött megállapodása egyben az állapotból adódó (napi 4 óra ápolási szükséglet) egészségügyi feladatok ellátására történő kötelezettségvállalás is, melynek finanszírozási forrásául – az OEP álláspontja szerint – az *E-Alapban biztosított forrás hiányában, a normatív állami támogatásnak* kell szolgálnia.

Lehetőség van arra, hogy bentlakásos szociális intézmény szerződést kössön az OEP-pel otthoni szakápolási feladatok finanszírozására, ha a szolgáltatás nyújtására feljogosító működési engedéllyel rendelkezik. A finanszírozás alapegységét (a vizitszámot) az ellátandó terület lakosság száma határozza meg, amely a jelenleg finanszírozott szolgáltatók esetében szolgáltatóként több tízezer lakost jelent. A szociális otthonok lakóinak száma azonban 1-2 százalékos nagyságrendet jelent, így az erre kiosztható vizitkeret havonta 2-4 vizitet jelenthetne. Ez az alacsony vizitszám arra sem lenne elég, hogy egyetlen beteg szakápolását biztosítsák.

Tájékoztatót arról is, hogy a kialakult helyzetben többszöri egyeztetésre került sor a szociális ágazat és az egészségügyért felelős minisztérium képviselőivel. Ezeket rendszeresen arra a következtetésre jutottak a felek, hogy bár nem egyértelmű a jogi helyzet, de az OEP által finanszírozott otthoni szakápolási szolgáltatás nem alkalmas a szociális szektor humán- és pénzügyi gondjainak orvosolására. Az OEP meglátása szerint, hatáskörén kívül eső okok miatt fennálló szabályozatlanság megoldására csak *szakmapolitikai döntéssel és a finanszírozáshoz szükséges források biztosításával* lenne lehetőség.

3. Az *Emberi Erőforrások Minisztériuma egészségügyért felelős államtitkára* válaszában kiemelte, hogy az idős, fogyatékossgal élő emberek emberi méltóságának, valamint a különösen sérülékeny, kiszolgáltatott társadalmi csoportok védelme a tárca kiemelt céljai közé tartoznak.

Utalt arra, hogy az SzCsM r. 2008. január 1-jén hatályba lépett módosításának is az volt a célja, hogy csupán szociális működési engedély birtokában ne lehessen – szakszerűtlenül – ápolási tevékenységet végezni, hiszen ez nem szolgálja az ellátottak érdekeit. Elismerte azonban, hogy a problémát a tárca is érzékelte, az azóta eltelt időben több intézkedés is történt.

Az egészségügyi szolgáltatók és működési engedélyük nyilvántartásáról, valamint az egészségügyi szakmai jegyzékről szóló 2/2004. (XI. 17.) EüM rendelet 2. számú

mellékletének II. pontja 2012. június 1-jétől megteremtette annak lehetőségét, hogy bentlakásos szociális vagy gyermekvédelmi intézményben szervezett egészségügyi ellátásra, mint ellátási formára – a 7305 szakápolás kódon belül – működési engedélyt lehessen kiadni. Ezzel párhuzamosan az ESzCsM r. meghatározta a bentlakásos szociális intézményben nyújtott szakápolás minimumfeltételeit.

Annak tehát – a jog szintjén – nincs akadálya, hogy a megfelelő feltételek birtokában a bentlakásos szociális intézmény a fentiekre (egészségügyi) működési engedélyt kérjen, és kapjon. Ezzel kapcsolatban az államtitkár több megoldási lehetőséget is vázolt:

- a) az otthon kéri a működési engedélyt, és a feladatot is maga látja el,
- b) az otthon kéri a működési engedélyt, de közreműködő egészségügyi szolgáltatót vesz igénybe,
- c) a szakápolási feladatokról az otthon gondoskodhat úgy is, hogy teljes mértékben külső szolgáltatót vesz igénybe.

Hangsúlyozta, hogy a tárca nem szeretné, ha a szociális intézmény egészségügyi szakfeladatot látna el szociális működési engedély alapján. A fentiekben leírtak adnak erre a problémára egyfajta választ, azonban további feladat a források hozzárendelésének elvégzése.

