



# „Beteg jogaink – egészséges méltóság”

Betegjogi projekt



Az állampolgári jogok országgyűlési biztosának  
betegjogi projektjét 2011-ben  
a Nyílt Társadalom Intézet (Open Society Institute OSI) és  
a Nemzeti Erőforrás Minisztériuma  
támogatta.

### Szerzők

DR. BÁCSKAI KRISZTINA (3.4. fejezet)  
DR. BORZA BEÁTA (2., 7. fejezet)  
DR. CSIKÓS TÍMEA (3.5. fejezet)  
DR. FOGARASSY EDIT (5.1. fejezet)  
DR. FARKAS ZSUZSANNA (4.1., 5.2. fejezet)  
DR. KAPRONCZAY STEFÁNIA (4.2. fejezet)  
DR. KOZICZ ÁGNES (4.3. fejezet)  
DR. KUSSINSZKY ANIKÓ (3.2.1., 3.2.2., 3.9. fejezet)  
DR. LÁPOSSY ATTILA (1., 3.1., 3.8., 3.10., 6. fejezet)  
DR. PAJCSICSNÉ CSÓRÉ ERIKA (3.6., 3.7. fejezet)  
DR. SZABÓ-TASI KATALIN (3.3. fejezet)  
DR. TÓTH LÍVIA (3.2.4., 4.4. fejezet)  
DR. VARGA ÉVA (3.2.3. fejezet)

### Szerkesztette

DR. BORZA BEÁTA

Kézirat lezárva: 2012. február

ISSN 2063-3645

ISBN 978-963-89170-6-5

Kiadó: Alapvető Jogok Biztosának Hivatala  
1051 Budapest, Nádor utca 22.

Telefon: 475-7100 • Fax: 269-1615

Internet: [www.obh.hu](http://www.obh.hu) • [www.gyermekjogok.obh.hu](http://www.gyermekjogok.obh.hu)

Felelős kiadó: PROF. DR. SZABÓ MÁTÉ

Készült a Mondat Kft. nyomdájában

# Tartalom

Előszó	7
Köszönetnyilvánítás	10
<b>1. „Beteg jogaink – Egészséges méltóság” – projekt bemutatása</b>	<b>11</b>
1.1. A projekt kiindulópontjai: tézisek	11
<b>2. A projekt 2011. évi tevékenysége</b>	<b>25</b>
2.1. Műhelymunka	25
2.2. A kiemelt vizsgálatok áttekintése	30
2.3. Egyéb események, szakmai konferenciák	32
<b>3. Vizsgálatok</b>	<b>34</b>
3.1. Betegjogi státusjelentés – a betegek jogainak érvényesülése és védelme Magyarországon	34
3.2. Pszichoszociális betegek helyzete	46
3.2.1. A pszichiátriai betegek különleges jogai	46
3.2.2. A elmemegfigyelés dilemmái	56
3.2.3. A veszélyeztető állapot jelentősége – az agresszív beteg	59
3.2.4. Tartós bentlakásos intézményen belüli agresszív beteg helyzete	66
3.3. A szülők „betegjogai”	77
3.4. A fogyatékossgal élő emberek egészségügyi ellátása	81
3.5. A hajléktalan emberek az egészségügyben	90
3.6. A hivatásosok egészségügyi alkalmassága	98
3.7. A katasztrófa-elhárítás közreműködőinek pszichológiai felkészítése	107
3.8. A különösen veszélyes (extrém) sporttá nyilvánítás feltételrendszere	112
3.9. A HIV-pozitív betegek területi gondozása	114
3.10. Mire jogosít a praxisjog? A háziiorvosi alapellátással kapcsolatos ombudsmani vizsgálat	114
<b>4. Nemzetközi kitekintés</b>	<b>120</b>
4.1. Betegjogok – normák	126
4.2. A betegjogok helyzete – összefoglaló egy európai kutatásról	131
4.3. Esete k és helyzetek az Európai Unióban	141
4.4. Szolidaritás az egészségügyben – a Bizottság közleménye	148

<b>5.</b>	<b>Tanulmányok</b>	<b>152</b>
5.1.	A fogvatartottak egészsége – összefoglaló	152
5.2.	A szakorvosjelöltek ügyeleti kötelezettségei, avagy az orvoslás intézményi gondjai	155
<b>6.</b>	<b>Alapvetések – az egészségügy alapjogi szemmel</b>	<b>165</b>
<b>7.</b>	<b>Dilemmák</b>	<b>169</b>

„Az élet tisztelete azt jelenti,  
hogy a születés és a halál végpontjai között  
úgy bánunk egymással,  
hogy érdemes legyen a világon élni.”  
(*Popper Péter*)



## Előszó

2012 januárjában megjelent egy cikk az egyik neves szívsebész professzor tollából a hazai „betegügy” katasztrófájáról. Ebben a szerző a nyugati orvoslás, a high-tech diagnosztikai és professzionális életmentő és fenntartó instrumentumait az egyetemes emberi tudást felhasználó középkori tudományok – filozófia, asztrológia, teológia – szélesebb spektrumával állítja szembe. Írásában a mind drágább diagnosztikus eszközöket látja a legfontosabb kérdés kulcsának, marad-e a gyógyításban egyéb forrás, vagy tényleg csak az életmentés lehet a cél?

A témában az utóbbi időben többen megszólaltak munkálkodásunkat segítő irányban. Az éves munkánkat összefoglaló novemberi zárókonferenciánkon, melynek címe *„A beteg java a legfőbb törvény”* volt, Dr. Réthelyi Miklós professzor az egészségügyért felelős Nemzeti Erőforrás Minisztérium vezetője előadásában kitért az egészségért való egyéni felelősség egyre hangsúlyosabb szerepére. A Magyar Falu-egészségügyi Tudományos Társaság 2011. szeptemberi konferenciáján, melyet *„A hátrányos helyzetű népcsoportok esélyegyenlőségének biztosítása a népegészségügyi ellátásban”* címmel tartottak, maga az országos tisztí főorvos említette, hogy a népegészségügyi programok sajnos még mindig nem érték el céljukat, az áttörésre még várni kell – vajon meddig? Hiszen Magyarország egészségügyi helyzete fontos mérőszámok tekintetében igen kevésbé megnyugtató az OECD- és EU-összehasonlításban!

Társadalmunk persze nem homogén, hanem nagyon is rétegzett, ami kihívást jelent az egészségügy számára, és az egyes, főként az ún. „leszakadó” társadalmi csoportok egészségügyi helyzete olyan megoldásokat kíván, amelyek a leszakadást és az egészségügyi kirekesztést egyaránt orvosolni tudják – hol vannak, hol késnek ezek? Tudjuk, másfajta, de egyaránt a leszakadást és az egészségügyi leromlást is orvosolni képes „orvoslást” igényel egy, évtizedek óta foglalkoztatás híján lévő, segélyre szorult roma család, mást a hajléktalan, az évek óta az utcán tengődő, de mást a fogyatékossgal élő vagy a magányosan és segítség nélkül idős ember kezelése. Azonban egy olyan egészségügyi rendszerben kell értelmezni a „beteg” és a „betegség” fogalmakat, amely „rendszer” tagjai számára évtizedek óta a beteg a „munka tárgya”, a páciens csak egy „statisztikai adat”. Másként kell értelmezni ebben a rendszerben az ellátói felelősség az „orvosi műhiba”, az „ellátatlan terület” és a leromlott infrastruktúrával rendelkező, sokszor veszélyes körülmények között mentő szolgálatok égető kérdéseit is! A két legfontosabb szereplő az Orvos és a Beteg viszonya tankönyvben „etikai kérdés”, de a 21. századtól lemaradt hazai egészségügyben a „korszerűség követelményei” ma még más kottát diktálnak

az Orvosnak és a Betegnek, akik gazdasági, életmódbeli, szervezeti és technológiai környezetükben viszonyukat nem az elfelejtett tankönyv előírásai szerint szervezik meg.

Lehetséges-e olyan egészségügyi rendszerről beszélni, ahol a testi és lelki egészség egyformán fontos, ahol a rászoruló csoportok számára – és idesoroljuk a gyerekeket is – csak nyomokban van meg a jogilag előírt, de nem valószínű esélyegyenlőség maradványa, de ahol olykor hangosabban panaszkodik az Orvos, mint a Beteg, egészségügyről vagy „betegségügyről” folyik nálunk a vita?

Az elmúlt években az „Emberi méltóság korlátok nélkül” projektsorozatban – mi egyszerűen csak „méltóság projektek”-nek hívjuk – csupa olyan társadalmi csoport alapjogainak érvényesülésével, érvényesíthetőségével foglalkoztunk, melyek ilyen komplex módon, világos tematikával, az összes ombudsmani eszközt felhasználva még nem kerültek a fókuszba a korábbi ombudsmani munkában (hajléktalanok, idősek, fogyatékosággal élők hátrányos helyzetének alapjogi vizsgálatai). Az alapjogok kódexe és a rászoruló csoportjai nagyon kitérítettek az ombudsmani eszköztárat. A hajléktalan emberek sorsa 2008-ban volt a kiindulópont, 2009-ben „Méltóképpen másképp” címmel, a fogyatékosággal élő emberek helyzete, méltóságuk, jogegyenlőségük védelme és esélyegyenlőségük minél teljesebb elősegítése voltak „méltóság projektjeink” feladatai. A 2010-ben az idősek helyzetét, az idős kor társadalmi, jogi és szociológiai aspektusát vizsgáltuk meg „Méltóképpen Időskorban” címmel. A 2011-ben a betegek/páciensek jogainak érvényesülését, az egészségügy egyes kényes, vagy éppen évtizede megoldatlan kérdéseit, és a legfontosabbat: az Orvos-Beteg bizalmi viszony mai jelentőségét értelmeztük.

„Beteg jogaink – egészséges méltóság” címmel terveztük meg az éves programot, utalva a címben is a jogi normák gyengeségeire és az emberi méltósághoz való jog alapelveire. Jogvédő intézmény az országgyűlési biztosé, 2012. január 1-jétől az alapvető jogok biztosáé, amely ahogyan eddig is, eztán is az „állampolgárok pártján” szemléli az államszervezet hibáit, tárja fel a gondokat. Alapvető, hogy se átmenetileg se hosszabb távon ne sérüljön az állampolgári jogon járó ellátások minősége, a szolgáltatások spektruma, és legyenek világosan megfogalmazhatók a dilemmák, bármely döntés a jog keretei között legyen szabad.

A „méltóság projektek”-ben vizsgált jogterületek, problémás, visszás jogi helyzetek, a különböző társadalmi csoportokat érintő hasonló vagy akár azonos alapjogi érvelések összekötik ezeket a projekteket. Összefüggenek a fogyatékosággal kapcsolatos elvek az idősüggyel, a hajléktalanok igényei a betegekével. A 20. és a 21. század modellváltást hozott a medicinában, mely az emberi méltóság alapelve révén a betegjogok egyre szélesebb, ugyanakkor intenzívebb érvényesítéséhez vezetett, és új fénybe állította mind az orvos, mind a beteg, mind a rendszer szerepeit és funkcióit.



Az elmúlt években a hivatalunkba érkező panaszok száma folyvást emelkedett, 2011-ben csaknem nyolcezer volt, azonban az egészségügyet és a betegjogokat érintő beadványok száma ennek csupán töredéke volt, tavaly alig kétszáz. Ez persze önmagában csak adat, nehezen lehet egyértelmű következtetéseket levonni belőle, hiszen a panaszok jelentősége, súlya azok számától függetlenül sokkal fontosabb lehet. Ha a kórházi ellátás során ért valakit méltatlan bánásmód épp olyan figyelmet érdemel, mint az a kérdés, amikor a szolgáltatások hiánya miatt nem kaphat a beteg ellátást. De hogyan tud a tőle elvárható gondossággal dolgozni az orvos, ha munkafeltételei nem biztosítottak? Etikai vagy jogi szempontú ez a kérdés, és ki ad rá választ? A mi válaszuk csak az egyik lehetséges válasz, amely hatáskörünk és vizsgálati módszereink jellegénél fogva alapjogi, az emberi méltóság értéke, az alapvető emberi jogok érvényesülésének komplex vizsgálata és értelmezése alapján jött létre ebben a kiadványban, amely jogászai szemléletmódja ellenére számot tarthat mind a beteg, mind az orvos, mind pedig a rendszer többi szereplőinek figyelmére.

Budapest, 2012. január 25.

Prof. Dr. Szabó Máté  
az alapvető jogok biztosa

Dr. Borza Beáta  
projektvezető

# Köszönetnyilvánítás

Az elmúlt években több projektmunkában is tapasztalatokat szerzett munkatársaim elkötelezett munkája, a betegjogok jelentőségének hangsúlya, az egészségügy rendszerének valamennyi szereplője iránti szolidaritás olyan csapatmunkát jelentett, amely nélkül bizonyosan nem érhattünk volna el olyan eredményeket, amelyeket kötetünk bemutat. Összességében a cél a diagnózis felállítása volt a hazai egészségügy egy-egy érdekes vagy kevésbé közismert kérdéseiben.

Ezúttal is fontos volt néhány új szempont jelentőségére felhívni a figyelmet, valamint hangsúlyozni, hogy a páciens egyenlő méltósága a gyógyító munka sikerének előfeltétele a 21. században. Az Orvos méltóságának elismerése a rendszerben pedig szintén annak, és a gyógyításnak a működőképességét segíti. A társadalmi szolidaritás alapja az egyenlő méltóság elismerése az egészségügyben is akár bármely posztmodern társadalmi alrendszerben legyen az oktatás, szociális ellátás, avagy rendészet. Köszönjük a Nyílt Társadalom Intézetnek (Open Society Institute) és a Nemzeti Erőforrás Minisztériumának a projekt egészéhez, különösen pedig ehhez a kiadványhoz nyújtott pénzügyi támogatását, melynek hiányában nem kerülhetett volna sor kötetünk megjelentetésére.

Köszönjük DR. SÁNDOR JUDITNAK a Közép-európai Egyetem (CEU), DR. DÓSA ÁGNESNEK (SOTE), DR. TRÓCSÁNYI SÁRA betegjogi szakértőnek, az Adatvédelmi Biztos volt munkatársának, és DR. KAPRONCZAY STEFÁNIÁNAK, a Társaság a Szabadságjogokért (TASZ) programvezetőjének a szakmai felkészítést és az alapjogi érvrendszer tudományos alkalmazásához nyújtott segítséget a projekt résztvevői számára.

Köszönjük DR. ZACHER GÁBOR toxikológus főorvosnak, DR. SIMEK ÁGNESNEK, az Országos Tisztiorvosi Hivatal (OTH) főorvosának, valamint VECSEI MIKLÓSNAK a Máltai Szeretetszolgálat alelnökének a hajléktalan emberek egészségügyi ellátásával kapcsolatos tudományos és szakmai munkájuk bemutatását.

Külön köszönjük a háborítatlan szülés érdekében létrejött mozgalom vezetőinek LINDMAYER KATALINNAK, valamint ÉKES ILONA képviselő asszonynak a projekthez nyújtott segítségüket. Valamint köszönjük a kötetben is megjelenő együttműködő civil szervezeteknek és vezetőiknek, hogy megosztották velünk a betegjogok szempontjából fontos tapasztalataikat.

Természetesen és legelsősorban köszönöm munkatársaimnak a betegjogok ügyéért végzett kitűnő munkájukat.

Budapest, 2012. január 25.

PROF. DR. SZABÓ MÁTÉ  
DR. BORZA BEÁTA

# 1. „Beteg jogaink – Egészséges méltóság” – projekt bemutatása

## 1.1. A projekt kiindulópontjai: tézisek<sup>1</sup>

1. Az állampolgári jogok országgyűlési biztosa által a 2011-ben elindított Egészségügyi Projekt már a negyedik az ún. „méltóság projektek” – időrendben a hajléktalanügyi, a fogyatékosügyi és az időügyi projektek – sorában: mindegyikükben közös, hogy az *egyenlő méltósághoz való jog biztosítása és védelme* áll az ombudsmani projektmunka, a vizsgálatok és szakmai elemzések központjában.

Hasonlóan a korábbi „méltóság projektek”-hez, az ombudsmani szerepfelfogás – a vizsgált alapjogi kérdések jellegének megfelelően – itt is kettősséget mutat, egyszerre jelenik meg markánsan a klasszikus vagy hagyományos jogvédő attitűd, valamint a problémafeltáró, a terület szereplői között az alapjogi szempontrendszer érvényesítése mellett közvetítő, koordináló szerepvállalás. Nem hagyható figyelmen kívül, hogy bár az egészségügyi szervezetrendszer működésének, a hozzáférés biztosítása számos tevőleges állami beavatkozást igényel, az egészségügyi önrendelkezési jog szabad gyakorolhatósága sok esetben éppen a be nem avatkozást várja el az államtól. A biztos az általános alapjogi keretek mellett fokozott figyelemmel kíséri a *speciális-kiszolgáltató helyzetben lévő csoportokhoz* – gyermekek, hajléktalan személyek, fogvatartottak, pszichiátriai betegek, HIV-fertőzött személyek – tartozó személyek jogainak érvényesülését az egészségügyi ellátás során.

Az Egészségügyi Projekt keretében az állampolgári jogok országgyűlési biztosa kiemelkedő figyelmet fordít az egészségügyi intézményrendszer alapjogi aspektusú kontrolljára, ezen belül különösen arra, hogy az egyes szervek megfelelően látják-e el feladatukat a betegek jogait leggyakrabban sértő döntésekkel, eljárásokkal, mulasztásokkal szembeni védelem biztosításában. A biztos a védelem helyzetének feltárása, az *ellenőrök (ÁNTSZ OTH, betegjogi képviselők) tevékenységének „ellenőrzése”* érdekében a rendelkezésére álló proaktív, preventív jellegű alapjogvédelmi eszközöket is alkalmazza.

A projekt egyaránt merít az egészségügyi ellátórendszer intézményeit érintő korábbi országgyűlési biztosi vizsgálatok, továbbá az eddigi projektek tapasztalataiból, felhasználja az ombudsmani jogvédelmi készletrendszer valamennyi, bevált eszközét, valamint fórumot biztosít a szereplők együttműködésének és együttgondolkodásának előmozdítására, valamint az egészségügyi szolgáltatókat igénybe vevő betegek jogtudatosságának fejlesztésére.

<sup>1</sup>DR. LÁPOSSY ATTILA jogi főreferens (AJBH), doktorandusz (ELTE-ÁJK)

A projektmunka során a biztos az alapjogi szempontrendszerre helyezi a hangsúlyt, és figyelembe veszi azt az általános érvényű alkotmánybíróági megállapítást is, amely szerint a tudományos igazságok kérdésében állást foglalni csak maga a tudomány lehet kompetens, a *tudományos igazságok, szakkérdések eldöntésére a tudomány és nem a jogvédelem képviselői hivatottak*. A tudomány, így az orvostudomány kompetenciája és autonómiája az állampolgári jogok országgyűlési biztosa számára is meghatározó. A biztos álláspontja abban is megegyezik az Alkotmánybírósággal, hogy a szaktudományos ismeretekkel összefüggő alkotmányossági problémák megoldásához a szaktudományos álláspontoknál *szélesebb vizsgálódás* lehet szükséges. Kiemelendő továbbá, hogy az egészségügyben a jogi normákon, bírósági vagy alkotmánybíróági döntéseken túl komoly jelentősége van az írott és íratlan orvostikai szabályoknak, a szakmai előírásoknak, sztenderdeknek.

A betegjogok érvényesülésére fókuszáló projekt elindításának különös aktualitását adja, hogy az Országgyűlés 2010. szeptember 26-ával megszüntette az egészségbiztosítási szolgáltatást igénybe vevők jogainak védelmére jogosult Egészségbiztosítási Felügyeletet (EBF), amelynek feladatait az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat (ÁNTSZ) Országos Tisztai Főorvosi Hivatala (OTH) vette át, azonban kérdés, hogy a betegjogi védelem szintje csökkent-e a változásoktól. Az ÁNTSZ OTH feladatellátásának áttekintése mellett a biztos kiemelt figyelmet szentel a betegjogi képviselői rendszer monitorozására is.

2. Az egységes értékrendszert megalapozó alapjogi rendszeren belül a *kiindulópont ismét az emberi méltósághoz való jog érvényesülése és védelme*, valamint az ebből levezethető egyes betegjogok, kiemelten az egészségügyi önrendelkezési jog tartalma és terjedelme, a lehető legmagasabb szintű testi és lelki egészséghez való jog biztosításával összefüggő állami kötelezettség-rendszer, továbbá az előbbivel szoros összefüggésben maga az egészségügyi ellátórendszer társadalombiztosítási modellje: az ellátáshoz való hozzáférés.

A projekt másik elvi kiindulópontja, hogy a beteg, sérült, egészségügyi ellátásra szoruló személyek *e helyzetükönél fogva eleve kiszolgáltatott* – nem egy esetben sajnálatos módon „alárendelt” – helyzetben vannak az egészségügyi intézményekkel, adott esetben a hatóságokkal szemben, jogaik különösen sérülékenyek. Mindebből következően az államtól nemcsak az egészségügyi intézményrendszer fenntartása és működtetése várható el, hanem alkotmányos kötelezettsége kiterjed az egészségügyi ellátásra szoruló személyek alapvető jogai védelmére, az egyenlő bánásmód követelményének betartatására.

Az országgyűlési biztos egy adott társadalmi probléma mögött álló összefüggés-rendszer feltárása során *autonóm, objektív és neutrális módon*, kizárólag *alapjogi érvek* felsorakoztatásával és összevetésével tesz eleget az Alkotmányban kapott mandátumának. Az ombudsmani intézmény megalakulása óta az állampolgári jogok országgyűlési biztosa vizsgálataiban következetesen, zsinórmértékként támaszkodik az Alkotmánybíróság alapvető jogállami garanciákkal és az alap-

jogok tartalmával kapcsolatos elvi megállapításaira, valamint – az ombudsmani jogvédelem speciális vonásainak megfelelően – alkalmazza az alapjogok korlátozásának alkotmányosságát megítélni hivatott egyes alapjogi tesztekét.<sup>2</sup>

2.1. Az Alkotmány 54. § (1) bekezdése kimondja, hogy a Magyar Köztársaságban minden embernek veleszületett joga van *az élethez és az emberi méltósághoz*, amelyektől senkit nem lehet önkényesen megfosztani. Az Alkotmánybíróság autentikus jellegű értelmezése szerint *emberi méltóság* az emberi élettel eleve együtt járó minőség, amely oszthatatlan és korlátozhatatlan, s ezért minden emberre nézve egyenlő. Az egyenlő méltósághoz való jog [Alkotmány 54. § (1) bekezdés] 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.<sup>3</sup>

Az alkotmánybírósági gyakorlat kiemeli, hogy az emberi méltósághoz való jog az ún. általános személyiségi jog egyik megfogalmazásának tekinthető. Az általános személyiségi jog „anyajog”, azaz olyan szubszidiárius alapjog, amelyet mind az Alkotmánybíróság, mind a bíróságok minden esetben felhívhatnak az egyén autonómiájának védelmére, ha az adott tényállásra a konkrét, nevesített alapjogok egyike sem alkalmazható.<sup>4</sup> Az általános személyiségi jognak fontos elemét képezi az *önrendelkezés szabadsága*, az önrendelkezéshez való jog, amely – mint az összes ún. különös személyiségi jog – elsősorban az egyén autonómiáját, döntési szabadságát védi.

Az Alkotmánybíróság 2000-ben foglalkozott először az *egészségügyi önrendelkezési jog* kérdéskörével.<sup>5</sup> A vizsgálat során megállapította, hogy mások életének és testi épségének védelme szükség esetén megengedett korlátja lehet a betegek önrendelkezési jogának, így nem alkotmányellenes az, hogy nincs szükség beteg beleegyezésére, ha a beavatkozás elmaradása *mások* életét és testi épségét veszélyezteti. Kérdés, hogy mi a helyzet azokkal a beavatkozásokkal, amelyek elmaradása nem mások, hanem a saját – az azokat visszautasító – személy életét, testi épségét veszélyezteti. Jogosult-e az állam beavatkozni egy „belső” alapjogi konfliktusba, az egyén helyett dönteni abban, hogy melyik alapvető joga élvezzen elsőbbséget. Fontos szempont, hogy a beteg – pillanatnyi fizikai állapotából, életkorából adódóan – rendelkezik-e olyan beszámítási, döntéshozatali képességgel, amelyre alapozva képes a visszautasítás lehetséges következményeit felmérni, és felelősségteljes döntést hozni.

<sup>2</sup> Jellemzően az ún. szükségességi-arányossági tesztet, a nem alapvető joggal összefüggő hátrányos megkülönböztetés esetén az ésszerűségi tesztet, a tulajdonjog korlátozása esetén pedig közérdekűségi tesztet.

<sup>3</sup> 64/1991. (XII. 17.) AB határozat, ABH 1991

<sup>4</sup> 8/1990. (IV. 23.) AB határozat, ABH 1990, 44–45. o.

<sup>5</sup> 36/2000. (X. 27.) AB határozat

Az Alkotmánybíróság a 22/2003. (IV. 28.) AB határozatban – az ún. eutanázia-határozatban – az életmentő ellátások visszautasításával (passzív eutanázia) kapcsolatban tett elvi megállapításokat. Határozatában a testület a *saját halálról való döntés jogát* ismerte el az emberi méltósághoz való jog alapján. Az AB álláspontja szerint ugyanis a gyógyíthatatlan beteg döntése arról, hogy életének a rá váró szenvedésekkel teli hátralévő részét nem akarja végigélni, a beteg önrendelkezési jogának része, így vonatkoznak rá az Alkotmány 54. § (1) bekezdésének rendelkezései. A saját haláláról való döntés ugyanis mindenkit megillet, függetlenül attól, hogy egészséges vagy beteg, és ha beteg, betegsége az orvostudomány szerint gyógyítható-e vagy nem. A világnézeti szempontból semleges alkotmányos alapokon álló jogrendszer sem helyeslő, sem helytelenítő álláspontot nem foglalhat el az ember saját életének befejezését elhatározó döntésével kapcsolatban; itt olyan szféráról van szó, melytől az államnak fősabályként távol kell magát tartania. Az állam e körben csak annyiban jut szerephez, amennyiben ezt az élethez való jogra vonatkozó intézményvédelmi kötelezettsége elkerülhetetlenül szükségessé teszi.

2.2. Állami szemszögből létezik az alapjogoknak egy objektív intézményvédelmi oldala: az egyén szubjektív (alanyi) jogának biztosításával, védelmével és érvényesülésével összefüggő tágabb értelemben vett pozitív állami kötelezettségeket összefoglalóan objektív állami intézményvédelmi kötelezettségnek nevezzük. Az objektív intézményvédelmi kötelezettségek a negatív és pozitív állami kötelezettségekhez képest komplementer jellegűek, eleve feltételezik a szubjektív jog meglétét. Lényeges azt is leszögezni, hogy az állami intézményvédelmi kötelezettség tipikusan nem keletkeztet az egyén oldalán alanyi jogokat, és az egyén részéről nem is kényszeríthető ki.

Az Alkotmánybíróság álláspontja szerint az állam részéről garanciális feladatai ellátásához szükséges, hogy az egyes alanyi alapjogok biztosítása mellett az azokkal kapcsolatos értékeket és élethelyzeteket nemcsak önmagukban, az egyes egyedi igényekhez kapcsolódóan védje, hanem a többi alapjoggal összefüggésben kezelje. Az intézményvédelem a gyakorlatban tehát többet jelent, mint az adott jog objektív oldalával összefüggő pozitív állami cselekvést, a védelemnek az alapjogokhoz kapcsolódó értékekre is ki kell terjednie. Az Alkotmánybíróság megállapította azt is, hogy az életvédelmi kötelezettség – bár az alaptörvény külön nem nevesíti – az Alkotmány 8. § (1) bekezdésének és az 54. § (1) bekezdésének együttes értelmezéséből következik.

Az állam elsőrendű és alapvető fontosságú kötelezettsége az emberi élet védelme: nemcsak egyedi szinten, hanem *általában az emberi életet és létfeltételeket kell védenie*. Az életvédelem, az életnek mint értéknek a védelme ugyanakkor komoly kérdéseket vet fel az abortusztól az eutanáziáig: számos esetben olyan paternalista állami cselekvéseket legitimál alkotmányosan, amelyek sértik az érintettek érdekeit, sőt korlátozzák alapvető jogait.



2.3. Az Alkotmány 70/A. § (1) bekezdése szerint a Magyar Köztársaság biztosítja a területén tartózkodó minden személy számára az emberi, illetve az állampolgári jogokat, bármely megkülönböztetés, nevezetesen faj, szín, nem, nyelv, vallás, politikai vagy más vélemény, nemzeti vagy társadalmi származás, vagyoni, születési vagy egyéb helyzet szerinti különbségtétel nélkül, a 70/A. § (3) bekezdése pedig azt is rögzíti, hogy a Magyar Köztársaság a jogegyenlőség megvalósulását az esélyegyenlőtlenségek kiküszöbölését célzó intézkedésekkel is segíti.

A hátrányos megkülönböztetés tilalma arra vonatkozik, hogy a jognak mindenkit egyenlőként kell kezelnie: a döntéshozatal során minden érintett szempontjait azonos tisztelettel és körültekintéssel kell mérlegre tenni. Az Alkotmánybíróság kifejtette azt is, hogy alkotmányellenes megkülönböztetésről csak akkor lehet szó, ha a jogszabály egymással összehasonlítható, a szabályozás szempontjából azonos csoportba tartozó jogalanyok között tesz különbséget anélkül, hogy annak alkotmányos indoka lenne. Alkotmányellenes megkülönböztetés mindezek alapján csak akkor állapítható meg, ha összehasonlítható helyzetben lévő személyek között tesz a jogalkotó olyan különbséget, amely alapjogsérelmet okoz, illetőleg azzal az egyenlő méltóság alkotmányos követelményét sérti. Nem minősül azonban megengedhetlen megkülönböztetésnek, ha a jogi szabályozás eltérő jogalanyi körre vonatkozóan állapít meg eltérő rendelkezéseket.<sup>6</sup>

A hátrányos megkülönböztetés tilalma és az esélyegyenlőség biztosítása az állam számára eltérő, de korántsem fakultatív feladatot jelent. A jogegyenlőség megteremtése és biztosítása esetében egy elsődleges állami kötelezettségről van szó, míg az esélyegyenlőség elősegítése az állam részéről egy jogi lehetőséget biztosít. Lehetőséget, ugyanakkor bizonyos, valamely tulajdonságuk (nem, életkor, testi fogyatékoság, egészségügyi állapot, betegség) helyzetük miatt objektíve hátrányba kerülő személyek csoportjának esetében azonban az állam köteles lépéseket tenni a súlyosan egyenlőtlen helyzet felszámolására. Ilyen esetekben az állam mérlegelési szabadságának a mérték és az eszközök megválasztására kell szorítkoznia. A hátrányos megkülönböztetés tilalma erősebb alkotmányjogi érveket mozgósít. Az esélyegyenlőtlenség kiküszöbölését célzó állami kötelezettségvállalás kifejezetten a speciális jogalanyok számára jelenthet az objektív hátrányok miatt lehetőséget az egyenlő esélyekre, azonban az eszköz meghatározásánál az állam szabadságot élvez. A beavatkozási lehetőség tágítható a jog eszközeivel, arra alkalmas normarendszerrel.

2.4. Az Alkotmány 70/D. § (1) és (2) bekezdése alapján a Magyar Köztársaság területén élőknek joguk van a *lehető legmagasabb szintű testi és lelki egészséghez*. Ezt a jogot a Magyar Köztársaság a munkavédelem, az egészségügyi intézmények és az orvosi ellátás megszervezésével, a rendszeres testedzés biztosításával, valamint az épített és a természetes környezet védelmével valósítja meg.

<sup>6</sup>Lásd 9/1990. (IV. 25.) AB határozat, 21/1990. (X. 4.) AB határozat, 61/1992. (XI. 20.) AB határozat, 35/1994. (VI. 24.) AB határozat, 30/1997. (IV. 29.) AB határozat

Az alapjogok második generációjába tartozó szociális jogok érvényesülése a magánszférába való aktív állami beavatkozást feltételez. A klasszikus szabadságjogokkal szemben az állam bizonyos „szolgáltatásra” vállal kötelezettséget: az anyagi javak egy részét elvonja és polgárai közt újra elosztja. A szociális jogok körébe tartoznak a lehető legmagasabb szintű testi és lelki egészséghez való jog és a szociális biztonsághoz való jog.

A szociális jogok nem minősülnek alanyi alapjognak, biztosításuk olyan alkotmányos feladatot jelent, amelynek keretében az állam elsődlegesen az egészségügyi intézményhálózat és az orvosi ellátás működtetésére, az egyén állapotában, körülményeiben bekövetkező, várható rosszabbodások – öregség, betegség, rokkantság – esetére a megélhetéshez szükséges ellátás megteremtésére, a társadalombiztosítás rendszerének megszervezésére és fenntartására köteles. Az egészséghez való jog szoros kapcsolatban áll a már említett élethez való joggal, az állam életvédelmi kötelezettségéből következik, a szociális biztonsághoz való jog pedig egy olyan megélhetési minimum állami biztosítást tartalmazza, amely elengedhetetlen az emberi méltósághoz való jog megvalósulásához.

Az egészségügyi ellátáshoz való jog lényeges kérdése a szolgáltatás *ingyenes vagy térítésköteles jellege*, az egészségügyi szolgáltatás igénybevétele ugyanis főszabályként és jellemzően térítésen alapul. A térítés vagy ellenszolgáltatás a társadalombiztosítás keretében történik túlnyomórészt: a munkaadó, illetve a munkavállaló ugyanis járulék megfizetésére köteles. Az egészségügyi ellátáshoz való jog tehát *a társadalombiztosítás „ernyője alatt” érvényesül*, megítélése ennek következtében a társadalombiztosítással összefüggő egyéb szociális jogok sorsát osztja.

Az Alkotmánybíróság több határozatában értelmezte a legmagasabb szintű testi és lelki egészséghez való jog tartalmát és korlátozhatóságát.<sup>7</sup> Eszerint a legmagasabb szintű testi és lelki egészséghez való jog alkotmányi követelményként értelmezendő: 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.<sup>8</sup> Az alkotmánybírósági gyakorlat utal arra is, hogy „[...] az államnak a 70/D. § (2) bekezdésben 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 alkotmánybírósági gyakorlat ugyanakkor utalt arra is, hogy „az egészségügyi intézményhálózat és az orvosi ellátás körében elvontan, általános ismér-

<sup>7</sup> Az egészséghez való joggal kapcsolatos gyakorlatot összegzi a 109/2008. (IX. 26.) AB határozat

<sup>8</sup> 56/1995. (IX. 15.) AB határozat, ABH 1995, 260, 270., 37/2000. (X. 31.) AB határozat, ABH 2000, 293, 297. o.



vekkal 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 Alkotmány 70/D. §-ban meghatározott állami kötelezettségnek nincs alkotmányos mércéje. Az egészséghez való jog tehát önmagában alanyi jogként értelmezhetetlen, az az Alkotmány 70/D. § (2) bekezdésében 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.”<sup>9</sup>

Az 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 *egészségvédelmi kötelezettség*, mint az életvédelmi kötelezettségből levezetett, „közvetett” intézményvédelmi kötelezettség határozottan az *államcél minőség* felé mutat. Kiemelendő emellett, hogy a sürgősségi mentés intézményét az egészséghez való jog biztosítása, az állam életvédelmi kötelezettsége hívta életre, ma már egyértelműen elmondható az, hogy az állampolgárnak alanyi jelleगी joga van arra, hogy – amennyiben élete veszélybe kerül – hatékony és gyors segítségben részesüljön.

Az Eütv. II. fejezetében a betegek számára számos alanyi jogot határoz meg, ezek között az egészségügyi ellátáshoz való jogról is rendelkezik. Kimondja, hogy minden betegnek joga van – jogszabályban meghatározott keretek között – az egészségi állapota által indokolt, megfelelő, folyamatosan hozzáférhető és az egyenlő bánásmód követelményének megfelelő egészségügyi ellátáshoz. Az ellátás pedig akkor minősíthető megfelelőnek, ha az az adott egészségügyi szolgáltatásra vonatkozó szakmai és etikai szabályok, illetve irányelvek megtartásával történik.<sup>10</sup>

2.5. Az Alkotmány maga ugyan külön nem nevesíti a *betegjogokat*, de az emberi méltósághoz való jogból, és az önrendelkezési jogból levezethetőek. A betegjogokra vonatkozó lényeges, garanciális rendelkezéseket az egészségügyről szóló

<sup>9</sup> Az Alkotmánybíróság szerint „az egészségügyi intézményhálózat és az orvosi ellátás sokféleképpen szervezhető meg. Az Alkotmányból eredően senkinek sincs alanyi joga egy meghatározott szervezési módra. Másrészt nincs alkotmányos ismérv arra, hogy a rendszer önmagában mennyiben alkalmas a biztosításon alapuló betegellátáshoz való jogosultságok teljesítését garantálni. Ezért a rendszer alkotmányellenessége csak olyan szélső esetben állapítható meg, ha egyértelmű, hogy a rendszer eleve alkalmatlan az államot terhelő kötelezettségek alkotmányosan még elfogadható minimumának teljesítésére.” ABH 1996, 173, 188–189. o.

<sup>10</sup> Az Eütv. 7. § (1) és (2) bekezdése

1997. évi CLIV. törvény (Eütv.) tartalmazza. Az emberi méltósághoz való jogot érvényre juttató Eütv. betegjogi katalógusa nevesíti – többek közt – az egészségi ellátáshoz való jogot, a beteg emberi méltósághoz való jogát, tájékoztatásához való jogát, önrendelkezési jogát és az ellátás visszautasításához való jogát. A betegjogi rendszer központjában az *egészségügyi önrendelkezési jog*<sup>11</sup> biztosítása, valamint az „informed consent” (tájékozott beleegyezés) elve áll, ennek megfelelően széles körű alapjogi védelemben részesül a szabad, tájékozott és felelősségteljes döntésre képes ember saját teste és sorsa feletti rendelkezési joga. Az egészségügyi önrendelkezési jog gyakorlásának ugyanakkor előfeltétele, hogy a betegek számára az általános és speciális egészségügyi ellátásokhoz tényleges és egyenlő hozzáférési lehetőséget biztosítsanak. Az Eütv. a beteg jogairól és kötelezettségeiről szóló fejezetén belül – a jogokról való előzetes tájékoztatási kötelezettséget előírva – külön is rendelkezik a betegjogok érvényesítéséről, ezen belül a panaszok kivizsgálásáról és a betegjogi képviselők működéséről.

3. A nemzetközi, illetve európai uniós kötelezettségek közül első helyen említendő az Európai Parlament, a Tanács és a Bizottság által 2007. december 12-én a Lisszaboni Szerződéssel egyidejűleg, az Európai Unió Alapjogi Chartájaként kihirdetett szövegén belül a 35. cikkben rendelkezik kifejezetten az *egészségvédelem* kérdéséről, kimondja, hogy a nemzeti jogszabályokban és gyakorlatban megállapított feltételek mellett mindenkinek joga van megelőző egészségügyi ellátás igénybevételéhez, továbbá orvosi kezeléshez. Valamennyi uniós politika és tevékenység meghatározása és végrehajtása során biztosítani kell az emberi egészségvédelem magas szintjét.<sup>12</sup>

Természetesen az egészségügy területén különösen nem hagyhatók figyelmen kívül sem az említett Alapjogi Charta, sem pedig az emberi jogok és az alapvető szabadságok védelméről szóló, Rómában, 1950. november 4-én kelt Egyezmény az élethez és emberi méltósághoz, a szabadsághoz és biztonsághoz, a magán- és családi élet tiszteletben tartásához való joggal, a hátrányos megkülönböztetés tilalmával összefüggő rendelkezései, továbbá az Emberi Jogok Európai Bíróságának és az Európai Unió Bíróságának értelmező döntései.<sup>13</sup>

A betegjogok nemzetközi, európai védelmével kapcsolatban külön is ki kell emelni a Magyarországon a 2002. évi VI. törvénnyel kihirdetett, az Európa Tanács keretében az emberi lény emberi jogainak és méltóságának a biológia és az orvostudomány alkalmazására tekintettel történő védelméről létrehozott,

<sup>11</sup> Az Alkotmánybíróság megítélése szerint az egészségügyi ellátás során szükséges beavatkozásokba való beleegyezés, illetve annak visszautasítása a személyiségi jogok gyakorlásától elválaszthatatlan. Lásd 36/2000. (X. 27.) AB határozat

<sup>12</sup> Az Európai Unió Alapjogi Chartájának szövegét Magyarországon az Európai Unióról szóló szerződés és az Európai Uniót létrehozó szerződés módosításáról szóló lisszaboni szerződés kihirdetéséről szóló 2007. évi CLXVIII. törvény 2. számú melléklete hirdette ki.

<sup>13</sup> Az Európai Emberi Jogi Egyezményét és az ahhoz tartozó nyolc kiegészítő jegyzőkönyvet Magyarországon az 1993. évi XXXI. törvény hirdette ki.

Oviedóban, 1997. április 4-én kelt egyezményt, valamint a Párizsban, 1998. január 12-én kelt kiegészítő jegyzőkönyvet. Az egyezmény 1. cikkében megfogalmazott célkitűzése, hogy az egyezményben Részes Felek védelemben részesítik az emberi lényt méltóságában és önazonosságában és megkülönböztetés nélkül mindenki számára biztosítják sérthetlenségének és más jogainak és alapvető szabadságainak tiszteletben tartását a biológia és az orvostudomány alkalmazásának vonatkozásában. Az egyezmény külön is rendelkezik az egészségügyi ellátáshoz való igazságos hozzáférés biztosításáról, a beleegyezés jogáról, valamint a magánélethez és tájékoztatáshoz való jogról.

A Magyarországot kötelező nemzetközi egyezmények közül figyelmet érdemel a Módosított Európai Szociális Charta, amelynek kihirdetésére a 2009. évi VI. törvényben került sor. A Charta 11. cikke rendelkezik az egészség védelméhez való jogról, a 13. cikke pedig a szociális és egészségügyi segítségre való jogról.