Álláspontja szerint, elviekben két megoldás képzelhető el: a szociális és az egészségügyi ágazat közötti forrásátcsoportosítás, melynél az államtitkár megjegyezte, hogy amennyiben az egyébként bentlakásos intézményben lakó ellátott állapota miatt kórházi kezelésre szorul, az állam tulajdonképpen kétszeresen finanszíroz, hiszen fizeti a normatívát, illetve a beteg kezelésének költségeit is. A másik eset a külső forrás bevonása. Ennek kibontásáról a két érintett ágazat között jelenleg is egyeztetések zajlanak. Ezzel kapcsolatban azt az alapkérdést is el kell dönteni, hogy az ellátottaknak nyújtandó szakápolási feladatokat a szociális intézmény nyújtsa – fentieket figyelembe véve egészségügyi működési engedély birtokában –, vagy azokat – mint egészségügyi feladatokat – lássa el a megfelelő személyi és tárgyi feltételekkel rendelkező egészségügyi szolgáltató.

A tárcánál munkacsoport működik az érintett háttérintézmények bevonásával, amelynek célja az SzCsM r. felülvizsgálata, többek között abból a szempontból, hogy – az ESzCsMr.-el összhangban – a szociális intézmény működési engedélye alapján milyen tevékenységeket lehessen végezni.

Hosszabb távon lényeges az alábbi koncepcionális kérdések tisztázása:

1. Szakmailag szükséges meghatározni, hogy a szociális intézményben végzett (szak)ápolási feladat minek minősül az egészségügyi nomenklatúrán belül. Ezzel kapcsolatban felmerült egy úgynevezett „átmeneti ellátási forma” bevezetése, amely egy olyan speciális ellátási forma lehetne, amelyben az egészségügyi és a szociális ellátás kiegészítené egymást. Az erre vonatkozó koncepció jelenleg a tervezés fázisában van.

2. Amennyiben az 1. pont alatti alapkérdés tisztázódik, további döntést igényel az, hogy ki, illetve mely szerv végezze ezen feladatokat.

3. Lényeges, hogy mely szerv és milyen formában finanszírozná ezeket a feladatokat.

Az államtitkár álláspontja szerint a finanszírozás kérdését az otthoni szakápolástól elkülönülten kellene kezelni, hiszen az otthoni szakápolásnak alapvetően nem az a funkciója, hogy intézményben egyébként ellátott betegeknek nyújtson szakápolási ellátást, többek között ezért is nagyon fontos a szociális intézményekben ellátottak szakápolásának megoldása.

A Szocvtv. 68. § (1) bekezdése a szociális intézményi ellátás igénybevételének jogosultságát határozza meg azzal a céllal, hogy azok kerüljenek az ellátás igénylésekor a szociális intézményrendszerbe, akik szükségleteire a szociális ellátórendszer képes választ adni. Ez azonban nem jelenti azt, hogy az ellátás során felmerülő egyéb szükségletek (kórházi ellátás, ápolás) esetén a szociális intézményben történő ellátási jogosultságát az ellátott elvesztené. Ilyen értelemben tehát a szociális törvény, illetve az egészségbiztosítási törvény idézett rendelkezései nem állnak ellentétben egymással, azonban az egyértelmű jogalkalmazás érdekében a tárca megvizsgálja a szociális törvény jogosultsági szabályainak pontosítását.

A vizsgálat megállapításai

1. A hatáskör tekintetében

Az alapvető jogok biztosának feladat- és hatáskörét, valamint az ezek ellátásához szükséges vizsgálati jogosultságokat Ajbt. határozza meg. A jogszabály 18. § (1) bekezdése szerint az alapvető jogok biztosához bárki fordulhat, ha megítélése szerint – többek között – közszolgáltatást végző szerv tevékenysége vagy mulasztása a beadványt tevő személy alapvető jogát sérti vagy annak közvetlen veszélyével jár (a továbbiakban együtt: visszásság), feltéve, hogy a rendelkezésre álló közigazgatási jogorvoslati lehetőségeket – ide nem értve a közigazgatási határozat bírósági felülvizsgálatát – már kimerítette, vagy jogorvoslati lehetőség nincs számára biztosítva.

Az Ajbt. 18. § (2) bekezdésének *a)* pontja meghatározza a közszolgáltatást végző szerv fogalmát, eszerint ennek minősül – függetlenül attól, hogy milyen szervezeti formában működik – minden az állami vagy önkormányzati feladatot ellátó, illetve e feladat ellátásában közreműködő szerv. Az Ajbt. 18. § (2) bekezdésével összhangban az ombudsmani gyakorlat egyértelműen a közszolgáltatást végző szervek fogalmkörébe tartozónak tekinti a bentlakásos otthonokat, amelyekre az ombudsman vizsgálati jogosultsága – az Ajbt. hatásköri szabályai értelmében – értelemszerűen kiterjed.