A 13. cikk alapján a szociális és egészségügyi segítségre való jog hatékony érvényesítése céljából a résztvevő államok vállalják, hogy:

1. biztosítják a megfelelő támogatást minden olyan személy számára, aki nem rendelkezik megfelelő erőforrásokkal, és aki nem képes ilyen erőforrásokat saját erőből vagy más forrásokból, így valamilyen társadalombiztosítási program keretében sem biztosítani, vagyis betegség esetén az állapota által megkívánt ellátást megkapja;
2. biztosítják, hogy az ilyen segítségben részesülő személyeknek éppen emiatt ne kelljen elszorodni politikai vagy szociális jogaik csorbulását;
3. biztosítják, hogy mindenki kapja meg a megfelelő állami vagy magánszolgáltatásokat, nevezetesen a tanácsadást és a személyes segítséget, amire szüksége lehet a saját vagy a családja nélkülözésének megelőzéséhez, megszüntetéséhez vagy enyhítéséhez;
4. a jelen cikk 1., 2. és 3. bekezdésében említett rendelkezéseket egyenlően kell alkalmazni a Felek területén valamelyik másik Fél törvényesen tartózkodó állampolgáraival szemben, összhangban az 1993. december 11-én Párizsban aláírt Szociális és Orvosi Ellátás Európai Konvenciójában vállalt kötelezettségekkel.

4. A projekt alapgondolatai nem előzmény nélküliek: az állampolgári jogok országgyűlési biztosa tevékenységének kezdete óta kiemelt figyelemmel kíséri az egészségügy problémáit, az egészségügyi intézmények működését, a betegjogok érvényesülését.

A hatósági jogalkalmazás kontrollja mellett a töretlen ombudsmani gyakorlat közszolgáltatást végző szervek körébe tartozónak tekinti az egészségügyi intézményeket, amelyek tevékenységének vizsgálatára az ombudsman jogosult. Igaz ugyanakkor az is, hogy más szempontból az egészségügyet érintő kérdésekben meglehetősen szűk az ombudsman érdemi vizsgálódásának hatásköre: nincs lehetőség valamennyi sérelem, így különösen az orvosszakmai,

illetve etikai kérdések alkotmányjogi szempontú vizsgálatát. Ugyancsak nem foglalhat állást az országgyűlési biztos kártérítési igényekkel kapcsolatban, mivel ezen ügyek eldöntése kizárólag a polgári bíróság hatáskörébe tartozik.

Az általános biztos éves beszámolóiban tanúskodnak róla, hogy az egészségügyi ellátást és a betegjogokat érintő, az eljáró hatóságok (pl. az ÁNTSZ vagy az OEP), valamint egészségügyi közszolgáltatók (kórházak, rendelőintézetek, háziorvosok) tevékenységével szembeni vagy éppen a jogi szabályozást kifogásoló panaszok, a lefolytatott vizsgálatok nyomán kiadott jelentések nem elhanyagolható számban fordultak elő a közel másfél évtizedes ombudsmani praxisban.

Az állampolgári jogok országgyűlési biztosa a még 2003-ban kiadott jelentésében<sup>14</sup> megállapította, hogy a lehető legmagasabb szintű testi és lelki egészséghez való joggal összefüggő visszásságot okoznak a *betegjogi képviselő jogintézményének* működésében tapasztalható ellentmondások és hiányosságok.

Két és fél év elteltével a rendszer felépítése és beüzemelése után a betegjogi képviselők bevonásával, megkérdezésével zajló átfogó ombudsmani vizsgálat során a kapott tájékoztatás alapján, országos szinten a betegjogok közül a leggyakrabban az emberi méltósághoz való joggal, a tájékoztatáshoz való joggal és az egészségügyi dokumentáció megismerésének a jogával összefüggésben érkeznek panaszok a betegjogi képviselőkhöz.

Lényeges fejlemény ugyanakkor a tehermentesítés: a betegjogi képviselő jogintézményének létrehozását követő évektől ugyanis fokozatosan csökkent az országgyűlési biztosokhoz érkező – adott egészségügyi intézmény eljárásával, mulasztásával, az egészségügyi dolgozó részéről tapasztalt bánásmódra, viselkedésre – konkrét, egyedi esetekre vonatkozó, jellegénél fogva nehezen is vizsgálható – panaszok száma.

A betegjogok érvényesülését monitorozó jelentés alapján a legtipikusabb betegjogokat érintő esetek dominánsan az orvos-beteg kapcsolat nem megfelelő kialakítására vezethető vissza. Jellemző, hogy az ún. „visszatérő” osztályokkal szemben megfogalmazott panaszok anonimek, a betegek félnek az esetleges retorzióktól. Jellemző és leggyakoribb panaszok közé sorolható az emberi méltóság sérelme: az ezzel összefüggésbe hozható panaszok zömében az indokolatlan, túlzott várakoztatást, a durva megalázó hangnemet, bánásmódot, és a vizsgálatok alkalmával elszenvedett szemérem sérelmezik a betegek. Az emberi méltósághoz való jog megsértésének egyik tipikus esete a szemérem sérelme.

Az ombudsmani jelentés kitért arra is, hogy az emberi méltóság megsértése – utólag – szinte soha nem bizonyítható, mivel tanúk általában nincsenek, a bizonyításhoz szükségesek az ilyen jellegű ügyek kimenetelét eleve kétségessé teszik. Az esetek sokfélesége mellett is megállapítható, hogy az emberi méltóság sérelme a betegek által a legnehezebben tolerálható jogsértés, mivel abban mindig a nem megfelelő emberi hozzáállás és a bizalmi viszony hiánya nyilvánul meg.

<sup>14</sup> OBH 3155/2002. számú jelentés

A tájékoztatáshoz való joggal kapcsolatosan a betegek különösen azt sérelmezik, hogy az egyes beavatkozások megkezdése előtti tájékoztatás nem megfelelő, csak aláíratják velük a beleegyező nyilatkozatot, elszemélytelenedett az orvos-beteg kapcsolat. A kommunikációs zavar, a tájékoztatás hiánya a gyógykezelés teljes időtartamában jellemző probléma. Az önrendelkezési jog a gyakorlatban a megfelelő ismeretek hiánya miatt mindkét fél – beteg és szolgáltató – esetében hiányosan valósul meg. A beleegyező nyilatkozatok nagy része alakilag nem felelt meg a követelményeknek. Több ízben felmerült, hogy a beteg tájékoztatás nélkül írta alá a gyógykezeléshez szükséges beleegyező nyilatkozatokat.

Az utóbbi évek ombudsmani vizsgálatai közül külön is kiemelhető az Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet (OPNI) 2007-ben elrendelt bezárása kapcsán kialakult helyzet alapjogi szempontú 2008-as hivatalból elrendelt átfogó vizsgálat, valamint az egy évvel később, a pszichiátriai és addiktológiai betegellátás helyzetét a betegek lehető legmagasabb szintű testi és lelki egészséghez való jogának érvényesülésének helyzetét feltáró 2009-es OPNI utóvizsgálat.<sup>15</sup>

Épp ez utóbbi jelentés elvi érveléssel rögzítette, hogy: *„[...] az egészségügyi ellátások területén az ombudsmani jogvédelem az alkotmánybíróságitól részben eltérő, magasabb mércéjében két végpont határozható meg. Értelemszerűen nem állapítható meg az egészséghez való joggal összefüggő visszásság pusztán egy intézmény megszüntetése, átalakítása, összevonása, feladatátadása más intézménynek, vagy a rendelkezésre álló ágyak számának csökkentése miatt: egy ilyen szemlélet parttalanná és esetlegessé tenné az országgyűlési biztos által biztosított jogvédelmet.*

*Más a helyzet, ha az egészségügyi intézményrendszeren belül, így például a pszichiátriai, addiktológiai ellátás területén meghatározott helyeken, megyékben vagy régiókban bizonyos speciális szakellátások megszűnnek, érdemben elérhetetlenné válnak és ez az állapot elviselhetetlenül hosszú időn keresztül stabilizálódik. Az egészséghez való joggal összefüggő visszásságot okozhat az a helyzet, ha az intézményrendszer átalakítása hatására vagy megfelelő fejlesztésének hiányában – pusztán a teherbíró képességre hivatkozva, az anyagi, célszerűségi megfontolások miatt – potenciálisan vagy ténylegesen jelentős számú beteg kerülhet veszélybe.”*

Az utóbbi évek ombudsmani vizsgálatának tapasztalata az is, hogy az önrendelkezési jog területén az alapjogi szempontú vizsgálat lefolytatásának gátat szab, ha az egészségügyi intézmény életvédelmi alapon nyugvó orvosszakmai okokra hivatkozással hagyja figyelmen kívül a beteg kérését. A panaszokból az tűnik ki, hogy esetenként a betegek továbbra is *paternalista szemléletmóddal* találkoznak: nem kapnak kielégítő tájékoztatást állapotukkal, kezelésükkel kapcsolatban, továbbá a betegségükkel, terápiájukkal kapcsolatos kérdésekben nem (kellő mértékben) vonják be őket a döntéshozatalba. A klasszikus orvos-beteg viszony törekenységén továbbra sem javít a bizalomhiány, az ellátások tekintetében rosszul értelmezett a „tájékozott beleegyezés” intézményének jelentősége.

<sup>15</sup> OBH 2464/2007; AJB 3536/2009. számú ügy

A jogon túli eszközök szerepe, a jogtudatosság és az információ-áramlás elősegítése azért is elengedhetetlen, mert az egészségügyi rendszerrel, az egészséghez való joggal összefüggésben is egyre erősödő tendencia, hogy nő az *ombudsmani hatáskörön kívül eső segítséget kérő beadványok száma*. A panaszosok konkrét probléma jogi értelmezését, a jogszabályok összevetését, valamely gazdasági, szociológiai tünet elemzését kérik, vagy „csupán” az egészségügyben dolgozók magatartását, hozzáállását kifogásolják. Ugyancsak jelentősége lehet a jogtudatosság és informáltság növelésének, ahol direkt jogvédelmi eszközökkel nem érhető el eredmény, így például a transzplantációs hajlandóság, a szervek felajánlásának hazai alacsony szintjének növelése.

5. A 2011-es Egészségügyi Projekten belül külön sajátos területet képeznek az „alapjogbarát” (anya- és bababarát) szüléssel kapcsolatos kérdések, az ún. várandós jog témaköre.

A kérdéskörrel kapcsolatban az ombudsmani gyakorlatból előzményként említhető egy 2007 októberében kiadott, a *tervezett otthonszüléssel* kapcsolatos állásfoglalás. Az állásfoglalásban a biztos felhívta a figyelmet arra, hogy a kellően megalapozott jogszabályi háttér mielőbbi megalkotása érdekében szükségesnek látja az adott helyzet emberi jogi és alkotmányos alapjogi értékelését, és minderről a nyilvánosság tájékoztatását. Három évvel később – a szabályozás kialakításának eredménytelensége okán – a biztos újabb közleményben hívta fel a jogalkotó és a szélesebb nyilvánosság figyelmét arra, hogy mielőbb jogszabályi szinten kell megfogalmazni a tervezett otthonszülés biztonságos körülményeinek szakmai minimum követelményeit, jogi és etikai feltételrendszerét.

A 2010-es közleményében a biztos kiemelte, hogy sem a nemzetközi, sem a hazai jogszabályok között nincs olyan rendelkezés, ami alapján tiltott, de legalábbis korlátozott volna a tervezett otthonszülés. Ugyanakkor az is kétségtelen, hogy a várandós asszony abbéli szándéka, illetve döntése, hogy gyermekét valamely egészségügyi intézményben, vagy otthon (akár születésházban), tehát intézményen kívül óhajtja megszülni, a fentebb már kifejtettek szerint olyan alapjogi kérdés, amelynek garantálása ugyancsak az állam objektív intézményvédelmi feladataként értelmezhető. Azaz: elengedhetetlen, hogy az állam – a szülő nő és gyermeke életének védelméről – jogalkotással és egyéb szervezési intézkedésekkel, például a szakmai követelmények felállításával gondoskodjon.

Az országgyűlési biztos jogi álláspontját igazolta vissza az Emberi Jogok Európai Bíróságának 2010. december 14-én, a Ternovszky kontra Magyarország ügyben<sup>16</sup> hozott határozata, amelyben a Bíróság megállapította, hogy az otthonszülés teljes szabályozatlansága sérti az Európai Emberi Jogi Egyezmény 8. cikkelyében foglalt magánélethez való jogot. A Bíróság álláspontja határozott a

<sup>16</sup> Case of Ternovszky v. Hungary, application no. 67545/09



tekintetben, hogy a magánélethez való jog magában foglalja a szülés körülményeinek megválasztásához való jogot.

A Bíróság érvelése szerint a szabálysértési kormányrendeletnek az a szakasza, amely az otthonszülésnél segédkező bábákat szabálysértési bírsággal fenyegeti, beavatkozást jelent a kérelmező és a hozzá hasonló várandós nők joggyakorlásába. A Bíróság véleménye az volt, hogy a szabálysértési szankcióval fenyegetettség, a speciális és átfogó szabályozás hiánya korlátozta a kérelmező döntését az otthonszüléssel kapcsolatban, ami sérti a magánélethez való jog korlátozásához előírt törvényszerűség, szűkebben az *előreláthatóság* elvét.

Az „*alapjog-barát*” szülés lényegesen tágabb fogalom a tervezett otthonszülésnél, kiindulópontja, hogy úgy veszi figyelembe az anya önrendelkezési és magánéleti szabadságát és a magzat, illetve a megszületett gyermek jogait, legmagasabb szintű érdekeit, hogy figyelemmel van arra, hogy az anya és a magzat/gyermek érdekeit jellemzően egybeesnek.<sup>17</sup> Alapvetés, hogy a természetes és háborítatlan szülés a norma, továbbá – a nemzetközi, WHO és uniós sztenderdekkel összhangban – az alkotmányos és törvényi jogi garanciák keretei közt, arra tekintettel hozhatóak meg az egyébként orvosszakmai alapú döntések a szüléssel kapcsolatban (pl. a kockázat megítélése). Lényegesek az anya, a terhes nő kvázi beteg státusának fenntartásával és az indokolatlanul paternalista beavatkozásokkal szembeni garanciális szabályok és mechanizmusok kialakítása, így például a szülést követően az anya és a gyermek hosszas, indokolatlan elkülönítése.

Az országgyűlési biztos az „*alapjog-barát*”, anya és gyermekbarát szülés területén az emberi méltósághoz való jogból, a magánszféra és az önrendelkezési szabadságából, a tájékozott beleegyezés elvéből kiindulva – a beérkező panaszok alapján – figyelmet kíván fordítani a következőkre:

1. érvényesülnek-e az alkotmányos alapjogok (önrendelkezés, tájékoztatás), valamint az Eütv. tételes jogi szabályaiba foglalt garanciák, az egészségügyi intézmények megfelelően betartják-e, az ellenőrzésre hivatott szervek pedig betartatják-e a hatályos jogi szabályokat;
2. szükséges-e a klasszikus betegjogi szemléleten túllépve, várandósjog kereteinek kidolgozása, az Eütv. esetleges szabályozási reformja, sajátos sui generis szabályanyag létrehozása a várandóssággal, a szüléssel, a gyermekágygal, a szoptatással stb. kapcsolatosan.
3. a projekt fő célkitűzéseivel szinkronban, milyen módon lehetne növelni a kérdéssel kapcsolatos tájékozottságot, jogtudatosságot, előmozdítani a párbeszédet.

<sup>17</sup>Természetesen lehetnek kivételek, így különösen a terhességmegszakítás, az abortusz kérdésköre.

6. Az Egészségügyi Projekt további tervezett irányai, témái:
  - 6.1. A már folyamatban lévő ombudsmani vizsgálatok
    1. A fogyatékossgal élők egészségügyi ellátása
    2. Az alapellátás – háziiorvosi működés anomáliái
    3. A HIV-betegek gondozói hálózata
    4. A pszichiátriai ellátás helyzete (utóvizsgálat)
  - 6.2. A tervezett új ombudsmani vizsgálati irányok:
    1. Gyerekek ellátása (közösen a Gyermekjogi Projekttel)
    2. Hajléktalanellátás
    3. Fogvatartottak egészségügye
    4. A hivatásosok egészségügye
    5. Az életmentő, életfenntartó beavatkozások visszautasítása (gyakorlat)
    6. Az alapjogbarát, azaz anya- és bababarát szülés biztosítása



## 2. A projekt 2011. évi tevékenysége

### 2.1. Műhelymunka<sup>18</sup>

#### *„Méltóság projektek” sora*

A betegjogok és az egészségügy hazai viszonyát és egyes speciális státusokat illető helyzetét tehát külön projekt keretében vizsgálta idén az ombudsman speciális munkacsoportja. Érvényesülhetnek-e azok az alapvető emberi jogok, és ezzel együtt a betegjogok, melyeket a nemzetközi dokumentumok, a hazai normák ugyancsak tartalmaznak? Vajon szükség van-e e kérdésben is paradigmaváltásra? A biztos szerint egy erős jogállami keret alkalmas lehet a megfelelően érzékeny és eredményes egészségpolitika működéséhez, a társadalom részéről pedig e kérdésben is elkerülhetetlen a paradigmaváltás.

Az állampolgári jogok országgyűlési biztosa mindenkor kiemelt figyelemmel és felelősséggel, a rászoruló és kiszolgáltatott embereket megillető jogok sajátosságaihoz illeszkedő szemlélettel és eszközrendszerrel vizsgálja a hátrányos vagy nehéz helyzetben élők jogainak érvényesülését, a tőlük érkező, illetve érdekeiket, jogaikat érintő panaszokat. Ezen túlmenően a megbízatás ideje alatt minden évben egy-egy hátrányos helyzetű társadalmi csoport problémáinak, vagy számukra jelentős alkotmányos visszásságot érintő kérdések vizsgálatára projektet indít, e jogok érvényesülésének elősegítését állítva a vizsgálat fókuszába. 2008-ban az „Emberi méltóság korlátok nélkül” projektsorozatban a hajléktalan emberek, 2009-ben „Méltóképpen másképp” címmel a fogyatékos-sággal élő emberek helyzete, méltóságuk, jogegyenlőségük védelme és esélyegyenlőségük minél teljesebb elősegítésére összpontosítottunk. A 2010-ben idős honfitársaink helyzetét, az idős kor társadalmi, jogi és szociológiai aspektusát vizsgáltuk az alkotmányos alapjogok szemszögéből, „Méltóképpen Időskorban” címmel.

#### *Egészségügy alapjogi szemlélettel*

2011-ben folytattuk a „méltóság projektek”-et, és a betegek jogainak érvényesülését, az egészségügy egyes kényes kérdéseit, az orvos-beteg bizalmi viszony 21. századi jelentőségét elemeztük éves munkaprogramunkkal. A projekt programjának megvalósulásához munkacsoportot alakítottunk, amely együttműködik a szakmai és civil szervezetekkel, intézményekkel, valamint az általunk érintett témák kutatóival.

<sup>18</sup>DR. BORZA BEÁTA főosztályvezető (AJBH Általános Vizsgálati Főosztály)

Kiindulópontunk az alapjogok összefüggésrendszerében az emberi méltósághoz való jog érvényesülése és védelme, valamint az ebből levezethető egyes betegjogok, kiemelten az egészségügyi önrendelkezési jog tartalma és terjedelme, a lehető legmagasabb szintű testi és lelki egészséghez való jog biztosításával összefüggő állami kötelezettség-rendszer, továbbá az előbbivel szoros összefüggésben maga az egészségügyi ellátórendszer társadalombiztosítási modellje: az ellátáshoz való hozzáférés. Mindezekről az 1. fejezetben bőven olvashattak.

A 2011. áprilisi első találkozó legfontosabb témája a *betegjogok* érvényesülésének problémáiról készült státusjelentés bemutatása volt. Ebben kifejezetten a betegjogok érvényesíthetőségének problémáit tártuk fel az intézményi háttér változásainak hibáin keresztül. Mivel megkerülhetetlen az egészségügyi adatkezelés korszerű megoldásainak jelentősége PÉTERFALVI ATTILA volt adatvédelmi biztos, az OBH akkori vezetője elemezte ennek gyakorlatát, az ombudsmanok adatokkal összefüggő tapasztalatait. Kitért a bezárt intézmények dokumentumainak sorsára, arra, hogy egységes és minden tekintetben jól kezelt dokumentációs központra van szükség. Ha adatokról, betegadatokról beszélünk szükséges ennek etikai, bioetikai vetületét is érinteni, hiszen az egészségügyben minden információnak, adatnak jelentősége van, akár a páciens, akár a rendszer oldaláról merül fel. Az orvosi etika, az etikus gondolkodás és a betegjogok 20. századi vívmányiról DÓSA ÁGNES, a SOTE Magatartástudományi Intézetének munkatársa, az ELTE tanára vázolt rövid helyzetképet, fókuszban a jog (betegjog) és egészségügy eltérő konnotációjával, a kérdés nemzetközi megítélésével. Jelezte, hogy a 21. század egyik legnagyobb vitás területe az életvégi döntések gyakorlata, ezzel összefüggésben az életben tartó, fenntartó kezelés visszautasításának lehetősége. A betegjogi képviselési rendszer tekintetében megjegyezte, hogy a beteg a szolgáltatásokat igénybe vevő fogyasztó, s mint ilyen különös helyzetű is egyúttal, hisz épp a komfortját javítja a gyógyító, megelőző beavatkozások sora. A kötelezettségek és jogok széles fogyasztói rétegén belül ugyancsak érdekes összefüggéseket emelt ki SÁNDOR JUDIT, a Közép-európai Egyetem (CEU) professzora. Figyelemfelhívó hozzászólásában a páciensek és a donorok egyre fontosabb helyzetét értelmezte a biotechnológia területén, vagyis értelmezhető-e az emberi méltóság, mint alapjog, mint etikai tézis az emberi sejtek és szövetek gyógyászati és kutatási célú felhasználása terén.

Ugyancsak ez alkalommal hangzott el előadás a különböző típusú ellátások speciális és ezzel olykor mellőzött jellegére utalva, egyebek mellett a *HIV-fertőzöttek gondozásának* akut kérdéseit elemző jelentést vitattuk meg a jelenlévőkkel. Végül rövid áttekintést adtunk az ombudsmanok eddigi egészségügyet érintő tevékenységéről is, melyről e füzet előbbi fejezetében már olvashattunk.

### *Beteg – Gyermek – Jogok*

Az idei évben az ombudsman gyermekjogi projekt tevékenységének közép-pontjában a gyermekek testi és lelki egészséghez való joga áll. Ez a program együtt valósult meg a „Beteg jogaink – Egészséges Méltóság” egészségügyi/be-

tegjogi projektünkkel. Mivel a korábbi években is számos alkalommal került a méltóság projektek programjaiban dolgozó munkatársak látókörébe gyerekeket érintő probléma (vö. fogyatékoság ügy, hajléktalan kérdés), magától értetődő volt a téma komplex feldolgozása.

Kiindulópont ismét az emberi méltósághoz való jog érvényesülése és védelme, valamint az ebből levezethető egyes betegjogok, kiemelten az egészségügyi önrendelkezési jog tartalma és terjedelme, a lehető legmagasabb szintű testi és lelki egészséghez való jog biztosításával összefüggő állami kötelezettség-rendszer, továbbá az előbbivel szoros összefüggésben maga az egészségügyi ellátó-rendszer társadalombiztosítási modellje: az ellátáshoz való hozzáférés a gyerekeknek, felnőtteknek egyaránt.

Az ENSZ Gyermek jogairól szóló Egyezmény 24. szakaszában elismeri a gyermeknek a lehető legjobb egészségi állapothoz való jogát, valamint, hogy orvosi ellátásban és gyógyító-nevelésben részesülhessen. A részes államok erőfeszítéseket tesznek annak biztosítására, hogy egyetlen gyermek se legyen megfosztva ezeknek a szolgáltatásoknak az igénybevételére való jogától. Az Egyezményben részes államok erőfeszítéseket tesznek a fenti jog teljes körű megvalósításának biztosítására, és intézkedéseket tesznek különösen arra, hogy csökkentsék a csecsemő- és a gyermekhalandóságot, biztosítsák minden gyermek számára a szükséges orvosi ellátást és egészségügyi gondozást, legfontosabbnak tekintve az egészségügyi alapellátás fejlesztését, dolgoznak a betegség és a rosszul tápláltság ellen az egészségügyi alapellátás keretében is, különösen a könnyen rendelkezésre bocsátható technikák felhasználásával, valamint tápláló élelmiszerek és ivóvíz szolgáltatásával, figyelembe véve a természeti környezet szennyezésével járó veszélyeket és kockázatokat. Ezen kívül cél, hogy biztosítsák az anyák terhesség alatti és szülés utáni gondozását, tájékoztassák a társadalom valamennyi csoportját és különösen a szülőket és a gyermekeket a gyermek egészségére és táplálására, a szoptatás előnyeire, a környezet higiénijára és tisztántartására, a balesetek megelőzésére vonatkozó alapvető ismeretekről, továbbá megfelelő segítséget nyújtsanak ezen ismeretek hasznosításához, végül, hogy fejlesszék a megelőző egészséggondozást, a szülői tanácsadást, valamint a családtervezésre vonatkozó nevelést és szolgáltatásokat.

A júniusi találkozón egésznapos konferenciát tartottunk, melynek első felében a gyermekek egészségét, egészségügyi ellátását, az ellátókat is érintő problémákról, illetve ezeket feltáró vizsgálatok eredményeiről számoltunk be. A rendezvény nyitóelőadásában NAVRACSICS TIBOR közigazgatási és igazságügyi miniszter a gyermekjogok terén való kormányzati szerepvállalás jelentőségéről és az európai feladatok összehangolásáról tartott rövid összefoglalót, hangsúlyozva a család, mint az egészséget megtartó elsődleges tér, hely, közösség fontosságát. Bemutattuk a hazai védőnői hálózat működési anomáliáit elemző munkánkat, az ezzel is összefüggő alapellátási gondokat, ODOR ANDREA, az országos tisztiorvosi hálózat védőnőket koordináló vezetője válaszolt a védőnői szolgálat szerepét, fontosságát, nélkülözhetetlen szerepét. A házi gyermekor-

vosok napi gondjairól számolt be DR. HUSZÁR ANDRÁS, a Házigyermekorvosok Egyesületének elnöke, majd DR. PÁSZTHY BEA főorvos, a SOTE docense a gyermekpszichiátriai ellátás fejlesztésének szakmai indokait, a gyermeklélek változásának civilizációs buktatóit mutatta be. Nagyszabású vizsgálatot folytattunk a kiskorúak drog- és alkoholfogyasztásának következményeiről, illetve az intézményes háttér hiányosságairól. Mivel a találkozót a gyermekek mindenek fölött álló érdekeinek holisztikus filozófiája mentén szerveződött, a továbbiakban a várandósság és a szülés körülményeit, az intézményes háttérrel, az intézményen kívüli szülés szakmai és társadalmi vitáit, végső soron a szülés körülményeinek hosszú távú következményeit, a gyermekegészségügy dilemmáit, az egészségtudatosságot, mint az egészséges társadalom főbb pilléreit igyekeztünk felvázolni meghívott vendégeink és felkért hozzászólóink segítségével. Előadásában ÉKES ILONA országgyűlési képviselő a szülő nő helyzete és a szülés minőségének összefüggéseit emelte ki, majd az otthonszülés kontra intézményi szülés történetét, a jelenlegi szakmai viták hatását értelmezte a társadalom egészségére tekintettel a 21. századi európai viszonyokban. Mindezzel együtt tájékoztatót az Anya- és Bababarát Mozgalom jelentőségéről valamint a bábárság intézményének megújulásáról. TÓTH ZOLTÁN professzor a DEOEC Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika igazgatója a szülészeti szakma intézményes működésének előnyeiről, a biztonság és/vagy kórház diskurzus ellentmondásairól tartott előadást, hangsúlyozva, hogy az intézményen belüli bababarát szülőszobák alternatívát jelenthetnek az „otthonszülést” támogatóknak. A beteg helyzetéről, a jogok rendszeréről és a gyermekek ellátásának szintéziséről, illetve az OBDK (Országos Betegjogi és Dokumentációs Központ) tervezett felállításáról DR. MOGYORÓSI DOROTTYA, a jogalkotásban részt vevő egészségügyi szakember, betegjogi szakértő beszélt. Kiemelte, a Semmelweis Terv prioritásként nevezi meg a gyermek egészségügyi ellátás fejlesztését, a közös szakmapolitikák ebélti egyetértését.

Végül a biztos hivatalában az évek óta kiemelten kezelt témában a pszichiátriai ellátás jelenlegi problémáinak egyik sarkalatos kérdését vitattuk meg, azaz mennyiben bír jelentőséggel a pszichiátriai beteg szabadságjoga akkor, amikor az ellátás körülményei a legkevésbé sem korszerűek, beteg- és szakmaközpontúak.

### *A beteg java a legfőbb törvény*

A projekt záróeseményén novemberben összegeztük az éves munkát, valamint új vizsgálataink eredményét ismertettük. RÉTHELYI MIKLÓS nemzeti erőforrás miniszter szavai az orvoslás jelenéről és jövőjéről fonta körbe az orvos-beteg viszony mai olvasatát. Hangsúlyozta, hogy a beteg ember a modern orvoslás fókusza, azonban az orvoslás jövője nem csak az orvosokon múlik, fontos szerep jut a szakdolgozóknak.

Mindenkin számon lehet kérni a saját egészségét, illetve felvethető, hogy mennyi munkát jelent az orvosoknak, és persze lehet csak az egészségügyet

felelősségre vonni, hiszen feladata az egészség megőrzésének elősegítése és a gyógyító munkával annak újratemtése. Ehhez a szaktárca is hozzájárul, például az egészségkárosító élelmiszerek megadóztatásának bevezetésével. Korábban – a második világháborút megelőző időszakban – jelentősen kevesebb volt a doktorok száma, így a kapcsolat is másképpen alakult a betegekkel, a honorárium kérdése is személyes ügy volt. Mivel azonban mára az orvosok száma folyamatosan nő, a betegekkel való klasszikus viszony is átalakult, ráadásul a biztosító fizet az orvos szolgálataiért. „Az orvosi munka: hivatás, melynek szigorú szabályai vannak” – fogalmazott végül a tárcavezető –, és ezek megőrzése fontos az orvostudomány jelenében és jövőjében egyaránt.

A program további részében a Társaság a Szabadságjogokért (TASZ) betegjogi programvezetője KAPRONCZAY STEFÁNIA foglalta össze azt a 2010-ben zajlott kutatást, melyben 20 európai ország vett részt, köztük javarészt az Európai Unió tagállamai. A kutatás az Európai Betegjogi Chartában foglaltak érvényesülését mérte fel az Active Citizenship Network koordinálásában. A négy forrásból építkező kutatás összesített eredménye alapján Magyarország az utolsó előtti helyen van a betegjogok érvényesülésének tekintetében.

A betegjogok érvényesülése és érvényesíthetősége szempontjából nem jelentéktelen kérdés az Országos Betegjogi és Dokumentációs Központ terve, amelynek jelentőségéről, illetve a betegadatok eddigi és jövőbeli kezelésének körülményeiről ezúttal is szakértőt hallhattunk TRÓCSÁNYI SÁRA személyében. Álláspontja szerint az egész struktúra működése valójában attól a páciens-től függ, akit ellátni köteles, akinek egészségügyi adatait (leletek, dokumentumok, zárójelentések stb.) megfelelő zárt rendszerben kezeli, és ami a tájékoztatás minőségét és jelentőségét kell, hogy homloktérbe állítsa. „A jól tájékozott beteg, gyorsabban gyógyul” – vélte a szakértő.

Az éves program két olyan fókuszot is értelmezett, melyben korábban már folytak ombudsmani vizsgálatok, azonban jelen körülmények között és szakmai támogatással az egészségügyi projekt keretei között lehetett komplex elemzéseket folytatni. A 2009-ben zajlott fogyatékosügyi program kereteit meghaladó kérdésben ezúttal átfogó vizsgálatot folytathattunk, és átvilágítottuk a fogyatékosággal élők egyes csoportjainak helyzetét az egészségügy világában. Előadónk arról a heroikus küzdelemről számolt be, amely egyes fogyatékos csoportok, így például az autizmus spektrumzavarral küzdők, vagy az értelmi fogyatékosok és hozzátartozóik végeznek akár egy fogorvosi ellátás szüksége kapcsán. Ugyancsak kiemelt vizsgálatot folytattunk, és ez alkalommal mutatuk be a hajléktalan emberek egészségügyi ellátását értékelő jelentést, az elmeállapot megfigyelés és a veszélyeztető állapot dilemmáit összefoglaló vizsgálatunkat. Ez utóbbi munkáink a különösen rászoruló társadalmi csoportok hétköznapi életének a nyilvánosság előtt eddig keveset tárgyalt súlyos gondjait érzékeltették abból az alapvető emberi jogi szempontból, hogy az esélyegyenlőség valódi értelmezése a társadalmi kirekesztés elleni küzdelem egyik első lépése.

## 2.2. A kiemelt vizsgálatok áttekintése

Az elmúlt évek „méltóság projektjei” sorában áttekintettük tehát a hajléktalan emberek, a fogyatékossgal élők valamint az időskorúak alapjogainak érvényesülését. A jelen program kiemelt vizsgálatai értelemszerűen kapcsolódtak ezen rászoruló társadalmi csoportokat érintő egészségügyi, betegjogi problémákhoz. Különös jelentősége volt a pszichiátriai betegek ellátásának körülményeit kutató munkának, hiszen az Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet (OPNI) bezárása óta nem volt olyan év, amelyben ne érkezett volna legalább egy tucat, kifejezetten a pszichiátriai ellátás specialitásainak hiányát, vagy elégtelenségét kifogásoló panasz. Ezúttal a veszélyeztető állapot különböző szempontjait vizsgáltuk, kórházon belül vagy szociális intézményben.<sup>19</sup> Egyre több olyan panasz érkezett a hivatalba, melyben pszichiátriai betegségben szenvedő fiatalok szülei számoltak be arról, hogy a súlyosan beteg ember intézményi elhelyezése gyakorlatilag lehetetlen, ugyanakkor az idősödő szülő számára az otthoni ápolás, gondozás vagy csupán az együttélés is erőn túli áldozatot kíván. Gyakori panasz, hogy nem csak a lakóhelyükön, de az ország más területein sem találnak olyan tartós bentlakást biztosító intézményt, amely fogadni tudná az agresszív, veszélyeztető magatartású, speciális ellátást igénylő családtagot. Tekintettel arra, hogy a probléma számos egyéb aspektusa is felvet szakmai, etikai, alapjogi aggályokat, vizsgálataink segítségével arra kerestünk választ, hogy a mind erőteljesebb és többeket érintő pszichiátriai szakmai érvek ellenére az ellátás minőségi elvárásai miként értelmezhetők a hazai viszonyok között. Azaz miért akadozik a szakellátás különböző szintjein a súlyosabb pszichiátriai kórképpű beteg betegútja.

Mivel a lehető legmagasabb szintű testi és lelki egészséghez való jog minden beteget vagy páciens, legyen ő bármely társadalmi csoport tagja, egyaránt megillet,<sup>20</sup> a korábbi évek projektprogramjainak szereplőit kiemelten vizsgáltuk az egészségügyi ellátás hálójában. A fogyatékossgal élők különleges igényeit vajon képes-e az ellátórendszer tolerálni,<sup>21</sup> vagy a hajléktalan emberek kiszolgáltatottsága fokozódik-e ha ellátásra szorulnak, avagy létezik számukra működőképes egészségügyi infrastruktúra<sup>22</sup>?

A *fogyatékos szervezetek* jelzése szerint az *autizmussal és a különböző fogyatékossgal élő személyek* egészségügyi alap- és szakellátása megoldatlan, az ellátásban pedig számottevő területi eltérések tapasztalhatóak. Az egészségügyi ellátások fejlesztése érdekében többszintű intézkedésre van szükség: egyrésztől szükséges az egészségügyi dolgozók (orvosok, ápolók, asszisztensek) autizmusról való tudásának fejlesztése (akár egy akkreditált képzés keretében), hogy a már

<sup>19</sup> AJB 672/2011. számú jelentés

<sup>20</sup> Az 1949. évi XX. törvény a Magyar Köztársaság Alkotmányáról

<sup>21</sup> Lásd AJB 433/2010. számú jelentés

<sup>22</sup> Lásd AJB 3240/2011. számú jelentés



meglévő ellátások hozzáférhetőbbek legyenek, másrésről szükség lenne a korai, egyénre szabott és folyamatos ellátásra, hogy a felnőttkori függetlenség, szociális beilleszkedés és méltóságteljes élet elérhetővé váljon.

Gyakran az autizmussal élőknek hosszú távú ápolásra, speciális ellátásra van szükségük, ennek azonban nincsenek meg a feltételei a pszichiátriai osztályok akut, vagy rehabilitációs részlegein. Az autista betegek kezelésére, gondozására szakosodott intézmények az agresszív rohamokkal együtt élő autista betegeket nem fogadják, a gondozásokat nem vállalják. Magyarországon ez a fajta agresszív autizmus és a betegek kezelése, gyógykezelése szintén megoldatlan. A szervezetek képviselői szerint éppen ezért szükséges és elodázhatatlan a speciális intézményekben az állandó felügyelet, gondozás és ellátás biztosításához szükséges tárgyi és személyi feltételek megteremtése.

Az egészségügyi intézmények gyakran elutasítják az autisták kezelését, nem ritka az olyan autizmussal élő beteg, aki évek óta nem tud speciális szakemberhez fordulni. Az sem ritka, hogy az autista embereknek több mint száz kilométert kell utazniuk azért, hogy fogászati ellátásban részesüljenek, mert a lakóhelyükön lévő fogorvos nem hajlandó (vagy nem tudja) ellátni őket.

A szakemberek szerint (Autisták Országos Szövetsége) a felnőtt autisták kórházi ellátása során nem megoldott a szülő vagy más segítő személy elhelyezése, holott ez a gyógyítás eredményessége érdekében gyakran elengedhetetlen. A civil szervezetek jelzései szerint tehát az intézményi háttér rendezetlen, hiányos és alulfinanszírozott.

A kérdésnek külön hangsúlyt ad, hogy az utóbbi években a közoktatásban és az egészségügyi rendszerben is megduplázódott az autisták száma, és várhatóan három éven belül a mai szám is megkétszereződik. Az ellátórendszer képtelen lépést tartani a növekedéssel, így betegek tömegei maradnak ellátatlanul – mutat rá az Országos Autizmus Kutatás, melyet az Autisták Országos Szövetsége (AOSZ) készített 2009-ben.

A megfelelő ellátáshoz szükséges, hogy az orvosok, illetve az egészségügyi szakdolgozók rendelkezzenek nemcsak általában a fogyatékoságról való ismeretekkel, hanem a különböző fogyatékoságok sajátosságairól, a sajátosságokból adódó ellátási nehézségekről való ismeretekkel is. Megoldatlan a korai szűrés is: sem a védőnők, sem a gyermekorvosok nincsenek autizmusra „képezve”. Mindezekkel a problémákkal, tényekkel kerestük meg a szaktárca vezetőjét, és a vizsgálatunk végén a jelentés segítségével szólítottuk meg valamennyi, a kérdésben érintett szakembert, illetve üzentünk az érintett családoknak.

A *hajléktalanellátásban* dolgozó szakemberek jelentős része egyetért abban, hogy az egészségügyi ellátás keretein belül gyakran nem, vagy nagyon nehezen megoldható a hajléktalanok elhelyezése, ellátása. Egyetértés van abban is, hogy a hajléktalan emberek egészségügyi ellátása a hajléktalanellátás határterülete. Van, aki ellenzi a külön hajléktalanok számára fenntartott egészségügyi szolgáltatásokat, azzal, hogy nem lehet megkülönböztetni az ellátásban a szegényeket és nem szegényeket, hiszen az ellátások állampolgári jupon járnak mindenkinek,

de van, aki szerint szükség van ezekre a speciális, hajléktalanellátási formákra, hiszen e nélkül még többen halnának meg az utcán, betegen, ellátatlanul. A beteg hajléktalan ember talán a legnehezebb helyzetben lévő páciens, minden tekintetben kiszolgáltatott, ezért a szakemberek részéről a legtöbb tudást, a társadalomtól pedig a legtöbb törődést, anyagi áldozatvállalást igénylik. Vizsgálatunk nem csak a meglévő infrastruktúrát, hanem a hiányzókat is számba vette.

A betegkör specialitásán túl az ellátók helyzete és munkakörülményei is jelentősen befolyásolhatják a betegjogok érvényesülését. Nem mindegy, hogy a kórházban beteg gyermekét kísérő szülő milyen „elhelyezést” kap, ágyban vagy kissozéken tölti-e az éjszakákat, igénylik-e segítségét a gyermeke körül, vagy nem szívesen látott, megtúrt személy a gyerekosztályokon. Vajon milyen instrumentumokon múlik, hogy a kisgyerek minél gyorsabban otthonába kerülhessen, jogszabályok inkohereciája, vagy csupán finanszírozási kérdés a szülői jelenlét méltó biztosítása a fekvőbeteg-ellátókban?

Számos kérdéssel, problémával találkoztunk ezúttal is az éves program során. Terveinket olykor felülírták a közélet eseményei, az egészségügyben tapasztalható változások jelentősége. Vizsgálatot folytattunk tehát a házi-orvosi alapellátással és a praxisjog anomáliáival kapcsolatban, de feltártuk az iskolaorvosi vizsgálatok gyakorlatát<sup>23</sup> és egy az extrém sportok<sup>24</sup> űzőit érintő egészségügyi finanszírozási kérdéskört is. Több jelentés a Gyermekjogi projekt egészségügyi programjával összekapcsolódva született, így a gyermek és ifjúságpszichiátriai ellátás hazai helyzetét feltáró jelentés<sup>25</sup>, a védőnői hálózat egészségmegőrző illetve betegségmegelőző szerepét nehezítő körülmények alapjogi értelmezése<sup>26</sup>.

A helyzet komplexitása, és szakmai specialitásai miatt a háborítatlan szülés körülményeiről folyt társadalmi-szakmai vitában csupán az alapjogi érvkészllettel segíthette a biztos a mozgalom úttörőit, konkrét vizsgálat e témában a program ideje alatt nem fejeződött be.

### 2.3. Egyéb események, szakmai konferenciák

Az év második felében több civil szervezettel és egy szövetséggel szerveztünk találkozót, kihasználva a személyes megbeszélések jelentőségét ebben az érzékeny témában. A hajléktalanok egészségügyi helyzetét vizsgáló munkánk előzetes kutatási szakaszában sor került a Máltai Szeretetszolgálat alelnökével VECSEI MIKLÓSSAL több megbeszélésre, a Dankó utcai Oltalom Karitatív Egyesület önkéntes orvosával SIMEK ÁGNES doktornővel pedig egy helyszíni látogatás alkalmával az ellátást terepen ismerhettük meg. Ugyancsak „élesben” vizsgálhattuk a BMSZKI egészségügyi ellátóhelyén PÁLVÖLGYI GABRIELLA vezető főorvos

<sup>23</sup> Lásd AJB-6790/2010. számú jelentés

<sup>24</sup> Lásd AJB-1484/2010. számú jelentés

<sup>25</sup> Lásd AJB-1298/2011. számú jelentés

<sup>26</sup> Lásd AJB-3809/2010. számú jelentés



segítségével egy nagyintézmény egészségügyi lehetőségeit. Sokat segített munkánkban VECSEI MIKLÓS és ZACHER GÁBOR toxikológus főorvos közös programja, melyben „a mennyi ideig” magánügy a betegség, ha fertőző mottóval az utcai lét egészségromboló, és mint ilyen azonnali beavatkozást kívánó, zéró-tolerancia alapú azonnali ellátást jelentő programot mutattak be.

Fontos együttműködés alakult ki hivatalunk és az egészségügyi, illetve a bába szakma, illetve a szülést kísérő dülák képviselőivel a szülés körülményeinek 21. századi bababarát megteremtéséért létrejött mozgalom kereteiben. Májusban a bába és szülésznői szakma aktuális kihívásairól szóló képviselői meghallgatáson munkatársaink az ombudsman emberi méltósághoz való alapjog primátusán építkező érvrendszerével segítettünk a szakemberek számára a háborítatlan szülés dilemmáját világosabbá tenni a jogalkotók és a szakmai ellenzők számára.

Ugyancsak részt vettünk, több szakemberrel, orvosokkal, jogászokkal, szakpszichológusokkal, bioetikusokkal együtt „*A hazai szülészeti gyakorlat a WHO<sup>27</sup> ajánlások tükrében*” című decemberi kerekasztal-beszélgetésen, melyen a szülés körüli korszerű baba-mama barát ellátás hazai hiányosságairól és a lehetséges megoldásokról volt szó. A találkozón mások mellett részt vett és felszólalt Dr. SZEBIK IMRE, orvos-bioetikus, a SOTE Magatartástudományi Intézetének munkatársa, aki hangsúlyozta, hogy tapasztalatai szerint a kismamák nagy része még nem hallott a betegjogokról, a betegjogi képviselő igénybevételének lehetőségéről. Az ismeretek átadásán túl azonban mind a betegek, mind az orvosok, ápolók, szülésznők, bábák gondolkodási struktúrájának megváltozása szükséges. A régiók közötti eltérések szembeötlőek, a jó gyakorlatok átvétele, összehangolása elengedhetetlen, a fővárosi kórházak jó gyakorlata ugyanis még nem tükröződik a vidéki városok kórházaiban, ahol eleve kevesebb választási lehetőség áll a szülő nők rendelkezésére.

Az Európai Betegjogi Chartába foglalt betegjogok érvényesülését kutató civil felmérés eredményeit ismertető megbeszélés is jelentős segítséget nyújtott a hazai betegjogok helyzete és a nemzetközi szintér összehasonlításában. Júniusban az *Európai Ifjúsági Központban* tartott megbeszéléseken munkatársaink megismerkedhettek a kutatás frissen összeállított eredményeivel.<sup>28</sup>

A Házi Gyermekorvosok Egyesülete által rendezett XVII. Egészségpolitika Konferencián (Dimenziók) novemberben ugyancsak a Gyermekjogi projekt programjával együttműködésben előadást tartottunk „Esélyegyenlőség a gyermekellátásban, az országgyűlési biztos egészségügyi projektje” címmel, valamint az Integritás Közhasznú Egyesület meghívására a szegedi Humán Szolgáltató Központban a „Méltóság projektek” sorában „A pszichiátriai ellátás helyzete Magyarországon” címmel tartottunk részletes beszámolót.

<sup>27</sup> World Health Organization, az ENSZ Egészségügyi Világszervezete

<sup>28</sup> A kutatás eredményeit összefoglaló jelentéséről tartott előadást a biztos Hivatalában KAPRONCZAY STEFÁNIA, a Társaság a Szabadságjogokért civil szervezet betegjogi programvezetője, mely előadásról készült írás a 3. fejezetben olvasható.

## 3. Vizsgálatok

### 3.1. Betegjogi státusjelentés – a betegek jogainak érvényesülése és védelme Magyarországon<sup>29</sup>

#### 3.1.1. Az átfogó ombudsmani vizsgálat megindulása

2011 elején számos állampolgári panaszbeadvány érkezett az országgyűlési biztoshoz, amelyben a panaszosok az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat (ÁNTSZ) eljárását kifogásolták. Az egészségügyi szolgáltatóval szemben korábban az Egészségbiztosítási Felügyelethez benyújtott kérelmeiket állításuk szerint nem vizsgálták ki megfelelően, a Felügyelettől átvett, a betegjogi jogsérelemmel kapcsolatos panaszukat az ÁNTSZ regionális tiszti főorvosai „közérdekű bejelentésként” kezelték és rövid tájékoztató levélben, érdemi vizsgálat lefolytatása nélkül utasították el.

Az egyes ügyek közös vonásaként néhány tipikus elemet lehetett kiemelni, amelyek a beadványokhoz csatolt dokumentum másolatok tanúsága szerint az ÁNTSZ szervei által lefolytatott eljárást jellemezte. Ilyen például az érdemi eljárás lefolytatását lassító, hatásköri és illetékességi okokra alapozott áttétel az ÁNTSZ egyik regionális intézettől a másikhoz. Jellemző elem továbbá a panasztörvény egyes szakaszaira történő – érdemi indokolás nélküli – hivatkozás is. A panaszosok által gyakran kifogásolt tipikus elutasítási indok volt, hogy az ÁNTSZ szervei a panasztörvényre hivatkozva a tudomásszerzéstől számított egy éven túl előterjesztett panaszt érdemi vizsgálat nélkül elutasították. Az ÁNTSZ jogszabályi hivatkozást nem tartalmazó, tájékoztató-elutasító leveleiben továbbá a következő általános fordulattal – kvázi jogorvoslati lehetőségként – a bírósághoz, valamint az állampolgári jogok országgyűlési biztosához fordulás lehetőségét jelölte meg.

A felmerült problémák és kifogások alapján a jogállamiság elvével, valamint az abból fakadó jogbiztonság követelményével és a tisztességes eljáráshoz való joggal, továbbá a jogorvoslatihoz való joggal összefüggő visszáság gyanúja miatt a biztos több vizsgálatot is elrendelt. A vizsgált panaszügyek tényállásának hasonlóságára, a betegek jogainak érvényesíthetőségének helyzetével kapcsolatos általános jellegű megállapításokat és intézkedési javaslatokat az ombudsman egy átfogó jelentésben foglalta össze. A vizsgálat megindításával egyidejűleg az egyes kifogásolt konkrét eljárások és döntések indokai mellett a Felügyelet jog-

<sup>29</sup> DR. LÁPOSSY ATTILA jogi főreferens (AJBH); lásd AJB-995/2011. számú jelentés

utód szerveinek feladat- és hatáskörével, eljárásával kapcsolatban, valamint az erről rendelkező jogi szabályozás tekintetében tájékoztatást kért az egészségügyért felelős államtitkártól, továbbá az országos tiszti főorvostól.

### **3.1.2. A Felügyelettől átvett panaszok kezelésével kapcsolatos anomáliák**

A jelentés kiemeli, hogy a kormányhivatalként működő Felügyelet eljárása során a közigazgatási eljárás szabályai szerint járt el, döntéseivel szemben pedig bírósági felülvizsgálatot lehetett kérni. A Felügyelet feladata az volt, hogy kivizsgálja a biztosítottak biztosítási jogviszony során igénybe vett egészségügyi ellátásával kapcsolatos panaszait, bejelentéseit és kérelmeit. A törvény alapján a Felügyelet vizsgálati, intézkedési lehetőségei közt említi az illetékes egészségügyi szolgáltatók kötelezettség-teljesítésének felügyeletét, pénzbírság kiszabását is lehetővé téve a Felügyelet számára. Az Országgyűlés a Felügyeletre vonatkozó törvény egészét hatályon kívül helyezte, a Felügyeletet pedig 2010. szeptember 26-ával, a Felügyeletet pedig részleges jogutódlással megszüntette.

A vizsgálat alapján levonható az a következtetés, hogy a folyamatban lévő ügyeket átvevő jogutód ÁNTSZ regionális igazgatóságok, majd 2011. január 1-jét követően a megyei népegészségügyi szakigazgatási szervek nem voltak jogosultak a bepanaszolt egészségügyi szolgáltatókkal szemben hatósági eljárás lefolytatására, illetve bírósági úton megtámadható határozat meghozatalára. Az ÁNTSZ illetékes regionális intézetei, majd 2011. január 1-jét követően a megyei népegészségügyi szakigazgatási szervek a Felügyelettől átvett panaszügyekben a panasztörvényre hivatkozással csak tájékoztató levelek formájában kommunikálnak az érintettekkel. Mind az országos tiszti főorvos, mind az egészségügyért felelős államtitkár elismerte a biztosnak írt válaszában, hogy az ÁNTSZ illetékes szervei nem hatósági eljárás keretében kivizsgálandó panaszként, hanem csak közérdekű bejelentésként kezelték a Felügyelet jogutódjaként átvett betegjogi panaszokat. Az országos tiszti főorvos arról is tájékoztatta a biztost, hogy a Ptv. rendelkezéseinek értelmezésével önálló eljárásrendet alakított ki az irányítása alá tartozó szervek számára.

Az ombudsman szerint súlyos, a panaszosok alapvető jogainak érvényesülésére is kiható jogalkotói mulasztás történt az átmeneti rendelkezések megalkotása során, ez pedig kényszerhelyzetbe hozta a jogalkalmazó szerveket. A törvényalkotó ugyanis csak a feladatkör és az ügyek átadásáról rendelkezett, arról azonban már nem, hogy azokat milyen eljárásban, milyen módon kell elbírálnia a jogutód szervezetnek. A Felügyelet által le nem zárt és átadott hatósági ügyekben az eljárás az egészségügyi államigazgatási szervek előtt a közigazgatási eljárás keretei között nem folytatódhatott, azok érdemi, jogilag értékelhető lezárás (végzés, határozat) nélkül félbeszakadtak.

A Felügyelethez forduló panaszosok az ombudsman szerint joggal várhatták el, hogy folyamatban lévő ügyeiket a jogutód szervek közigazgatási hatósági eljárásban, jogerős hatósági döntéssel zárják le, nem pedig egyéni kérelem he-

lyett közérdekű bejelentéssé minősítsék át. A biztos kiemelte, hogy sem a jogbiztonság követelményével, sem pedig a tisztességes eljáráshoz való joggal nem egyeztethető össze az a helyzet, hogy egy jogvédelmi funkciójú állami hatóság megszüntetése esetén a szervhez forduló állampolgárokat az Alkotmányból következő, törvényben rögzített jogai sérelmének valós, érdemi orvoslásától már az eljárás megindulását követően, önkényesen elzárják. Az átmeneti szabályok hiányossága továbbá, hogy a Felügyelethez forduló panaszosokat a jogorvoslati joguktól, az eljárás kapcsán a bírósághoz fordulás lehetőségétől is megfosztotta.

Az országgyűlési biztos a jelentésben mindezek alapján megállapította, hogy a Felügyelet megszüntetésével összefüggésben a jogutódlás szabályozása során nem került sor az átadott ügyek elbírálására vonatkozóan a közigazgatási hatósági eljárási szabályok alkalmazására szóló felhatalmazásra. A jogalkotói mulasztás következtében kialakult jogi helyzet pedig a jogbiztonság követelményével, továbbá a Felügyelethez forduló panaszosok tisztességes eljáráshoz, valamint jogorvoslathoz való jogával összefüggő visszásságot okozott.

Az ombudsman nem értett egyet azzal a jogi állásponttal, miszerint az átvett ügyekben – a megfelelő hatósági hatáskör híján – a panasztörvény kellett az illetékes egészségügyi államigazgatási szerveknek „eljárnia”, az egyéni kérelmeket közérdekű panasszá átminősítve. A biztos rámutatott: az átvett panaszok vonatkozásában a panasztörvény alkalmazására, külön eljárásrend kialakítására semmilyen jogszabály sem jogosította fel a jogutód szerveket. A panaszosok a Felügyelethez az egyéni jogorvoslat igényével, nem pedig közérdekű bejelentés céljával nyújtották be kérelmüket, sőt az átadott ügyek egy jelentős részében már javában folyt a hatósági eljárás (pl. megtörtént a szakvélemény, illetve az egészségügyi intézmény álláspontjának beszerzése). A jelentés tartalmazza, hogy az országos tisztí főorvos, valamint az illetékes regionális tisztí főorvosok a jogalkotási mulasztás észlelésekor a korábban is alkalmazott panasztörvény alapján bírálták el az átvett ügyeket, ezzel pedig a panaszosok tisztességes eljáráshoz és jogorvoslathoz való jogával összefüggő visszásságot okoztak.

### **3.1.3. A betegek jogainak érvényesíthetőségével, a jogsérelmek orvosolhatóságával kapcsolatos helyzet és a jogvédelemi intézményrendszer**

A jelentésben a biztos elvi tételként emelte ki, hogy az ember alapvető személyhez fűződő joga, hogy az egészségi állapotával kapcsolatos kérdésekben dönthessen, a betegségével, betegsége megszüntetésével vagy hatásainak csökkentésével kapcsolatos kérdésekben állást foglalhasson, a döntéshez ugyanakkor szükséges a megfelelő tájékozottság, mert kellő ismeret hiányában a beteg nem tud megnyugtató döntést hozni, állást foglalni. Az ombudsman arra is felhívta a figyelmet, hogy a beteg rendszerint eleve, állapotából adódóan nincs abban a helyzetben, hogy önrendelkezési joga alapján gyógykezelésének például egyoldalúan véget vethessen, vagy ott és akkor az elmaradt tájékoztatás pótlását

kérje, ugyanakkor – fizikai értelemben – a beteg kénytelen viselni a kezelés minden kockázatát.

Rámutatott arra is a jelentés, hogy az egyes alapvető jogok, így az emberi méltósághoz való alapvető jogból levezethető egészségügyi önrendelkezési jog, a betegek jogai érvényesülésének egyik elsődleges feltétele a kikényszeríthetőség megléte: az egyéni jogsérelem esetén a jogosult az őt ért sérelem orvoslását, ügyének érdemi kivizsgálását a megfelelő jogérvényesítési fórumok előtt kezdeményezheti. A betegek jogainak védelmével kapcsolatosan szükséges, de nem elégséges feltétel tehát egy külön törvényi katalógusban deklarálni az egyes jogosultságokat, ezzel együtt biztosítani kell a megfelelő általános és – adott esetben – speciális jogvédő intézmények felállítását és működtetését.

A biztos hangsúlyozta ezzel összefüggésben, hogy a magas színvonalú egészségügyi ellátásnak a betegek jogainak érvényesülése is alapvető eleme, a megfelelő, pártatlan, különösen magától az egészségügyi ellátást nyújtó intézménytől független jogérvényesítési fórumok, valamint kiszámítható jogérvényesítési eljárások megléte pedig valamennyi szereplő, az egész társadalom közös érdeke. A jelentés tartalmazza, hogy az egyébként magánjogi jellegű orvos-beteg kapcsolat tekintetében a betegség, mint állapot a beteg számára egy, a jogi szabályozás által is kezelendő egyenlőtlen és kiszolgáltatott, aszimmetrikus jogi (és információs) helyzetet eredményez. A beteg még utólag sem képes minden esetben érvényt szerezni az őt megillető garanciális szabályok betartásának. Nem hagyható figyelmen kívül, hogy a pártatlanság, mint alapkövetelmény mellett jellemzően speciális szakértelemre is szükség van a panaszbeadványok elbírálásához, az orvosszakmai döntések indokoltságának megítéléséhez: ahhoz, hogy a kifogásolt ellátással, kezeléssel kapcsolatban történt-e bármilyen mulasztás az orvos részéről, az egészségügyi intézmény maga az előírt kötelezettségeit teljesítette-e (például, hogy minden a „beteg érdekében” történt-e).

A jelentés összefoglalja azt, hogy a hatályos szabályozás alapján milyen, a betegek jogainak érvényesítésére szolgáló fórumok és eljárások működnek Magyarországon.

#### *Az egészségügyi szolgáltatóhoz, fenntartóhoz intézhető panasz*

A jelentés utal arra, hogy a beteg jogainak érvényesítésével kapcsolatban az egészségügyi törvény rögzíti, hogy a beteg jogosult az egészségügyi ellátással kapcsolatban az egészségügyi szolgáltatónál, illetve fenntartójánál panaszt tenni, az egészségügyi szolgáltató, illetve a fenntartó pedig köteles a panaszt kivizsgálni, és ennek eredményéről a beteget a lehető legrövidebb időn belül, de legfeljebb harminc munkanapon belül írásban tájékoztatni, a kivizsgálásra vonatkozó részletes szabályokat az egészségügyi szolgáltató belső szabályzata tartalmazza. A biztos szerint a szolgáltató és a fenntartó vonatkozásában egyértelműen nem érvényesül a függetlenség és pártatlanság követelménye, önmagában semmiképp sem elégséges ennek a panasztétel útnak a biztosítá-

sa. Lényeges elemről van szó ugyanakkor: ha a panasz jogosságát elismeri, az egészségügyi szolgáltató, illetve fenntartó a panasz alapján maga is képes lehet helyben számos jogsérelmet viszonylag gyorsan orvosolni.

#### *A betegjogi képviselők*

Az egészségügyi törvény rendelkezik a betegjogi képviselő jogintézményéről, melynek alapfeladata, hogy ellássa a betegek törvényben meghatározott jogainak védelmét, és segítse őket e jogaik megismerésében és érvényesítésében. Segíti a beteget az egészségügyi dokumentációhoz való hozzájutásban, panaszok megfogalmazásában, továbbá – a beteg írásbeli meghatalmazása alapján – panaszt tehet az egészségügyi szolgáltató vezetőjénél, fenntartójánál, képviselheti a beteget. A betegjogi képviselő kötelezettsége, hogy az észlelt jogsértő gyakorlatra és egyéb hiányosságokra felhívja a szolgáltató vezetőjének, illetve fenntartójának a figyelmét, valamint azok megszüntetésére javaslatot tegyen, ennek eredménytelensége esetén pedig jogosult az illetékes szervhez, illetve személyhez fordulni. A vizsgálati jogkörrel kapcsolatban a törvény meghatározza, hogy – az ellátás zavartalanságát nem veszélyeztetve – a betegjogi képviselő jogosult az egészségügyi szolgáltató működési területére belépni, a vonatkozó iratokba betekinteni, valamint az egészségügyben dolgozókhoz kérdést intézni.

Az ombudsman itt utalt arra, hogy betegjogi képviselő rendelkezik a szakkérdések megítéléséhez szükséges megfelelő szakértelemmel, ugyanakkor szerepe a tájékoztatásra, közvetítésre, képviselőre és javaslattételre terjed ki, azaz – helyzeténél fogva eleve – nem közvetlenül a jogsérelm orvoslására, nincs döntéshozatali jogköre, hatósági vagy más jogosítványai. A jogintézmény megléte az aszimmetrikus jogi (különösen pedig az információs) helyzet oldása érdekében elengedhetetlen, ugyanakkor csak kiegészíti, és nem váltja ki önmagában a döntéshozatalra jogosult szervet. A többpiliéres fórumrendszeren belül a betegjogi képviselők jogállásával, jogi helyzetével a jelentés következő (3.) pontja foglalkozik részletesebben.

#### *A bíróságok szerepe a betegek jogainak védelmében*

Az Alkotmány alapján az alapvető jogok megsértése miatt keletkezett igények, továbbá a köteleességek teljesítésével kapcsolatban hozott állami döntések elleni kifogások bíróság előtt érvényesíthetők. A betegek jogaival, az egészségügyi ellátással kapcsolatos sérelmek orvoslásával összefüggésben is alapvető és elsődleges a bírósági igényérvényesítés lehetősége: ma személyiségi jogsérelmre hivatkozva a beteg, az egészségügyi szolgáltatást igénybe vevő személy polgári pert indíthat. A polgári törvénykönyv alapján a személyhez fűződő jogok sérelmét jelenti különösen az egyenlő bánásmód követelményének megsértése, a lelkiismereti szabadság sérelme és a személyes szabadság jogellenes korlátozása, a testi épség, az egészség, valamint a becsület és az emberi méltóság megsértése. A Ptk. szerint pedig azt, akit személyhez fűződő jogában megsértenek, az eset körülményeihez képest polgári jogi igényeket támaszthat, így például



követelheti a jogsértés megtörténtének bírósági megállapítását, illetve kártérítést követelhet a polgári jogi felelősség szabályai szerint.

Az ombudsmani jelentés rámutat arra, hogy az egészségügyi szolgáltatóval szemben indítható polgári, személyiségi jogi (kártérítési) per ugyanakkor a legtöbb sérelmet szenvedett személy számára hosszadalmas és drága (orvosszakértői és más szakvélemények beszerzése és bemutatása), a bírósági eljárás során a sérelmet szenvedő félnek kell bizonyítania a jogsértés megtörténtét (kártérítés esetében az ok-okozati összefüggést, a kár mértékét). Bár a szakértői vélemények elvben biztosítják, hogy az eljáró bíróságok megalapozott döntéseket hozzanak, ugyanakkor az eljárási pozícióból kifolyólag az említett aszimmetrikus jogi helyzet a polgári peres eljárásban nem feltétlenül áll a helyére: látszólag a feltételezett jogsértést elkövető egészségügyi szolgáltató jóval előnyösebb helyzetben van. A biztos szerint nem mellékesen, az elhúzódó pereskedés nemcsak a beteg, hanem egészségügyi szolgáltató számára sem tekinthető előnyösnek. A bírósági igényérvényesítés nem szolgálja a jogsérelmek jövőbeli megelőzését sem, ma egyértelműen az a tendencia, hogy a felek számára peren kívüli megoldási lehetőségeket biztosít a törvényalkotó.

#### *Az ombudsmanintézmény szerepe a betegek jogainak védelmében*

Végül a jelentés említi, hogy nem hagyható figyelmen kívül az alapvető jogok védelmére hivatott általános ombudsman, illetve az adatvédelmi biztos intézménye (pl. az egészségügyi adatok kezelésével összefüggésben) a bíróságok mellett ugyancsak alkalmas lehet a betegek jogainak érvényesülésével kapcsolatos panaszok kivizsgálására, az alapvető joggal, így például az emberi méltósághoz való és az egészségügyi önrendelkezési joggal összefüggő visszasság megállapítására és intézkedések megtételére. A jelentés alapján ugyanakkor az állampolgári jogok országgyűlési biztosa, illetve munkatársai nem rendelkeznek sem olyan speciális szakértelemmel, létszámmal, sem pedig olyan jogosítványokkal, amelyek révén az egészségügyi szolgáltatókkal kapcsolatos tömegesen érkező panaszok hatékony kezelését lehetővé tenné, erre külön törvény sem hatalmazza fel a biztost. A jelentés megjegyzi, hogy az ombudsman típusú jogvédő intézmények – ugyancsak a jellegüknél fogva, egyébként helyesen – jellemzően nem rendelkeznek ügydöntő, hatósági eszközökkel, ezért ezen a területen inkább kiegészítő jellegű jogvédelmet képesek nyújtani a hozzájuk forduló panaszosok számára.

A fenti intézményi feladatrendszer alapján az ombudsman szerint levonható az a következtetés, hogy a betegek jogainak valódi érvényesülése, kikényszeríthetősége érdekében szükséges olyan, hatósági jogkörrel rendelkező, pártatlan, független jogállású, a jogon túl speciális szakértelemmel is rendelkező, nem bírósági típusú intézmények felállítása és működtetése, amelyek kivizsgálják a hozzájuk forduló személyek egyéni panaszait, és amelyek döntése bíróság előtt is megtámadható. Az aszimmetrikus jogi helyzet helyreállítása, kiegyensúlyo-

zása érdekében a betegek jogainak területén autonóm jellegű, hatósági típusú jogvédő intézményekre van szükség. A jogérvényesítési rendszer további lényeges elemei, pillérei: a bírósági igényérvényesítés, valamint kiegészítő jelleggel az egyes ombudsmanok, a betegjogi képviselők, illetve a szolgáltatóhoz, fenntartóhoz benyújtható panasz intézménye.

A jelentésben az országgyűlési biztos rámutat, hogy Felügyelet megszüntetését követően, 2011. január 1-jétől az érintett személyek a betegjogok megsértésével kapcsolatos, az egészségügyi szolgáltató valamely eljárását, döntését vagy mulasztását kifogásoló panaszukat a szolgáltató székhelye szerint illetékes megyei népegészségügyi szakigazgatási szervhez nyújthatják be. A megyei népegészségügyi szakigazgatási szervek a kérelmeket közérdekű bejelentésként kezelik és a panasztörvény rendelkezései alapján „járnak el”. A biztos hangsúlyozza ugyanakkor, hogy az általános jellegű petíciós jog gyakorlása ugyanakkor funkcióját tekintve nem minősül jogorvoslatnak, az állami szerveket ugyanis ennek keretében csak válaszadási, tájékoztatási kötelezettség terheli, a panaszt elbírálja, de annak alapján az eljárás lefolytatását mindenkor mérlegelheti. Az ombudsman kiemelte, hogy a panasztörvény alapján zajló „eljárásban” a panaszos bejelentőnek minősül, nincs ügyféli jogállása, az eljáró szerv „meghallgathatja”, de erre nem köteles, az ügy pedig egy tájékoztató levéllel, nem pedig bíróság előtt is megtámadható határozattal, végzéssel zárul.

Az egészségügyi szolgáltatást igénybe vevő személyek számára jelenleg is fennálló petíciós jog a jelentésben kifejtettek alapján nem alkalmas arra, hogy kiváltsa vagy pótolja a korábban működő hatósági jogvédelmi mechanizmust. A biztos szerint az eljárási garanciák és jogorvoslat hiányában a megyei szakigazgatási szervek „mazsolázhatnak” a panaszok közt, egyes ügyekben – különösebb indokolás nélkül – szakfelügyeleti eljárást folytathatnak le, míg másokban nem, ami az önkényes és kiszámíthatatlan jogalkalmazás veszélyét is felveti. Az ombudsman nem értett egyet az egészségügyi államtitkár azon megállapításával, miszerint az egészségügyi szolgáltatást igénybe vevő személyek jogainak védelme e jogintézmények működtetésével megoldott és biztosítható. A vizsgálat tanulságai szerint az egészségügyi államigazgatási szervek eltérő szemléletmóddal és eltérő jogi mérce szerint kezelték a hozzájuk beérkezett panaszokat, eljárásuk során – amikor ezekre sor került – rendre „bagatellizálják” az egészségügyi törvényben rögzített garanciális szabályok megsértését, illetve a jogsértés elismerése esetén jogkövetkezmény alkalmazására nem került sor.

Az országgyűlési biztos ebből kiindulva megállapította a jelentésben, hogy jelen a betegek jogainak hatósági védelme sem formailag, sem tartalmilag nem megoldott, a megyei népegészségügyi szakigazgatási szervek a betegjogi aspektusú, valamennyi egészségügyi szolgáltató elleni panaszt, kérelmet közérdekű bejelentésként kezelik, és ennek megfelelően is bírálják el. Rámutatott, hogy a jogalkotói mulasztás folytán kialakult jogi helyzet a jobbiztonság követelményével, továbbá az egészségügyi szolgáltatás, ellátás során bekövetkezett jogsérelmeket elszenvető panaszosok emberi méltóságához való jogával, egész-



ségügyi önrendelkezési jogával, tisztességes eljáráshoz, valamint jogorvoslat-hoz való jogával összefüggő visszásságot okoz.

Az ombudsman ugyanakkor hangsúlyozta, hogy alkotmányossági szempontból nem az Egészségbiztosítási Felügyelet megszüntetése kifogásolandó. A mindenkori törvényalkotó szabadsága eldönteni, hogy egy az előírt jogvédelmi funkció gyakorlását milyen szervezeti keretekben kívánja ellátni. A betegjogi jogsérelemmel összefüggő kérelmek kezelése, éppen e jogok jellegéből, a jogsérelmet szenvedők jogi helyzetéből adódóan megköveteli egy egymásra épülő, többpilléres rendszer működtetését. A biztos szerint ebből a rendszerből nem hiányozhat a hatósági típusú, független és speciális szakértelemmel rendelkező jogvédő fórum, amelynek döntéseivel szemben bírósághoz lehet fordulni. Jellemzően nem alkotmányos szintű, jelentőségű kérdés, hogy ezt a törvényalkotó egy új intézmény kialakításával, vagy egy már meglévő intézmény bővítésével tesz ennek a követelménynek eleget, ugyanakkor vizsgálendő lehet, hogy az adott intézmény képes-e megfelelő hatékonysággal biztosítani a rá bízott alapjogok védelmét, érvényesülését vagy sem.

Az ombudsman utalt arra is, hogy az alapjogvédő feladat minimalizálása, az egyes alapjogok védelme során már elért és biztosított védelmi szinttől történő jelentős, markáns visszalépés csak igen kivételes körülmények között fogadható el.

#### **3.1.4. A betegjogi képviselők helyzetének áttekintése**

A jelentés utolsó részében az ombudsman kitért a betegjogi képviselők helyzetére és kiemelte, hogy ennek az intézményének, mint jogvédelmi pillérnek kiemelt fontossága van a betegjogok gyakorlati érvényesülése, különös tekintettel a betegek jogairól, valamint az egyes jogérvényesítési lehetőségeiről való tájékoztatás szempontjából.

Az országgyűlési biztos már az átfogó vizsgálat megindítását követően értesült arról, hogy egy kormányhatározat a Betegjogi, Ellátottjogi és Gyermejjogi Közalapítványt 2011. április 30-ával megszüntette. Az egészségügyi államtitkár tájékoztatása szerint a Közalapítvány betegjogi jogvédelmi feladatait, így a betegjogi képviselői rendszer működtetését, a betegjogi képviselők foglalkoztatását az Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal vette át, azonban az Hivatal működését és jogállását szabályozó kormányrendeletet 2011. április 30-áig nem módosították, az pedig a jelentés kiadásának időpontjában sem szólt a betegjogi képviselői rendszerrel kapcsolatos feladatokról. A vizsgálat kiterjesztését indokolta, hogy világos szabályozás hiányában, a Közalapítvány megszüntetése és más intézkedések nyomán bizonytalanná vált a betegjogi képviselők jogállása, független szakmai működésük jogi és anyagi garanciái. A kapcsolódó jogszabályok tervezett, konkrét módosításáról ugyanakkor a jelentésem kiadásáig nem kapott a biztos tájékoztatást, így csak a betegjogi képviselői intézmény, illetve ezzel kapcsolatban az egyes betegjogi képviselők jogi helyzetét jellemző – a szabályozás szintjén – bizonytalanságot tapasztalta.

A jelentében így arra hívta fel a figyelmet, hogy a garanciális jelentőségű betegjogi képviselői intézmény működésével kapcsolatban kialakult jogi helyzet a jogbiztonság követelményével, továbbá az egészségügyi ellátás során bekövetkezett jogsérelmeket elszenvedő panaszosok emberi méltóságához való jogával, egészségügyi önrendelkezési jogával, összefüggő visszásságot okoz, mivel a jogsérelem közvetlen veszélyét idézi elő.

### **3.1.5. Az ombudsmani javaslatok és kezdeményezések, az érintett szervek reakciói**

A jelentésben feltárt számos, alapjogi visszásság orvoslása érdekében a biztos több pontos felkérést küldött a nemzeti erőforrás miniszternek. Elsőként arra kérte fel, hogy a vonatkozó törvényi rendelkezések módosításának kezdeményezésével, teremtsen meg annak a lehetőségét, hogy valamennyi, a Felügyelet által 2010. szeptember 26-ig le nem zárt, a részleges jogutódlás során átvett ügyben az egyes panaszokban jelzett jogsérelmeket illetően az illetékes megyei népegészségügyi szakigazgatási hivatalok a közigazgatási eljárási törvény rendelkezései alapján, bírósági úton megtámadható közigazgatási határozat formájában dönthessenek. Másodszor kezdeményezte azt is, hogy a vonatkozó törvényi rendelkezések megfelelő, utólagos módosításának kezdeményezésével, illetve a további szükséges intézkedések megtételével biztosítsa a jogutódlást a Felügyelet határozatainak felülvizsgálata érdekében indult bírósági perek esetében is.

A betegek jogait sértő eljárások, döntések és mulasztások érdemi orvosolhatóságának biztosítása érdekében azt is javasolta a biztos, hogy szabályozás kiegészítésével, illetve a módosítás kezdeményezésével a tárca teremtsen meg azt, hogy az egyéni betegjogi panaszokat egy olyan független, hatósági jogosítványokkal és speciális szakértelemmel rendelkező jogvédő fórum bírálja el közigazgatási eljárásban, amelynek döntéseivel szemben a bírósághoz fordulás lehetősége biztosított. Az ombudsman kezdeményezte a miniszternél, hogy a Betegjogi, Ellátottjogi és Gyermekjogi Közalapítvány megszüntetése után a vonatkozó jogszabályok mielőbbi módosításával teremtsen meg a betegjogi képviselői rendszer működésével összefüggő szakmai és jogi koordinációs feladatok ellátásának világos jogi, finanszírozási kereteit egy országosan illetékes központi hivatal felállításával.

A biztos emellett felkérte az országos tiszti főorvost, hogy intézkedjen annak érdekében, hogy az irányítása alá tartozó szervek eljárásával összefüggésben észlelt jogalkotói mulasztás esetén minden esetben a területért felelős szaktárca tájékoztatását követően, annak iránymutatása alapján járjon el, továbbá arra is, hogy a betegjogi panaszok kivizsgálása az egészségügyi törvénynek megfelelően, az egészségügyi szolgáltatókra vonatkozó normák betartásának érdemi, nem pedig kizárólag formális ellenőrzésével történjen.

*A nemzeti erőforrás miniszter válaszában* korábbi álláspontját részben megerősít

ve arról tájékoztatta a biztost, hogy a fennállása alatt a Felügyelethez benyújtott panaszok mellett a panaszosok számos esetben az ÁNTSZ szerveihez is fordultak egyben, amire a panasztörvény adott lehetőséget. A törvény szerint a panasz benyújtására jelenleg is lehetőség van, a népegészségügyi szakigazgatási szervek eljárását az alapozza meg, hogy e szervek látják el az egészségügyi szolgáltatók működésének ellenőrzését, valamint szakfelügyeletét.

A miniszter kiemelte válaszában, hogy a jelentésben jelzett probléma kiküszöbölése érdekében sor került az egészségügyi törvény módosítására, ennek értelmében az egészségügyi szolgáltató által a beteg részére nyújtott egészségügyi ellátással kapcsolatban a panasztörvény szerinti panaszt a panasszal érintett egészségügyi szolgáltató részére működési engedély kiadására jogosult egészségügyi államigazgatási szervnél lehet tenni. A miniszter jelezte, hogy a módosítás egyrészt elősegítheti, hogy a hatóságok a benyújtott panaszokat valóban panaszként kezeljék, másrészt megoldja az eddig felmerült hatásköri vitákat is. Utalt ugyanakkor arra, hogy a panasz nyomán a szakfelügyeleti eljárás keretében jelenleg is sor kerülhet hatósági eljárás lefolytatására, ennek keretében döntés hozatalára, valamint egészségügyi bírság kiszabására.

A miniszter álláspontja szerint az Országos Betegjogi és Dokumentációs Központ (a továbbiakban: OBDK) felállításáig, a kérdéskörrel kapcsolatos problémák megnyugtató és végleges rendezéséig, az egészségügyi szolgáltatást igénybe vevők jogainak védelme megfelelően biztosítható. A jogutódlást rendező átmeneti rendelkezések utólagos módosítását nem tartja lehetségesnek, nem is szolgálná megfelelően a jogbiztonságot.

A betegjogi képviselők jogállását, a betegjogok védelmét érintően válaszában kitért arra, hogy a Közalapítvány megszüntetésének napjától a Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal az általános és egyetemes jogutód. A kormányrendelet rendelkezik arról, hogy a Hivatal, ezen belül a főigazgatóság, látja el a betegjogi, ellátottjogi és gyermekjogi képviselők foglalkoztatásával kapcsolatos jogszabályban meghatározott feladatokat. A főigazgató feladata, hogy a betegjogi, ellátottjogi, valamint a gyermekjogi képviselővel a képviselői feladatok ellátására munkavégzésre irányuló szerződést kössön.

Végezetül arról is tájékoztattott, hogy a betegjogok minél megfelelőbb védelme és érvényesítése érdekében 2011. június 28-én megjelent kormányhatározat tartalmazza, hogy a Kormány egyetért az Országos Betegjogi és Dokumentációs Központ (OBDK) – központi hivatalként történő – létrehozásával az egykapus betegjogvédelem kialakítása, az egészségügyi műhibák és a megszüntetett egészségügyi intézmények betegdokumentációjának kezelése érdekében. A Központ létrehozásának időpontjaként a kormányhatározat 2011. december 31-ét jelölte meg.

*Az országgyűlés biztos a miniszternek írt válaszában jelezte, hogy a jelentésben megfogalmazott ajánlásokra adott választ és annak indokolását csak részben tudja elfogadni.*

Az ombudsmani válasz szerint a hatásköri viták kezelése tekintetében előre-

lépésként értékelhető a törvény kiegészítése, ugyanakkor ezzel együtt a biztos jelezte egyrészt azt, hogy a módosítással együtt, a panasztörvény alkalmazása hosszú távon semmiképp nem pótolja, nem pótolhatja a közigazgatási hatósági eljárás lefolytatását, hiszen nélküli annak lényegi vonásait. A biztos szerint a fő probléma éppen a feltételes mód, vagyis az, hogy „sor kerülhet” közigazgatási hatósági eljárás lefolytatására, illetve, hogy bírság kiszabására „lehetőség van”, de ez kizárólag az ÁNTSZ, megyei népegészségügyi szakigazgatási szerv döntésén múlik. Ennek megfelelően az ombudsmani álláspont szerint a betegjogi panaszok kezelésében a panasztörvény rendelkezéseinek alkalmazása csak ideiglenes megoldásként, a 2011. december 31-éig, az OBDK kormányhatározatban megjelölt felállításáig elfogadható. Az ombudsman kiemelte, hogy az OBDK létrehozásával és az egykapus betegjogvédelem kialakításával összefüggésben lényeges, hogy – a koordináció mellett – az új központi hivatal a betegjogi panaszok vizsgálatára *rendelkezzen hatósági hatáskörrel*, hatékony jogi eszközökkel.

A biztos felhívta a miniszter figyelmét arra, hogy a hozzá érkező panaszbeadványok nyomán kirajzolódó helyzetkép és tendencia alapján az ÁNTSZ szervei nem tartják be a panasztörvény – a hatósági eljáráshoz képest „lazábbnak” számító – rendelkezéseit az „eljárási” határidők és az indokolási kötelezettség tekintetében. Az ÁNTSZ Országos Tisztiorvosi Hivatala, illetve a megyei népegészségügyi szakigazgatási szervek a panaszosoknak megküldött tájékoztató levelei általános információkat tartalmaznak, az indoklások felületeseek, az elutasítások szakmai és jogi megalapozottsága erősen megkérdőjelezhető. A vizsgálati tapasztalatok abba az irányba mutatnak, hogy meglehetősen ritkán kerül sor az egészségügyi ellátással összefüggő, betegjogi panaszok érdemi kivizsgálására, ezek nyomán pedig – bár a lehetőség fennáll – szakfelügyeleti eljárás megindítására vagy éppen egészségügyi bírság kiszabására.

Mindezekre figyelemmel az országgyűlési biztos jelentésben tett intézkedést kiegészítve, felkérem minisztert, hogy irányítói jogkörében rendeljen el átfogó vizsgálatot és ellenőrzést az Országos Tisztifőorvosi Hivatalnál, amely kiterjed a Felügyelettől átvett, illetve újonnan benyújtott, az egészségügyi ellátással összefüggő, „betegjogi” panaszok kezelésének, a panasztörvény alapján lefolytatott „eljárásainak” szakmai és jogi szempontú értékelésére.

Az országos tisztifőorvos Válaszlevelében arról tájékoztatta a biztost, hogy a jogutód ÁNTSZ-t az átmeneti rendelkezésekben nem hatalmazta fel a közigazgatási hatósági eljárás szabályainak alkalmazására: az ÁNTSZ regionális intézetei járhattak el közigazgatási hatóságként az eljárás lefolytatásakor, hanem a panasztörvény rendelkezéseit kellett alkalmazniuk. Az országos tisztifőorvos utalt arra is válaszában, hogy a Felügyelet megszűnését megelőzően az ÁNTSZ – egyéb jogszabályi felhatalmazás hiányában – a panasztörvény alapján folytatta le a beérkezett panaszok alapján indult eljárását. A jogalkotói mulasztás következtében így az ÁNTSZ továbbra is a panasztörvény rendelkezései szerint járt el a hozzá érkező egyéni beadványok tekintetében. Levelében ugyanak-

kor elismerte, hogy a Felügyelet megszűnésekor külön jogszabályi rendelkezés nem hatalmazta fel az ÁNTSZ-t a panasztörvény alkalmazására, de mivel más törvény alkalmazására sem, így kizárólag ennek alkalmazására volt és van jogosultsága az ÁNTSZ illetékes szerveinek.

Az országos tiszti főorvos vitatta továbbá, hogy a betegpanaszok alapján indult eljárások során a panasztörvény alkalmazása önkényes, kiszámíthatatlan jogalkalmazással járna. Tájékoztatója szerint a regionális intézetek az eljárásrend alapján jártak el, egységes elvek szerint döntve arról is, hogy mely ügyekben kérnek fel szakfelügyelői főorvost és melyikben nem. Az ÁNTSZ regionális intézetei, illetve a kormányhivatalok népegészségügyi szakigazgatási szervei továbbá minden esetben szakértői vélemény alapján döntenek a betegpanaszok tekintetében, illetve akkor, ha jogsértés ténye merül fel, közigazgatási eljárás lefolytatására kerül sor. A panaszosok jogorvoslati jogának sérelmével kapcsolatban megjegyezte, hogy igaz ugyan, hogy az adott ügyben eljáró szerv intézményi keretei között fellebbezésre nincs lehetőség, ez azonban nem zárja ki a jogérvényesítés egyéb lehetőségeit.