Az Emberi Erőforrások Minisztériuma, az Országos Egészségbiztosítási pénztár az Ajbt. 18. § (1) bekezdés *a)* pontja szerint közigazgatási szervnek tekintendők, így tevékenységük vizsgálatára hatásköröm kiterjed. A vizsgálat lefolytatásának lehetőségét az Ajbt. 20. § (1) bekezdése biztosítja számomra.

2. Az alapjogok tekintetében

Az alapvető jogok biztosáé egy adott társadalmi probléma mögött álló összefüggésrendszer feltárása során autonóm, objektív és neutrális módon, kizárólag alapjogi érvek felsorakoztatásával és összevetésével tesz eleget mandátumának. Az ombudsmani intézmény megalakulása óta az állampolgári jogok országgyűlési biztosáé következetesen, zsinórmértékként támaszkodott az Alkotmánybíróság alapvető jogállami garanciákkal és az alapjogok tartalmával kapcsolatos elvi megállapításaira, valamint – az ombudsmani jogvédelem speciális vonásainak megfelelően – alkalmazta az alapjog-korlátozás alkotmányosságát megítélni hivatott egyes alapjogi tesztek.

Magyarország Alaptörvényének és az Ajbt.-nek a hatályba lépésével az alapvető jogok biztosaként is követni kívánom a fenti gyakorlatot, így míg az Alkotmánybíróság eltérő álláspontokat nem fogalmaz meg, eljárásom során irányadónak tekintem a testület eddigi megállapításait. Az Alkotmánybíróság a 22/2012. (V. 11.) AB határozatában arra mutatott rá, hogy *„az előző Alkotmány és az Alaptörvény egyes rendelkezései tartalmi egyezősége esetén éppen nem a korábbi alkotmánybírósági döntésben megjelenő jogelvek átvételét, hanem azok figyelmen kívül hagyását kell indokolni”*. Ugyanakkor a testület a II/3484/2012. AB határozatának indokolása során azt emelte ki, hogy az adott határozatban vizsgált törvényi rendelkezések esetében már az Alaptörvény negyedik módosítása alapján jár el a korábbi alkotmánybírósági határozatokban foglaltak felhasználhatóságát illetően. A testület ennek kapcsán elvi élel mondta ki azt, hogy *„az Alkotmánybíróság a hatályát veszített alkotmánybírósági határozat forrásként megjelölésével, a lényegi, az adott ügyben felmerülő alkotmányossági kérdés eldöntéséhez szükséges mértékű és terjedelmű tartalmi vagy szövegszerű megjelenítéssel hivatkozhatja vagy idézheti a korábbi határozataiban kidolgozott érveket, jogelveket. Az indokolásnak és alkotmányjogi forrásainak ugyanis a demokratikus jogállamban mindenki számára megismerhetőnek, ellenőrizhetőnek kell lennie, a jobbiztonság igénye az, hogy a döntési megfontolások átláthatóak, követhetőek legyenek. A nyilvános érvelés a döntés indoklásának létalapja. A korábbi határozatokban kifejtett érvek felhasználhatóságát az Alkotmánybíróság mindig esetről esetre, a konkrét ügy kontextusában*

vizsgálja.” A fenti elvi jelentőségű tétellel összhangban vizsgálati megállapításaim érvrendszerének megfogalmazása, az egyes alapjogok, alkotmányos elvek értelmezése során – ellenkező tartalmú alkotmánybíróági iránymutatás megszületéséig, az alkotmányszöveg változását, a tartalmi, illetve kontextuális egyezőséget is figyelembe véve – az alapvető jogok biztosaként továbbra is irányadónak tekintem az Alkotmánybíróságnak az Alaptörvény hatályba lépését megelőzően meghozott határozatai indokolásában kifejtett érveket, jogelveket és összefüggéseket.

1. Az Alaptörvény *B) cikk* (1) bekezdése szerint Magyarország *független demokratikus jogállam*. Az Alkotmánybíróság már működése első éveiben elvi éllel állapította meg, hogy a jogállam nélkülözhetetlen eleme a *jogbiztonság*. Az Alkotmánybíróság szerint a jogbiztonság az állam kötelességévé teszi annak biztosítását, hogy a jog egésze, egyes részterületei és az egyes jogszabályok is *világosak, egyértelműek*, működésüket tekintve *kiszámíthatóak* és *előreláthatóak* legyenek a norma címzettjei számára.