Az országos tiszti főorvos arról is tájékoztatta a biztost, hogy az átvett betegpanaszok kezelésével kapcsolatos probléma észlelésekor az ÁNTSZ jogalkalmazó szervként az „akkor fennálló körülmények között igyekezett alkalmazkodni megváltozott jogi helyzethez”. Álláspontja szerint a betegpanaszok kivizsgálása nem formális ellenőrzést jelent, hanem érdemi eljárást, mivel az eljáró hatóság minden esetben igazságügyi orvosszakértői, illetve szakfelügyelő főorvosi vélemény alapján hozza meg – a kellő szakmai kivizsgálást követően – megalapozott döntését (illetve indít közigazgatási eljárást jogsértés esetén).

Az országgyűlési biztos az *országos tiszti főorvosnak írt válaszában* ismételtelen kiemelte, hogy a kialakult visszás jogi helyzet elsődleges kiváltó oka egyértelműen és kétségtelenül az a jogalkotói mulasztás volt, amely miatt a jogutód szervezeteknek az átadott ügyek elbírálása során a közigazgatási eljárási szabályok alkalmazására nem volt jogi lehetősége. Bár a tájékoztató formula alkalmazása a panaszosok számára hasznos és indokolt lehetett, de a már megindult eljárásokban a jogérvényesítés „egyéb lehetőségei” (pl. betegjogi képviselő, közvetítő eljárás, kártérítési per indítása, ombudsman) sem pótolják a bírósághoz vagy magasabb hatósági fórumhoz fordulás lehetőségét. A biztos rámutatott, hogy a jelentésben jogbiztonság követelménye kapcsán a megfelelő jogi szabályozás hiányában az önkényes és kiszámíthatatlan jogalkalmazás veszélyére, nem többre és nem kevesebbre hívja fel valamennyi érintett szereplő figyelmét. Jogállamban ugyanis az egyes jogintézmények működésének (így a betegjogi panaszok kezelésének) egyértelműen a kiszámítható jogi szabályozáson kell alapulnia, nem pedig valamely személy, szerv vagy hatóság – egyébként akár értékelendő – jó szándékán, szakmai elkötelezettségén, alaposságán. A biztos azt is hangsúlyozta, hogy értelemszerűen eltér a megállapított visszásság kapcsán a jogalkotó és a jogalkalmazó szervek szerepe és jogi felelőssége. A válaszlevél fényében is fenntartotta azt az álláspontját, hogy ÁNTSZ részéről az egyszerű

*alkalmazkodás helyett*, a helyzet jogszerű megoldása érdekében – a szóbeli tájékoztatáson túlmutató – *határozottabb lépésekre és kommunikációra lett volna szükség*, ez azért is elvárható lett volna, mivel igen jelentős számú, ezres nagyságrendű személyt érintő problémáról volt szó.

## 3.2. Pszichoszociális betegek helyzete

### 3.2.1. A pszichiátriai betegek különleges jogai<sup>30</sup>

A pszichiátriai betegek jogsérelmeivel kapcsolatban három típus problémát lehet kiemelni a 2010-es év kapcsán:

1. a sürgősségi beszállítás elrendelésének jogcímével és végrehajtásával kapcsolatos problémák
2. szintén sürgősségi beszállítás esetén a bíróság utólagos értesítésére vonatkozó objektív határidővel kapcsolatos mulasztások
3. korlátozó intézkedés alkalmazására előírt eljárásrend figyelmen kívül hagyása

És mindezekhez mintegy további problémaként kapcsolódott, hogy a szakmai ellenőrzések során (ÁNTSZ, szakfelügyeleti vizsgálat) mindezekben igyekeztek különösebb intézkedések elrendelése nélkül túlsuhanni.

*A sürgősségi beszállítás elrendelésének jogcímével és végrehajtásával kapcsolatos problémák*

Az Eütv. 199. § (1) bekezdése szerint, ha a pszichiátriai beteg *közvetlen veszélyeztető magatartást* tanúsít, és ez csak azonnali pszichiátriai intézeti gyógykezelésbe vétellel hárítható el, az észlelő orvos közvetlenül intézkedik a beteg megfelelő pszichiátriai intézetbe szállításáról. A beteg beszállításánál szükség esetén a rendőrség közreműködik.

Az Eütv. 188. § *b)* és *c)* pontjában a következőket rögzítette elkülönítetten a jogalkotó:

- *veszélyeztető magatartás*: a beteg – pszichés állapotának zavara következtében – saját vagy mások életére, testi épségére, egészségére jelentős veszélyt jelenthet és a megbetegedés jellegére tekintettel a sürgős intézeti gyógykezelésbe vétel nem indokolt;
- *közvetlen veszélyeztető magatartás*: a beteg – pszichés állapotának akut zavara következtében – saját vagy mások életére, testi épségére, egészségére közvetlen és súlyos veszélyt jelent;

Az Eütv. 3. § *j)* pontja a *veszélyeztető állapot* fogalmát határozza meg, a törvény szerint ennek minősül az az állapot, amelyben az azonnali intézkedés hiánya

<sup>30</sup> DR. KUSSINSZKY ANIKÓ jogi főreferens (AJBH); lásd AJB-701/2010, AJB 3414/2010., AJB 5564/2010. számú jelentés



a beteg vagy más személy életét, testi épségét vagy egészségét közvetlenül fenyegető helyzetet eredményezne, illetőleg a környezetére közvetlen veszélyt jelentene;

Az orvosi gyakorlatban használt Pszichiátriai Szakmai Kollégium által kiadott *módszertani levél* az 1997. évi CLIV. törvényhez az egészségügyről és módosításához című szakmai anyag a sürgősségi gyógykezeléssel kapcsolatban a következőket rögzíti: „Ismételten fel kell hívni a figyelmet arra, hogy a közvetlen veszélyeztető magatartás nemcsak arra vonatkozik, ha a beteg saját vagy mások életét, testi épségét veszélyezteti, hanem arra is, ha az észlelt állapota egészségére jelent súlyos közvetlen veszélyt. Fontos, hogy a sürgősséget megállapító és beutaló orvos ne csak jelezze a *közvetlen veszélyeztető állapot* fennállását, hanem írja is le, hogy ez miben állt.”

Az ismertetett négy – ezen belül pedig három a törvény által meghatározott – fogalom elemzése kiemelt fontossággal bír: az elkülönült fogalom meghatározás ugyanis elkülönült fogalomhasználatot kíván meg a jogalkalmazó részéről. Tekintettel arra, hogy az Eütv. külön fogalomként definiálja a veszélyeztető állapotot, valamint a veszélyeztető magatartást és a közvetlen veszélyeztető magatartást, továbbá a sürgősségi beszállítást csak a közvetlen veszélyeztető állapot esetében teszi lehetővé, *a beutaló orvostól elvárható, hogy a beteg állapotának megfelelő besorolását szerepeltesse a beutaló okmányon.*

Kétségtelen, hogy az idézett törvényi rendelkezések nem csupán nyelvtani, hanem logikai és rendszertani értelmezésre szorulnak, de alapvetően megfelelnek a jogbiztonság, ezen belül pedig a normavilágosság és az egyértelműség alkotmányos követelményeinek. A jogértelmezés a jogalkalmazás keretein belül elvégezhető, ennek ellenére azt tapasztaltam, hogy a fogalmak elhatárolása a törvényszöveg alapján a gyakorlatban ellentmondásokkal terhelt. Így – mivel a fogalmak pontatlan használatához komoly jogi következmények fűződhetnek – szükségesnek tartottam az Alkotmány szövegének megfelelő, a gyakorlati használatot segítő értelmezés támpontjainak meghatározását.

1. Az Eütv 3. §-ában használt veszélyeztető állapot: általános fogalom, a törvény számos esetben hivatkozik rá (pl. a betegjogi fejezet részben vagy éppen a sürgősségi mentés szabályainál), azonban a pszichiátriai betegek gyógykezeléséről és gondozásáról szóló X. fejezetében nem használja. A pszichiátriai betegek jogaira vonatkozó szabályok között kizárólag az Eütv. 188. §-ában rögzített veszélyeztető magatartás és közvetlen veszélyeztető magatartás szerepel. Ennek elsődleges oka, hogy az egyes fogalmakhoz fűződő jogi következmények merőben eltérők: a *veszélyeztető állapot*, mint általános fogalom egy állapotot jelöl, amely közvetlen veszélyt *jelentene* azonnali intézkedés hiányában. Az alkalmazandó intézkedés pedig bármi lehet, az az általános beavatkozást jelöl.

2. A *veszélyeztető magatartás* ehhez képest már egy *speciális* fogalom, amely kifejezetten pszichiátriai betegek esetében alkalmazandó. Magatartást jelöl, tehát valamiféle aktivitást, vagy éppen annak hiányát, amely az életre/testi épségre/



egészségre feltételezhetően jelentős veszélyt jelenthet, de a sürgős intézeti gyógykezelésbe vétel itt még nem indokolt.

3. A közvetlen veszélyeztető magatartás is egy speciálisan pszichiátriai betegekkel összefüggésben használatos, a bizonyossághoz közelítő magas valószínűségét feltételező fogalom. Azaz olyan aktív cselekvést, vagy éppen annak hiányát jelöli, amely az életre/testi épségre/egészségre közvetlen és súlyos veszélyt jelent.

Egyértelműen a közvetlen veszélyeztető magatartás az a fogalom, amelynek minden egyes fogalmi elemének teljesülése szükséges és elengedhetetlen ahhoz, hogy a szabadságkorlátozó intézkedés foganatosítható legyen (akkor is, ha ez saját életének, testi épségének vagy egészségének megóvása érdekében is szükséges). Konjunktív feltételekről van szó: a beszállításkor a páciensnek magatartásából fakadóan közvetlen és súlyos veszélyt kell jelentenie. Nem elegendő tehát a pusztán esélye annak, hogy veszélyt jelenthet, hanem közvetlen és súlyos veszélyt kell, hogy jelentsen. A legsúlyosabb szabadságkorlátozás alkalmazása esetében ilyen súlyú magatartás magas valószínűségét várja el a jogalkotó, mint a kényszerintézkedés alkotmányos igazolásának egyik elemét.

Megállapítható, hogy nem segíti a következetes fogalomhasználatot a fentebb idézett módszertani levél sem, amely egy jogi értelemben egyáltalán nem létező fogalmat használ, a „közvetlen veszélyeztető állapot” fennállását követeli meg igazolásul.

A pszichiátria országos szakfelügyelő főorvosa vizsgálta az esetet, és álláspontja szerint szakmai indokok és az eset részleteinek ismeretében a beteg esetében igazolható volt a közvetlen veszélyeztető magatartás a beszállításkor.

*A pszichiátriai intézetbe beszállított személyek személyes szabadságához – és ezzel összefüggésben – az emberi méltósághoz való alapvető jogát sérti, ha a sürgősségi beszállítást a beutaló orvos kizárólag a közvetlen veszélyeztető magatartás észlelése esetében (valamennyi feltétel fennállásakor) rendeli el, valamint ezt a tényt nyomon követhető módon nem szerepelteti az orvosi dokumentációban.*

*A bíróság utólagos értesítésére vonatkozó objektív határidővel kapcsolatos mulasztások*  
Az Eütv. 199. § (1) bekezdése alapján, ha a pszichiátriai beteg közvetlen veszélyeztető magatartást tanúsít, és ez csak azonnali pszichiátriai intézeti gyógykezelésbe vétellel hárítható el, az észlelő orvos közvetlenül intézkedik a beteg megfelelő pszichiátriai intézetbe szállításáról. A beteg beszállításánál szükség esetén a rendőrség közreműködik. A törvény 199. § (2) és (3) bekezdése rögzíti a beteg felvételét követően a pszichiátriai intézet vezetője 24 órán belül a bíróság értesítésével kezdeményezi a beszállítás indokoltságának megállapítását és a kötelező pszichiátriai intézeti gyógykezelés elrendelését. A bíróság pedig az értesítés kézhezvételétől számított 72 órán belül határozatot hoz, amelynek meghozataláig a beteg ideiglenesen az intézetben tartható.

A fenti szabály egyértelmű előírást tartalmaz a bíróság értesítésére nézve: a betegfelvételt követő 24 órán belül kell azt megtenni, nem a betegfelvételt

követő naptári napon, vagy az azt követő első munkanapon. A szigorú határidő kikötése az Eütv. garanciális szabálya, jelentősége éppen abban áll, hogy a felvett beteg – bíróság ez irányú döntésének hiányában – a lehető legrövidebb ideig lehessen személyes szabadságában korlátozva. A bíróságnak ugyanis az egészségügyi intézmény értesítésének kézhezvételétől számított 72 óra áll rendelkezésére a határozata meghozatalához.

Ez a határidő péntek délutáni beszállítás esetében, illetve többnapos ünnepek esetében rendszeresen sérül Magyarországon. A vizsgált ügyekben fény derült arra, hogy Makón és Csongrád megye más városaiban pl. a szokványos hétvégi munkaszüneti napokon (szombat, vasárnap) az illetékes bíróságokon nincs lehetőség bírói szemlét kérvényezni (faxon, telefonon, vagy üzenetrögzítőn) [AJB-701/2010.] Az AJB-701/2010. sz. ügyben pedig a szakfelügyelő főorvos vizsgálata során kiderült, hogy az intézményben az elmúlt 15 évben nem volt munkaszüneti napon bírósági szemle. Mindezek alapján szükséges kiemelni, hogy a *személyes szabadsághoz való jog, mint alapvető jog érvényesülése érdekében a bíróságok és a szabadságelvonásra feljogosított hatóságok hétvégi „ügyeleti” rendszerének működésében rendszerszintű problémák tapasztalhatóak.*

*A törvényben tételesen előírt értesítési határidő meg nem tartása miatt az egészségügyi intézmények mulasztásukkal a panaszosok személyes szabadsághoz való jogával összefüggő visszásságot okoztak.*

*Korlátozó intézkedés alkalmazására előírt eljárásrend figyelmen kívül hagyása*

Az Eütv. 192. § (1) bekezdése értelmében személyes szabadságában bármely módon (fizikai, kémiai, biológiai vagy pszichikai módszerrel, illetve eljárással) csak a veszélyeztető vagy közvetlen veszélyeztető magatartású beteg korlátozható. A korlátozás csak addig tarthat, illetőleg olyan mértékű és jellegű lehet, amely a veszély elhárításához feltétlenül szükséges. A törvény 194. § (1) és (2) bekezdése előírja, hogy a 192-193. §-ban foglalt korlátozások elrendeléséről a betegjogi képviselőt és a beteg törvényes vagy meghatalmazott képviselőjét *haladéktalanul értesíteni kell*, továbbá az e fejezetben foglalt betegjogi korlátozásokat részletesen dokumentálni és indokolni kell.

A dokumentálásra vonatkozó részletszabályokat a pszichiátriai betegek intézeti felvételének és az ellátásuk során alkalmazható korlátozó intézkedések szabályairól szóló a 60/2004. (VII. 6.) ESzCsM rendelet (a továbbiakban: ESzCsM rendelet) tartalmazza, melynek 3. számú melléklete az a formanyomtatvány, amelyet korlátozó intézkedés alkalmazása esetén minden esetben ki kell tölteni. Az Eütv. előírásainak megfelelően tartalmazza a betegjogi képviselő, illetőleg a beteg törvényes vagy meghatalmazott képviselőjének, valamint a 4. § (8) bekezdése szerinti személy értesítéséről szóló részt is.

Megjegyzendő, hogy az ESzCsM rendelet 4. §-ának jelen pillanatban nincsen ugyan (8) bekezdése, de vélelmezhetően a jogalkotó az utolsó, azaz a 4. § (7) bekezdésben foglaltakra utal, amely szerint: "Korlátozó intézkedés – ideértve a gyógyszerek alkalmazását is – elrendelésére jogosultak körét, illetve a korláto-

zások elrendelésével kapcsolatos értesítés rendjét külön törvény határozza meg. A korlátozó intézkedés hatálya alatt álló pszichiátriai beteg a külön törvényben meghatározottakon kívül értesíthet más személyt is, feltéve, hogy ez nem veszélyezteti az intézkedés célját. Ha a beteg nem tudja e jogát gyakorolni, kérésére egy, általa megjelölt személyt a korlátozó intézkedés elrendelője értesít.”

Általános probléma, hogy a rendelet 3. számú melléklet hiányosan kerül kitöltésre. Az AJB 701/2010. számú ügyben pl. a betegjogi képviselőhöz eljuttatást rögzítő rész nem került kitöltésre, így a dokumentum tanúsága szerint a betegjogi képviselőt nem értesítették haladéktalanul a törvényi előírás ellenére. A nyomtatvány további, a betegjogi képviselő értesítését követő részei is hiányoznak, így nem tudható, hogy a beteg törvényes vagy meghatalmazott képviselője, illetve az ESzCsM rendelet 4. § (8)<sup>31</sup> bekezdés szerinti esetben a beteg által megjelölt személy tájékoztatása megtörtént-e, illetőleg a felelős vezető tájékoztatásának megtörténtét (és annak időpontját) sem támasztja alá.

Az AJB-5564/2010. számú ügyben további hiányosságok is felmerültek: az ESzCsM rendelet 5. § (5) és (6) bekezdései értelmében a pszichiátriai intézet *részletes eljárásrendet alakít ki* a korlátozó intézkedések elrendelésének és alkalmazásának szabályairól, amelyben önmagára nézve a hatályos jogszabályokban foglaltaknál szigorúbb szabályokat is megállapíthat. Az eljárásrendnek tartalmaznia kell:

- a) az intézmény munkarendjét figyelembe véve a korlátozó intézkedések elrendelésének szabályait;
- b) a korlátozó intézkedések egyes formáinak maximális időtartamát;
- c) a korlátozó intézkedések egyes formái mellé rendelt megfigyelés szabályait;
- d) a korlátozás feloldásának szabályait;
- e) a korlátozó intézkedésekkel kapcsolatos értesítési jogokra és kötelezettségekre vonatkozó szabályokat;
- f) a panaszjog gyakorlásának részletes szabályait.

Az ESzCsM rendelet azt is előírja, hogy az eljárásrendet tartalmazó dokumentumot a pszichiátriai beteg, valamint törvényes és meghatalmazott képviselője, illetve az intézmény dolgozói számára jól látható módon ki kell függeszteni.

Az intézmény szóbeli tájékoztatása szerint *az eset időpontjában nem rendelkeztek az ESzCsM rendelet 5. § (5) bekezdése szerinti eljárásrenddel, így az nem is volt kifüggesztve*. A csatolt egészségügyi dokumentáció alapján megállapítható volt továbbá, hogy a pszichiátriai ellátás során történt *kényszerintézkedésről* sem a betegjogi képviselőt, sem a meghatalmazott vagy ESzCsM rendelet 4. § (8) bekezdés szerinti esetben a beteg által megjelölt személyt (a dokumentáció ugyanakkor arra vonatkozóan sem tartalmazott adatot, hogy a beteg nyilatkozott-e ilyen személyről) nem értesítették haladéktalanul.

<sup>31</sup> Értsd 4. § (7) bek., lásd fentebb

*Az egészségügyi intézmények tehát a korlátozó intézkedések megfelelő dokumentálásának, valamint a jogszabályok által előírt, az értesítési kötelezettséggel kapcsolatos feladatainak elmulasztásával a panaszosok emberi méltóságához, valamint tisztességes eljáráshoz való jogával összefüggő visszásságot okoztak. Az EszCsM rendelet által kötelezően előírt eljárásrend megalkotásának hiánya pedig önmagában is sérti a jogállamiság elvéből fakadó jogbiztonság követelményét, valamint alkalmas arra, hogy az emberi méltósághoz, illetve a személyes szabadsághoz való jog sérelmének közvetlen veszélyét okozza.*

#### *A szakmai ellenőrzés hibái*

A fentebb részletezett problémákkal kapcsolatban megállapítható, hogy a jogszabályi előírások egyértelműek és világosak, az alkalmazásuk nem igényel külön értelmezést. Megállapítható az is, hogy a vizsgált esetekben nem tartották be e speciális betegkörre vonatkozó, garanciális jellegű normákat. Az Egészségbiztosítási Felügyelet, illetve az ÁNTSZ vizsgálataiban eljáró egyes szakértők feladatkörébe elsősorban az orvosszakmai kérdések megítélése, a megfelelő szakmai protokollok, ápolási standardok betartásának vizsgálata tartozik. A Felügyelet ezen felül eljárásaiban vizsgálta a betegjogok érvényesülését szolgáló előírások betartását is, de megszüntetése okán lezárni már nem tudta. A folyamatban lévő eljárások átkerültek az ÁNTSZ-hez, és ahogyan azt a panaszosoknak megküldött tájékoztatójukban többször leszögezték, mint az Egészségbiztosítási Felügyelet jogutódja folytatta, majd zárta le.

Az ÁNTSZ vizsgálata, illetőleg a szakfelügyeleti vizsgálat során rögzítették, hogy a Kórház részéről *mulasztás, szabályszegés nem történt*. Mindebből következően megállapítható, hogy az Eütv. 199. §-ában rögzített betegjogi szempontot érvényesítő előírást az ÁNTSZ figyelmen kívül hagyta, eljárása során, azt nem hívta fel, a kórház mulasztásaként az egyértelmű törvényi előírástól („24 órán belül”) eltérő, más minőséget jelentő fogalomhasználattal („a lehetőség szerinti megfelelő időben és módon”) élt, és ez alapján a törvényi előírástól eltérő feltételt vizsgálva állapította meg az eljárás megfelelőségét. A kényszerítő intézkedés alkalmazásával kapcsolatban vizsgálta ugyan annak dokumentáltságát, azonban a dokumentáció hiányosságát, és így a betegjogi szempontok érvényesülését ugyancsak nem állapította meg.

Az egészségügyi hatósági és igazgatási tevékenységről szóló 1991. évi XI. törvény 6. § (1) bekezdésének értelmében az egészségügyi államigazgatási szerv egészségügyi igazgatási és koordinációs feladatai körében – többek mellett – *felügyeli az egészségügyi intézmények működésére vonatkozó szabályok érvényesülését, szakmai felügyeletet gyakorol az egészségügyi szolgáltatók és a lakossági gyógyszerellátást nyújtók tevékenysége felett. Ezen felül szakmai javaslatot tesz egészségügyi intézmények létesítése, fejlesztése, megszüntetése kérdésében a tulajdonos, illetőleg a finanszírozó számára, valamint engedélyezi* – ha jogszabály másként nem rendelkezik – az egészségügyi szolgáltató tevékenységének végzését, *ellenőrzi a tevékenységet és nyilvántartja az engedélyeket;*

A betegjogok érvényesülésével összefüggő garanciális követelmények minden esetben jogszabályi rendelkezések formájában jelentek meg, a fentiek értelmében pedig az ÁNTSZ törvény által előírt eredeti jogkörébe tartozó feladata az egészségügyi intézmények működésére vonatkozó szabályok érvényesülésének felügyelete. Amennyiben az ÁNTSZ eljárása során megállapítja, hogy a törvényi előírás érvényesítéséhez nem adottak a személyi és/vagy tárgyi feltételek, úgy szakmai javaslatot tehetett volna az egészségügyi intézmény fejlesztésére a tulajdonos/finanszírozó számára.

Egyik esetben sem rögzítették az egészségügyi szolgáltató jogszabálytól eltérő működését, ezért az ÁNTSZ felügyeleti jogkörében eljárva egyéb lépéseket sem tett (így például ajánlást a hiányosságok jövőbeni kiküszöbölése céljából), illetve a fenntartó számára sem jelezte, hogy a feltételek nem megfelelőek az előírások betartására.

*A pszichiátria országos szakfelügyelő főorvosa az ügyben folytatott vizsgálata során alkalmazott önkényes jogértelmezésével – amely a fenti, egyértelmű jogsértések figyelmen kívül hagyásához vezetett – a jogállamiság elvéből következő jogbiztonság követelményével összefüggő visszásságot okozott.*

*Az ÁNTSZ Dél-alföldi Regionális Intézete továbbá a panaszos beadványa nyomán folytatott vizsgálata során – a fenti jogsértések figyelmen kívül hagyásával – a jogállamiság elvéből következő jogbiztonság követelményével, továbbá az eljárás alá vont személyek tisztességes eljáráshoz és jogorvoslathoz való jogával összefüggő visszásságot okozott. A jogállamiság elvéből következő jogbiztonság követelményét sérti ezzel összefüggésben az a jogi helyzet, hogy a 60/2004. (VII. 6.) ESzCsM rendelet 3. számú melléklete a rendelet már nem létező 4. §-ának (8) bekezdésére hivatkozik.*

#### *Megállapítások, intézkedések*

A fentiekből látszik, hogy a mulasztások a pszichiátriai intézetbe beszállított személyek személyes szabadságához – és ezzel összefüggésben – az emberi méltósághoz való alapvető jogát sértették, illetőleg tisztességes eljáráshoz való jogukkal összefüggő visszásságot valósítottak meg. Továbbá a jogállamiság elvéből következő jogbiztonság követelményével összefüggő visszásságok is felmerültek.

Mindezek közül részletesebben a személyes szabadsághoz való joggal kívánok csak foglalkozni.

Az Alkotmány 55. § (1) bekezdése szerint a Magyar Köztársaságban mindenkinek joga van a szabadságra és a személyi biztonságra, senkit sem lehet szabadságától másként, mint a törvényben meghatározott okokból és a törvényben meghatározott eljárás alapján megfosztani. A bűncselekmény elkövetésével gyanúsított és őrizetbe vett személyt a lehető legrövidebb időn belül vagy szabadon kell bocsátani, vagy bíró elé kell állítani. A bíró köteles az elé állított személyt meghallgatni és írásbeli indokolással ellátott határozatban szabadlábra helyezéséről vagy letartóztatásáról haladéktalanul dönten.



Az Alkotmány 55. §-a nemzetközi jogi mintákat<sup>32</sup> követve szabályozza a személyes szabadsághoz való alapvető jogot, a jogkorlátozás feltételeit, a szabadságtól megfosztás speciális garanciáját és az alapjog megsértése esetén alkalmazandó jogkövetkezményeket. Az Alkotmány elismeri és védi valamennyi természetes személy jogát a szabadságra és a személyi biztonságra, ezt az alapjogot korlátozni csak törvényben meghatározott okból, törvényben meghatározott eljárás szerint lehet. A személyi szabadságtól való megfosztás egyik speciális garanciája a bíró elé állításhoz való jog (*habeas corpus*).

A személyi szabadság alapjogával kapcsolatban az Alkotmánybíróság rámutatott, hogy „*e jog érvényesülése vizsgálható valamennyi – a személyi szabadságot valóban érintő – állami intézkedés alkotmányossági megítélésekor. [...] A személyes szabadsághoz való jog érdemben felhívható valamennyi, a mozgás és a helyváltoztatást is korlátozó jogszabály alkotmányossági megítéléséhez. [...] Ezen jogok korlátozásának alkotmányossága, a minden alapjog korlátozására irányadó – az Alkotmány 8. § (2) bekezdésébe foglalt – követelmények figyelembevételével dönthető el. [...] Az Eütv. pszichiátriai betegekre vonatkozó rendelkezései nyilvánvalóan érintik az Alkotmány 55. § (1) bekezdésébe foglalt személyes szabadsághoz való jog érvényesülését.*”

Az Alkotmánybíróság szerint a személyes szabadság korlátozásával szemben fennálló alkotmányos követelmény, hogy a korlátozás feleljen meg a szükségesség és arányosság kritériumának.<sup>33</sup> Alapvetés, hogy a veszélyeztető állapotuk, magatartásuk miatt intézeti kezelésre kötelezett pszichiátriai betegek – e tény miatt – nem veszítik el alapjogaikat. A mai, modern alkotmányjogi szemlélet<sup>34</sup> elvi kiindulópontja, hogy a pszichiátriai betegek kötelező intézeti kezelése a személyi szabadsághoz való jog korlátozásának egyik legsúlyosabb esetének minősül.<sup>35</sup> Megjegyzendő ezzel kapcsolatban, hogy az Egyesült Államok Legfelsőbb Bírósága több döntésében<sup>36</sup> rögzítette, hogy a kötelező pszichiátriai kezelés a bebörtönzésnél is súlyosabb szabadságkorlátozásnak minősül, tekintettel a kezelés során alkalmazott tudatbefolyásoló eszközökre, valamint a mentális kór stigmatizáló jellegére.

A kötelező pszichiátriai intézeti kezelés elrendelése, annak jogi igazolását tekintve is speciálisnak számít: nem büntetésre, hanem gyógykezelésre irányul. A szabadságkorlátozó beavatkozások alkotmányos feltétele a pszichiátriai betegség meglétéén túl, hogy a beteg *közvetlen és súlyos veszélyt jelent magára vagy másokra* és a szükséges belátási képesség hiánya miatt nem tud (önként) saját gyógykezeléséről rendelkezni.

<sup>32</sup> Lásd különösen a Polgári és Politikai Jogok Nemzetközi Egyezségokmányának 9. cikkét, valamint az Emberi Jogok Európai Egyezményének 5. cikkét

<sup>33</sup> Vö. 36/2000. (X. 27.) AB határozat

<sup>34</sup> A személyi szabadsághoz való jog tartalmának áttekintéséhez szakirodalmi forrásként használtam fel TÓTH GÁBOR ATTILA: A személyi szabadsághoz való jog az alkotmányban c. tanulmányát. *Fundamentum*, 2005/2. sz.

<sup>35</sup> Vö. FRIDLI JUDIT: A pszichiátriai betegek jogairól, *Fundamentum*, 1997/1. sz. 113. o.

<sup>36</sup> *Vitek vs. Jones*, 445 U.S. 480, 491–194 (1980).

Az alkotmánybírói gyakorlat szerint „az Emberi Jogok Európai Egyezményéből, illetve a Bíróság esetjogi gyakorlatából, valamint a [...] nemzetközi dokumentumokból megállapítható, hogy az elmebeteg tekintetében az ön- és közveszélyesség oka lehet a személyi szabadság korlátozásának, a kötelező pszichiátriai gyógykezelésnek. A nemzetközi dokumentumok és a Bíróság gyakorlata is a hangsúlyt főképpen az eljárási garanciákra helyezi, azaz, hogy az elmebetegség miatt történő szabadságkorlátozás ne lehessen önkényes, csak a szükséges mértékű legyen, és csak a szükséges ideig tartson.”

A személyi szabadsághoz való jog *legfőbb eljárási garanciája*, hogy a szabadságtól való megfosztásról bíróságnak kell döntenie, a törvény által előírt, megfelelő eljárás keretében, főszabály szerint pedig *előzetesen*. Ha valamely legitim indok miatt nincs mód arra, hogy a bíró előzetesen rendelkezzen a szabadságtól való megfosztásról (így például egy veszélyeztető állapotú pszichiátriai beteg esetében), úgy az Alkotmány 55. § (1) bekezdéséből az következik, hogy a fogvatartottat a *lehető legrövidebb időn belül* bíró elé állítsák. Az egyének számára megfelelő védelmet kell nyújtani az alapvető jogukat sértő hatósági döntéshozatallal szemben, ez a védelem pedig az előzetes, bírói döntés nélküli fogva tartások *kötelező és haladéktalan bírói kontrollján* keresztül valósul meg.

Az Alkotmány csak a bűncselekmény elkövetésével gyanúsított és őrizetbe vett személyek bíró elé állításáról rendelkezik, ugyanakkor az 55. § (1) bekezdésében elismert személyi szabadsághoz való jog a Magyar Köztársaság területén tartózkodó embereket a büntetőeljárásán kívül is megilleti, ezért a személyes szabadsághoz való jog érvényesüléséhez szükséges garanciákat *biztosítani kell a büntetőeljárásán kívüli fogva tartások esetében is*.

Az Alkotmány 55. § (2) bekezdése értelmében a fogvatartottakat a „*lehető legrövidebb időn belül*” szabadon kell bocsátani vagy bíró elé kell állítani, a bírónak pedig „*haladéktalanul*” döntést kell hoznia. A magyar alaptörvény tehát nem tartalmaz konkrét határidőt a bíróság elé állítás tekintetében, hanem annak tételes meghatározását törvényi szintre bízta: a szabályokat jelen pillanatban az Eütv. tartalmazza.

Az Emberi Jogok Európai Bíróságának gyakorlatában<sup>37</sup> mindig a vizsgált egyedi eset körülményei határozzák meg *az időtartam haladéktalan voltát*, azonban a 4 napon túli bíróság elé állítás már kivételes viszonyok között is jogszerűtlennek minősül. A határidőt úgy kell megállapítani, hogy ne lehetetlenítse el a jogalkalmazó hatóságok tevékenységét, és csak annyi ideig tartson, amennyi a bírósági eljárás előkészítéséhez feltétlenül szükséges. Ez az idő különleges esetekben<sup>38</sup> sem haladhatja meg a 3-4 napot. A hétfégi napok és az ünnepnapok

<sup>37</sup> A legrövidebb időszak, amely már egyezményesértőnek bizonyult, 4 nap és 6 óra volt. (Brogan and Others v. the United Kingdom, judgment of 29 November 1988, Series A no. 145-B)

<sup>38</sup> Nem minősül kimentési oknak a terrorcselekmények egy bizonyos területen vagy általában történt elszaporodása, a válsághelyzet stb. sem (vö. Sakik v. Turkey, judgment of 26 November 1997, Reports 1997-VII., p. 2609, Demir and Others v. Turkey judgment of 23 September 1998, Reports 1998-VI., p. 2640, illetve Karakas v. Turkey judgment of 27 July



szinte minden európai államban beszámítanak a határidőbe. Az alapvető jog érvényesülése érdekében nem nagy ár a bíróságok és a szabadságelvonásra feljogosított hatóságok hétvégi „ügyeleti” rendszerének kiépítése.

A személyi szabadsághoz való jogot sérti tehát a megfelelő törvényi garanciák hiányában vagy azokkal ellentétesen elrendelt, illetve foganatosított szabadságkorlátozás. Abban az esetben, ha a pszichiátria fenntartja a fogva tartást, és elmulasztja *bíró elé állítani* az érintettet, vagy nem a jogszabályi előírásoknak megfelelően állítja bíró elé, az Alkotmány 55. § (1) bekezdésében elismert személyi szabadsághoz való alanyi jog sérelmét idézi elő. A fogva tartást foganatosító hatóság *alkotmányos kötelessége*, hogy bíró elé állítsa azokat a személyeket, akiket bírói döntés nélkül megfosztott szabadságuktól.

*Az ombudsman mindezekre tekintettel a következő intézkedéseket tette:*

1. az Obtv. 20. §-a alapján *felkérte* az országos tisztí főorvost, intézkedjen annak érdekében, hogy a betegjogi panaszok kivizsgálása a jogszabályoknak – különösen az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvényben rögzítetteknek – megfelelően, az egészségügyi szolgáltatókra vonatkozó normák betartásának érdemi, nem pedig kizárólag formális ellenőrzésével történjen.
2. az Obtv. 21. § (1) bekezdésében alapján *felkérte* az érintett egészségügyi szolgáltatókat, hogy a jövőben a pszichiátriai betegellátás során az irányadó jogszabályi előírások figyelembevételével járjanak el, tegyenek eleget valamennyi, a személyes szabadság korlátozásával kapcsolatos dokumentációs és értesítési kötelezettségeinek, valamint sürgősségi gyógykezelés esetén a bíróság értesítésére vonatkozó jogszabályi előírásoknak.
3. az Obtv. 25. §-a alapján javasolta az egészségügyért felelős nemzeti erőforrás miniszternek, hogy a pszichiátriai betegek intézeti felvételének és az ellátásuk során alkalmazható korlátozó intézkedések szabályairól szóló a 60/2004. (VII. 6.) ESzCsM rendelet 3. számú mellékletében található hivatkozás megfelelő módosításával szüntesse meg a jogbiztonság követelményét sértő jogi helyzetet.
4. A vizsgálatokban megállapítottakra tekintettel javasolta az Országos Igazságszolgáltatási Tanács elnökének, hogy *fontolja meg* az érintett bíróságokon egy olyan tartalmú *átfogó vizsgálat elrendelésének lehetőségét*, amely kiterjedne az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 199. §-ában rögzített, a sürgősségi beszállítás indokoltságának bírói megállapításához kapcsolódó eljárási gyakorlatra (különös tekintettel az ünnep-, és munkaszüneti napokra), valamint – ehhez kapcsolódóan a határidők betartásához szükséges személyi, valamint tárgyi feltételek rendelkezésre állására.

---

2004, no. 35077/97). A szabály alól még olyan speciálisnak mondható körülmények sem adnak felmentést, mint hogy egy különlegesen veszélyes terroristavezért a fokozott biztonsági intézkedésekkel összefüggésben egy szigeten tartanak fogva, és csak 7 nap múlva kerül bíró elé (vö. Öcalan v. Turkey judgment of March 2003, no. 46221/99).

Az ajánlásokkal kapcsolatban megállapítható, hogy azokat az ÁNTSZ kivételével valamennyi címzett elfogadta. A nemzeti erőforrás miniszter jelezte, hogy a jogszabály soron következő módosításakor megteszik a szükséges lépéseket, az Országos Igazságszolgáltatási Tanács pedig megkezdte a kért vizsgálat előkészítését.

### 3.2.2. Az elmemegfigyelés dilemmái<sup>39</sup>

A pszichiátriai témájú vizsgálatok között a 2010-es évben egy külön fajt képviselt az elmeállapot megfigyelés intézményének működésre fókuszáló vizsgálat.

Az ombudsmanhoz forduló panaszos álláspontja szerint kényszergyógykezelésére került sor bent tartózkodása során, holott csak elmeállapotát kellett volna megfigyelni.

A kórház vezetőjének bekért tájékoztatása szerint a bíróság valóban a panaszos elmeállapotának megfigyelését rendelte el, azonban a rendőri elővezetés során „passzívan ellenállt”, így vele szemben testi kényszert alkalmaztak, majd ezt követően rendőri kísérettel, mentővel szállították a Pszichiátriai Osztályra. A panaszos nem kívánt az osztályon maradni, nem fogadta el, hogy kórházba került, a meghozott végzés jogszerűségét vitatta, tudatilag beszűkült agitált állapotban volt. Mindezek miatt a szakma szabályainak megfelelően megfigyelő kórteremben lett elhelyezve és kényszerintézkedésként parenteralis injekciót kapott, mely dokumentálásra került.<sup>40</sup>

A bíróság tehát panaszos elmeállapotának megfigyelését rendelte el. A megfigyelés konkrét szakmai tartalma ugyanakkor – mint ahogyan a kötelező gyógykezelése sem – nem tisztázott jogszabályi szinten. Ezzel együtt nyilvánvaló, hogy a megfigyelés és a kezelés nem azonos tartalmat fednek le: a kezelés jóval tágabb fogalom, mint a megfigyelés.

A megfigyelés elrendelésével a bíróság arra kötelezi az adott személyt, hogy meghatározott időtartamra pszichiátriai intézetbe vonuljon és elmeállapotának megfigyelése céljából ott tartózkodjon. Az azonban már jogszabályi szinten nincs meghatározva, hogy az „ott tartózkodási” kötelezettség adott esetben mire terjed ki. Mivel a bírósági döntés erre már nem terjed ki, gyakorlatilag az orvos szabad (szakmai alapú) belátására van bízva, hogy az adott időtartam alatt végig bent kell tartózkodnia a megfigyeltnek, vagy esetleg a szükséges megfigyelési cselekmény, vizsgálat, tesztek elvégzését stb. követően a páciens akár haza is engedhető. Így például hétvégéken, más munkaszüneti napokon, amikor az intézményben nincsen a megfigyelés végzésére alkalmas szakorvos, szükségtelen lehet az intézményben tartózkodása.

Az eltérő értelmezési irányokat alátámasztja egy másik beadvány (AJB-

<sup>39</sup> Lásd AJB-5564/2010. számú jelentés

<sup>40</sup> Ezt a 60/2004. (VII. 6.) ESzCsM rendelet 3. számú mellékletének kitöltésével dokumentálták.

1305/2011), amelyben a panaszos éppen azt kifogásolta, hogy a bíróság egy hónapig tartó elmeállapot megfigyelésről szóló végzését a kijelölt egészségügyi intézmény úgy értelmezte, hogy a terheltet az egyes vizsgálatok elvégzését követően, azok között otthonába bocsátotta, így az egy hónapnyi időtartamból mindösszesen alig néhány napot töltött az intézményben.

Ahogy a megfigyelés konkrét szakmai tartalma nem tisztázott, úgy – osztva az Országos Pszichiátriai Központ véleményét – *a hatályos jogszabályok alapján a jogalkalmazó egészségügyi dolgozók számára aligha ítéltető meg az, hogy milyen beavatkozásokat, korlátozó intézkedéseket alkalmazhatnak az elmeállapot megfigyelésére beutalt terheltek esetében.* A Be. 107. § (3) bekezdése mindössze annyit mond erről, hogy a szabadlábban lévő terhelt elmeállapotának megfigyelése során a terhelt személyes szabadsága az egészségügyről szóló törvényben meghatározottak szerint korlátozható. A Be. és az Eütv. szabályozása között nincs megfelelő összhang, mivel az Eütv. 192. §-ában úgy rendelkezik, hogy személyes szabadságában *bármely módon* (fizikai, kémiai, biológiai vagy pszichikai módszerrel, illetve eljárással) *csak a veszélyeztető vagy közvetlen veszélyeztető magatartású beteg* korlátozható.

A megszorító értelmezés alapján tehát semmilyen korlátozás nem volna alkalmazható, kivéve, ha a megfigyelt közvetlen veszélyeztető vagy veszélyeztető magatartást tanúsít: ekkor már az Eütv. sürgősségi gyógykezelésre vonatkozó 199. §-a lépne életbe, amikor is a bíróság értesítésével kezdeményezné a pszichiátriai intézet vezetője a kötelező pszichiátriai intézeti gyógykezelés elrendelését. Ami ugyanakkor azt a további dilemmát veti fel, hogy míg az elmeállapot megfigyelését a büntető bíróság, addig a kötelező gyógykezelést a polgári bíróság, nem peres eljárás keretében rendeli el. A két bírósági eljárás közötti viszony részletei pedig jogszabályi szinten ugyancsak nem rendezettek.

*Maga a Be. tehát sem 107. § (3) bekezdésében, sem másutt nem rendelkezik arról, hogy vajon az elmemegfigyelésre utalt terheltek esetében milyen korlátozó intézkedések alkalmazhatóak a megfigyelés során, illetőleg a terhelt esetleges engedély nélküli eltávozásának megakadályozására.*

A megfigyeléshez képest a kötelező gyógykezelést veszélyeztető vagy közvetlen veszélyeztető magatartás esetén rendelik el, és ez esetben már kezelésre is felhatalmazást kap az intézmény, ezen belül pedig a kémiai, illetve biológiai korlátozás alkalmazására, az érintett személynek akarata ellenére (akarátának letörése árán) is alá kell vetnie magát a szakmailag szükségesnek ítélt kezelésnek.<sup>41</sup>

Kétségtelen, hogy a jogi szabályozás számos hiányosságot mutat ezen a területen. Ezzel együtt álláspontom szerint, amennyiben az elmeállapot megfigyelésre a Pszichiátriai Osztályra utalt beteg állapota kémiai, illetve biológiai korlátozást tesz szükségessé – azaz veszélyeztető, közvetlen veszélyeztető magatartást tanúsít a beteg – úgy az intézménynek az Eütv. 199. § és 200. §-át kell alkalmaznia, azaz kezdeményeznie kell a kötelező pszichiátriai intézeti gyógy-

<sup>41</sup> Lásd Eütv. 192. § (2) bek.

kezelés elrendelését a bíróságnál. Mindezek hiányában ugyanis nem rendelkezik jogszerű felhatalmazással a kezelésre,

A garanciális jelentőségű Eütv. 199. § (1) bekezdése alapján, ha a pszichiátriai beteg közvetlen veszélyeztető magatartást tanúsít, és ez csak azonnali pszichiátriai intézeti gyógykezelésbe vétellel hárítható el, az észlelő orvos közvetlenül intézkedik a beteg megfelelő pszichiátriai intézetbe szállításáról. A beteg beszállításánál szükség esetén a rendőrség közreműködik. A törvény 199. § (2) és (3) bekezdése rögzíti, hogy a beteg felvételét követően a pszichiátriai intézet vezetője *24 órán belül* a bíróság értesítésével kezdeményezi a beszállítás indokoltságának megállapítását és a kötelező pszichiátriai intézeti gyógykezelés elrendelését. *A bíróság pedig az értesítés kézhezvételétől számított 72 órán belül* határozatot hoz, amelynek meghozataláig a beteg ideiglenesen az intézetben tartható.

*Az Eütv. 199. §-a tehát az ombudsman álláspontja szerint minden további nélkül alkalmazható* elmeállapot megfigyelésre érkezett beteg esetében is – ha a szükséges körülmények fennállnak –, függetlenül egyébként attól, hogy a két bírósági eljárás (az elmeállapot megfigyelést elrendelő büntető bíróság, valamint a kötelező gyógykezelésről döntő polgári bíróság) viszonya valóban nem szabályozott kellőképpen. A panaszos esetében a bíróság elmeállapotának megfigyelését rendelte el, tehát *kezelésére nem adott felhatalmazást*, így a hatályos szabályozás szerint álláspontom szerint biológiai, illetve kémiai korlátozás alkalmazására sem.

Az emberi méltósághoz és a személyes szabadsághoz való alkotmányos alapjog megfelelő értelmezése alapján, a fennálló garanciális jelentőségű jogi szabályozásra figyelemmel az intézmény eljárása a vizsgálthoz hasonló esetekben szigorúan behatárolt:

1. Amennyiben a páciens veszélyeztető, illetve közvetlen veszélyeztető magatartást tanúsít és ezért kémiai, illetve biológiai korlátozás alkalmazása vált szükségessé, úgy az intézmény vezetőjének az Eütv. 199–200. §-a értelmében haladéktalanul kezdeményeznie kell a sürgősségi vagy a kötelező gyógykezelés elrendelését a páciens belátási képességének és így beleegyezésének hiányában.
2. Amennyiben azonban a páciens nem tanúsít közvetlen veszélyeztető, vagy veszélyeztető magatartást, pusztán nem kíván a pszichiátriai osztályon maradni, nem akarja elfogadni, hogy kórházba került, úgy kémiai, illetve biológiai korlátozása a hatályos szabályozás szerint álláspontom szerint jogsértő és nem megengedett.

*Mindezek alapján az Országgyűlési Biztos megállapította, hogy az egészségügyi intézmény azzal, hogy a kémiai, biológiai korlátozásokat az Eütv. 199. §-ában meghatározott garanciális szabályok (a bíróság haladéktalan értesítése) figyelmen kívül hagyásával, önkényes értelmezésével alkalmazta, a panaszos emberi méltósághoz, valamint személyes szabadsághoz való jogával összefüggésben visszásságot okozott.*

A jelentésben feltárt, alkotmányos joggal összefüggő visszásság orvoslása és megelőzése, valamint az országosan egységes jogalkalmazás érdekében az ombudsman a következő ajánlásokat tette:

1. felkérte a *Békés Megyei Képviselőtestület Pándy Kálmán Kórházának főigazgatóját*, hogy
  - a) a hatályos jogszabályoknak megfelelően az intézmény az elmeállapot megfigyelése során ne alkalmazzon semmilyen, sem biológiai, sem pedig kémiai korlátozó intézkedést;
  - b) a beteg közvetlen veszélyeztető magatartása esetén kizárólag az irányadó jogszabályi előírások figyelembevételével járjon el, minden esetben tegyen eleget valamennyi, a személyes szabadság korlátozásával kapcsolatos dokumentációs és értesítési kötelezettségeinek, sürgősségi gyógykezelés esetén pedig a bíróság értesítésére vonatkozó törvényi előírásoknak;
  - c) alkossák meg és függesszék ki – amennyiben időközben nem készült el – a 60/2004. (VII. 6.) ESzCsM rendelet 5. § (5) bekezdésében előírt eljárásrendet.
  
2. felkérte az egészségügyért felelős nemzeti erőforrás minisztert, hogy – a közigazgatási és igazságügyi miniszterrel együttműködésben – az Eütv., a Be., valamint szükség esetén más kapcsolódó jogszabályok módosításának kezdeményezésével, illetve más intézkedések megtételével
  - a) egyértelműen és világosan, az észlelt ellentmondásokat feloldva, határozza meg a jogvédelemhez szükséges, az elmeállapot megfigyelésének pontos tartalmára, a megfigyelés hatálya alatt álló személyek esetében fellépő veszélyeztető, közvetlen veszélyeztető megatartás esetén követhető eljárásrendre, az alkalmazható beavatkozásokra és az esetleges korlátozó intézkedésekre vonatkozó minimumszabályokat;
  - b) a megfelelő, ún. magas biztonsági fokozatú és forenzikus osztályok kialakításával biztosítsa a közvetlen veszélyeztető állapotú betegek (és környezetük), valamint – indokolt esetben, a szakmai szabályok figyelembe vétele mellett – a megfigyelték biztonságos kórházi tartózkodását.

### **3.2.3. A veszélyeztető állapot jelentősége – az agresszív beteg<sup>42</sup>**

Vitathatatlan tény, hogy a beteg ember kiszolgáltatott helyzetben van. Igaz ez az állítás a pszichiátriai betegségben szenvedők esetében is. Emberi méltóságuk, önrendelkezési és egészséghez való joguk érvényesítésében segítségre szorulnak. Az országgyűlési biztos tevékenysége során eddig is kiemelt figyelmet for-

<sup>42</sup>DR. VARGA ÉVA jogi főreferens (AJBH) és DR. TÓTH LÍVIA jogi főreferens (AJBH)

dított a fogyatékossgal élők és a pszichiátriai betegek szociális és egészségügyi ellátásának alapjogi aspektusú kontrolljára.

Az agresszív pszichiátriai betegek intézményi ellátásának és gondozásának átfogó vizsgálatát az a körülmény indokolta, hogy az elmúlt évben több panasz érkezett pszichiátriai betegségben szenvedő fiatalok szüleitől, akik gyermekük bentlakásos intézményben történő elhelyezéséhez kértek segítséget. A panaszosok arról számoltak be, hogy a lakóhelyükön – esetenként az egész országban – nem találnak olyan egészségügyi intézményt, illetve szociális otthont, amely agresszív, (közvetlen) veszélyeztető magatartású, speciális ellátást igénylő gyermekük hosszú távú gondozását tudná biztosítani.

A biztos a vizsgálat során tájékoztatást kért a Nemzeti Erőforrás Minisztériumtól, valamint szakmai álláspontjának kifejtésére kérte az Országos Pszichiátriai Központ (OPK) igazgatóját.

A nemzeti erőforrás miniszter rámutatott arra, hogy a hatályos jogszabályok nem teszik lehetővé az agresszív pszichiátriai betegek felvételét pszichiátriai betegek otthonába. E betegek ellátása hazánkban jelenleg az egészségügyi ellátórendszeren belül pszichiátriai osztályokon történik, tekintettel arra, hogy magas biztonsági fokozatú ún. high security egység – a büntetés-végrehajtás intézményrendszerébe tartozó Igazságügyi Megfigyelő és Elmegyógyító Intézet (IMEI) kivételével – nem működik. Álláspontja szerint mind az agresszív pszichiátriai betegek, mind az egészségügyi dolgozók számára biztonságos és orvos szakmai szempontoknak megfelelő ellátást ez a speciális személyi és tárgyi feltételekkel rendelkező „civil” high security egység biztosíthatná.

A Nemzeti Erőforrás Minisztérium Egészségügyért Felelős Államtitkársága többek között a pszichiátriai és addiktológiai ellátórendszerből hiányzó ellátások megteremtése és biztosítása miatt döntött az Országos Pszichiátriai és Addiktológiai Intézet (OPAI) kialakítása mellett. Az Államtitkárság az új országos intézet szakmai profilján belül tervezi egy 3×15 ágyas, zsiliprendszerben működő high security egység létrehozását, amelynek feladata kifejezetten az agresszív pszichiátriai betegek ellátása lenne.

Az Országos Pszichiátriai Központ igazgatója arról tájékoztatta az ombudsmant, hogy amennyiben a beteg „csak agresszív, veszélyes”, de (még) nem követett el semmilyen büntetendő cselekményt, akkor a tartósabb – tehát az aktuális (közvetlen) veszélyeztető magatartás megszűnése után is fenntartott – magasabb biztonsági fokozatú elhelyezése csak a jogi szabályozás módosítása után történhet jogszerűen.

Válaszában kitért arra is, hogy az OPAI 3 × 15 ágyas, ún. magasabb biztonságú osztálya az időszakonként erőszakos magatartást tanúsító betegek akut kezelésére lehet alkalmas, az esetlegesen szükséges tartós elhelyezést más szervezeti keretben kell biztosítani. A tartós elhelyezést igénylő, súlyosan violens betegek számát jelenleg nem lehet megítélni, de megjegyezte, hogy a betegek állapota a kezelés és az idő függvényében változhat, javulhat. Egyelőre ezt az ágyszámot szükségesnek és egyben elégségesnek tartja.



Hangsúlyozta, hogy a jelenlegi ellátórendszer úgy épül fel, hogy a pszichiátriai betegek tartós intézeti elhelyezése nem az egészségügyi, hanem szinte kizárólag a szociális ellátórendszer feladata. A szociális intézményekben hozzáférhető ellátás azonban a pszichiátriai betegek egy részének nem elégséges, ezek a betegek hosszabb távú egészségügyi ellátást igényelnének. Ez a büntetendő cselekményt elkövető pszichiátriai betegek esetében elfogadott, ezeket a betegeket hosszú ideig kezelik az IMEI-ben. Az olyan agresszív betegek elhelyezésére, akik (még) nem követtek el olyan cselekményt, amely miatt az IMEI-be kerülhetnének, de – éppen preventív okokból – szükség lenne tartósabb kezelésükre, nem állnak rendelkezésre megfelelő pszichiátriai intézetek.

Utalt arra is, hogy a sürgősségi, illetve kötelező pszichiátriai intézeti gyógykezelés hatálya alatt álló pszichiátriai beteg intézetből való elbocsátása tekintetében a gyakorlatban a jogalkalmazók körében jelentős jogbizonytalanság tapasztalható. Véleménye szerint részletesebb és egyértelmű szabályozásra lenne szükség különös tekintettel arra, hogy az intézetből való elbocsátás, illetve annak megtagadása kapcsán a jogalkalmazónak a beteg alapvető alkotmányos jogának korlátozásáról kell döntenie.

Kitért arra is, hogy a pszichiátriai intézeti gyógykezelés nem csak (közvetlen) veszélyeztető magatartás esetén indokolt, hanem ennél lényegesen szélesebb tüneti körben. Szükséges lehet az intézeti gyógykezelés például olyan pszichotikus tünetek fennállása esetén is, amelyek nem vezetnek (közvetlen) veszélyeztető magatartáshoz. A sürgősségi intézeti felvételt igénylő akut esetek nagy része esetén a beteg állapota hullámzó, állandóan változik, időnként (közvetlen) veszélyeztető magatartást tanúsít, máskor pedig nem. A betegek jelentős részénél a (közvetlen) veszélyeztető magatartás csak meghatározott személyekkel pl. a beteg téveszméiben szereplő családtagokkal, vagy másokkal kapcsolatban áll fenn. Ilyen esetben a szakember számára nyilvánvaló, hogy az egyensúlyba még nem került beteg eredeti környezetébe visszakérülve nagy eséllyel újra „veszélyessé” válik, de nem egyértelmű, hogy ez a helyzet jogalapja lehet-e az intézetben tartásának akkor is, ha az intézetben egyáltalán nem tanúsít (közvetlen) veszélyeztető magatartást.

A kötelező gyógykezelés jogalapja a veszélyeztető magatartás. A törvény értelmében a beteget az intézetből el kell bocsátani, ha gyógykezelése már nem indokolt. Ez a rendelkezés a szakemberek számára alig értelmezhető, különösen azért, mert a gyógykezelés jelző nélkül szerepel. Azok a betegek, akiknek a kötelező gyógykezelés szükséges (lenne), főszabályként olyan mentális zavarban szenvednek, amely hosszadalmas, nem ritkán élethossziglani gyógykezelést igényelnek. A jogszabály ilyen értelmezése esetén a beteg elvileg igen hosszú ideig tartható az intézetben, amennyiben ezt a bírósági felülvizsgálat is jóváhagyja. A hosszú távú ellátásnak azonban szervezeti-intézményi, valamint finanszírozási korlátai vannak.

Megjegyezte, hogy a kötelező gyógykezelés szakmai tartalma is bizonytalan. A jelenleg hatályos szabályozás csak a korlátozó intézkedésként alkalmazható



eljárásokról szól, azonban nem rendelkezik arról, hogy a kötelező gyógykezelés vajon túlterjeszkedhet-e a korlátozásokon, vagy sem. Ennek az a jelentősége, hogy a korlátozó intézkedések a jogszabályok alapján kizárólag a (közvetlen) veszélyeztető magatartás elhárítására alkalmazhatók. A jogszabályok nem adnak iránymutatást arra, hogy mit tehetnek az egészségügyi dolgozók akkor, amikor a (közvetlen) veszélyeztető magatartás megszűnt.

#### *Az ombudsmani átfogó vizsgálat előzménye<sup>43</sup>*

Az országgyűlési biztos a fentiekben ismertetett problémával már foglalkozott a Bács-Kiskun Megyei Önkormányzat Pszichiátriai és Fogyatékos Betegek Otthonát érintő panaszok kivizsgálása során. Ezen intézmény 7. osztályán a leginkább problémás ellátottak gondozása folyik, jelenleg is rendkívül magas számmal, 33 fővel működik, fogyatékos, pszichiátriai, szenvedélybeteg vagy éppen ezek kevert kórképével küzdő gondozottakkal. Az osztály létrehozásának elsődleges célja az volt, hogy a nehezen kezelhető, fokozottabb ellenőrzést, felügyeletet igénylő, a többi ellátottra veszélyes magatartást tanúsító ellátottak itt kerüljenek elhelyezésre, mert éppen állapotuk miatt nem illeszthetők be normál közösségbe.

Az intézmény egyik gondozottja középsúlyos értelmi fogyatékos, 1996 óta az intézmény lakója, ezt megelőzően már legalább 20 különböző intézményben élt, ahol megpróbálták gondozását és fejlesztését, azonban alacsony tűrőképessége, intellektuális deficitje, indulatvezérelt, kontrollmentes dühkitörései megghiúsították fejlesztését és gondozását. Mivel állandó veszélyt jelent nemcsak gondozóira, hanem betegtársaira is, egyedül él egy rögzített bútorokkal berendezett szobában. Az intézmény jelenleg is keresi az ellátott állapotának megfelelő gondozási helyet, több alkalommal próbálkoztak áthelyezéssel, mindezidáig sikertelenül.

E jelentésében az ombudsman arra a következtetésre jutott, hogy jelenleg Magyarországon nincs olyan ellátóhely, amely az akut, erőszakos magatartást visszatérően tanúsító pszichiátriai betegek ellátását biztosítaná.

#### *Rövid történeti áttekintés*

A pszichiátriai betegek intézeti ellátásának hazai történetét áttekintve, megállapítható, hogy a kezdetektől a szociális szféra és az egészségügy is feladatának tekintette a pszichiátriai betegekről való gondoskodást.

A pszichiátria első forradalma a 19. század közepén következett be. Először magánintézetek jöttek létre, majd állami intézmények létrehozására is sor került. Egyre több kórházban alakítottak ki elmeosztályokat. A 20. század elejétől azoknak a pszichiátriai betegeknek, akik kórházi kezelést nem igényeltek, családi ápolási telepeket hoztak létre. A befogadó családok gondozták és ápolták őket. A második. világháború után a befogadó családok intézménye teljesen

<sup>43</sup> Lásd AJB-3330/2010. számú jelentés

visszaszorult, munkaterápiás intézeteket és ún. elmeszociális otthonokat hoztak létre, többnyire vidéki kastélyokban, kúriákban, laktanyákban. 1980-ban 40 elmeszociális otthon működött az országban.<sup>44</sup>

A pszichiátriai betegek gyógykezeléséről már az 1972. évi II. törvény is rendelkezett, a szociális ellátásuk törvényi szabályozására 1993-ban került sor.

#### *A jelenleg hatályos jogszabályi háttér*

Az Eütv. 188. §-a értelmében veszélyeztető magatartású az a beteg, aki pszichés állapotának zavara következtében saját vagy mások életére, testi épségére, egészségére jelentős veszélyt jelenthet és a megbetegedés jellegére tekintettel a sürgős intézeti gyógykezelésbe vétele nem indokolt.

A közvetlen veszélyeztető magatartást tanúsító beteg – pszichés állapotának akut zavara következtében – saját vagy mások életére, testi épségére, egészségére közvetlen és súlyos veszélyt jelent.

Az Eütv. értelmében a pszichiátriai betegek gyógykezelésbe vétele történhet:

- önkéntes gyógykezelés keretében a beteg beleegyezésével, cselekvőképtelen beteg esetében a jogszabály által meghatározott személy kérésére,
- sürgősségi gyógykezelés formájában közvetlen veszélyeztető magatartás esetén, az azt észlelő orvos intézkedése alapján,
- kötelező gyógykezelésként, a bíróság kötelező intézeti gyógykezelést elrendelő határozata alapján.

Sürgősségi gyógykezelés szükségessége esetén a beteg felvételét követően a pszichiátriai intézet vezetője 24 órán belül a bíróság értesítésével kezdeményezi a beszállítás indokoltságának megállapítását és a kötelező pszichiátriai intézeti gyógykezelés elrendelését. A bíróság az értesítés kézhezvételétől számított 72 órán belül határozatot hoz.

A bíróság a sürgősséggel felvett beteg esetében akkor rendeli el a kötelező gyógykezelést, ha a beteg veszélyeztető magatartást tanúsít és fennáll az intézeti gyógykezelés szükségessége. A bíróság a gyógykezelés szükségességét harmincnaponként felülvizsgálja. A pszichiátriai intézetből el kell bocsátani a beteget, ha intézeti gyógykezelése a továbbiakban nem indokolt.

A bíróság annak a pszichiátriai betegnek a kötelező intézeti gyógykezelését rendeli el, aki veszélyeztető magatartást tanúsít, de sürgősségi gyógykezelése nem indokolt. A kötelező gyógykezelés elrendelésére irányuló eljárást az annak szükségességét megállapító pszichiátriai gondozóintézet szakorvosa a bíróság értesítésével kezdeményezi és javaslatot tesz a gyógykezelést végző pszichiátriai intézetre.

A bíróság a kötelező intézeti gyógykezelés szükségességét 30 naponként

<sup>44</sup>BAKONYI PÉTER: *Téboly, terápia, stigma*. Budapest: Szépirodalmi Könyvkiadó, 1983. 479–484. o.

felülvizsgálja. A kötelező intézeti gyógykezelésre kötelezett beteget az intézet elbocsátja, ha gyógykezelése már nem indokolt.

A szociális igazgatásról és a szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény (Szoctv.) 71. § (1)-(4) bekezdései értelmében pszichiátriai betegek otthonába az a krónikus pszichiátriai beteg vehető fel, aki az ellátás igénybevételének időpontjában nem veszélyeztető állapotú, akut gyógyintézeti kezelést nem igényel, és egészségi állapota, valamint szociális helyzete miatt önmaga ellátására segítséggel sem képes. Azon ellátást igénylő, akinek a kezelőorvos által meghatározott alapbetegsége súlyos antiszociális, közösségi együttélésre képtelen személyiségzavar, csak abban az esetben vehető fel a pszichiátriai betegek otthonába, ha az intézmény az alapbetegségével összefüggésben is szolgáltatást képes nyújtani számára.

Amennyiben az ellátást igénybe vevőnek egészségi állapota miatt sürgősségi gyógykezelésre van szüksége, úgy az intézmény orvosa az arra illetékes egészségügyi szolgáltatónál kezdeményezi az ellátott pszichiátriai egészségügyi ellátását.

A Szoctv. 94/E. § (1)–(4) bekezdése szerint a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézményi ellátást igénybe vevő ellátottnak joga van szociális helyzetére, egészségi és mentális állapotára tekintettel a szociális intézmény által biztosított teljes körű ellátásra, valamint egyéni szükségletei, speciális helyzete vagy állapota alapján az egyéni ellátás, szolgáltatás igénybevételére. A szociális szolgáltatások biztosítása során az egyenlő bánásmód követelményét meg kell tartani.

Az intézmény az általa biztosított szolgáltatást olyan módon végzi, hogy figyelemmel legyen az ellátást igénybe vevőket megillető alkotmányos jogok maradéktalan és teljes körű tiszteletben tartására, különös figyelemmel az élethez, emberi méltósághoz, a testi épséghez, a testi-lelki egészséghez való jogra.

A fenti jogszabályi rendelkezések alapján a két ellátási forma, a szociális otthoni gondozás és a pszichiátriai osztályon történő kórházi kezelés közötti különbségek az alábbiakban foglalhatók össze:

Kötelező kórházi kezelésben csak akkor lehet a beteget részesíteni, ha veszélyeztető, illetve közvetlen veszélyeztető magatartást tanúsít. A kórházak pszichiátriai osztályai gyógykezelést végeznek, és ezt az ellátást a betegnek kötelező igénybe vennie, ha saját vagy mások életére, testi épségére, egészségére nézve veszélyes (vagy veszélyes lehet).

A szociális otthonba veszélyeztető állapotú, akut gyógyintézeti kezelést igénylő beteg nem vehető fel, ilyen intézményben olyan pszichiátriai betegek helyezhetők el, akik önmaguk ellátására segítséggel sem képesek, vagy nincs olyan személy, akitől ehhez segítséget kaphatnak. Azok a betegek, akiknek az alapbetegsége súlyos antiszociális, közösségi együttélésre képtelen személyiségzavar, csak akkor vehetők fel szociális otthonba, ha az intézmény a betegségével összefüggésben is nyújt szolgáltatást.

*Az országgyűlési biztos a jelentésében megállapította, hogy azoknak a pszichiátriai betegeknek a hosszú távú ápolásáról, bentlakásos intézeti ellátásáról, akik a kórházi gyógykezelésnek köszönhetően ideiglenesen nem tanúsítanak veszélyeztető, illetve közvetlen veszélyeztető magatartást, azonban e magatartás – a szakorvos által javasolt gyógyszeres kezelés ellenére is – időszakonként visszatérően jelentkezik és emiatt speciális ellátást igényelnek sem az Eütv., sem a Szocvtv. nem rendelkezik.*

Az Eütv. alapján az egészségügyi ellátáshoz való jog négy elemet foglal magában, amelyek a következők:

1. Minden betegnek joga van sürgős szükség esetén az életmentő, illetve a súlyos, vagy maradandó egészségkárosodás megelőzését biztosító ellátáshoz, valamint fájdalomának csillapításához és szenvedéseinek csökkentéséhez (Eütv. 6. §).
2. Minden betegnek joga van – jogszabályban meghatározott keretek között – az egészségi állapota által indokolt, megfelelő, folyamatosan hozzáférhető és az egyenlő bánásmód követelményének megfelelő egészségügyi ellátáshoz (Eütv. 7. §)
3. A betegnek joga van az állapota által szakmailag indokolt egészségügyi szolgáltató és – ha a jogszabály kivételt nem tesz – a választott orvos egyetértésével az ellátást végző orvos megválasztásához (Eütv. 8. §).
4. Amennyiben a beteg az adott egészségügyi szolgáltatónál nem részesíthető az egészségi állapota által indokolt szükséges ellátásban, joga van a legrövidebb időn belül a megfelelő intézetbe való átirányításra, illetve várolistára való helyezésre (Eütv. 9. §).

A fentiek értelmében tehát az agresszív pszichiátriai betegeknek is alkotmányos joga a megfelelő egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés nemcsak a pszichiátriai osztályokon a kötelező intézeti gyógykezelés keretében, hanem hosszabb távú intézeti ellátásuk során is. A kérdés az, hogy az egészségügyi állapotukból fakadóan visszatérően veszélyeztető magatartást tanúsító pszichiátriai betegek hosszú távú ápolását, speciális egészségügyi ellátását biztosító intézmények léteznek-e Magyarországon.

#### *A vizsgálat megállapításai*

Az országgyűlési biztos a pszichiátriai betegek intézeti ellátásának vizsgálata során azt tapasztalta, hogy a hatályos jogszabályok nem adnak egyértelmű és határozott iránymutatást arra vonatkozóan, hogy az erőszakos magatartást tanúsító pszichiátriai betegeket melyik intézménynek kell tartósan gondoznia, egyáltalán meddig tartson a kötelező intézeti gyógykezelésük, mikor bocsáthatók el a pszichiátriai osztályról.

A jelentésében rámutatott arra is, hogy a jogszabályi rendelkezések nem szólnak arról, hogy mely intézmények felelnek meg annak a feladatnak, amelyet egy agresszív pszichiátriai beteg tartós gondozása jelent.

A témakörben folytatott ombudsmani vizsgálatok adatai szerint a szociális otthonok némelyike, mint pl. a kiskunhalasi otthon megpróbálja ellátni az agresszív pszichiátriai betegeket, de az állapotuknak megfelelő ellátást nem tudnak nyújtani számukra, sőt komoly erőfeszítéseket kell tenniük annak érdekében, hogy a többi ellátott testi épségét megóvják, illetőleg a beteg önkárosító cselekedetét megakadályozzák. E betegek számára az emberhez méltó életkörülmények biztosítása ezekben az otthonokban szinte lehetetlen.

A kérdés az, hogy az időszakonként visszatérően (közvetlen) veszélyeztető magatartású betegek tartós bentlakást biztosító intézeti ellátása kizárólag a szociális szféra feladata, vagy az egészségügyi ellátórendszer hatékony közreműködése is szükséges ahhoz, hogy az egész életükben ápolásra szoruló pszichiátriai betegek állapotuknak megfelelő gondozásban részesüljenek.

Erre a kérdésre a vonatkozó hatályos jogszabályok nem adnak egyértelmű választ. Ennek következtében ma Magyarországon nincs olyan intézmény, amely alkalmas arra, hogy ezeket a betegeket – akár életük végéig – gondozza.

A biztos megállapította, hogy a fennálló jogi helyzet visszasságot okoz a jogállamiság és az abból fakadó jobbiztonság elvével összefüggésben. A tartós bentlakást biztosító intézményi ellátás teljes hiánya pedig ellentétes az egyenlő bánásmód követelményével, valamint az érintettek emberi méltósághoz és az egészséghez, ezen belül az egészségügyi ellátáshoz való jogával összefüggésben visszasságot okoz.

Az országgyűlési biztos ezért felkérte a nemzeti erőforrás minisztert, hogy a személyi és tárgyi feltételek egyidejű meghatározásával, dolgozza ki az agresszív pszichiátriai betegek tartós intézeti elhelyezésének jogszabályi kereteit, valamint – az egységes jogalkalmazás érdekében – pontosítsa a kötelező intézeti gyógykezelést érintő jogszabályi rendelkezéseket. Emellett felhívta arra is, hogy tegyen határozott lépéseket a veszélyeztető magatartást tanúsító pszichiátriai betegek tartós bentlakását biztosító olyan intézetek létrehozására, amelyek speciális működési feltételeik révén biztosítani tudják a betegek megfelelő egészségügyi ellátását.

### **3.2.4. Tartós bentlakásos intézményen belüli agresszív beteg helyzete<sup>45</sup>**

Az állampolgári jogok országgyűlési biztosának irodájához 2010-ben a kiskunhalasi Bács-Kiskun Megyei Önkormányzat Pszichiátriai és Fogyatékos Betegek Otthonának, illetve 2011-ben a Csongrád Megyei Önkormányzat Napsugár Otthon Ópusztaszeri Pszichiátriai Otthonának működésével kapcsolatban érkezett több beadvány, közülük hármat az Állampolgári Bizottság az Emberi Jogokért Alapítvány nyújtott be.

<sup>45</sup> DR. TÓTH LÍVIA jogi főreferens (AJBH), Lásd AJB-3330/2010., 4304/2010., 4906/2010., 3167/2010. számú jelentés

A kiskunhalasi intézménynél a panaszosok kifogásolták az otthon költőpénzkezelését, továbbá előadták, hogy az ellátottak kapcsolattartási joga korlátozott, az Alapítvány egyik munkatársát például a beadvány szerint nem engedték be a 7. osztályon tartózkodó ismerőse szobájába, hanem a látogatói szobába kísérték. A várólista vezetését is kifogásolták, álláspontjuk szerint míg az előgondozottak közül kevesen kerülnek be, addig felvételt nyernek olyanok is, akik nem tartoznak az intézmény profiljába, illetve nem voltak előgondozottak, vagy a várólista végén álltak. Kifogás érkezett arra nézve is, hogy az otthon egyik lakója teljesen elkülönítve, állandó korlátozás alatt él a 7. osztályon (pl. asztallábhöz rögzítik, a szobáját nem hagyhatja el, fürdéshez pórázon viszik), a korlátozó intézkedéseket pedig a betegdokumentáció nem tartalmazza.

Az ópusztaszeri intézménynél az alapítvány sérelmezte a lakók tudta nélküli átszervezést, továbbá a szabályzatok érdekképviseleti fórum véleményének kikérése nélküli módosítását, tárgyi és személyi feltételek hiányát, étkezés nem megfelelő biztosítását, az ellátottak helytelen foglalkoztatását és az ellátás hiányos körülményeit.

A fenti körülmények alapján – tekintettel arra, hogy az ügyekben alkotmányos alapjogokkal kapcsolatos visszásság gyanúja merült fel – a biztos vizsgálatot indított, mely során a jogbiztonság követelménye és az élethez és emberi méltósághoz való jog érvényesülése mentén megvizsgálta a beadványokban foglaltak megalapozottságát.

Az ombudsman eljárásakor a vizsgálat módszerét, a célszerűnek tartott intézkedést maga választja meg. A kiskunhalasi intézmény tekintetében a Bács-Kiskun, az ópusztaszeri intézmény esetében pedig a Csongrád Megyei Kormányhivatal Szociális és Gyámhivatalát helyszíni vizsgálat lefolytatására kérte fel a biztos. Ezen túlmenően tájékoztatást kért még a kiskunhalasi intézményt fenntartó Bács-Kiskun Megyei Önkormányzattól, a Nemzeti Erőforrás Minisztériumtól és a kiskunhalasi intézmény vezetőjétől is.

#### *A Bács-Kiskun Megyei Önkormányzat Pszichiátriai és Fogyatékos Betegek Otthonának vizsgálata*

A beadványokban megfogalmazott panaszokra tekintettel a biztos különösen az otthon költőpénz kezelési gyakorlatára, a kapcsolattartásra, a várakozók nyilvántartására, a korlátozó intézkedések alkalmazására, a 7. osztály működésére és az ellátottakkal szemben tanúsított bánásmódra fókuszált a vizsgálat során.

A gyámhivatal helyszíni ellenőrzése során megállapította, hogy a *költőpénzek kezelése* mind a szabályzatban foglaltaknak, mind a jogszabályi rendelkezéseknek megfelelően történik. A költőpénzt keddi napokon osztják ki, ezzel kapcsolatban felmerült, hogy az intézmény, illetve a gondnokok által folytatott gyakorlat összeegyeztethető-e a költőpénz rendeltetésével. A tapasztalatok szerint a pszichiátriai vagy fogyatékossgal élő betegek többsége nincs tisztában a pénz tényleges értékével és funkciójával. Az egy hónapra szóló és egy ösz-



szegben átadott költőpénzt gyakran egyetlen nap alatt elköltik, a következő kifizetésig terjedő időben pedig folyamatosan kifizetést követelnek, s az is meg-esik, hogy ilyen esetekben elveszik gyengébb társaik pénzét, mely ugyancsak konfliktust szül.

Az ombudsman jelentésében egyetértett a gyámhivatal álláspontjával mely szerint a klasszikus értelemben vett költőpénz biztosítás és felhasználás a nagy létszámú, ítélőképességükben, cselekvőképességükben akadályozott ellátot-takról gondoskodó szociális intézmények esetében nem tud maradéktalanul megvalósulni, a költőpénz felhasználásának korlátozásával (annak heti egyen-lő részletben történő biztosításával) ugyan sérülnek az ellátott jogai, de meg-előzhetőek további és esetleg nagyobb érdeksérelmek.

A *kapcsolattartás* tekintetében a gyámhivatal megalapozatlannak találta a be-adványozó fentebb említett panaszát, ugyanis az Alapítvány munkatársa nem hozzátartozó, nem gondnok, ezért nincs jogosultsága az ellátottak életkörülmé-nyeinek a szakdolgozók megtevesztésével való ellenőrzésére, továbbá az otthon eljárását indokolta a többi ellátott személyiségi és vagyoni jogainak védelme is. Az intézmény jogszerűen, a házirendben foglaltaknak megfelelően járt el, amikor visszautasította az ellátott szobájában történő kapcsolattartást, s annak helyszínéként a látogatói szobát jelölte ki.

A gyámhivatal egy gondok jelzésére megtekintette a látogató helyiséget és megállapította, hogy az nem alkalmas a hozzátartozók zavartalan fogadására (a nagy üvegfelületek miatt a többi ellátott nem csak belát a helyiségbe, de ko-pogással, bekiabálással zavarja meg a látogatást). Ennek megfelelően felhívta az intézményt a helyiség céljának megfelelő belső átalakítására, amely a későbbiek folyamán megtörtént.

A gyámhivatal szükségesnek látta a látogatás rendjének házirendben történő továbbszabályozását, a lakószobákba történő belépés követelményeinek meg-határozását. Álláspontja szerint a gondnok a gondnokolt ellátott ellátásának ellenőrzése céljából nemcsak jogosult, de egyben köteles is megtekinteni az el-látott elhelyezési körülményeit, az intézmény pedig köteles ezt biztosítani, ez az ellenőrzés azonban nem járhat együtt a lakószobában élő többi ellátott szemé-lyiségi jogainak megsértésével vagy mindennapi életének zavarásával.

A vizsgálat idején a kiskunhalasi intézmény hatályos házirendje csak az ágyhoz kötött gondozottak esetében nevesítette a lakószobába való belépést, egyéb esetekben a látogató helyiségben, illetve a parkban tudják fogadni láto-gatóikat az ellátottak. Az ombudsman a házirend olyan módosítását tartotta indokoltnak, amely a fennjáró lakók esetén is lehetőséget teremt a (pl. közeli) hozzátartozók részére a lakószobába történő belépéshez, amely természetesen addig terjedhet, míg többi gondozott hozzájárul és nyugalma, a gondozás menetét nem zavarja. Bár a kapcsolattartással összefüggő szabályzatok módo-sítása a vizsgálat idején folyamatban volt, az ombudsman a szabályozás hiányos volta miatt a jogbiztonsággal összefüggésben állapított meg visszasságot ezen a területen.



A várólista vizsgálata során azt állapította meg a vizsgálat, hogy az intézmény több esetben sorrendmódosítást hajtott végre, ezért a várólistán hátrébb sorolt ellátott megelőzte a hosszabb ideje várakozókat. A soron kívüliség szükségességével indokolt döntések nem minden esetben bizonyultak kétséget kizáróan megalapozottnak. Az otthon 2011. január 1-jével „kérelmek benyújtása” címmel új nyilvántartásokat nyitott, külön pszichiátriai, illetve külön fogyatékos betegek tekintetében. A vezetett nyilvántartások megfelelnek a jogszabályi kritériumoknak.

A vizsgálat feltárta, hogy az intézmény az igénybevételi eljáráskor változatlanul ragaszkodik az írásbeliséghez, holott a jogszabályváltozás<sup>46</sup> rögzítette, hogy a kérelem mind írásban, mind szóban vagylagosan előterjeszhető. A biztos megállapította, hogy az intézmény felvételi rendje nem felel meg a jogszabályokban foglalt követelményeknek és ezzel a jogállamiság elvéből fakadó jogbiztonság követelményével összefüggésben visszásságot okoz.

A korlátozó intézkedések alkalmazásával kapcsolatban a gyámhivatal nem tárt fel intézkedésre okot adó körülményt. Megállapítható volt azonban, hogy 2010. december 1. óta 2011. június 30-ig összesen 65 korlátozó intézkedést rendeltek el; ez csaknem duplája a 2010. november 30-ig alkalmazott korlátozások számának, az érintett ellátottak létszáma pedig 8-ról 18-ra emelkedett. Az elrendelések többségét az ellátott személyzettel, társakkal szembeni agresszív magatartás, szuicid szándék vagy kísérlet indokolta.

A jogszabály<sup>47</sup> 2011. január 1-jétől felhatalmazást ad arra, hogy az intézmény orvosának elérhetősége hiányában az intézményvezető által műszakonként kijelölt ápoló dönthessen a korlátozó intézkedés elrendeléséről. A jogszabályi rendelkezés ugyan bekerült az intézmény házirendjébe, tényleges kijelölés azonban nem követte, sőt a házirendben változatlan maradt az a szabályozás, hogy farmakoterápiát csak orvos rendelhet el, illetve csak orvosi jóváhagyással adható. Így előfordult, hogy a szakdolgozók a kémiai korlátozásról nem tudtak intézkedni. A gyámhivatal így javasolta, a házirend jogszabálynak megfelelő módosítását, valamint a korlátozó intézkedések alkalmazása esetén használatos adatlap precízebb kitöltésére hívta fel az intézményt.

A megállapításokkal egyetértve, az ombudsman az élethez és emberi méltósághoz való joggal, valamint a jogbiztonság követelményével összefüggésben állapított meg visszásságot a hiányosan vezetett dokumentáció (ti. az adatlapokon nem rögzítették az ellátottjogi és a törvényes képviselő értesítésének megtörténtét) és az intézkedésre jogosult ápoló kijelölésének elmulasztása miatt.

<sup>46</sup> A szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény (Szoctv.) 93. § (1) bekezdése szerint a személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátások igénybevétele önkéntes, az ellátást igénylő, illetve törvényes képviselője szóbeli vagy írásbeli kérelmére, indítványára történik. (Hatályos: 2011. január 1-től)

<sup>47</sup> Az egyes szociális, gyermekvédelmi, családtámogatási, fogyatékosügyei és foglalkoztatási tárgyú törvények módosításáról szóló 2010. évi CLXXI. törvény 23. §, amely a Szoctv. 94/G. §-át módosította.

A gyámhivatal megvizsgálta az Alapítvány panaszában említett, a 7. osztályon, állapota miatt teljesen elkülönítve élő ellátott elhelyezései körülményeit. Megállapítható volt, hogy a gondozott rendkívül agresszív beteg, több intézményben is gondozták már, jelenleg is keresik számára a megfelelő gondozási helyet. Gyógyszeres terápia mellett egyéni gyógypedagógiai fejlesztésben részesítik, alacsony tűrőképessége, dühkitörései azonban majdhogynem ellehetetlenítik gondozását. Mivel állandó veszélyt jelent nemcsak gondozóira, hanem betegtársaira is, egyedül él egy rögzített bútorokkal berendezett szobában. 2009 tavaszán előfordult, hogy kb. egy héten keresztül (napi kétszer 1-2 órán át) a saját szobájában a székhöz kötötték a lábát szíjjal, mert tört-zúzott, illetve más információk szerint gyufával az ágybetétet felgyújtotta. A főnővérnek nem volt tudomása arról, hogy az ellátottat „pórázon” vitték volna tisztálkodni.

Az intézmény 7. osztálya létrehozásának elsődleges célja az volt, hogy a nehezen kezelhető, fokozottabb ellenőrzést, felügyeletet igénylő, a többi ellátottra veszélyes magatartást tanúsító ellátottak itt kerüljenek elhelyezésre, mert éppen állapotuk miatt nem illeszthetők be normál közösségbe. A szakvélemények szerint a 7. osztályon élő ellátottak más osztályon történő integrációja kétséges, mivel a gondozottak többszörös diagnózisúak, fokozott védelmet, gondozást igényelnek. A szakértő az osztály profiltisztítását javasolta, amely azóta folyamatban van, továbbá indokoltnak tartotta az ellátottak állapotuknak megfelelő szétválasztását, mely szükségképpen kisebb létszámú, ugyanakkor azonos profilú ellátottak együttes elhelyezését jelentené. Az osztály létszáma csak alig kevesebb a többi osztály gondozotti létszámánál, miközben a konfliktusok itt sokkal gyakoribbak és hevesebbek. A gyámhivatal is egyetértett a különleges állapotú ellátottak speciális szervezeti egységben történő ellátásával, annak megjegyzésével, hogy *több ellátott inkább állandó orvosi és egészségügyi ellátást igényelne, mint szociális gondozást.* E véleményt mind az intézményvezető, mint a fenntartó megerősítette. Ezen túlmenően elengedhetetlen az is, hogy a fogyatékos és pszichiátriai ellátás markánsan elkülönüljön, az intézményben már bent élő gondozottak jelenlegi környezetének drasztikus megváltoztatását azonban a gyámhivatal nem tartotta célszerűnek.