Az irányadó alkotmánybíróági tézis szerint a jogállamiság elvéből folyó követelmény a közhatalom, a közigazgatás törvény alá rendeltsége: a közhatalommal rendelkező szervek a *jog által megállapított működési rendben*, a polgárok számára megismerhető és kiszámítható módon szabályozott *korlátok között* fejtik ki tevékenységüket.¹ A közigazgatás törvényessége akkor valósul meg, ha jogilag szabályozott eljárási keretek között működik, a jogkorlátozásra adott felhatalmazást pedig törvényi szinten pontosan kell meghatározni. Nem hagyható figyelmen kívül továbbá, hogy a *kiszámíthatóság – beleértve az egységes jogalkalmazást – és az eljárási garanciák biztosítása szorosan összekapcsolódik az egyes alanyi alapjogok, szabadságjogok védelmével*, mintegy kölcsönösen feltételezik egymást.

2. Az Alaptörvény *II. cikke* alapján az *emberi méltóság sérthetetlen*, minden embernek joga van az élethez és az emberi méltósághoz. A korábban irányadó és az Alaptörvény hatályba lépését követően is hivatkozási pontot jelentő alkotmánybíróági gyakorlat az emberi méltósághoz való joggal kapcsolatosan arra hívja fel a figyelmet, hogy a méltóság az emberi étellel eleve együttjáró minőség, amely oszthatatlan és korlátozhatatlan, s ezért minden emberre nézve egyenlő.

Az egyenlő méltósághoz való jog az élethez való joggal egységben azt biztosítja, hogy ne lehessen emberi életek értéke között jogilag különbséget tenni. Emberi méltósága és élete mindenkinek érinthetetlen, aki ember, függetlenül fizikai és szellemi fejlettségétől, illetve állapotától, és attól is, hogy emberi lehetőségéből mennyit valósított meg, és miért annyit.²

A méltósághoz való jognak részét képezi az is, hogy minden embert másokkal egyenlő méltóságú személyként kell kezelni, vagyis az egyes emberek és embercsoportok között tilos indokolatlan, ésszerűtlen különbséget tenni.³

3. Az Alaptörvény *XX. cikk* (1) és (2) bekezdése alapján mindenkinek joga van a *testi és lelki egészséghez*, ennek az alapjognak az érvényesülését pedig Magyarország genetikailag módosított élőlényektől mentes mezőgazdasággal, az egészséges élelmiszerekhez és az ivóvízhez való hozzáférés biztosításával, a munkavédelem és az egészségügyi ellátás megszervezésével, a sportolás és a rendszeres testedzés támogatásával, valamint a környezet védelmének biztosításával segíti elő.

Az Alkotmánybíróság a testi és lelki egészség kifejezést a WHO alkotmányában szereplő definícióval összhangban – a 43/2005. (XI. 14.) határozatában – olyan testi és szellemi állapotnak tekinti „amely lehetővé teszi a társadalomban való minél hosszabb és testi-lelki gondoktól mentes életet”. Az egészséghez való jog szélesebb jelentéssel bír annál, hogy csupán az egészségügyi ellátáshoz való jogra vonatkozzék, így magában foglalja az olyan intézkedések és körülmények alkotmányos védelmét is, amelyek hozzájárulnak ahhoz,

¹ 56/1991. (XI. 8.) AB határozat

² 64/1991. (XII. 17.) AB határozat

³ Halmai Gábor és Tóth Gábor Attila (szerk.): i. m. 269. o., Sári János: Alapjogok, Alkotmánytan II. Osiris Kiadó, Budapest 2004. 94. o. és Drinóczi Tímea (szerk.): i. m. 58. o.

hogy az egyén a társadalomban ténylegesen minél hosszabb ideig testi és lelki gondoktól mentes életet élhessen. Az Alkotmánybíróság több alkalommal értelmezte a korábbi Alkotmánynak a lehető legmagasabb szintű testi és lelki egészséghez való joggal kapcsolatos rendelkezését. A testület az 54/1996. (XI. 30.) határozatában kifejtette, hogy a korábbi Alkotmány 70/D. §-a „nemcsak a betegellátáshoz kapcsolódó, törvényben meghatározandó egészségügyi szolgáltatások igénybevételére jogosít, hanem magában foglalja mindazoknak az emberi egészség kialakulását és megőrzését célzó állami intézkedéseknek az igénylését is, amelyek az egészséges életvitellel összefüggő neveléssel, felvilágosítással, államilag szervezett testedzéssel, munkavédelemmel, természetvédelemmel, köztisztasággal, környezetvédelemmel és a betegség megelőzését szolgáló nagyszámú egészségvédelmi szolgáltatásokkal kapcsolatosak”.