A 2010. évben többször is a média középpontjába került az intézmény, és az ott feltételezeten lezajlott cselekmények vizsgálatok sorozatát indították el. Az ombudsmani vizsgálat idején is történt egy súlyos testi sértés gyanúját felvető eset, amellyel kapcsolatban rendőrségi eljárás van folyamatban, az ügy még nem zárult le. A biztos vizsgálata így csak a nyomozás területén kívül eső körülményekre terjedhetett ki, nevezetesen arra, hogy az otthon személyzete, az intézményvezető megfelelően intézkedtek-e az eset kapcsán, megtörtént-e az incidens megfelelő kivizsgálása. Ezzel kapcsolatban a gyámhivatal azt állapította meg, hogy a belső vizsgálat nem zárult le megnyugtatóan, nem került megállapításra, hogy történt-e mulasztás, szükséges-e bárkivel szemben büntetőfeljelentés vagy valamely szakdolgozóval szemben munkajogi intézkedés megtétele, így felhívta a fenntartót, hogy intézkedjen az eset részletes kivizs-

gálásáról, és vizsgálja meg a megtett intézkedések belső szabályzatoknak való megfelelőségét.

Az országgyűlési biztos jelentésében egyetértett a gyámhivatal fenti álláspontjával, és az élethez és emberi méltósághoz való joggal, továbbá a jogállamiság elvéből levezethető jogbiztonság követelményével összefüggésben állapított meg visszasságot.

A gyámhivatal vizsgálata során egyértelművé vált, hogy a *rokon vagy hozzátartozó gondnokok* általában nem rendelkeznek kellő információval a jogaikat és a kötelességeiket illetően, a tevékenységüket érintő jogszabályváltozásokat pedig semmilyen módon nem kísérik figyelemmel, inkább a szokás alapján kialakított gyakorlat jellemzi a munkájukat. A jogszabály<sup>48</sup> csupán a hivatásos gondnokokra ír elő kötelező előképzettséget és évenkénti utóképzést, a rokon, illetve hozzátartozó gondnokokra vonatkozóan ilyen előírás nincs. A kérdéssel összefüggésben a *nemzeti erőforrás miniszter* megerősítette, hogy a gondnoki tisztséggel járó jogok és kötelezettségek minél szélesebb körű ismeretét elősegítené, ha a nem hivatásos gondnokok számára is jogszabályban előírt kötelezettség lenne egy, a gondnoki tisztséggel járó feladatokat ismertető tanfolyamon való részvétel. Támogatandónak tartja a gondnokok működését segítő, ellenőrző, a gyámi, gondozói tanácsadóhoz hasonló feladatokat ellátó gondnoki tanácsadói rendszer kialakítását. A gondnoki képzés és a gondnoki tanácsadói rendszer jogintézményének bevezetését megítélése szerint célszerű már az új Ptk. szabályaival összhangban megvalósítani, melyre a tárca a tájékoztatás szerint törekedni fog.

A fenntartó Bács-Kiskun Megyei Önkormányzat és a gyámhivatal 2008 októberében hatósági szerződést kötött, mert a hatóság megállapította, hogy nem biztosított valamennyi ellátott esetében a jogszabályban előírt minimális 6 m<sup>2</sup> lakóterület. A szerződésben a fenntartó vállalta, hogy legkésőbb 2010. december 31-ig gondoskodik a hatályos jogszabályi előírásoknak megfelelő tárgyi és elhelyezési feltételek biztosításáról. A későbbiekben határidő módosításra került sor, mivel a szűkös anyagi lehetőségek miatt az intézmény napi működését is csak jelentős erőfeszítések árán tudták az elmúlt években megvalósítani. A kötelezettség teljesítésekor jelentős szerepet szántak volna pályázatoknak és az azon elnyerhető támogatásoknak, azokat azonban nem írták ki. Minderre tekintettel a fenntartó a hatósági szerződés módosítását kezdeményezte 2011. október 10-i teljesítési határidővel. A módosítással egyidejűleg ellátotti létszámstopot vezettek be, a megüresedő férőhelyeket nem lehetett betölteni. Mivel azonban a fenntartó más, pszichiátriai betegek ellátását biztosító szociális intézménnyel nem rendelkezik, a hatóság megállapította azon eseteket, élethelyzeteket, melyek kivételt képeznek a tilalom alól. Így a tilalom nem vonatkozik az állami gondoskodás alatt álló kiskorúra, aki a megyei szakértői bizottság

<sup>48</sup>A hivatásos gondnoki feladatot ellátó személyek képesítési előírásairól szóló 25/2003. (V.13.) ESzCsM rendelet

véleménye értelmében különleges vagy speciális szükségletű, valamint arra a személy, akinek ellátását rendkívüli élethelyzete indokolja. A felvételi tilalom továbbá nem érintette azon ellátottakat, akikre nézve 2011. január 1-jét megelőzően a Szocvtv. rendelkezése alapján már kötelezettséget vállalt az intézmény. Így sikerült elérni a gondozotti létszám csökkenését.

Az jogszabálynak nem megfelelő elhelyezési körülmények miatt az ombudsman az élethez és emberi máltósághoz való joggal és a jobbiztonság követelményével összefüggésben állapított meg visszásságot.

*A Csongrád Megyei Önkormányzat Napsugár Otthon Ópusztaszeri Pszichiátriai Otthonának vizsgálata*

A Csongrád Megyei Kormányhivatal Szociális és Gyámhivatala az *intézmény átszervezésével* kapcsolatban helyszíni vizsgálata során feltárta, hogy az átszervezésről a lakók értesültek, az igazgató 2011 májusában tartott lakógyűlésen bemutatkozott. Az intézményben a központi faliújságon az intézményi összevonásról és az új intézményvezető személyéről szóló értesítést kifüggesztették. A változások vonatkozásában gondnoki értekezletet is szerveztek, a szakmai program és a házirend módosítását az Érdekképviseleti Fórum véleményezte, és elfogadta. Az ellátotti és dolgozói interjúkból összességében megállapítható volt, hogy az intézmény összevonásáról és az intézményvezető váltásáról mindenki hallott.

*Az étkeztetés, a személyi higiénés körülmények* tekintetében a gyámhivatali vizsgálat nem tárt fel szabálytalanságokat.

Az ópusztaszeri otthon a műemléki védettségű Pallavicini-kastély épületében és egy ahhoz épített „pavilon” részben nyert elhelyezést. A kastély – a szociális intézmény jogszabályi feltételeinek megfelelő – átalakítása csak részben biztosítható, illetve olyan anyagi terhet ró a fenntartó megyei önkormányzatra, amit jelenlegi anyagi forrásaiból nem tud biztosítani. A fenntartó önkormányzat 2008-ban intézkedési tervet fogadott el a zsúfoltság csökkentése és a *tárgyi feltételek* vonatkozásában. A fenntartó önkormányzat 2010-re 22 fős kapacitás-csökkentést határozott meg, jelenleg azonban a pénzügyi és pályázati források hiánya miatt kapacitás-csökkentésre intézményi kiváltásra nem került sor.

Az intézmény az egy ellátottra jutó lakóterület jogszabályban meghatározott feltételének hiánya miatt rendelkezik határozott idejű működési engedéllyel, ezzel kapcsolatban – a tárgyi feltételek hiánya miatt – az országgyűlési biztos jelentésében az élethez és emberi méltósághoz való joggal és a jogállamiság elvéből fakadó jobbiztonság követelményével összefüggésben állapított meg visszásságot.

Az ombudsmani vizsgálat alapján elmondható, hogy az érintett intézmények lehetőségeikhez mérten igyekeznek mindent megtenni a jogszabályszerű működés feltételeinek megteremtése érdekében, de egyes problémák kezelése és megoldása meghaladja az intézményi kompetencia határait és rendszerszintű problémákra utal.

2011. január 1-jét követően fogyatékos személyek ápolást-gondozást nyújtó intézményi ellátása céljából új férőhelyet csak lakóotthoni formában lehet létrehozni. A kiskunhalasi otthon alapítási időpontja – az Alapító Okirat szerint – 1992, a gyámhivatal tájékoztatása szerint az ópusztaszeri intézmény alapításának időpontja 1964. Figyelemmel a vizsgált intézmények alapítási idejére, a jogszabályi rendelkezések<sup>49</sup> szerint az intézmény által létesíthető férőhelykorlát rájuk nem vonatkozik. Ugyanakkor mind a kettő a később alapítható intézményeknél jóval magasabb ellátotti létszámmal bír. Könnyen belátható, hogy olyan nagy létszámú intézményekben, mint a vizsgált otthonok, ahol gondozottakkal és gondozókkal számolva több száz ember él együtt, elkerülhetetlenek a mindennapos súrlódások, konfliktusok és az ezekből adódó panaszok. Ezen otthonokban többségében rendkívül alacsony toleranciaküszöbvel rendelkező ellátottak zsúfolódnak össze, akár kevert kórképpel is, akiknek eltérő szükségleteikhez igazodva speciális, egyéniesített ellátásra lenne szükségük, erre azonban a jelenlegi intézményi struktúra keretei között nincs lehetőség. A vázolt helyzetet tovább súlyosbítja az a körülmény, hogy ezen intézmények jellemzően a lakott területektől messze, elszigetelten, általánosságban régi kastély- vagy laktanyaépületekben kerültek kialakításra, mely épületek szerkezeti, építészeti jellemzőikből fakadóan kevésbé alkalmasak az ellátottak egyéni igényeikhez igazodó gondozásra. A kialakult állapotok az ellátottak emberi méltósághoz fűződő joga sérelme bekövetkeztének állandó és közvetlen veszélyét hordozzák magukban a biztos álláspontja szerint.

2011 júliusában lépett hatályba a fogyatékos személyek számára ápolást-gondozást nyújtó szociális intézményi férőhelyek kiváltásának stratégiájáról és a végrehajtásával kapcsolatos kormányzati feladatokról szóló 1257/2011. (VII. 21.) kormányhatározat. A határozat tartalmazza a 2011–2041-ig tartó időszakra szóló stratégiai programot, mely meghatározza, hogy milyen határidőig és hány férőhely kiváltására van lehetőség.

A stratégia szerint a férőhely kiváltási program célcsoportja a látás-, hallássérült, mozgáskorlátozott, értelmileg akadályozott, kommunikációban számottevően korlátozott és autizmussal élő vagy súlyosan, halmozottan fogyatékos személyek. A program intézményi alanyai azok az intézmények, amelyeknek a működési engedélye/szociális szolgáltatási tevékenysége a fogyatékossgal élő emberek ellátására szól, és egyaránt vonatkozik a tartós bentlakást nyújtó nagy létszámú

<sup>49</sup> Az 1999. évi LXXIII. törvény 15. §-ával módosított 1999. október 1-jétől hatályos Szocvtv. 57. § (3) bekezdése szerint a bentlakásos intézmény legfeljebb 150 fő ellátását biztosíthatja. E rendelkezést azon intézmények esetében kell alkalmazni, amelyek ezt követően kapnak működési engedélyt. A Szocvtv. e szakaszát a 2010. évi XXIX. törvény 25. §-a ismét módosította, kiegészítve a fenti rendelkezést azzal, hogy telephellyel rendelkező szociális intézmény esetén a férőhelyszámot az ellátást nyújtó székhelyén és az egyes telephelyeken külön-külön kell vizsgálni. A szakasz utolsó mondatában rögzíti azt is, hogy 2011. január 1-jét követően fogyatékos személyek ápolást-gondozást nyújtó intézményi ellátása céljából új férőhelyet csak lakóotthoni formában lehet létrehozni, azonban ezt nem kell alkalmazni a fenti dátumot megelőzően jogerős építési engedéllyel rendelkező beruházásokra.

ápoló-gondozó intézményekre és a nem fogyatékos embereket ellátó, vagy vegyes profilú intézmények esetében a fogyatékos embereket ellátó részlegre.

A célcsoport alanyai azon fogyatékos személyek is, akik szenvedélybetegséggel, pszichiátriai zavarral küzdenek. *Fontos hangsúlyozni, hogy a Stratégia szerint: A kizárólag pszichiátriai, szenvedélybeteg problémával küzdők azonban nem tartoznak ezen intézményi férőhelykiváltás stratégiájának a célcsoportjába.*

Ezzel kapcsolatban a biztos utalt arra jelentésében, hogy az ENSZ Fogyatékos-sággal élő személyek jogairól szóló Egyezményének I. cikke szerint „Fogyatékos-sággal élő személy minden olyan személy, aki hosszan tartó fizikai, értelmi, szellemi vagy érzékszervi károsodással él, amely számos egyéb akadállyal együtt korlátozhatja az adott személy teljes, hatékony és másokkal egyenlő társadalmi szerepvállalását”. A fogyatékos-sággal élő személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról szóló 1998. évi XXVI. törvény (Fot.) 4. §-a kimondja, hogy „E törvény alkalmazásában fogyatékos személy az, aki érzékszervi – így különösen látás-, hallásszervi, mozgásszervi, értelmi képességeit jelentős mértékben vagy egyáltalán nem birtokolja, illetőleg a kommunikációjában számottevően korlátozott, és ez számára tartós hátrányt jelent a társadalmi életben való aktív részvétel során”.

Az Egyezmény hitelesnek számító angol szövegében a fogyatékos-ság definíciója nem egy kizáró meghatározás, hanem explikatív felsorolás arról, hogy a fogyatékos-ságot milyen típusú károsodások okozhatják. Az angol szöveg fizikai, mentális és értelmi fogyatékos-ságot említ, amelynek a magyar fordítás nem felel meg. A mentális fogyatékos-ság angol megfelelőjét azon személyekre alkalmazzák, akik pszichiátriai betegsége olyan mértékű, hogy számottevően befolyásolja a főbb életfunkcióikat, tevékenységeket is. (ilyen pl. a gondolkodás, kommunikáció, alvás vagy tanulás). A magyarban a mentális fogyatékos-ság kifejezés használata ettől különböző tartalommal jelent meg, általában az értelmi fogyatékos-ság megfelelőjeként volt használatos. Az angol mental disability/impairment magyar megfelelőjeként a szakirodalom vagy a „pszichiátria beteg” vagy a „pszichoszociális fogyatékos-ság” kifejezést alkalmazza. Így a jogszabályok fogyatékos személyek számára biztosított jogai, többlet védelme sem terjed ki a pszichoszociális fogyatékos-sággal élőkre. A Fot. nem felel meg az Egyezménynek sem abból a szempontból, hogy egy zárt felsorolással határozza meg a fogyatékos-ság fogalmát, sem abból a szempontból, hogy egy fordítási megoldás nem képezi le az Egyezményben megjelenített csoportokat.<sup>50</sup>

Az intézményi struktúra problémaköréhez tartozik, hogy jelenleg nincs Magyarországon olyan ellátóhely, amely az akut erőszakos, agresszív pszichiátriai betegek ellátását biztosítaná. A beérkezett válaszok és szakorvosi vélemények is alátámasztják, hogy a kiskunhalasi intézményben – különösen a 7.

<sup>50</sup> Központa Mentális Sérültek Jogaiért Alapítvány (MDAC) tanulmánya a pszichoszociális fogyatékos-sággal élő személyek jogairól a „Fogyatékos-sággal élő személyek jogairól szóló Egyezmény tükrében”.



osztályon – élő ellátottak nagy részének gondozása a szociális ellátórendszer kapacitási kereteit meghaladja, sem a személyzet, sem az infrastruktúra nem áll rendelkezésre a súlyos, violens pszichiátriai betegek tartós ápolására. Az egyöntetű vélemények szerint hathatós megoldást a magas biztonsági fokozatú speciális intézmények létrehozása biztosítana. A Nemzeti Erőforrás Minisztérium Egészségügyért Felelős Államtitkársága a pszichiátriai és addiktológiai ellátórendszerből hiányzó ellátások megteremtése végett döntött az Országos Pszichiátriai és Addiktológiai Intézet (OPAI) létrehozásáról. Az intézet szakmai profilján belül tervezi egy 3 × 15 ágyas, zsiliprendszerben működő „high security” egység létrehozatalát, amelynek feladata kifejezetten az agresszív pszichiátriai betegek ellátása lenne. A nemzeti erőforrás miniszternek 2011. december 31-ig kell elkészítenie az OPAI megvalósíthatósági tanulmányát.

Jelentésében az országgyűlési biztos felkérte a *nemzeti erőforrás minisztert*, hogy tegyen határozott lépéseket a pszichiátriai és szenvedélybetegeket ellátó nagy létszámú tartós bentlakásos intézmények kitagolásának mielőbbi végrehajtására, illetve a jelenlegi intézményekben tapasztalható zsúfoltság megszüntetésére, teremtse meg a szociális ellátórendszer körében nem ellátható pszichiátriai betegek gondozásának intézményi kereteit (magas biztonsági fokozatú intézmények), annak személyi és tárgyi feltételeinek egyidejű meghatározásával, dolgozza ki a nem hivatásos gondnokok képzésének és a gondnoki tanácsadói rendszer bevezetésének követelményeit. Felkérte ezen túlmenően a *Bács-Kiskun Megyei Kormányhivatal Szociális és Gyámhivatalát* a teljesítési határidők lejártát követően folytasson le utóellenőrzést, és annak eredménye függvényében tegye meg a szükséges intézkedéseket, valamint kezdeményezte a *Bács-Kiskun Megyei Önkormányzat Pszichiátriai és Fogyatékos Betegek Otthonának vezetőjénél*, hogy tegye meg a szükséges intézkedéseket a belső szabályzatok megfelelő módosítására.

A gyámhivatal a jelentésre adott válaszában arról tájékoztatta a biztost, hogy az otthon a hatályos jogszabályoknak megfelelően átdolgozta a házirendjét, különös tekintettel a lakószobába való belépés szabályaira és a korlátozó intézkedések alkalmazásának eljárási rendjére. A 7. osztály problematikájának kezelése azonban meghaladja az intézmény kezében lévő eszközöket. Problémaként jelezte, hogy egyes rendkívüli esemény bekövetkeztekor az illetékes kórház csak rövid ideig, 1-2 napig tartja bent az egészségügyi ellátórendszerben a gondozottat, így az otthonban nincs lehetőség ennyi idő alatt az osztály megbomlott egyensúlyának visszaállítására, az indulatok lecsillapítására, amely újabb feszült helyzeteket, konfliktusokat eredményezhet. A fenntartó emiatt próbálja szorosabbra fűzni az együttműködést az egészségügyi szakellátással.

Az osztály profiltisztítása hosszadalmas folyamatnak ígérkezik, több olyan ellátott van, akiknek irányába – különösen agresszív és összeférhetetlen magatartásuk miatt – kevésbé fogadó készek a megyei vagy akár országos illetékességű intézmények.

A gyámhivatal 2011. október 14-én az intézmény működési engedélyét ideiglenes működési engedélyre módosította, mert a már említett hatósági szerződés értelmében a fenntartónak 2011. október 10-ig kellett volna gondoskodnia a tárgyi feltételek teljesüléséről. Az ideiglenes engedély értelmében ez a dátum 2013. október 10-re módosult, továbbá érvényben maradt, hogy a megüresedő férőhelyeket – meghatározott kivételekkel – sem pszichiátriai, sem fogyatékos ellátottakkal nem lehet betölteni. Az intézkedés következtében 355 főről 336-ra csökkent a gondozottak száma, azonban a profiltisztítás, a belső struktúra átalakítása a jogszabályi, ellátórendszerbeli átalakításokkal együttesen valósítható meg.

A gyámhivatal egyetértett az ombudsman javaslatával, miszerint speciális szükségletekre reagáló szociális intézmények és a pszichiátriai betegek egészségügyi ellátórendszeren belül történő kezelésének jogszabályi háttérét meg kell teremteni, továbbá segítséget kell nyújtani a fenntartóknak az intézményi zsúfoltság csökkentéséhez, a kitagolás megvalósításához.

A Bács-Kiskun Megyei Közgyűlés elnöke is tájékoztatta a biztost a végbe ment változásokról: a házirend és a vészhelyzet kezelésére vonatkozó belső utasítás átdolgozásáról. Az otthon vezetése megvizsgálta, hogy mi okozta az utóbbi időben a korlátozó intézkedések számának ugrásszerű növekedését, illetve, hogy a 7. osztály profiltisztítása hogyan valósítható meg. Az itt élő összeférhetetlen ellátottak ápolása átlagon felüli fizikai és pszichés teljesítményt követel a személyzettől. A kialakult problémák és a korlátozó intézkedések magas száma a fenntartó szerint szorosan összefügg a már tárgyalt intézményrendszerbeli hiányosságokkal, valamint a pszichiátriai és fogyatékos betegek ellátásával foglalkozó személyek védelméről szóló jogszabályi környezet kuszaságával. A szociális ellátórendszerbe szorulnak azok a betegek, akik krónikus kórházi ellátást igényelnének, azaz egy olyan intézménytípus keretei között kapnak ellátást, amely nem alkalmas teljes körűen az ilyen típusú ellátásra (a szociális intézmény feladata az, hogy életvezetési segítséget nyújtson a rászorulóknak).

A 2011 májusában történt rendkívüli esemény kivizsgálása során a fenntartó azt állapította meg, hogy mulasztásos jogszabálysértés nem történt, a lakó megfékezése, az alkalmazott korlátozó intézkedés törvényes és arányos volt. Az este kapcsán a Kiskunhalasi Rendőrkapitányság nyomozást folytat, az ügy nincsen még lezárva.

A megyei közgyűlés elnöke utalt arra, hogy 2012. január 1-jét követően a megyei önkormányzatok intézményfenntartói szerepe megszűnik, így a kiskunhalasi intézmény is a megyei kormányhivatal fenntartásában fog továbbműködni. A határozatlan idejű működési engedély ismételt elnyeréséhez szükséges személyi, tárgyi, szakmai feltételek megteremtése már az új fenntartó feladata lesz.

### 3.3. A szülők „betegjogai”<sup>51</sup>

2010-ben több, egymáshoz sokban hasonló panasz érkezett a biztoshoz olyan szülőktől, akiket gyermekük kórházi ellátása során gyermekükkel egy kórterembe helyeztek el éjszakára. Valamennyi panaszos az elhelyezés méltatlan körülményeit kifogásolta, elsősorban azt sérelmezve, hogy az éjszakát legfeljebb sámlin ülve vészelhették át a beteg gyermek mellett, de beszámoltak olyan tapasztalatról is, hogy a várandós anya laticelen fekvé alhatott gyermeke betegágyánál.

Az ombudsmani gyakorlat közszolgáltatást végző szervek körébe tartozónak tekinti az egészségügyi intézményeket, amelyekre az ombudsman vizsgálati jogosultsága egyértelműen kiterjed, amire alapozva, illetve a panaszok alapján a biztos átfogó vizsgálatot kezdeményezett, hiszen különböző egészségügyi intézmények voltak érintettek.

A vizsgálat során számos gyermekklinikát, illetve néhány megyei és városi kórházat<sup>52</sup> is megkeresett a kórházi fekvőbeteg-ellátásban részesülő kiskorúakkal benntartózkodó szülők éjszakai elhelyezésének körülményei kapcsán, a finanszírozási kérdéseket illetően pedig részletes tájékoztatást kért az Országos Egészségbiztosítási Pénztár főigazgatójától.

Alapjogi érvelése során a biztos egyrészt hivatkozott a jogállamiság elvéből folyó azon követelményre, mely szerint a közhatalommal rendelkező szervek a jog által megállapított működési rendben, a polgárok számára megismerhető és kiszámítható módon szabályozott korlátok között fejtik ki tevékenységüket,<sup>53</sup> másrészt az élethez és az emberi méltósághoz való jog kapcsán annak egy fontos elemére az önrendelkezéshez való jogra. Érvelésének további, hangsúlyos részét képezte a gyermekek védelmének alkotmányos alapja (az Alkotmány 67. §-a), azaz hogy minden gyermeknek joga van a családjá, az állam és a társadalom részéről arra a védelemre és gondoskodásra, amely a megfelelő testi, szellemi és erkölcsi fejlődéséhez szükséges. A védelem és gondoskodás a család, az állam és a társadalom kötelessége. Ugyanezt diktálja a gyermekvédelem alaptézise, a *gyermek mindenképp felett álló érdekének* érvényre juttatása is. Ezen alapjogi szempontok és követelmények mentén a vizsgálat elsődlegesen arra keresett választ, hogy a kapcsolattartás lehetőségének biztosítása mellett az érintett egészségügyi intézményekben a folyamatos kapcsolattartás érvényesítése megfelelő, méltó körülmények között zajlik-e.

Az egészségügyi törvény értelmében az ellátott gyermeknek joga van ahhoz,

<sup>51</sup> DR. SZABÓ-TASI KATALIN jogi főreferens (AJBH); lásd AJB-579/2010. számú jelentés

<sup>52</sup> Gottsegen György Országos Kardiológiai Intézet; Magyar Református Egyház Bethesda Gyermekkórháza; Semmelweis Egyetem I. és II. számú Gyermekgyógyászati Klinikája; Fővárosi Önkormányzat Szent János Kórháza és Észak-budai Egyesített Kórháza; Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum Gyermekgyógyászati Intézete; Zala Megyei Kórház és Rendelőintézet; Váci Jávorszky Ödön Kórház; Kiskunfélegyházi Városi Kórház

<sup>53</sup> 56/1991. (XI. 8.) AB határozat, ABH 1991, 454., 456. o.

hogy legalább egy személy mellette tartózkodjon, de a törvény a tartózkodás körülményeire nézve nem határoz meg minimum szabályokat, így azokról az egyes egészségügyi intézmények maguk dönthetnek. Az egészségügyi törvény azt is egyértelművé teszi, hogy a kapcsolattartás joga a fekvőbeteg-gyógyintézetben meglévő feltételektől függően, a betegársak jogainak tiszteletben tartásával és a betegellátás zavartalanosságával összhangban gyakorolható. A meglévő feltételektől függővé tett joggyakorlás – még ha ez a valós állapot korlátait figyelembe vevő megfogalmazás is – a deklarált jogok tényleges gyakorlását relativizálja, így az egyes magyarországi intézményre nézve jelentős eltérést enged.

A törvény a kapcsolattartás részletes szabályainak megállapítását a házirendekre hagyja – ami önmagában nem tekinthető visszásnak ameddig a házirend rendelkezései a keretjogszabályok tartalmával nem ellentétesek, és teljesítik az előírt törvényi minimumot – azzal, hogy az ebben megállapítottak nem korlátozhatják a jog lényeges tartalmát. Szakmai-szervezési okok miatt ugyanakkor lényegében kizárt, hogy valamennyi kórházban és valamennyi ellátott gyermek esetében közel egységes körülmények között zajló, egyben hasonló minőségi szintet elérő kapcsolattartási körülmények legyenek. A szülő éjszakai benntartózkodásának körülményei ebből kifolyólag elsősorban tehát az adott kórház technikai, építészeti paraméterei, továbbá pénzügyi helyzetének függvényében differenciálódnak.

A kapcsolattartásra vonatkozó törvényi szabályok elnagyoltak, a gyakorlatban legfeljebb alapvető jelentőségük van, holott ez az alapvető jelleg a betegek, ezen belül különösen a beteg gyermekek jogainak tényleges és maradéktalan érvényesülése érdekében nem elegendő. A házirend kialakítása során irányadó jogi szabályozás betartása, betartatása az egyes intézmények gyógyító terápiájának különbözősége, az intézmény, osztály építészeti adottságai, és anyagi lehetőségei függvényében jelentősen eltérő lehet. Ennek eredményeként megállapítható, hogy a folyamatos kapcsolattartás lehetősége – a konkrét panaszokon túlmutatóan is – számos intézményben nem megfelelően biztosított.

A gyermekek kapcsolattartásával és a szülő éjszakai elhelyezésével összefüggésben hangsúlyozni kell, hogy a gyermek korából, fejlettségéből adódóan teljes mértékben igényli a szülői gondoskodást, az esetek nagy részében a jelenlétet is.

A biztos megállapította, hogy *nem sérti* a kapcsolattartás jogát, sem a *benntartózkodásra jogosult szülő emberi méltóságát, ha a kórház megtiltja, hogy a kórteremben, szobában található más, üres betegágyakra feküdjön a gyermeke mellett tartózkodó szülő. Az azonos szobában elhelyezett szülők nemét* illetően a házirendben megtalálható korlátozásokkal kapcsolatban ugyanakkor indokolatlannak találta annak az általános tilalmát, hogy férfi nemű hozzátartozó tartózkodjon a gyermek mellett. A gyermek jogaival ellentétesnek minősül, ha egy később felvett gyermek mellett csak azért nem tartózkodhat bent az apa, mert az azonos kórterembe korábban felvett gyermek mellett az anya tartózkodik. A korábban elhelyezett szülő szemérem- vagy komfortérzete sem ad okot a férfiak jelenlétének tiltására. Számos olyan eset elképzelhető, hogy a gyermek anyja beteg, ápolásra szorul,

esetleg elhunyt, és nincs más női hozzátartozó, aki a gyermekkel maradna. Továbbá, a meglévő tárgyi feltételektől függővé tett joggyakorlás – még ha ez a valós állapot korlátait figyelembe vevő megfogalmazás is – a deklarált jogok tényleges gyakorlását relativizálja.

Fontos hangsúlyozni azonban, hogy a kórházak együttműködő, sok esetben konstruktív javaslatokat is tartalmazó válaszaiból kiderült, hogy a kórházi vezetés és személyzet is a legtöbb esetben igyekszik és törekszik a szülőnek minél pihentetőbb, így méltóbb elhelyezést is nyújtani, ennek azonban sok esetben az osztály építészeti adottságai (szoba mérete, tisztálkodási lehetőség) szab gátat.

A kórház mint egészségügyi szolgáltató elsődleges funkciója a gyógyítás, a betegellátás, valamennyi, a kórházban végzett tevékenységet ennek figyelembe vételével kell és lehet végezni. Tény, hogy a jelenlegi egészségügyi ellátó rendszer nem alkalmas arra, hogy valamennyi intézményében és osztályán a minimális komfortfokozatú elhelyezésen túli, magasabb színvonalú elhelyezést biztosítson. Előremutató kivételek, kezdeményezések tapasztalhatóak ugyan, de a korszerű betegellátás követelményei mellett elvárható emberhez méltó körülmények között való benntartózkodás – egyelőre – inkább a ritka kivételek közé sorolandó. Mindez azonban nem jelenti azt, hogy a jogalkotó ne lenne köteles folyamatos lépéseket tenni a beteg gyermek jogainak – így különösen a kapcsolattartás jogának – védelmét elősegítő, ezzel egy időben a benntartózkodás körülményeit standardizáló, emberibbé, méltóbbá tevő jogszabályi környezet kialakítására. A jogalkotó felelőssége elsősorban a szemléletváltás alapjainak megteremtésében rejlik: észlelnie kell a jelenlegi helyzet tarthatatlanságát, ezek kiküszöbölése érdekében átalakítani a jogi és pénzügyi környezetet. A revízió ugyanakkor nem feltétlenül csak a szűkebb értelemben vett egészségügyi joganyagot érintheti: történhet egyrészt például azzal, hogy a jövőben átadott kórházak, kórházi osztályok esetében kötelező jellegűvé teszi a szülői benntartózkodás méltó gyakorlati megvalósulását elősegítő *építészeti megoldásokat*, és ezek tekintetében előír minimumkövetelményeket, kapcsolódó szakmai (építészeti, tervezési) szabályokat határoz meg.

Az ombudsman jelentésében alapjogi szempontból vitatta a finanszírozással érintett alanyi kör szabályozásának megoldását is, ez ugyanis eltérő szintű jogszabályokban meghatározott, ami akadályozza a szabályozás áttekinthetőségét és követelhetőségét, így sérti a jogállamiság elvéből fakadó jogbiztonság követelményét.

Már önmagában komoly értelmezési nehézséget okozhat az a jogi megoldás, hogy az Egészségbiztosítási Alapból finanszírozható „kísérők” három különböző kategóriáját három, a jogforrási hierarchiában eltérő szintű jogszabályban határozza meg a jogalkotó. E regulációs megoldás a jogalkotásról szóló törvény követelményei szempontjából aggályosnak tekinthető. Ez ugyanis alapelveként rögzíti, hogy az azonos vagy hasonló életviszonyokat azonos vagy hasonló módon, szabályozási szintenként *lehetőleg ugyanabban a jogszabályban kell szabályozni*, a szabályozás *nem lehet indokolatlanul párhuzamos vagy többszintű*.

Kijelenthető, hogy a kísérő személyek ellátásakor a finanszírozási díj fedezetet biztosít mind a szülő szállása, mind az étkezése tekintetében. Nincs egységesen meghatározva, hogy a kórház ebből milyen arányban fordít a szülő étkezésére, mennyit csoportosít a felmerülő egyes költségekre, illetve mennyit költ az éjszakai fekvőhely kialakítására, fenntartására. A jogszabály továbbá – ahogyan az Eütv. sem – nem tartalmazza, hogy ebből az összegből a benn-tartózkodás milyen minimumfeltételeit köteles a kórház biztosítani. A valóságban ugyanis ez azt jelenti, hogy az a kórház, amelyik – bármilyen, akár egyéb indokokkal alátámaszthatóan – csupán egy széken helyezi el a szülőt, annak ellenére megkapja a teljes térítési összeget, hogy a szülő étkeztetésének, illetve jelenléte rezsivonzatának együttes összege nem éri el napi szinten a 3000 forintos összeget. A minimális követelményszint meghatározására azért is szükség lenne, mert egyértelmű, hogy növekvő tendenciát mutat e jog érvényesítése. Az Egészségbiztosítási Alap által finanszírozott kísérő személyek elszámlolt ellátási napjainak száma 2008–2010 között növekedést mutatott, összesen 16,3 százalékkal emelkedett.<sup>54</sup> 2008-ban és 2009-ben egy ellátási nap 2920 forintot, 2010-től az ebben az évben teljesített kifizetésekre 3000 forintot jelentett a kórházaknak. Az éves kifizetés összege 2010-ben meghaladta a 486 millió forintot.

A biztos megállapította azt is, hogy a gyermek gondoskodáshoz és védelemhez való jogával összefüggő visszásságot, a jogsérelem közvetlen veszélyét okozza, hogy a 14 év feletti gyermekek szüleinek benntartózkodását az állam semmilyen módon nem támogatja, nem téríti. Alapvetően a 18. életév betöltése határozza meg a kiskorúság, valamint a nagykorúság szabályozását a magyar jogrendszerben is. Természetesen az egyes jogágakban léteznek a gyermekkorú személy korára reflektáló differenciált szabályok. Kijelenthető azonban, hogy a magyar jogrendszerben is főszabály szerint kiskorúnak számít minden 18. életévét be nem töltött személy. Az Eütv. a szülő benntartózkodását deklaráló szakaszában nem a gyermek, hanem a kiskorú fogalmát használja, tehát a kiskorú betegnek van joga arra, hogy hozzátartozója folyamatosan mellette tartózkodjon kórházi ellátása során. Az Eütv. nem határozza meg a kiskorú fogalmát, továbbá nem is hív fel más jogszabályt sem magyarázatként. A törvény egy másik szakaszában azonban [Eütv. 14. § (2) bek.] úgy rendelkezik, hogy az adott szabályt a 16. életévét betöltött kiskorú személy esetében is alkalmazni kell. Mindebből az következik, hogy az Eütv. által alkalmazott „kiskorú” fogalom nem csak a 14. életévét be nem töltött gyermekekre vonatkozik. A hatályos finanszírozási jogszabályok azonban csak azon gyermekek szüleinek a benntartózkodását rendelik finanszírozni, akik a kórházi ellátásuk megkezdésekor még nem töltötték be a 14. életévüket. Az intézményben természetesen ebben az esetben sem akadályozható meg ugyan a szülő, illetve hozzátartozó jelenléte. A kórház azonban hátrányosabb helyzetbe kerülhet a finanszírozás

<sup>54</sup> 2008-ban 32 892 eset, 143 205 nap; 2009-ben 39 199 eset, 162 594 elszámlolt nap, 2010-ben 41 026 eset, 166 530 elszámlolt nap. Forrás: EOP



hiányában akkor, ha 14. életév feletti gyermek szülőjét jelenti le, illetve nincs Mindezek alapján a biztos a gyermekek gondoskodáshoz és védelemhez való jogával összefüggő visszásságot állapított meg.

Az ombudsman felkérte a minisztert, kezdeményezze a kísérő személyek ellátásának finanszírozására vonatkozó joganyag egységes, azonos jogforrási szintű jogszabályban történő megfogalmazását; valamennyi 18 év alatti ellátott kísérője benntartózkodásának finanszírozását, továbbá hogy dolgozza ki annak a minimális elhelyezési szintnek a paramétereit (minimumkövetelmények), amelyet az Egészségbiztosítási Alap terhére igénybe vett finanszírozásból a szülő szállására kell fordítani, a jövőben kivitelezni kívánt fejlesztésekre tartalékolni. Az ombudsman javasolta a miniszternek olyan jogszabályi környezet kidolgozását is, hogy amelynek alkalmazásával elérhető lehet, hogy egy jövőben újonnan vagy átalakítva átadott gyermekkorház, gyermekeket ellátó kórházi osztály tervezésekor és kivitelezésekor a szülő benntartózkodásának méltó, higiénikus, és a gyermekek ellátását nem veszélyeztető megoldások legyenek csak alkalmazhatók. Felkérte továbbá az érintett kórházakat, hogy a felvett gyermek férfi hozzátartozója számára is biztosítsák a benntartózkodás lehetőségét.

#### **3.4. A fogyatékossgal élő emberek egészségügyi ellátása<sup>55</sup>**

Az autizmussal és az egyéb fogyatékossgal élő betegek egészségügyi ellátásával kapcsolatos átfogó vizsgálat megindítását az indokolta, hogy 2009 óta folyamatosan, emelkedő számban érkeztek a Hivatalhoz olyan panaszbeadványok, amelyek a fogyatékossgal élők egészségügyi ellátásával kapcsolatos kifogásokról, sérelmekről számolnak be. A panaszosok sérelmezték, hogy a kórházi ellátás során nem megoldott a szülő vagy más segítő elhelyezése, hiányosak az autizmussal és egyéb fogyatékossgal élő betegek ellátásának személyi, tárgyi feltételei. Problémát jelent továbbá az autizmussal és egyéb fogyatékossgal kapcsolatos kommunikációra, bánásmódra vonatkozó ismeretek hiánya az ellátó személyzet részéről, valamint a korai diagnózis hiánya, a várakozás hossza, a vizit lefolyása. A beadványokban külön is kiemelték, hogy a fogyatékossgal élő gyermekek, különösen pedig a felnőttek fogászati ellátása megoldatlan. Sérelmezték továbbá a pszichiátriai fekvőbeteg-ellátás hiányát, az ellátás során tapasztalt bánásmódot.

A vizsgálat megindításával egyidejűleg a biztos részletes tájékoztatást kért, a NEFMI egészségügyi és oktatási államtitkáraitól; az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP) főigazgatójától, az Országos Pszichiátriai Központ igazgatójától, a Pécsi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Karának dékánjától, a Szegedi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Karának dékánjától, a Debreceni Egyetem Általános Orvostudományi Karának dékánjától, a Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Karának dékánjától, a Semmel-

<sup>55</sup>DR. BÁCSKAI KRISZTINA jogi főreferens (AJBH); lásd AJB-433/2010. számú jelentés

weis Egyetem I. sz. Gyermekgyógyászati Klinikájának igazgatójától, valamint a Fog- és Szájbetegségek Szakmai Kollégiumának elnökétől, az Autisták Országos Szövetségének elnökétől; az Értelmi Fogyatékosággal Élők és Segítőik Országos Érdekvédelmi Szövetségének elnökétől.

Az OEP főigazgatója rámutatott, hogy a fogyatékos gyermekek és felnőttek fogászati ellátására Budapesten heti 90 órára, megyénként heti 45-45 óra rendelési időre köthető finanszírozási szerződés. Korábban csak a fogyatékos gyermekek fogászati ellátására lehetett finanszírozási szerződést kötni, 2007 novemberétől azonban a fogyatékos felnőttek esetében is mód van a szerződéskötésre. Az eltelt több mint két év alatt *mindösszesen 4 szolgáltató kötött finanszírozási szerződést* erre a szakterületre, összesen heti 60 óra rendelési idővel.

Az országos szinten rendelkezésre álló 945 óra kapacitásból a fővárosban és 10 megyében összesen 379 órára kötöttek az OEP területileg illetékes szervei finanszírozási szerződést. Jelenleg a rendelkezésre álló kapacitás 40,1%-a került lekötésre, sajnálatos módon több mint a fele kihasználatlan. A fogyatékos felnőttek ellátására a jelzések szerint jelentősebb az igény, viszont kevés szolgáltató vállalja ezt a speciális feladatot.

Az OEP jelenleg országos szinten 18 szolgálat, illetve szakrendelés működtetőjével áll finanszírozási szerződéses viszonyban. A fővárosban 3, Borsod-Abaúj-Zemplén megyében 2, Bács-Kiskun, Csongrád, Fejér, Győr-Moson-Sopron, Komárom-Esztergom, Somogy, Tolna, Vas és Veszprém megyékben 1-1 szakrendelés biztosítja a fogyatékosággal élő gyermekek speciális fogászati ellátását. A fogyatékos felnőttek fogászati ellátásáról Bács-Kiskun, Csongrád, Somogy és Tolna megyékben 1-1 OEP finanszírozott szakrendelés gondoskodik.

A fentiek alapján tehát, országos szinten 18 finanszírozási szerződéssel rendelkező szolgáltatóból összesen 4 rendelkezik a fogyatékosággal élő felnőttek fogászati ellátására finanszírozási szerződéssel. A fogyatékosággal élő felnőttek számára a speciális fogászati ellátás csak az ország déli részén, dél-dunántúli és a dél-alföldi régiókban érhető el, míg a főváros és az észak-alföldi régió teljesen ellátatlan. Az adatok tanúsága szerint a fogyatékkal élő gyermekek ellátása pedig Zala, Baranya, Heves, Jász-Nagykun-Szolnok, Hajdú-Bihar, Szabolcs-Szatmár-Bereg, Békés megyékben egyáltalán nem biztosított.