Az Alkotmánybíróság a legmagasabb szintű testi és lelki egészséghez való jog tartalmát érintő értelmezései álláspontom szerint – függetlenül attól, hogy „legmagasabb szintű” jelző az Alaptörvényben már nem kapott helyet – továbbra is hivatkozhatóak maradnak. Az Alkotmánybíróság gyakorlata szerint a (legmagasabb szintű) testi és lelki egészséghez való jogként meghatározott alkotmányi követelmény az államnak azt az alkotmányos kötelezettségét jelenti, hogy a nemzetgazdaság teherbíró képességéhez, az állam és a társadalom lehetőségeihez igazodva olyan gazdasági és jogi környezetet teremtsen, amely a legkedvezőbb feltételeket biztosítja a polgárok egészséges életmódjához, életviteléhez. Az alkotmánybírósági gyakorlat utal arra is, hogy az államnak e jog megvalósulása érdekében meghatározott, az egészségügyi intézmények és orvosi ellátás megszervezésére irányuló kötelezettsége annyit feltétlenül jelent, hogy az állam köteles megteremteni egy olyan intézményrendszer működésének a garanciáit, amely mindenki számára biztosítja az egészségügyi szolgáltatások igénybevételének lehetőségét, azaz azt, hogy a szolgáltató intézmények hiánya miatt senki ne maradjon ellátatlanul. Az állam szabadsága nem terjed odáig, hogy anélkül üresítse ki az egyik legfontosabb garanciális intézmény tartalmát, hogy helyette nem építi ki az alapvető jog megvalósulásának azonos súlyú biztosítékait. Az Alkotmánybíróság ugyanakkor utalt arra is, hogy az egészségügyi intézményhálózat és az orvosi ellátás körében elvontan, általános ismervekkkel csak egészen szélső esetekre korlátozottan határozhatja meg az állami kötelezettség kritikus nagyságát, vagyis azt a szükséges minimumot, amelynek hiánya már alkotmányellenességhez vezet. Ilyennek volna minősíthető például, ha az ország egyes területein az egészségügyi intézményrendszer és az orvosi ellátás teljesen hiányozna. Az Alkotmánybíróság olvasatában az ilyen szélső eseteken túl azonban az állami kötelezettségnek nincs alkotmányos mércéje. Az egészséghez való jog tehát önmagában alanyi jogként értelmezhetetlen. Az az Alkotmányba foglalt állami kötelezettségként fogalmazódik meg, amely magában foglalja azt a kötelezettséget, hogy a törvényhozó a testi és lelki egészség bizonyos területein alanyi jogokat határozzon meg.

Az alapvető jogok biztosa már korábbi vizsgálatai kapcsán kifejtette, hogy – álláspontja szerint – a jogalkalmazási gyakorlatra fókuszáló ombudsmani jogvédelemnek az egészséghez való jog biztosításával összefüggő állami kötelezettségekkel kapcsolatban lehetősége van akár az Alkotmánybíróság által követettől eltérő, további alapjogi követelmények megfogalmazására és kibontására. Önmagában ugyanis az a tény, hogy az Alkotmánybíróság, annak alacsonyabb mércéje miatt valamely jogszabályi rendelkezést, jogi-szervezeti megoldást az egészséghez való jog érvényesülése szempontjából – a fenti gyakorlat alapján – nem minősít alkotmányellenesnek, még egyáltalán nem zárja ki azt a lehetőséget, hogy e norma gyakorlati alkalmazásával, hatásával és következményeivel kapcsolatban az egészséghez való joggal, vagy ennek alanyi jellegű részjogosítványával, az egészségügyi ellátáshoz való jogosultsággal összefüggő visszásság megállapítására kerüljön sor. Az ombudsmani jogvédelem eltérő, magasabb mércéjében két végpont határozható meg. Az AB szerint a lehető legmagasabb testi és lelki egészséghez való jog tehát önmagában alanyi jogként értelmezhetetlen, állami – intézményrendszert fenntartó, működtető –

kötelezettségként fogalmazódik meg, amely magában foglalja azt a kötelezettséget, hogy a törvényhozó a testi és lelki egészség bizonyos területein alanyi jogokat határozzon meg.

Az emberi méltósághoz való jog prioritása a testi és lelki egészséghez való jog tekintetében azt jelenti, hogy azok kifejezetten az emberi méltóságra tekintettel részesülnek alapjogi védelemben – ahogyan arra az Alkotmánybíróság számos esetben, elvi élel hívta fel a figyelmet. Az egészséghez való jog ugyanis szoros kapcsolatban áll az élethez való joggal, ami az állam életvédelmi kötelezettségéből is következik.

3. Az ügy érdeme tekintetében

A helyzet teljes körű feltárása érdekében szükségesnek tartottam megkeresni egy érintett módszertani szociális intézményt is, így a bentlakásos otthonokban végzendő szakápolással kapcsolatos tapasztalatainak kifejtésére kértem a Fővárosi Önkormányzat Idősek Otthonának intézményvezetőjét. A fentiekben részletezett válaszok és az intézményvezető tájékoztatása után megállapítható, hogy *az idősothoni ellátás feltételeként meghatározott 4 órás gondozási szükséglet miatt jelentősen megnövekedett a teljes ellátásra szoruló idős lakók száma*. A lakók nagy része kórházból vagy a hajléktalan ellátásból érkezik az otthonba, így a teljes ellátásra szoruló lakók gondozása ápolása nagyobb gondozói létszámot igényelne, ám az SzCsM r. nem rendelt plusz létszámot, és hatástanulmány sem készült a jogszabály bevezetése előtt. A feladatok ilyen módon történő ellátása pedig mind fizikailag, mind mentálisan nagyon megterhelő a rendelkezésre álló ápoló szakszemélyzet számára.

További általános problémaként jelentkezik – amint azt a panaszos fenntartó, és a Fővárosi Önkormányzat Idősek Otthonának intézményvezetője is elmondta –, hogy az egészségügyi szolgáltatók nem szívesen, és csak nagyon rövid ideig fogadják a lakókat. A 4 órát meghaladó gondozási szükséglettel rendelkező lakók szakorvosi ellátáshoz történő hozzáféréseinek biztosítása pedig sok esetben akadályokba ütközik, vagy egyáltalán nem kivitelezhető⁴. A finanszírozott egészségügyi szolgáltatók és fekvőbeteg intézmények a vizsgálat tapasztalatai szerint nem rendelkeznek kellő információval arra vonatkozóan, hogy az idősothonok milyen személyi, tárgyi feltételekkel rendelkeznek, azaz milyen ellátási igénnyel rendelkező lakót bocsáthatnak vissza az otthonokba. Így gyakran előfordul, hogy a beavatkozás elvégzése után rövid időn belül hazaadják a lakót ahelyett, hogy a megkezdett terápia folytatása céljából krónikus osztállyal rendelkező, vagy rehabilitáció vonatkozásában illetékes egészségügyi intézménybe küldenék az ellátásra szorulókat. A megkezdett terápia folytatásának költsége, a műtéten átesett betegek korai, posztoperatív szakban történő ellátása így részben az érintett lakót, részben pedig a szociális intézményt terheli tovább. Az intézményvezető példaként említette, hogy a különböző csípőtáji töréseket elszenvedett lakókat pár nappal a műtétet követően otthonába bocsátják úgy, hogy az SZCSM r.2. számú mellékletében meghatározott létszámnormában a mozgásterapeuta csak ajánlott létszámként szerepel.