Az OEP főigazgatója felhívta a figyelmet, hogy a speciális fogászati ellátás csak az ország déli részén, dél-dunántúli és a dél-alföldi régiókban érhető el, még a fővárosban sem biztosított az ilyen típusú ellátás. Az észak-alföldi régió teljesen ellátatlan, egyik ellátási formára sem kötöttek finanszírozási szerződést.

Az egészségügyi tárca akkori vezetője az OEP által is közölt adatokkal alátámasztva tájékoztatta a biztost, hogy a rendelkezésre álló kapacitás 40%-a került lekötésre, annak több mint a fele kihasználatlan. Utalt arra, hogy a szabad kapacitásokra az egészségügyi szolgáltatók szabadon köthetnek finanszírozási szerződést az ellátás elérhetőségének javítása érdekében. A szabad erre a célra felhasználható kapacitás, továbbá a megfelelő finanszírozás feltételei is biztosítottak. A tárca minden felmerülő alkalommal felhívja a figyelmet a szabad

kapacitásokra és a szerződés-kötés lehetőségére, azonban a szolgáltató döntése, hogy köt-e finanszírozási szerződést ezen feladat ellátására.

Az egészségügyi államtitkár leszögezte, hogy a fogyatékos személyek egészségügyi ellátása jelenleg súlyos hiányosságokat mutat, ezért az ellátás fejlesztését a prioritások között kívánja kezelni. Kifejtette, hogy az egészséget, a jóllétet, az együttműködési képességet, a szociális készségeket, a tanulás, a tudás képességét erőteljesen meghatározza az élet első néhány éve, illetve a gondozás és a nevelés minősége. Erre tekintettel kiemelt jelentőséget kell tulajdonítani a fogyatékoság korai felismerésének, a szűrésnek és a korai fejlesztésnek.

Az egészségügyi szakellátás javítását,<sup>56</sup> olyan centrumok kialakításával látja az államtitkár lehetségesnek, amelyek speciális működési feltételeik révén biztosítani tudják a fogyatékkal élők sajátos igényeit. A törvényi rendelkezés lehetőséget biztosít az egészségügyért felelős miniszter számára külön jogszabályban foglalt működési engedéllyel rendelkező egészségügyi szolgáltatók kijelölésére.

A tárca a közeljövőben tervezi az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges személyi és tárgyi feltételeket meghatározó jogszabály<sup>57</sup> felülvizsgálatát, melynek keretében lehetőség nyílhat arra, hogy a korábbinál jobban érvényesítsék a fogyatékosággal élő személyek sajátos szempontjait a személyi és tárgyi feltételek meghatározásánál.

Az egészségügyi államtitkár szintén jelezte, hogy a fogyatékkal élő gyermekek fogászati ellátása Zala, Baranya, Heves, Jász-Nagykun-Szolnok, Hajdú-Bihar, Szabolcs-Szatmár-Bereg, Békés megyékben egyáltalán nem biztosított.

A biztos által az oktatási államtitkárnak címzett megkeresésre a *nemzeti erőforrás miniszter* adott választ, melyben arról tájékoztatta, hogy az autizmussal, valamint a fogyatékosággal élők kezelésére, egészségügyi ellátásra vonatkozó alapismeretek valamennyi egészségügyi képzés során megjelennek. Egyes speciális képzések — ahol a fogyatékosággal, illetve autizmussal élők egészségügyi ellátása fokozottabb mértékben felmerülhet — pedig külön ismereteket is biztosítanak a szakemberek számára. Emellett az egészségügyi továbbképzés rendszere is lehetőséget biztosít az autizmussal, illetve fogyatékosággal élőkkel gyakran foglalkozó egészségügyi dolgozóknak a speciális ismeretek elsajátítására.

Az autizmus az orvoscépzésben számos diszciplína tematikájában jelentkezik. Természeténél fogva elsősorban a pszichiátria tárgyalja a betegség kóroktanát, tünettannát és a kezelés lehetőségeit. Központi idegrendszeri vonatkozásai miatt a neurológiai tematikákban szintén szerepel, és gyermekkori megjelenése, illetve előfordulása miatt a gyermekgyógyászat tantárgynak természetesen szintén fontos fejezetét képezi. A miniszter véleménye szerint, a fenti ismeretek az orvosi kurrikulumban is kellő reprezentációt élveznek, és az orvoscépzésben

<sup>56</sup> Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 98/A. §-ban foglaltakat figyelembe véve

<sup>57</sup> Az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről szóló 60/2003. (X. 20.) ESzCsM rendelet

résztevő szakemberek megítélése szerint az általános orvos kellően tájékozott az autizmus természetéről.

A fogyatékoság kérdése a miniszter véleménye szerint merőben más. Valamennyi orvosi tantárgy – kivétel nélkül – tárgyalja a fogyatékoság szakspecifikus előfordulási lehetőségeit, ezért ezeket csakis az egyes tárgyak tematikájában kell megjeleníteni. Ahogyan a megelőzés (prevenció) sokkal inkább szemléletet, semmint szaktárgy-specifikus entitást jelent, a fogyatékoság sem jelenik meg önálló diszciplínaként. Az orvosképzés fejlesztéséért felelős szakemberek természetesen mindent megtesznek, hogy ezek az általános orvosi szemlélet részét képező aspektusok ki ne maradjanak a tantervből, nem önálló tantárgyként, hanem valamennyi tárgyat átható megközelítésként.

Az orvosok és egészségügyi dolgozók tájékozottságát illetően a miniszter hangsúlyozta, hogy azokon a szakterületeken, amelyeken az autizmussal, illetve a fogyatékosággal élők egészségügyi ellátása gyakori, a szakorvosjelöltek már a szakképzés ideje alatt, a gyakorlatban találkoznak az ezen betegek ellátásához szükséges speciális igényekkel, így a szakképzésük során megfelelő felügyelet mellett elsajátíthatják a szükséges ismereteket is.

A szakdolgozók képzése kapcsán utalt arra, hogy a fogyatékosággal kapcsolatos alapismereteket és kompetenciákat, valamint az azokhoz társítható szakmai ismereteket a központi oktatási programok tartalmazzák. A középfokú szakképzésbe a fogyatékosággal kapcsolatos ismeretek beépültek, de a központi programok fejlesztésénél, a jogszabályi háttér változása esetén továbbra is kiemelten fogja a tárca az ellátásban is időszerű kérdést kezelni.

Kifejtette továbbá, hogy a szabadon választható, elméleti továbbképzést azonban bárki szervezhet előzetes minősítést követően, így nincsen akadálya annak, hogy a fogyatékosággal, illetve autizmussal élőkkel foglalkozó szakmai szervezetek is szervezzenek továbbképzést.

Az *Értelmi Fogyatékosággal Élők Országos Szövetsége (ÉFOÉSZ) elnökének* álláspontja szerint az egészségügyi ellátással kapcsolatos problémák egyik forrása, hogy az orvosok nem ismerik az értelmi fogyatékosággal élők speciális igényeit, a velük való kapcsolattartás módját. Hiányzik az egyetemi orvosképzés tematikájából a fogyatékosággal élő személyekkel való kommunikáció és a megfelelő bánásmód oktatása, továbbá a már praktizáló orvosok számára sem biztosítottak a megfelelő képzések, továbbképzések.

Finanszírozási szerződések hiányában minden egyes fogászati beavatkozás esetén a speciális feltételeket és az ezzel járó költségeket a családnak kell megfizetnie. Az egészségügyi szolgáltató – az ellátás minősége, az egészségügyi intézmény felszereltsége stb. szempontjából történő – megválasztásában nincs a fogyatékosággal élő személynek valódi választási lehetősége. Ha kap is ellátást, nincs lehetősége másik, lakóhelyéhez közelebb eső, vagy magasabb színvonalon működő egészségügyi szolgáltatót igénybe venni, mely szintén hátrányos helyzetet teremt. A jelzett probléma nemcsak a fogászati ellátás során, hanem bármely más egészségügyi szolgáltatás során felmerülhet, ahol az értelmi fogyatékoság-

gal élő személy ellátása speciális szükségletet (ezáltal többletköltségeket) igényel (pl. hasi ultrahang, mellkas röntgen, egyes nőgyógyászati vizsgálatok stb.).

Az *Autisták Országos Szövetségének (AOSZ) elnöke* kifejtette, hogy a szervezet által 2009-ben koordinált Országos Autizmus Kutatás adatai szerint a járóbeteg-ellátásban 2000 és 2007 között az autizmus spektrumzavar diagnózissal rendelkezők száma 1280 főről 3260 főre emelkedett, mely 2.5-szeres növekedést jelent és az emelkedő trend 2008-ban is tovább folytatódott. Fekvőbeteg ellátásban a vizsgált időszakban viszonylag kis létszámú autizmussal élő személy részesült, számuk 2000 és 2007 között 149 és 230 között ingadozott. Az autista emberek egészségügyi ellátásában számottevő területi eltérések állapíthatók meg, a szakellátásban a három legmagasabb betegszámot sorrendben Budapesten, Hajdú-Bihar megyében, valamint Pest megyében figyelték meg, a legalacsonyabb betegszám 2000-2006 között Vas megyét, 2007-ben Tolna megyét, 2008-ban Zala megyét jellemezte. 2007-ben az ország 174 kistérsége közül 31-ből, a kistérségek közel 18%-ából egyetlen autista járó- vagy fekvőbeteg sem érkezett. Az esetszámok nagymértékű emelkedését nem követte az amúgy sem tökéletes ellátórendszer kapacitásának növekedése, illetve az ellátás minőségének fejlesztése, ez pedig számos problémát von maga után.

A legnagyobb betegszámmal rendelkező fővárosban az autizmussal élő felnőttek fogászati ellátása megoldatlan. Fogyatékos gyermekek ellátására összesen tizenegy fogászat szerződött, melyek közül három ugyan budapesti, de szülői visszajelzés alapján, ezeken a helyeken csak a kevésbé súlyos állapotú, együttműködő autista gyermekek ellátását vállalják. Az időpontok betartása nem mindenhol megoldott, altatást sehol sem tudnak biztosítani, így a súlyosan autista gyermekeknek a felnőttekhez hasonlóan sérül az egészségügyi ellátáshoz való joga. Hasonló problémák az egészségügy más területein is tapasztalhatók, például a nőgyógyászati, szemészeti, orr-fül-gégészeti ellátásnál.

Az AOSZ elnöke szerint a felnőttek diagnosztizálása sem megoldott. A házámban jelenleg működő tizenegy autizmus diagnosztikai centrum közül mindössze egyetlen helyen nyílik lehetőség nagykorú személyek diagnosztikai vizsgálatára hosszú várakozás és vizsgálati díj fizetése mellett.

Az elnök tapasztalata szerint az orvosok és az ápolószemélyzet autizmussal kapcsolatos tudásának hiánya miatt nem ritka, hogy az autista emberek száz kilométereket utaznak egy fogászati kezelésért, mert a lakóhelyükön praktizáló szakorvos nem tudja őket ellátni.

Nem megoldott a felnőtt autisták kórházi kezelése esetén a szülő vagy más, az autistát jól ismerő személy jelenléte sem, holott ez gyakran a gyógyítás eredményességének elengedhetetlen feltétele.

A Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar dékánja a megkeresésben foglaltakat továbbította a *Semmelweis Egyetem Belgyógyászati Klinika* igazgatójának, a *Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézete* igazgatójának, továbbá a *Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar Gyermekgyógyászati valamint Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika* igazgatója felé, akik az alábbi válaszokat adták:

A *Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézetének igazgatója* kifejtette, hogy a fogyatékossgal élőkkel és autistákkal való kommunikáció egyelőre még nem része az orvosi kommunikáció oktatásának, csak érintőlegesen foglalkoznak ezzel a témakörrel. Jelezte, hogy már készül az erről szóló tankönyvfejezet, az orvosi kommunikáció tankönyv harmadik kiadásának ez a témakör önálló fejezete lesz.

A *Semmelweis Egyetem Belgyógyászati Klinika igazgatója* tájékoztatta a biztost, hogy az egyetem Továbbképzési Központja az elmúlt években jelentős számú továbbképző tanfolyamot akkreditált.

A *Semmelweis Egyetem 1. sz. Gyermekgyógyászati Klinika igazgatója* arról számolt be, hogy az autizmussal és az egyéb fogyatékossgal élő betegekkel való kommunikáció önállóan nem, azonban különböző tananyagban belül része a kurrikulumnak (pl. orvosi kommunikáció, bioetika, orvosi etika, orvosi szociológia, orvosi kommunikáció, magatartástudomány, továbbá psychotherapia az orvosi gyakorlatban, pszichiátria, belgyógyászat, gyermekgyógyászat). Az autizmussal kapcsolatos speciális kommunikációs és terápiás ismeretek az orvosi diplomát követő szakorvosi képzettség megszerzése során jutnak el a fiatal orvosokhoz.

A *Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika igazgatója* rámutatott arra, hogy az autizmussal kapcsolatos ismeretek oktatása megoszlik a gyermekgyógyászat, a gyermek- és ifjúságpszichiátria és a pszichiátria között. Az igazgató kiemelte, hogy külön figyelmet fognak szentelni annak, hogy a pszichiátria graduális oktatásban tételesen is sor kerüljön az autizmus megismertetésére és a témát külön felveszik a vizsgatételbe. Az igazgató tájékoztatása szerint a kötelező szakorvos továbbképzésen belül időt fognak szentelni a felnőtt autisták kezelésével kapcsolatos ismeretek előadására, azonban az oktatás struktúrája, valamint az autisták speciális ellátó rendszere miatt nem tervezik, hogy az orvosképzésben az autizmus témájával kizárólagosan foglalkozó kurzust/tantárgyat akkreditáltatnak.

A megkérdezett egyetemi vezetők mindemellett fontosnak tartják, hogy az orvosok illetve az egészségügyi szakdolgozók rendelkezzenek ismeretekkel a különböző fogyatékossgak sajátosságairól és a sajátosságokból adódó ellátási nehézségekről.

Az *Országos Pszichiátriai Központ igazgatójának* véleménye szerint azokon a területeken, ahol az autisták speciális ellátásra szorulnak, mint pl. a fogászat, szükség lenne az egységes gyakorlat kialakítása érdekében eljárásrend/protokoll kialakítására, amely útmutatást adna az orvosok és az egészségügyi szakdolgozók számára. Fel kellene mérni, hogy mely beavatkozásoknál igényelnek az autisták valóban más jellegű szakmai eljárást és azokon a területeken szükséges az egyeztetés más szakterület tagozataival.

Az igazgató kifejtette, hogy vannak olyan autizmussal élő személyek, akiknél a kezelhetetlenség, az agresszivitás vagy bármilyen fékezhetetlen szokás ön- és közveszélyességet idéz elő, ezért az ő ellátásuk nagyon sok kérdést vet fel. A veszélyeztető magatartás megfékezésében azonban nincsenek autizmus-specifikus eszközök, a támogatott kommunikáció, a strukturált környezet in-



kább az állapot megelőzését vagy a lezajlott veszélyeztető állapot utókezelését szolgálja. Az igazgató véleménye szerint, fontos lenne, hogy a pszichiátrián dolgozó szakemberek ismerjék ezeket a lehetőségeket, mint ahogy az is, hogy az a szülő, aki az autizmussal élő segítségére tud lenni, a gyógykezelésnél jelen lehessen. Ugyanakkor erre egy külön intézményrendszer kialakítása az intézményvezető véleménye szerint nem indokolt.

*A Fog- és Szájbetegségek Szakmai Kollégiumi Tanácsa igazgatójának* véleménye szerint a fogyatékossgal élő gyermekek és felnőttek ellátása elvi szinten többé-kevésbé mind az infrastrukturális háttér, mind pedig a finanszírozás oldaláról megoldott kérdés, a gyakorlatban mégis az tapasztalható, hogy ezen betegcsoport tagjait ellátó helytől ellátó helyig irányítják, amíg valahol megfelelő kezelést tudnak biztosítani számukra, tehát a beteg utak nem egyértelműek, a kompetenciák megvalósulása nem megfelelő. A Fog- és Szájbetegségek Szakmai Kollégiumi Tanácsa szakmai programot dolgozott ki annak érdekében, hogy a pácienseket az adott lehetőségeknek megfelelően a legjobb szakmai színvonalon és szervezettséggel tudják ellátni.

A fogorvosi rendelőkre egységes minimum követelmény rendszer vonatkozik, amely nem tesz különbséget az ellátandó betegek között. A hagyományos fogorvosi rendelőkkel összehasonlítva azonban megállapítható, hogy a feltételekben a legnagyobb különbség a fekvő osztályos háttér és az altatás biztosításának szükségességében van.

A Fog- és Szájbetegségek Szakmai Kollégiuma által javasolt koncepció a meglévő centrumok mellett - amely a beteg utak bonyolultsága miatt nem tudja teljesen lefedni az ellátandók körét - újak létesítését javasolta, hiszen a páciens fogyatékosnak típusa és súlyossága szerint eltérő beavatkozásra, másmilyen háttér biztosítására van szükség, amely nem varható el egy átlagos fogorvosi rendelőtől.

Az igazgató véleménye szerint a jelenleg praktizáló fogszakorvosok és természetesen a graduális és posztgraduális képzés során tanulnak a fogyatékossgal élő személyek ellátásáról, de ez nem elégséges sem a készség sem pedig a jártasság szintű tudás elsajátításához illetve a megszerzett tudás gyakorlatban történő alkalmazásához. Az azonban az igazgató álláspontja szerint kijelenthető, hogy egy normál felszereltségű fogorvosi rendelő tárgyi feltételei nem alkalmasak ezen betegcsoport ellátására, annál is inkább, mert pont ezeknél a pácienseknél fordul elő leggyakrabban kezelés során fellépő komplikáció, és hiába kezdte el a beavatkozást az orvos legjobb tudása szerint, esetleg helyben nem lehet befejezni a kezelést, ami további bonyodalmakat jelent. A személyi feltételek között meg kell jegyezni, hogy nem lehet egy hagyományos rendelőben dolgozó fogorvos vagy fogszakorvos kompetenciája annak eldöntése, hogy adott páciens esetében milyen anesztézia alkalmazandó.

*A lefolytatott vizsgálat<sup>58</sup> eredményei alapján az országgyűlési biztos megállapította,*

<sup>58</sup> Az ombudsmani vizsgálat nem terjedt és nem is terjedhetett ki az autizmussal és az egyéb fogyatékossgal élő betegek egészségügyi ellátásával kapcsolatos hatékonysági, cél-

*hogyan az autizmussal és az egyéb fogyatékosággal élő betegek fogászati ellátása nem megoldott, a hiányzó személyi és tárgyi feltételek akadályát képezik annak, hogy e betegkör tagjai megfelelő ellátásban részesüljenek, mindemellett az egészségügyi ellátásban számtalható területi eltérések tapasztalhatók.*

Azok a fogyatékosággal élő beteg felnőttek és gyermekek, akik számára az állapotuknak megfelelő egészségügyi intézményt, egészségügyi ellátáshoz való hozzáférést a lakókörnyezetükben az állam nem biztosítja, indokolatlanul hátrányosabb helyzetbe kerülnek azon társaikhoz képest, akik számára az ellátás elérhető. Amennyiben pedig az ország valamennyi térségében/régiójában teljesen hiányoznak a fogyatékosággal élő betegek ellátásának személyi és tárgyi feltételei, akkor sérül az érintettek egészséghez való joga, ha pedig a hozzáférés akadályozott, az állam nem teljesíti az esélyegyenlőség előmozdítására vonatkozó kötelezettségét.

A fogyatékosággal élő személyek fogászati ellátásának területe ugyan kiemelt finanszírozású, ez azonban nincs arányban azzal a többlet ráfordítással, amit a felszereltség, a minimum feltételekhez szükséges infrastruktúra kialakítása, illetve a kezelési többlet idő jelent. Részben ebből adódik, hogy e betegkör esetében a kapacitások kihasználhatatlanok, holott a finanszírozás jogszabályi háttere adott.

A biztos szerint, az autizmussal és az egyéb fogyatékosággal élő betegek fogászati ellátáshoz való hozzáféréseinek javításához olyan egészségügyi szolgáltatások kijelölése szükséges, amelyek szakmai működési feltételei szerint alkalmasak különleges ellátási igények, így elsősorban a fogyatékosok fogászati ellátásra vonatkozó igényeinek kielégítésére.

*A vizsgálat feltárta, hogy a betegellátás során problémát jelent az is, hogy az orvosok, fogorvosok és az egészségügyi dolgozók a fogyatékosággal élő betegekkel való kommunikáció és bánásmód terén nem rendelkeznek kellő jártassággal, holott a szokásos „rutin” ellátásnak is vannak specialitásai a fogyatékos személyek esetében.*<sup>59</sup>

A biztos álláspontja szerint, az egészségtudományok területén különösen fontos a folyamatos képzés, hiszen ezen a területen a fejlődés rendkívül felgyorsult, így ennek követése, az új ismeretek elsajátítása még sürgetőbb igényné lett. Az ombudsman ezért felhívta a figyelmet annak fontosságára, hogy az autizmussal és az egyéb fogyatékosággal kapcsolatos ismeretek az egészségügyi dolgozókra vonatkozó képesítési követelményekben, mind az alap, mind a szakképzés során, továbbá a továbbképzés rendszerében fokozottabban megjelenjenek. Hangsúlyozta, hogy a lehető legmagasabb szintű testi és lelki egészséghez való jog biztosításának egyik elengedhetetlen eszköze az egészségügyi ellátásban dolgozók megfelelő színvonalú és tartalmú képzése.

A fenti problémák orvoslása érdekében az ombudsman felkérte a nemzeti erő-

---

szerűségi, illetve szakmai megfontolásokra. A felvetett problémák egy része orvosszakmai kérdés, a hatásköri szabályok értelmében szakmai kérdésekben állást foglalni a biztosnak nem áll módjában, a panaszok szakmai kérdéseket érintő részeit ezért nem vizsgálta.

<sup>59</sup> Bass László (szerk.): *Amit tudunk és amit nem... az értelmi fogyatékos emberek helyzetéről Magyarországon*. Budapest: Kézenfogva Alapítvány, 2008. 45. o.

forrás minisztert, hogy tegye meg a szükséges intézkedéseket annak érdekében, hogy megszűnjön az egyes földrajzi területeken a betegkör ellátása tekintetében tapasztalható jelenlegi ellátatlanság, területi egyenlőtlenség, biztosítson a jelenleginél fokozottabb hozzáférést e betegek alap- és szakellátása, fogászati ellátása terén, az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges személyi és tárgyi feltételeket rögzítő jogszabályi rendelkezéseket vizsgálja felül annak érdekében, hogy a korábbinál jobban érvényesüljenek a fogyatékossgal élők sajátos szempontjai a személyi és tárgyi feltételek meghatározásánál.

Javasolta továbbá a miniszternek, hogy vizsgálja felül a meglévő fogászati finanszírozási szerződéseket és az OEP-pel együttműködve gondoskodjon új szolgáltatók kijelöléséről, olyan finanszírozási hététeret biztosítva az egészségügyi szolgáltatók részére, mely ösztönzőleg hat a szerződések megkötésére, tegyen lépéseket az egészségügyi szakellátás javítására olyan centrumok kialakításával, amelyek speciális működési feltételeik révén biztosítani tudják a fogyatékkal élők sajátos igényeit.

Megye	R. értelmében rendelkezésre álló kapacitás (heti óraszám)	Ebből finanszírozási szerződéssel lekötött kapacitás (heti óraszám)		Szabadon felhasználható, rendelkezésre álló kapacitás (heti óraszám)
		Gyermek	Felnőtt	
1 Baranya	45	0	0	45
2 Bács-Kiskun	45	15	15	15
3 Békés	45	0	0	45
4 Borsod-Abaúj-Zemplén	45	30	0	15
5 Csongrád	45	30	15	0
6 Fejér	45	30	0	15
7 Győr-Moson-Sopron	45	15	0	30
8 Hajdú-Bihar	45	0	0	45
9 Heves	45	0	0	45
10 Komárom-Esztergom	45	10	0	35
11 Nógrád	45	0	0	45
12 Pest	45	0	0	45
13 Somogy	45	15	15	15
14 Szabolcs-Szatmár-Bereg	45	0	0	45
15 Jász-Nagykun-Szolnok	45	0	0	45
16 Tolna	45	30	15	0
17 Vas	45	30	0	15
18 Veszprém	45	30	0	15
19 Zala	45	0	0	45
20 Budapest	90	84	0	6
Összesen	945	319	60	566

### 3.5. A hajléktalan emberek az egészségügyben<sup>60</sup>

#### *Elvi alapok*

Az ombudsmannak tevékenysége során figyelembe kell vennie, hogy a rászorulóknak, az érdek- és jogérvényesítésre legkevésbé képes társadalmi csoportba tartozók számára ő tekinthető a „megbízott” jog- és érdekérvényesítőnek, illetve az igények megfogalmazójának. Nem kérdéses, a hajléktalanok, a társadalom perifériáján élők különösképp ilyen személyek. Így az sem lehet kérdéses, hogy az országgyűlési biztosra a hajléktalan emberekkel kapcsolatban többféle, de azonos irányba mutató kötelezettség hárul: tekintélyével és következetesen képviselt szakmai álláspontjával a margóra szorult emberi méltóság helyreállításának érdekében kell fellépnie.

A hajléktalanok esetében mindig az egyes ember, az ember méltósága jelenti a kiindulópontot: olyan emberekről van szó, akiknek nyomorúságát, kiszolgáltatottságát jelzi, hogy az utcán, emberhez méltatlan környezetben kénytelenek élni, és nem egyszer kifejezetten életveszélyes szituációba kerülnek. Az emberi méltósághoz való jog és ugyanígy a többi szabadságjog – a lelkiismeret szabadságától a véleményszabadságig – olyan alapvető értékek, fundamentumok, amelyeket soha, semmilyen körülmények között nem lehet egy pillanatra sem feladni, más céloknak, elveknek alárendelni.

A hajléktalanok, a társadalom peremén élő, kiszolgáltatott emberek kétségtelenül rászorulnak a fokozott állami védelemre. Az államnak azonban egyenes egyensúlyt kell megtartania: elvárható részéről a fokozott beavatkozás, de ezt a lehető legkevesebb alapjog-korlátozással, kényszerrel – így például alternatívaállítással, prevencióval – kell megvalósítania. Az állam objektív életvédelmi kötelezettsége közvetlenül csak arra ad lehetőséget, hogy a közvetlen életveszélybe került (súlyosan beteg vagy a megfagyástól fenyegetett) hajléktalan önrendelkezési jogát korlátozza olyan mértékben, amilyen mértékben a veszély indokolja.

Az Alkotmány – még az általános rendelkezések között – a 17. §-ában rendelkezik arról, hogy a Magyar Köztársaság a rászorulókról kiterjedt szociális intézkedésekkel gondoskodik, a 70/E. § (1) bekezdése alapján pedig úgy szól, hogy a Magyar Köztársaság állampolgárainak joguk van a szociális biztonsághoz; öregség, betegség, rokkantság, özvegység, árvaság és önhibájukon kívül bekövetkezett munkanélküliség esetén a megélhetésükhöz szükséges ellátásra jogosultak. A 70/E. § (2) bekezdése a legfontosabb eszközöket is nevesíti, eszerint az állam az ellátáshoz való jogot a társadalombiztosítás útján és a szociális intézmények rendszerével valósítja meg. A 70/D. § (1) bekezdése értelmében a Magyar Köztársaság területén élőknek joguk van a lehető legmagasabb szintű testi és lelki egészséghez, a 70/D. § (2) bekezdése – analóg módon – az eszközrendszerter rögzíti: e jogot az állam a munkavédelem, az egészségügyi intézmények és az

<sup>60</sup> DR. CSIKÓS TÍMEA jogi főreferens (AJBH); lásd AJB-3240/2011. számú jelentés

orvosi ellátás megszervezésével, a rendszeres testedzés biztosításával, valamint az épített és a természetes környezet védelmével valósítja meg.

Kiemelendő még 70/A. § (1) bekezdése, amely szerint a Magyar Köztársaság biztosítja a területén tartózkodó minden személy számára az emberi, illetve az állampolgári jogokat, bármely megkülönböztetés, nevezetesen faj, szín, nem, nyelv, vallás, politikai vagy más vélemény, nemzeti vagy társadalmi származás, vagyoni, születési vagy egyéb helyzet szerinti különbség-tétel nélkül. A 70/A. § (3) bekezdése nevesíti azt, hogy az állam a jogegyenlőség megvalósulását az esélyegyenlőtlenségek kiküszöbölését célzó intézkedésekkel is segíti.

Ezen alkotmányi rendelkezések jelentik az elsődleges kiindulópontot ahhoz, hogy a hajléktalanok életének, emberi méltóságának védelméről, a védelemmel kapcsolatos állami kötelezettségekről, feladatokról, illetve eszközrendszeréről – konkrét ügyek kapcsán is –, érdemben állást foglalhassunk.

### *Ombudsmani gyakorlat, közvetlen előzmények*

Közismert, hogy az utcán élő emberek érdekérvényesítő képessége rendkívül csekély; és a szociális szakemberek (is) csak azok érdekében tudnak szót emelni, akik már kapcsolatba kerültek egy szociális ellátó intézménnyel. Az országgyűlési biztosok éppen emiatt fordítanak munkájuk kezdete óta folyamatosan különös figyelmet a hajléktalanok problémáira, és indítottak rendszeresen, visszatérően, az ilyen esetekben hivatalból vizsgálatot. A hajléktalansággal kapcsolatos problémák leggyakrabban az élethez és emberi méltósághoz való jog, a diszkrimináció tilalma és az esélyegyenlőség biztosításának állami célkitűzése; a szociális biztonsághoz, valamint a lehető legmagasabb szintű testi és lelki egészséghez való jog sérelmének veszélyét hordozzák.

Az állampolgári jogok országgyűlési biztosának éves beszámolóiban tanúskodnak róla, hogy az egészségügyi ellátást és a betegek jogait érintő, az eljáró hatóságok (pl. az ÁNTSZ vagy az OEP), valamint egészségügyi közszolgáltatók (kórházak, rendelőintézetek, háziorvosok) tevékenységét vagy éppen a jogi szabályozást kifogásoló panaszok, a lefolytatott vizsgálatok nyomán kiadott jelentések jelentős számban fordultak elő a közel másfél évtizedes ombudsmani praxisban. Ezek közül kiemelkedő jelentőségű a hajléktalanok egészségügyi ellátásának átfogó vizsgálatát összegző 2000-ben kiadott ombudsmani jelentések.<sup>61</sup>

A több mint egy évtizede végzett vizsgálat (szintén) a fővárosi ellátórendszer működését tekintette végig, ahogyan azt a hajléktalan betegek igénybe veszik, és megkísérelte feltárni azokat a pontokat, ahol az érintettek kívül rekedhetnek az egészségügy rendszerén. A jelentés tartalmazza, hogy az olyan hajléktalanok egészségügyi ellátás utáni elhelyezése, akik utcán már nem képesek élni, esetleg amputáltak, vagy gyógyíthatatlan kísérő betegségben szenvednek

<sup>61</sup>Lásd OBH 3604/2000. számú, az OBH 831/1999. számú, valamint az OBH 832/1999. számú jelentés

szinte teljesen megoldatlan. Az a körülmény, hogy az ellátórendszerben a szükséglethez képest alacsony a hajléktalanoknak létesített bentlakásos ápoló-gondozó és rehabilitációs otthonok száma, és így az egészségügyi ellátást már nem igénylő, de az „utcai életre”, önellátásra alkalmatlan hajléktalanok tömege nem részesül az állami kötelezettségként előírt ellátásban, az érintettek szociális biztonsághoz való jogának sérelmét és az egészséghez való jog sérelmének közvetlen veszélyét jelenti, és ezzel visszásságot okoz.

Az állampolgári jogok országgyűlési biztosa a 2008. évben átfogó, a hajléktalanok alapvető jogaival, kiemelten az emberi méltósághoz való jogokkal foglalkozó projektet indított. Ennek keretében – szociális munkások figyelemfelhívó jelzéseire is tekintettel – hivatalból került sor többek között a hajléktalanok okmánypótlásával és jogviszony-rendezési eljárásával kapcsolatos vizsgálatra. Jelentésben az ombudsman megállapította, hogy rendkívül aggályos a vizsgált területen belül a hajléktalanok esetében az egészségbiztosítási jogosultság jogszabályi környezetének rendezetlensége. A biztos kezdeményezésének kialakított, és azóta is követett gyakorlat szerint az egészségügyi ellátásra jogosító körülmények tekintetében a település szintű laccímkarttyát figyelembe veszi minden alkalommal.

A közelmúlt hajléktalanüggyel kapcsolatban hozott aggályos önkormányzati döntései, a már megvalósult és tervezett célkitűzések, így a nem rendeltetés-szerű közterület-használat szankcionálása,<sup>62</sup> a fővárosi Társadalmi Megbékélés Program keretében tett intézkedések<sup>63</sup>, a szabálysértési törvény tervezett módosítása, illetve korábban a kaposvári, azt követően a józsefvárosi guberálást szankcionáló rendeletek<sup>64</sup>, újabb ombudsmani vizsgálatra okot adó problémákat vetnek fel.

#### *A konkrét ügy*

Jellemző tapasztalat, hogy a késő őszi, valamint a téli időszakban, az időjárás kedvezőtlenebbre fordulásával párhuzamosan fokozódik a hajléktalansági krízis, a különböző megbetegedésekkel küzdő hajléktalanok száma folyamatosan növekszik. Erre figyelemmel az állampolgári jogok biztosa még az újabb krízisidőszak beköszöntését megelőzően indokoltnak tartotta áttekinteni az egészségügyi ellátásukkal összefüggő legfontosabb kérdéseket, így hivatalból a hajléktalan emberek egészségügyi ellátása során és azt követően felmerülő problémákra, rehabilitációs lehetőségekre, valamint az erre vonatkozó elvi, jogszabályi háttér és a gyakorlati tapasztalatok ellentéteire fókuszáló vizsgálatot indított.

Vizsgálata keretében az ombudsman a hajléktalanok ellátására specializálódott egészségügyi szolgáltatók működtetésének fővárosi rendszerét és a rend-

<sup>62</sup> AJB-6724/2010. számú jelentés

<sup>63</sup> AJB-367/2011. számú jelentés

<sup>64</sup> AJB-756/2010 és AJB-1232/2011. számú jelentés



szer legsúlyosabb problémáit térképezte fel. Az egészségügyi ellátásban részesülő hajléktalan emberek jól elhatárolható csoportjai közül ezúttal a legproblémásabb réteg, a fertőző betegek, az együttműködést, az ellátást megtagadók és a legsúlyosabb állapotban lévő, rehabilitációra szoruló hajléktalan emberek helyzetét, lehetőségeit vizsgálta. Különös figyelmet fordított a kifejezetten hajléktalanok ellátására specializálódott egészségügyi szolgáltatók működésére, az ezeken a helyeken elérhető, igénybe vehető ellátási formákra, valamint a gyakran szükséges rehabilitációs folyamatokra lehetőséget biztosító intézményi megoldások meglétére.

Az átfogó vizsgálat során a biztos – álláspontjuk ismertetése érdekében – megkereséssel és konkrét kérdésekkel fordult a nemzeti erőforrás miniszterhez, Budapest Főváros Önkormányzatának főpolgármester-helyetteséhez, valamint az Országos Egészségbiztosítási Pénztárhoz, valamint tájékoztatást kért a hajléktalan betegek egészségügyi ellátásával is foglalkozó civil szervezetek képviselőitől, és munkatársai helyszíni vizsgálatokat is folytattak a legnagyobb létszámú hajléktalanokat gondozó egészségügyi intézményekben.

Válaszában a *miniszter* arról tájékoztatta a biztost, hogy az egészségügyért felelős miniszter kijelölése alapján az OEP a fővárosban négy, míg Debrecenben, Győrben, Miskolcon, Nyíregyházán, Pécsen, Szegeden és Veszprémben egy-egy a hajléktalanok ellátását napi 24 órában, heti 168 órában biztosító, területi ellátási kötelezettség nélküli háziorvosi ellátás nyújtására működési engedéllyel rendelkező szolgáltatóval köthet szerződést. A kijelölés a Hajléktalanellátás Országos Módszertani Intézetének ajánlását figyelembe véve történik; a vonatkozó jogszabály legutóbbi módosításának eredményeként az OEP-nek már Nyíregyházán is lehetősége van területi ellátási kötelezettség nélküli háziorvosi ellátás nyújtására működési engedéllyel rendelkező szolgáltatóval szerződést kötni.

Az ombudsmannal ismertetett *miniszteri álláspont szerint* mára kialakult az a szolgáltatási struktúra, amely – alkalmazkodva a hajléktalan emberek sajátos élethelyzetéhez – segítséget nyújt azokban az esetekben, amikor az ellátottnak kórházi kezelésre már nincs szüksége, azonban a teljes felépülésig további, nem feltétlenül vagy nem kizárólag egészségügyi jellegű segítségre van szüksége. A miniszter kiemelte továbbá, hogy a szociális területen e kérdésben inkább arra van szükség, hogy a hajléktalan emberek számára pótolják azokat a feltételeket, melyek a nem hajléktalan emberek számára általában rendelkezésre állnak. Ilyen a kórházi kezelésre már nem szoruló ember lábadozásának (amely „normál” esetben otthon történik) lehetővé tétele, a szükséges gyógyszerek, gyógyászati segédeszközök biztosítása, szűrővizsgálatok elérhetővé tétele stb. Ezeket az illetékes Minisztérium pályázati támogatások útján, illetve a pályázatok kiírásának a felmerülő igényekhez igazított ütemezésével tartja megoldhatónak.

A jelenlegi helyzettel összefüggésben a *miniszter* arról tájékoztatta az ombudsmant, hogy a regionális szinten működő egészségügyi ellátást végző egészségügyi centrumok, valamint a téli időszakban működő lábadozók lehe-

tőiséget teremtenek a teljes felépülésig tartó ellátásra; a tartósan, akár életük végéig ápolásra szoruló hajléktalan emberek elhelyezésére pedig a hajléktalanok ápoló-gondozó otthonában, illetőleg egyéb tartós bentlakásos intézményi formákban adódik lehetőség. Megemlítette ugyanakkor azt a sajnálatos gyakorlati tapasztalatot, hogy például idősök otthonában igen korlátozott számban és meglehetősen nehezen lehet hajléktalan embereket elhelyezni, noha a jogszabályi feltételek alapján az elhelyezés nem okozhatna gondot. A miniszter válaszában azzal együtt, hogy a fejlesztésekre jelen költségvetési körülmények között igen kevés esély mutatkozik, elismerte azt a problémát, hogy a hajléktalan ápoló-gondozó otthonok férőhelyszáma is rendkívül alacsony.

Az ombudsmani megkeresésre adott *válaszában a főpolgármester-helyettes kifejtette*, hogy a biztos által is hivatkozott „Társadalmi Megbékélés Programja” a 2010-2011 téli ellátás legfontosabb feladatait szervezte egyetlen projektbe, amely megalapozta a Fővárosi Önkormányzat által 2011 júliusában elfogadott Fővárosi Hajléktalanügyi Koncepciót.

A *főpolgármester álláspontja szerint* a Szoc.tv.<sup>65</sup> 71/B. §-ába foglalt kötelezettségét a Fővárosi Önkormányzat teljesíti. Egyrészt az elfogadott fővárosi koncepció rendelkezik arról, hogy a fővárosi működtetésű Erdőkertesi Idősök Otthona a továbbiakban hajléktalan idős személyek otthon nyújtó ellátását szolgálja, másrészt a Fővárosi Önkormányzatnak szerződése van időotthoni elhelyezésre a Magyar Máltai Szeretetszolgálattal és a Menhely Alapítvánnyal, összesen 80 férőhelyen. A hajléktalan ellátást érintő hiányosságok mielőbbi feltérképezésének és az érintett szereplők (hatóságok, ellátó szervezetek) közötti koordinációnak a szükségességét elismerve a főpolgármester válasza mellékleteként bőséges dokumentációt küldve a Fővárosi Önkormányzat legújabb hajléktalanügyi terveit, stratégiáit ismertette a biztossal.

A *Fővárosi Önkormányzat koncepciója* az egészségügyi szervezeteknek a hajléktalanstratégia megvalósításban való részvételével kapcsolatban tartalmazza, hogy a Budapesten működő kórházak – számos nehézség ellenére – évente több száz lakástalan, hajléktalan ember ellátását végzik. Kifejezetten hivatkozik arra, hogy a hosszú ideje közterületen élő, a társadalomból kiilleszkedett emberek egy részének azonban egészségügyi, kórházi ellátása különösen nagy kihívást jelent egy-egy átlagos kórházi rezsím számára. A tervzet megfogalmazása szerint a hajléktalanok egészségügyi ellátása keretében biztosítani szükséges olyan működő, de kellő mértékben nem kihasznált kapacitásokat, részlegeket, amelyek a közvetlen kórházi ellátástól részint különváltak, de az ellátás (és annak finanszírozása) keretében, krónikus belosztályként, és ún. pavilonszerű elhelyezéssel „kórházképesse teszi” az utcáról bekerülő hajléktalan embereket.

Az *Országos Egészségbiztosítási Pénztár Finanszírozási Főosztályától* (OEP-FiFo) a hajléktalan emberek egészségügyi ellátásának rendszerével kapcsolatos adatokra, a témakör statisztikai mérőszámaira vonatkozó tájékoztatást kért

<sup>65</sup> A szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény (Szoc.tv.)

az ombudsman. Válaszlevelének mellékleteként az OEP-FiFo főosztályvezető-helyettese megküldte a biztosnak a 2010. január – 2011. augusztusi időszak, hajléktalanok fekvő- és járóbeteg-ellátására vonatkozó intézeti, megyei és országos szintű összesítő adatait, amelyhez kiegészítő tájékoztatásul hozzáfűzte, hogy: „Vizsgálatunkban azok az esetek szerepelnek, melyeknél az egészségügyi szolgáltatók feltüntették a Z5900 Lakástalanság BNO<sup>66</sup> kódot. Mivel ez a kód önmagában nem jelent betegséget vagy sérülést, csak kiegészítő tényezőként kell megjelölni, ezért kérdéses, hogy a szolgáltatók minden esetben jelentették-e.” Az adatsorokhoz kapcsolódó tájékoztatás alapján értelmezett adatokból kiderül az ombudsmani vizsgálatban érintett fővárosi egészségügyi ellátórendszerben megjelenő hajléktalan személyek számának – a jelzett időszakban mért – statisztikai alakulása; hangsúlyozva, hogy a regisztrált, bejelentett esetekről van szó.