Látható tehát, hogy amennyiben az intézmények el szeretnék látni a feladatukat, a bent lakó személyek megfelelő gondozását, a szakápolási tevékenység folytatása nem megkerülhető, még ha nem is kötelező feladatuk. Az SzCsM r. szerint 2007. december 31-ig az otthonoknak „szükség szerinti ápolásról” kellett gondoskodniuk, amely kifejezés nem differenciált alap- és szakápolás között. 2008. január 1-jétől *szükség szerinti alapápolásról kell gondoskodni az NM r-ben meghatározott szakápolási tevékenységek (otthoni szakápolás) kivételével*. Amennyiben az otthon ezt is kíván végezni, ahhoz külön működési engedélyre

⁴ Az előre egyeztetett időpontban nem jelenik meg a betegszállító mentőautó, így nem tudják tartani a szakrendeléssel egyeztetett időpontot, ami akár több hónapos várakozást eredményezhet a várólistán, vagy a mentő nem várja meg a kezelés végét, a szakrendelőbe nem tudják fektetni az ellátottat addig, amíg érte mennek, így egyes szakrendeléseken nem is fogadják a lakókat. Sem a lakók anyagi helyzete, sem az otthonok költségvetése nem teszi lehetővé az adott időpontra történő szállítás megrendelését.

van szüksége, mivel a szakápolás egészségügyi tevékenységnek minősül. A megkeresett szervek válaszaiból kitűnik, hogy az intézmények kvázi „otthoni szakápolást” kénytelenek folytatni az otthonokban, mely ellátási formának azonban nem ez a rendeltetése, már csak azért sem, mert ez az ápolási forma a fekvőbeteg gyógyintézeti ellátást váltja ki, a bentlakásos szociális intézményben pedig jogszabály szerint nem élhet olyan ellátott, aki tartós fekvőbeteg intézeti elhelyezést igényel.

Az ombudsman kizárólag alapjogi érvek mentén vizsgál egy adott problémát, szem előtt tartva azt az – ombudsmani típusú jogvédelem szempontjából is releváns – általános érvényű alkotmánybírói megállapítást, miszerint a tudományos igazságok kérdésében állást foglalni csak maga a tudomány lehet kompetens,⁵ *a tudományos igazságok, szakkérdések eldöntésére a tudomány és nem a jogvédelem képviselői hivatottak.*

Önmagában az a tény, hogy a szociális intézmények által folytatott szakápolás külön engedély birtokában végezhető, nem tekinthető visszásnak, hiszen az intézményi ellátottak érdeke is azt kívánja, hogy a lehető legmagasabb szakmai színvonalon, biztonsággal, folyamatos szakmai kontroll mellett vehessék igénybe az egészségügyi szolgáltatásokat. Azonban a fentiekben vázolt, kialakult helyzet ellehetetleníti a szociális szolgáltatók helyzetét, amelyeknek ugyan jogszabályi szinten megvan a lehetőségük, hogy működési engedély birtokában jogszerűen végezhesenek szakápolást, hozzárendelt finanszírozás hiányában azonban, önerőből aligha képesek eleget tenni az engedélyeztetési eljárásnak, a sokszor speciális ellátás jogszabályi követelményeinek. Jelenleg egy olyan ellátási formáról van szó, amely ha úgy tetszik kényszeres megoldásokat generálva, légüres térben van. Az intézmények számára nem kötelezően végzendő, ám ha nem teszik, nem tudják ellátni feladatukat, tehát mégis csak rákényszerülnek (figyelemmel arra is, hogy például idősotthonokba minimum 4 órás gondozási szükséglettel rendelkező személy vehető fel), a tevékenység folytatásához szükséges forrást a jogalkotó azonban nem biztosítja számukra. Az ellátók működésének ellehetetlenítése pedig az intézményes ellátás minőségi romlását vonja maga után.

Mindebből következően, megállapítom, hogy a szociális intézményekben folytatható szakápolási tevékenység finanszírozásának rendezetlen helyzete, a jogszabályi harmónia hiánya a jogállamiság elvéből fakadó jogbiztonság követelményével és a tartós bentlakásos intézményekben ellátottak egészséghez való jogával összefüggésben okoz visszásságot.

Intézkedéseim

A feltárt alapvető joggal összefüggő visszásság orvoslása és jövőbeni bekövetkezése lehetőségének megelőzése érdekében, az Ajbt. 37.§-a alapján *felkérem az emberi erőforrások miniszterét*, hogy – a jelentésben foglaltakra figyelemmel – vizsgálja felül a bentlakásos szociális intézmények által végzett szakápolási tevékenységre vonatkozó jogszabályi előírásokat, továbbá a nemzetgazdasági miniszterrel és a szakmai szervezetekkel együttműködve dolgozza ki a jelzett szakápolási tevékenység folyamatos és biztonságos ellátásának finanszírozási hátterét.

Budapest, 2013. október

Székely László sk.

⁵ 34/1994. (VI. 24.) AB határozat, ABH 1994, 177, 182.