Az átfogó vizsgálat során az ombudsman munkatársai *helyszíni vizsgálatot* folytattak a legnagyobb létszámú hajléktalanokra specializálódott fővárosi egészségügyi intézményekben, s a közvetlen tapasztalatszerzés mellett lehetőségük volt arra is, hogy a hajléktalan betegekkel, az őket leginkább érintő egészségügyi problémákkal mindennapi tevékenységük során közvetlenül találkozzanak orvosokkal, egészségügyi dolgozókkal, szociális munkásokkal is találkozzanak, s így a velük történt konzultációk révén a kérdéskörrel kapcsolatos további információkat szerezzenek. Általános gyakorlati tapasztalatként rögzítendő, hogy valamennyi intézményben az ellátás ugyan az előírt minimum szintnek megfelelő és működik, de a férőhely és a szociális munkás kevés. A helyszíni vizsgálatok során megismert legsúlyosabb problémák pedig a kezelésük végén az egészségügyi ellátó helyről kikerülő, ám további elhelyezésre – gyakran utókezelésre, rehabilitációra is –, szoruló hajléktalan emberek helyzetével összefüggő férőhely-hiány miatti nehézségek, valamint a hajléktalanok egészségügyi ellátási lehetőségeivel kapcsolatos általános tájékoztatás, tájékozottság hiányosságai, nem ritkán teljes hiánya.

A vizsgálat fényt derített arra, hogy jelen pillanatban nem áll rendelkezésre hivatalos, az Országgyűlés vagy a kormány által határozati formában elfogadott, országos szintű, átfogó és egységes, a közép-, illetve a hosszabb távú tervezést lehetővé tevő és számon kérhető hajléktalanügyi stratégia, ezen belül pedig a hajléktalan emberek egészségügyi ellátására vonatkozó országos koncepció. Sajnálatos további tapasztalat, hogy a Semmelweis Terv sem tartalmaz, még a speciális igényű betegcsoportok körében sem, a hajléktalan betegekkel kapcsolatos elképzeléseket. *Figyelemmel a korábban kifejtettekre ez az országos szintű hiányosság sérti a jogállamiság elvéből fakadó jogbiztonság követelményét, továbbá az érintett hajléktalan betegek egészségügyi ellátáshoz való joga sérelmének közvetlen veszélyét idézi elő, és ezzel visszásságot okoz.*

<sup>66</sup> Betegségek Nemzetközi Osztályozása

A speciálisan hajléktalanokat ellátó egészségügyi intézményekben végzett helyszíni vizsgálatok, illetve konzultációk tapasztalatai igazolták azt, hogy az ellátórendszerben jelenleg hiányzó láncszem a *tényleges utógondozói, rehabilitációs intézményi háttér*. Nem megoldott a kórházi kezelést már nem igénylő, de még adott esetben orvosi felügyeletre, ápolásra szoruló, önmagukat – az utcán vagy más hasonló helyen – ellátni képtelen hajléktalanok elhelyezése.

A jelentésben rögzítésre került, hogy az önellátásra képtelen, illetve az utókezelésre, rehabilitációra szoruló hajléktalan betegek ápolására, elhelyezésére mind az egészségügyi, mind a szociális ellátórendszer felkészületlen, jelentős szakember-, valamint férőhelyhiánnyal küzd. Jelentős probléma, hogy az ellátórendszer minden szintjén érezhető ezen intézmények hiánya. Ha például a kórházi osztályok – akut, majd a krónikus osztályok – nem látják a továbbhelyezés lehetőségét, akkor gyakran eleve vonakodnak felvenni a beteg hajléktalanokat.

A hajléktalan betegek minél teljesebb rehabilitációjának, egészségügyi szempontú után-követésüknek elengedhetetlen szükségességét támasztja alá a speciális élethelyzetükben rejlő fokozott veszélyhelyzet is. Nyilvánvaló ugyanis, hogy a kórházból az utcára kerülő, éppen hogy, vagy nem is teljesen felépült hajléktalan beteg az átlagnál jóval könnyebben, hamarabb és többször esik vissza betegségébe, szenved szövődményektől és komplikációktól, illetve – a legrosszabb esetben, környezetét is veszélyeztetve – fertőző megbetegedésektől.

Kiemelendő, hogy a fertőző megbetegedések, járványok megelőzését és leküzdését is magában foglaló állami járványügyi tevékenység hatékony és maradéktalan elvégzésének biztosítása pedig kétségtelenül része a legmagasabb szintű testi és lelki egészséghez való jog biztosításával kapcsolatos, állami kötelezettségeknek.

A nem egyszer az utcán, közterületen élő hajléktalan betegek esetében alapvető elvárás, hogy intézményi felvételük előtti, kezelésükhöz szükséges fertőtlenítő fürdetést mielőbb végezzék, erre azonban a kapott információk alapján jelenleg csak az ÁNTSZ által üzemeltetett két fürdető alkalmas az egész fővárosban. A külön erre szolgáló helyiségek és speciális eszközök, vegyszerek, illetve személyzet és a kellő idő hiányában ezeken kívül, más intézményekben nem tudják elvégezni a fertőtlenítést a beteg felvétele előtt, így előfordult, hogy a betegek, valamint az őt ellátó egészségügyi személyzetnek ezért órákat kell utazgatnia, illetve várakoznia, mielőtt sor kerülhetne ellátására. *Ez az intézményi hiányosságból egyenesen következő gyakorlat az egészségügyi ellátás területén egyrészt sérti az egyenlő bánásmód követelményét, másrészt az érintett hajléktalan betegek egészségügyi ellátáshoz való jogával összefüggő visszásságot okoz.*

A hajléktalanügy különböző részkérdéseivel összefüggésben kialakított egyénes ombudsmani álláspontot a továbbiakban is fenntartva ez a jelentés ismételtén rögzíti az alapelvet, hogy az állam számára nem fakultatív program, hanem alkotmányos kötelezettség a polgáraitól, jelen esetben a szélsőségesen rászoruló hajléktalan személyekről való gondoskodás. Ennek keretében lényeges

állami feladat az egészségügyi ellátó rendszerek megfelelő szintű, az érintett speciális betegcsoport tagjai alapvető jogainak érvényesülését biztosító működtetése. *Az egészségügyi ellátórendszer bemutatott, a hajléktalan betegeket hátrányosan érintő akut hiányosságai alkalmasak arra, hogy az egészséghez való joggal összefüggő visszásságot okoznak, különösen akkor, ha az ellátórendszer valódi, a minimumon túlmutató fejlesztésére nem kerül sor.*

A hajléktalan emberek egészségügyi ellátásának súlyosabb hiányosságait feltárni szándékozó vizsgálatának eredményeit összegző *jelentésében az ombudsman* a jogszabályi háttér módosításának, illetve egységes módszertan és országos hajléktalanügyi stratégia kidolgozásának kezdeményezésére *tett ajánlásokat a nemzeti erőforrás miniszternek; valamint azzal kéréssel fordult Budapest főpolgármesteréhez, hogy a Fővárosi Közgyűlés fordítson kiemelt figyelmet a már elfogadott hajléktalanügyi koncepció következetes, határidőben történő végrehajtására.* A válaszadásra a miniszter rendelkezésére álló határidő még nem telt le, így a fenti ombudsmani ajánlással kapcsolatos kormányzati, jogalkotói álláspont ismertetésére jelen kiadványban még nincs lehetőségünk; a főpolgármesterhez intézett kéréssel összefüggésben tett önkormányzati lépések alapjogi aspektusú kontrolljára pedig a jövőben is kiemelt figyelmet fordítunk.

Különös tekintettel arra, hogy a főpolgármester válaszlevélbe foglalt tájékoztatása szerint a Fővárosi Közgyűlés 2011. december 14-ei ülésén már tárgyalta is a szóban forgó ombudsmani jelentést, és az abban rögzített megállapításokat elfogadták, a célkitűzésekkel alapvetően egyetértének. *„A fővárosban az egészségügyi és a szociális terület lehetőségeinek és sajátosságainak összehangolása, a problémák prioritizálása, a jelenlegi ellátó hálózat flexibilitásának növelése, a kérdésben érintettek megkeresése, a problémákra koncentrált megoldási javaslatok jelenthetik a hajléktalanellátás kérdéseinek a megoldását.”* – írja válaszában a főpolgármester.

A téli krízisidőszakban megnövekvő ellátási igénnyel kapcsolatosan a főpolgármester arról tájékoztatta a biztost, hogy előttük is ismert a többlet-kapacitás szükségessége, a rendszer hiányosságaiból eredő problémák komplexitása. És, mivel a Fővárosi Önkormányzat a hajléktalanok egészségügyi ellátásában is a „minden beteg megfelelő szinten kapja meg az állapotának megfelelő ellátást” elvét követi, kétségtelen, hogy a kórházi ellátás mellett az alapellátás és a járóbeteg-szakellátás szintjei is fejlesztendők. Az ehhez szükséges jogszabályi változtatások előkészítése, (például a háziorvosi szolgálatok engedélyezett számának növelése, egyes finanszírozási kérdések módosítása) a főpolgármester tájékoztatása szerint, a NEFMI illetékes főosztályán jelenleg is folyamatban van.

A hajléktalan betegek körében különösen gyakori, és súlyos járványügyi veszélyeket (is) rejtő fertőző megbetegedések kezelhetőségével összefüggésben azt írta levelében a főpolgármester, hogy *„aktív és igazolt TBC-s betegeknel a kényszergyógykezelés lehetne megoldás, így minimálisan 3-4 hétig a szükséges kezelést a beteg megkaphatná. Ezt a jelenlegi jogszabályi környezet nem teszi lehetővé.”* Hozzátette továbbá, hogy a betegek adatainak kezelésében megoldást jelenthet a drogambulanciák között már sikeresen működő zárt adatrendszer modelljének átvé-

tele, olyan generalizált kódok létrehozása, amelyek segítségével azonosítható és követhető lenne az utógondozásra szoruló beteg. A járványügyi problémák kezelésében pedig az érintett szakhatóságokkal való együttműködés fontosságát emeli ki a főpolgármester; valamint, megerősítve az ombudsmani megállapítással való egyetértést, a közegészségügyi kérdések megoldására egységes szakmai protokollok kidolgozását javasolja.

### 3.6. A hivatásosok egészségügyi alkalmassága<sup>67</sup>

Köztudott, hogy társadalmunkban a hivatásos állományban foglalkoztatottak alkotmányos jogainak korlátozása csak akkor lehetséges, ha a megszorítás szükséges a hivatásos állományú dolgozót foglalkoztató szerv jogállamban való funkcionálásához. Ezt rögzítve, az országgyűlési biztos fontosnak tartotta, hogy az alapvető jogok érvényesülésével kapcsolatos problémák a hivatásos állományúak egészségi, pszichikai és fizikai állapotát érintő területen is felszínre kerüljenek. Ezért – hivatalból elrendelt vizsgálat keretében – áttekintette a hivatásos állomány tagjának egészségi alkalmassága állapotát felülvizsgáló orvosi bizottság (a továbbiakban: FÜV bizottság) eljárására vonatkozó jogszabályok és azok alkalmazásának gyakorlatát.

Vizsgálatának közvetlen célja annak megállapítása volt, hogy a hivatásos állomány alkalmassága felülvizsgálati eljárásokra vonatkozó jogi szabályozás összeegyeztethető-e a jogállamiság elvével és a jogbiztonság, valamint a diszkrimináció tilalma, illetve az egyenlő bánásmód követelményével, továbbá megállapítható-e az emberi méltósághoz, esetleg a szociális biztonsághoz való joggal összefüggő visszasság.

*Vizsgálata során a biztos tájékozódott valamennyi, a témában érintett szerv vezetőjénél. A tájékoztatásokat így foglalta össze:*

A Honvédkórház-Állami Egészségügyi Központ (ÁEK) 2007. július 1-jétől végzi a hivatásos és szerződéses katonák I. fokú Egészségügyi Felülvizsgálati Bizottsági (I. fokú FÜV), a rendvédelmi szervek hivatásos állományának 30 napos felülvizsgáló főorvos általi és a Hathónapos Orvosi Felülvizsgáló Bizottsági (HOFB) vizsgálatot.

A felülvizsgálatokat az intézet állományából kijelölt, szakmailag elismert, nagy tapasztalatokkal rendelkező katonaeorvosok végzik. Amennyiben a vizsgált személy egészségi állapotának, szolgálatképességének megítéléséhez további szakorvosi vizsgálatra vagy kórházi ellátásra van szükség, arra az ÁEK szakrendelői és szakambulanciái, valamint aktív fekvőbeteg ellátást nyújtó osztályai, és főszakorvosai biztosítanak lehetőséget. Az ÁEK-ban működő felülvizsgáló bizottságok nem hozhatnak: „katonai szolgálatra alkalmatlan”, „hivatásos

<sup>67</sup> DR. PAJCSICSNÉ DR. CSÓRÉ ERIKA főosztályvezető (AJBH Kiemelt Vizsgálati Főosztály); lásd AJB-7727/2010. számú jelentés



szolgálatra alkalmatlan” és „jelenlegi beosztására nem alkalmas” minősítéseket. Ha ilyen minősítések indokoltak, akkor a bizottság elnöke az iratokat továbbítja a Magyar Honvédség Dr. Radó György Honvéd Egészségügyi Központban (HEK) működő, döntésre jogosult felülvizsgáló bizottságokhoz. Ez utóbbi FÜV bizottságok döntenek az I. fokú FÜV bizottság döntése elleni fellebbezésről is.

A HEK-ben a hivatásos és szerződéses állomány tagjának egészségi alkalmassága állapotát felülvizsgáló orvosi bizottság a tevékenységét a Preventív Igazgatóság Felülvizsgáló Intézetén (FÜVI) belül végzi. A FÜVI feladata a Magyar Honvédség és a rendvédelmi szervek állománya alkalmasság-vizsgálatainak felülvizsgálata, baleset vagy betegség következtében létrejövő egészségi állapota romlása esetén az egészségügyi szabadságra történő javaslattétel, az egészségügyi szabadság engedélyezése vagy az alkalmasság elbírálása, FÜV eljárás lefolytatása, valamint a Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal általi össz-szervezeti egészségkárosodás mértékének véleményeztetése.

Az Országos Rendőr-főkapitányság tájékoztatásában hangsúlyozta, hogy a szolgálati, illetve beosztási egészségi, pszichikai, fizikai alkalmasság kérdésében FÜV eljárás keretében kell dönteni, ha a hivatásos állomány tagjának betegsége vagy balesete miatt: szolgálatképessége oly mértékben csökkent, hogy feladatait tartósan ellátni nem képes, és állapotában huzamosabb ideig tartó gyógykezelés mellett sem várható kielégítő javulás, vagy olyan jellegű az egészségkárosodása, hogy beosztásának, szolgálatának ellátására alkalmatlannak látszik.

A FÜV eljárás elrendelését kezdeményezheti: a hivatásos állomány tagja, az alapellátó orvos vagy a közvetlen szolgálati előljáró. Az alapellátó orvos köteles kezdeményezni az eljárást, ha az ÁEK osztályvezető, részlegvezető, illetve szakrendelés vezető főorvosa, a szolgálatképtelenség 30 napon túli meghosszabbítása érdekében ellenőrző orvosi vizsgálatot végző orvos (a továbbiakban: ellenőrző orvos), illetve a Hathónapos Orvosi Felülvizsgáló Bizottság erre javaslatot tett, vagy az általa engedélyezett egészségügyi felmentés során az érintett teljes szolgálatképessége az engedélyezhető maximális időtartam elteltével sem állt helyre.

A hivatásos állomány tagja a FÜV eljárás elrendelésére irányuló kérelmet írásban, közvetlen szolgálati előljárónál nyújthatja be. Az alapellátó orvos, illetve a közvetlen szolgálati előljáró a FÜV eljárást ugyancsak írásban, de az állományilletékes parancsnoknál kezdeményezheti. Az állományilletékes parancsnok az eljárást soron kívül, az erre rendszeresített nyomtatvány kitöltésével rendeli el, amit megküld az illetékes személyügyi szerv vezetőjének.

A közvetlen szolgálati előljáró a hivatásos állomány tagját tájékoztatja a FÜV eljárás elrendeléséről és az eljárással összefüggő jogairól és kötelezettségeiről.

A FÜV eljárás alá vont részére egészségügyi szabadság a szolgálatképtelenség megállapítására irányadó általános szabályok szerint engedélyezhető. Az eljáráshoz szükséges orvosi dokumentációk beszerzéséről az egészségügyi szakterületnek kell gondoskodnia.

A FÜV eljárást meg kell szüntetni, ha az alapellátó orvos, a közvetlen szolgálati előljáró, illetve a hivatásos állomány tagja az általa kezdeményezett eljárás megszüntetését a határozat meghozataláig írásban kéri, továbbá ha az érintett hivatásos szolgálati jogviszonya megszűnt.

A FÜV bizottság eljárásának első szakasza a majdani FÜV bizottsági döntés előkészítéséért felelős orvos kijelölése, amelyre minden esetben az HEK parancsnok jogosult. A döntés-előkészítésért felelős orvos – amennyiben a rendelkezésre álló dokumentáció és az érintett egészségi állapota nem ítéltethető meg egyértelműen – személyes vizsgálattal megállapíthatja az alkalmasság elbírálása szempontjából alapvető kórelváltozásokat, vagy intézkedik a szükséges vizsgálatok ÁEK-ban történő elvégzésére, vagy a Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal szakvéleményének beszerzésére.

A FÜV bizottság összetételét is a HEK parancsnoka határozza meg, 24 órával a felülvizsgálat időpontját megelőzően, az orvosszakmai követelmények és az összeférhetetlenség szabályainak figyelembevételével. A bizottság 3 tagból áll. A parancsnok a bizottság elnökét és 1 tagját az alárendeltségébe tartozó, az alkalmassági és felülvizsgálatokat végző főorvosi állományból, 1 tagját az érintett rendvédelmi szerv által jelölt orvosok közül eseti jelleggel, véletlenszerűen választja ki. A bizottság munkájába konzultációs joggal pszichológus, valamint az illetékes szakterületnek megfelelő főszakorvos is bevonható. A bizottság ülésének időpontjáról az érintettet legalább 8 nappal az ülést megelőzően értesíteni kell. Eljárását határozattal fejezi be, és orvosszakmai véleményt készít. A hivatásos állomány tagja a FÜV bizottság előtt köteles személyesen megjelenni (kivéve, ha az érintett betegsége miatt járó-, illetve mozgásképtelen, és a meglévő orvosi dokumentációból az egészségi állapota megítélhető). A bizottság a döntését már az ülésen közli a felülvizsgálattal, és a jogorvoslat lehetőségéről is tájékoztatja. A döntést a kihirdetését követő 8 napon belül határozatba kell foglalni, s azt meg kell küldeni a felülvizsgáltnak, a parancsnokának és alapellátó orvosának. A döntés ellen a felülvizsgált személy a határozat kézbesítésétől számított 15 napon belül írásban fellebbezéssel élhet. A felülvizsgált személy az I. fokú FÜV bizottság ülésén fellebbezési jogáról saját kezűleg írt és aláírt nyilatkozatával lemondhat. A II. fokú FÜV bizottság az I. fokú FÜV bizottság határozatát helyben hagyja, vagy megváltoztatja. A II. fokú FÜV bizottság határozata ellen nincs helye fellebbezésnek, határozata a közléssel végrehajthatóvá válik.

Az állományilletékes parancsnok a FÜV határozat végrehajthatóvá válásától számított 30 napon belül köteles intézkedni:

- „jelenlegi beosztására korlátozással alkalmas” döntés esetén az elrendelt korlátozások érvényesítésére,
- „jelenlegi beosztására alkalmatlan” döntés esetén más beosztásba helyezésére,
- „hivatásos szolgálatra alkalmatlan” döntés esetén a szolgálati jogviszony megszüntetésére, továbbá a FÜV bizottság erre irányuló javaslata esetén, a közúti járművezetői egészségi alkalmasság felülvizsgálatának kezdemé-

nyezésére, önvédelmi lőfegyverrel, vadászfegyverrel rendelkezők esetében pedig az ezzel kapcsolatos egészségi alkalmasság felülvizsgálatának kezdeményezésére.

A hivatásos állami és önkormányzati tűzoltóság, a nemzetbiztonsági szolgálatok, a büntetés-végrehajtás, valamint a katasztrófavédelem (polgári védelem) hivatásos állományú tagjainak FÜV vizsgálata ugyanazon eljárási rend – vagyis az 57/2009. (X. 30.) IRM-ÖM-PTNM együttes rendelet – szerint történik, mint amiről az ORFK beszámolt. Az Alkotmányvédelmi Hivatal jogelődje (az NBH) tájékoztatójában azonban hangsúlyozta, hogy mivel a FÜV eljárások teljes egészében hivataluk keretein kívül történnek, a felülvizsgáló orvosi bizottságok eljárására, gyakorlatára nem látnak rá. A Büntetés-végrehajtás Országos Parancsnoksága kiemelte, hogy a szaktárca és az érintett rendvédelmi szervek célja egy aktualizált, minden szempontból korszerű, a személyi állomány egészségének védelmét, helyreállítását, fejlesztését támogató, a rendvédelmi szervek állománymegtartó-képességét növelő FÜV eljárási rend fenntartása. Az Országos Katasztrófavédelmi Főigazgatóság (polgári védelem), sem rendelkezik információval a bizottságok döntési gyakorlatáról, a HEK döntéseit tudomásul veszik.

A Nemzeti Adó- és Vámhivatal hivatásos állománya egészségi, pszichikai és fizikai alkalmasságának vizsgálatáról rendelkező PM rendelet 2008. június 27-étől hatályos. A Vám- és Pénzügyőrség hivatásos állományába felvételre jelentkezők alkalmassági vizsgálatát a Vám- és Pénzügyőrség Szociális, Egészségügyi és Kulturális Központja (továbbiakban: VPSZEKK) végzi, kizárólag a PM rendelet szerinti eljárási rendben és az abban meghatározott alkalmassági követelmények alapján minősíti a pályázót. Az előzetes alkalmassági vizsgálat eredménye „alkalma”, vagy „alkalmatlan” minősítésű lehet. Az „alkalmatlan” minősítésű pályázó 15 napon belül az I. fokú FÜV bizottsághoz fellebbezhet.

FÜV eljárás kötelező kezdeményezésének esete, ha a pénzügyőr egészségi állapota olyan mértékben változott, hogy a számára elő írt egészségi, pszichikai és fizikai alkalmassági követelményeknek nem felel meg, vagy egészségügyi szabadságának időtartama a 180 naptári napot meghaladta.

Az egészségi alkalmassági követelményeknek való meg nem felelésre általában az időszakos, illetve soron kívüli alkalmassági vizsgálat során derül fény. Ha ezen alkalmassági vizsgálatok eredménye alapján feltételezhető, hogy a hivatásos állomány tagjának egészségi állapota eredeti szolgálati beosztásának, munkakörének ellátását nem teszi lehetővé, a vizsgálatot végző szakorvosnak kezdeményeznie kell a FÜV eljárást. Az eljárás lefolytatására a VPSZEKK alapellátó rendszerében működő I. fokú FÜV bizottság, a fellebbezések elbírálására a VPSZEKK szakellátó rendszerében működő II. fokú FÜV bizottság illetékes. Valamennyi bizottság három-három orvostól és 1-1 póttagból áll, akik közül egy-egy fő az adott bizottság elnöke.

Az I. fokú FÜV bizottság elnökét és tagjait a VPSZEKK Egészségügyi Szolgálat vezetője bízza meg. A bizottságban egy foglalkozás-egészségügyi szakorvos részvétele kötelező. A II. fokú FÜV bizottság elnökét és tagjait az országos parancsnok bízza meg. Pszichológiai alkalmasság elbírálása esetén pedig a II. fokú FÜV bizottságban pszichológus vagy pszichiáter szakorvos, fizikai alkalmasság elbírálása esetén sportorvostan szakvizsgáival rendelkező szakorvos részvétele kötelező.

A FÜV eljárást írásban kell kezdeményezni. Kezdeményezésre jogosult: a hivatásos állományba felvételre jelentkező, a hivatásos állomány tagja, a VPSZEKK alapellátást végző orvosa, a hivatásos állományú tag állományilletékes parancsnoka vagy szolgálati előjárója.

Az alkalmassági vizsgálatoknál, de a FÜV eljárásnál különösen fontos, hogy a bizottság ismerje az eljárás alá vont személy élet- és munkakörülményeit, a beosztásával együtt járó fizikai és pszichikai terheléseket, az érintett korábbi teljesítőképességéhez viszonyított és a közvetlen környezet által tapasztalható változásokat. Ezek beszerzése a bizottság kötelessége. A felülvizsgálat során be kell szerezni szakvéleményt is a vizsgált személy egészségkárosodásának mértékéről, ha egészségi állapota alapján „Hivatásos szolgálatra alkalmatlan” minősítés megállapítása indokolt, vagy a felülvizsgálatra szolgálati kötelemekkel összefüggő egészségkárosodás következtében kerül sor, továbbá ha azt a hivatásos állomány tagja kéri.

A FÜV eljárásra a hivatásos állomány tagját a VPSZEKK írásban, a bizottsági ülés helyének és idejének megjelölésével, az ülés időpontját megelőzően legalább 8 nappal, a szolgálati előjáró útján rendeli be. A bizottság előtt személyesen kell – néhány kivételtől eltekintve, pl. ha mozgásképtelen beteg az érintett – megjelenni. A bizottság határozatait konszenzussal fogadja el, konszenzus hiányában szótöbbséggel határoz. Döntését írásba kell foglalnia. A döntés ellen a vizsgált személy a határozat közlésétől számított 15 napon belül fellebbezéssel élhet.

A katonai szolgálatra alkalmasság vizsgálatának – közte a FÜV eljárások – részletes szabályait HM rendelet tartalmazza. A szerint, ha a katona egészségi állapota (betegség, műtét, baleset következtében) olyan mértékben változott, hogy az nem felel meg a számára előírt egészségi alkalmassági követelményeknek, alkalmasságának a felülvizsgálatát kezdeményezni kell. Kezdeményezésre jogosult többek között: a katona, a katonai szervezet alapellátást végző orvosa, az állományilletékes parancsnok, az ÁEK osztályvezető főorvosai, a honvédségi szakrendelés orvosa, a II. fokú FÜV bizottság elnöke. A felülvizsgálat lefolytatásához az állományilletékes parancsnok véleménye is szükséges. A kérelem alapján az ÁEK I. fokú FÜV bizottság elnöke intézkedik az eljárás lefolytatására. A bizottság ebben az esetben is három tagból áll. Az I. fokú bizottság az ÁEK-ben és a HEK kijelölt alkalmasság-vizsgálatot végző egészségügyi intézetében, a II. fokú bizottság a HEK felülvizsgálatokat irányító szervének kijelölt osztályán működik. Ha a II. fokú bizottság pszichikai, illetve a fizikai alkalmasságot

bírál el, a bizottság tagja az osztály szakpszichológusa, illetve a HEK illetékes egészségügyi intézetének szakembere is. A II. fokú bizottság orvosszakmai felügyeletét a központi FÜV bizottság elnöke látja el, aki a HEK felülvizsgálatokat irányító szervének intézetvezető főorvosa.

Az alkalmassági felülvizsgálatra berendelt katona a felülvizsgáló bizottság előtt személyesen köteles megjelenni kivéve, ha megjelenése (pl. betegség miatt) akadályba ütközik. A FÜV bizottság döntéséről és a jogorvoslat lehetőségéről a bizottság elnöke a katonát (jogi képviselőjét) írásban értesíti. Az I. fokú döntés a közlésétől számított 15 napon belül írásban megfellebbezhető. A II. fokú bizottság az I. fokú minősítést megváltoztathatja, illetőleg újabb kivizsgálást, vagy a kivizsgálás kiegészítését rendelheti el. Jogosult továbbá: 180 naptári napig az engedélyezett egészségügyi szabadságot meghosszabbítani, 365 naptári időtartamban engedélyezni a részleges szolgálatmentességet, és 180 nap naptári időtartamig napi 6, illetve 4 órára csökkenteni a szolgálati időt. A II. fokú döntés ellen fellebbezésnek nincs helye. Nincs helye fellebbezésnek akkor sem, ha az I. fokú határozatot a II. fokú FÜV bizottság hozta és az az elleni jogorvoslati kérelmet a központi bizottság bírálta el.

A felülvizsgáló bizottságok javaslatot tesznek a vizsgált katona egészségi alkalmassági fokára, egészségkárosodásának a szolgálati kötelemekkel való összefüggésére, valamint az egyéb kérdésekre (pl. egészségügyi szabadság meghosszabbítása). A szótöbbséggel hozott határozatot FÜV táblázaton kell kiadni. Alkalmatlanság megállapítása esetén a bizottság a személyügyi eljárás (nyugállományba, illetőleg tartalékos állományba helyezés) kezdetéig a katonának szükség esetén egészségügyi szolgálatmentességet engedélyez. Ha az egészségi alkalmassági felülvizsgálat során úgy dönt a bizottság, hogy más alkalmassági fokozat megállapítása vagy a felmentések bővítése nem indokolt, erről tájékoztatja a katonát, a kezelőorvost és az állományilletékes parancsnokot, de FÜV táblázatot nem kell készítenie. A döntést és a fellebbezés lehetőségét a katonával írásban közölni kell.

#### *A biztos megállapításai, következtetései*

A hivatásos állomány tagjait terhelő fokozott követelményeket támaztó szolgálat megköveteli a hatékony kiválasztást a felvételek során. A megfelelően végrehajtott felvételi szűrés jelentős segítséget nyújthat ahhoz, hogy ne kerüljön felvételre egészségügyi szempontból alkalmatlan személy a hivatásos állományba. A jó felvételi kiválasztási rendszer segíthet abban is, hogy a későbbi kiképzéseken, felkészítéseken kevesebb legyen a sérülés, illetve a későbbi egészségkárosodás.

A hivatásos állományba kerülés folyamatának tehát jelentős lépcsőfoka az egészségi alkalmasság (alkalmatlanság!) vizsgálata, vagyis a betegségben, testi fogyatékban szenvedők kiszűrése (feltételezve ugyanis, hogy az egészségi, testi fogyatéktól mentes emberek alkalmasak a hivatásos állomány bármely tagjaként feladata ellátására). Ehhez szorosan kapcsolódnak a fizikai és

a pszichikai alkalmassági vizsgálatok, melyek elkülönülnek az orvosi vizsgálatoktól.

A szolgálati, beosztási követelmények érvényre juttatása érdekében tehát – a vonatkozó jogszabályok alapján – a személyi állomány, hivatásos szolgálatra való alkalmasságát (egészségi, pszichikai és fizikai állapotát) a szolgálati viszony létesítését megelőzően, de annak fennállása alatt is rendszeresen vizsgálni és véleményezni kell (a továbbiakban: alkalmassági vizsgálat). Az egészségi alkalmasságot orvos, a pszichikai alkalmasságot pszichológus, a fizikai alkalmasságot – előzetes orvosi vélemény figyelembevételével – testnevelési, vagy sportszakmai szakképesítéssel, vagy erőnléti, terhelhetőségi ismeretekkel rendelkező személy bírálja el.

Az alkalmasságot vizsgáló szakemberek a rendvédelmi szervek esetében nem javaslatot tesznek az alkalmasságra vagy alkalmatlanságra, illetve azok változataira (fokozataira), hanem önálló, kizárólagos döntést hoznak. Ezáltal sem az állományba újonnan kerülők, sem az állományban már bent lévők minősítése nem biztosítja az alkalmasság komplex elbírálását, ami *jogállamban jogbizonytalanságot idézhet elő, de sértheti a tisztességes eljáráshoz való jogot* is. Ez a katonák esetében nem fordulhat elő, mivel a katona egészségi alkalmassági fokára, egészségkárosodásának a szolgálati kötelmekkel való összefüggésére a FÜV bizottság nem kizárólagos döntést hoz, hanem javaslatot tesz. A diszkrimináció tilalmát rögzítő alkotmányi rendelkezés a jogegyenlőség követelményét rögzíti, ami azt jelenti, hogy az állam, mint jogalkotó és jogalkalmazó, a jogok és kötelezettségek megállapítása során köteles az azonos helyzetben levő jogalanyokat indokolatlan megkülönböztetés nélkül, egyenlőként kezelni. A biztos véleménye szerint a hivatásos állomány tagja egyenlőnek bizonyul bármely szolgálati helyen (legyen az, katonai vagy rendvédelmi szerv), mivel egymással összehasonlítható alanyi körrel van szó és jogi helyzetük – egyes alkotmányos jogaik korlátozása révén – azonos. (Megjegyezte viszont, hogy mindez nem zárja ki, hogy jogszabály egyes beosztásokra kiemelt alkalmassági követelményeket írjon elő.) Mindezekre tekintettel az, hogy a rendvédelmi szervek vonatkozásában a FÜV bizottság önálló, kizárólagos döntést hoz, katonai szervek esetében pedig javaslatot tesz, alkalmas *a diszkrimináció tilalma sérelmének a megállapítására is.*

Más szempontból – mutatott rá az országgyűlési biztos – az irányadó jogszabályokban sem az egészségi, sem a pszichikai, sem a fizikai követelménycsoportokban nem ismerhetők fel a felvétel előtti, a már állományban lévő, illetve a megváltozott egészségi állapotúakra vonatkozó eltérő alkalmassági követelmények. A hivatásos állományba jelentkező, a már állományban lévő, illetve a megváltozott egészségi állapotú személyekről viszont nem állítható, hogy egészségi, pszichikai, fizikai állapotuk azonos alkalmassági követelmények szerint megítélhető. E vonatkozásban *a jogok egyenlő elosztásának alkotmányos követelménye, az emberi méltóság alapjoga nem sérülne*, ha az egyéni szempontok azonos mértékű figyelembevételével eltérő alkalmassági követelményeket határozna meg a jogalkotó. *A jogállamiság elve is megkövetelné, hogy az említett*



három csoportba sorolható személyek állapotvizsgálata eltérő alkalmassági követelmények szerint történjen.

Valamennyi egészségi (orvosi) alkalmassági vizsgálatot/felülvizsgálatot szakorvos végez el. Azonban csak néhány esetben utalnak a vonatkozó jogszabályok foglalkozás-egészségügyi szakorvos kötelező igénybevételére, vagyis előtérbe helyezi a jogalkotó az egy-egy szakterület (pl. szemész, belgyógyász, neurológus stb.) orvos képviselője által elvégzett vizsgálat eredményét. A biztos szerint változtatna a mechanizmuson, ha egy részletes, foglalkozás-egészségügyi alapvizsgálat eredménye alapján járnának el az alkalmassági vizsgálatot/felülvizsgálatot végző bizottságok és csak indokolt esetben, célzottan kerülne sor egy-egy kiegészítő vizsgálatra. Ez felelne meg ugyanis *a jogállamiság elvének és az egyenlő bánásmód követelményének*.

A vonatkozó normákból egyértelműen következik, hogy a FÜV bizottságok az alkalmasság kérdésében döntenek. Az első fokú döntés ellen fellebbezéssel lehet élni. A másodfokú döntések elleni jogorvoslat azonban kizárt, azok végrehajthatóak. A biztos *ezt összeegyeztethetetlennek tartja a jogállamiság elvével*, hiszen komoly jelentősége van annak, hogy a felülvizsgált személyben ne merüljön fel aggály a FÜV eljárás tisztán szakmai alapon történő lefolytatása tekintetében. Az esetleges dilemma feloldására azt tartaná megoldásnak, ha a jogalkotó rendelkezne a másodfokú döntés bíróság előtt való megtámadhatóságáról, hiszen az alkalmassági felülvizsgálat eredménye érinti a felülvizsgálat alá vont személy jogát vagy jogos érdekét. Szorosan ide kapcsolódó kérdés az is, hogy a rendvédelmi szervek állományára vonatkozó jogszabály biztosítja az egészségi, és a pszichikai alkalmasságról szóló döntés elleni jogorvoslat lehetőségét, de nem biztosítja egy esetleges fizikai alkalmatlansági (felülvizsgálati) eredménnyel szemben. Ez *a tisztességes eljáráshoz és a jogorvoslathoz való joggal kapcsolatos visszásságot eredményez*. (Megjegyzendő, hogy sem a katonákra, sem a pénzügyőrökre irányadó rendelet nem tartalmaz kizáró rendelkezést a „Fizikailag alkalmatlan” minősítéssel szembeni fellebbezés vonatkozásában).

A jogszabályok nem tartják azonos helyzetben lévő jogalanyoknak a hivatásos állományban foglalkoztatottakat az alkalmassági vizsgálat/felülvizsgálat lefolytatására hatáskörrel rendelkező szervek meghatározása szempontból sem. A pénzügyőrség hivatásos állományába felvételre jelentkezők alkalmassági vizsgálatát ugyanis maga a rendvédelmi szerv végzi. A HEK Alkalmasság-vizsgáló Intézet feladata a rendvédelmi szervek és a honvédség hivatásos állományába tartozók egészségi, pszichikai alkalmassági vizsgálatainak, ezen belül az új felvételre, a már hivatásos állományban lévők minőségileg magasabb illetve más munkakörbe, speciális beosztásba (terrorelhárító, személybiztosító stb.), külszolgálatra jelentkezők másodfokon történő elbírálása, minősítése. A HEK Preventív Igazgatóság Felülvizsgáló Intézete pedig a rendvédelmi és a honvédségi szervek megváltozott egészségi állapotú hivatásos állományában lévő személyek szolgálati alkalmasságának elbírálását végzi, melyet felülvizsgálati (FÜV) eljárás keretén belül kell eldönteni. Ez a különbség ugyancsak *a jogállami-*

ság elvével, a diszkrimináció tilalma és az egyenlő bánásmód követelményével összefüggő visszasság megállapítására alkalmas. Ehhez szorosan kapcsolódik az a körülmény, hogy a pénzügyőrök esetében a II. fokú FÜV bizottság elnökét és tagjait az országos parancsnok bízta meg. A jogbiztonság követelményével ellentétesnek ítélte meg az országgyűlési biztos azt, hogy a II. fokú FÜV bizottság összetétele szervezeten belüli – országos parancsnoki – döntés függvénye. Véleménye szerint a jogbiztonság követelményének megfelelő, elfogulatlan, objektív vizsgálat csak a szervezeten kívüli szervtől lenne várható.

A rendvédelmi szervek állományára vonatkozó rendeletet magasabb szintű jogszabállyal (törvénnyel) is ellentétesnek tartja a biztos. Az irányadó törvény (Hszt.) alapján ugyanis más beosztásba helyezésre szolgálati érdekből vagy kérelemre kerülhet sor. Ezzel szemben a miniszteri rendelet szerint az állományilletékes parancsnok a FÜV határozat végrehajthatóvá válásától számított 30 napon belül intézkedik „jelenlegi beosztására alkalmatlan” döntés esetén a hivatásos állomány tagjának más beosztásba helyezésére. A katonákra és a pénzügyőrökre vonatkozó miniszteri rendelet nem ír elő lehetőséget. A jogszabályok biztos által feltárt összhangjának hiánya sérti a jogállamiság elvéből levezethető jogbiztonság követelményét.

Az országgyűlési biztos az általa feltárt alkotmányos joggal összefüggő visszasságok megszüntetése és jövőbeni megelőzése érdekében felkérte a közigazgatási és igazságügyi minisztert, hogy fontolja meg a hivatásos állomány valamennyi tagja egészségi alkalmasság vizsgálata/felülvizsgálata egységes, korszerű, a személyi állomány egészségének védelmét, helyreállítását, fejlesztését támogató, az érintett szervek állománymegtartó-képességét növelő rendszerének megteremtését, megítélése módjának egységes jogszabályban való részletes kidolgozását, különös figyelemmel arra, hogy mind a rendvédelmi, mind a honvédelmi szervek állománya jog- és életvitelbeli korlátozások mellett végzik munkájukat és élik családi életüket. A miniszter válaszában mindössze csak arról biztosította az országgyűlési biztost, hogy az egyes jogviszonyokra vonatkozó szabályozás áttekintése során az érintett szaktárcáknak megfontolásra javasolni fogja a vonatkozó szabályrendszer jelenleginél egységesebb kialakítását.

#### *Az ombudsmani javaslat utóélete*

Az egyes rendvédelmi szervek hivatásos állományú tagjai egészségi, pszichikai és fizikai alkalmasságáról, közalkalmazottai és köztisztviselői munkaköri egészségi alkalmasságáról, a szolgálat-, illetve keresőképtelenség megállapításáról, valamint az egészségügyi alapellátásról szóló 57/2009. (X. 30.) IRM-ÖM-PTNM együttes rendelet módosításáról szóló BM rendelet tervezetét a tárca 2011 decemberében megküldte az országgyűlési biztosnak véleményezésre. A tervezet csak részben veszi figyelembe az ombudsmani megállapításokat. A módosítás szerint teljesül a hivatásos állományba jelentkező, a már állományban lévő, illetve a megváltozott egészségi állapotú személyek eltérő, egyéniesített alkalmassági követelmények szerinti állapotvizsgálatára irá-

nyuló javaslata, ami megfelel a jogállamiság elvének és biztosítja az emberi méltóságot. Az alkalmassági vizsgálatok saját (belügyi) hatáskörbe kerülnek, amit a biztos alkalmasnak tart arra, hogy megszűnjön az általa e témakört érintően feltárt diszkrimináció tilalma és megvalósuljon az egyenlő bánásmód követelménye. Aggályosnak tartja viszont a biztos, hogy főszabályként a vizsgálatokat első fokon a rendvédelmi szervek illetékes alapellátó orvosai és pszichológusai, másodfokon a rendvédelmi szervezet irányító miniszter által kijelölt orvosok és pszichológusok végzik majd el. Véleménye szerint a jogállamiság elve azt követelné meg, ha a főszabály ez utóbbi lenne – vagyis a miniszter jelölné ki az eljáró szakembert – és másodfokon más (külső) szerv vagy intézmény lenne jogosult eljárni. Ehhez szorosan kapcsolódik az az észrevétele, hogy a II. fokú FÜV bizottsági döntés ellen továbbra sem lehet majd bírósághoz fordulni. Aggályosnak ítélte meg annak hiányát is, hogy a rendelet a módosítást követően sem ad lehetőséget arra, hogy egy esetleges fizikai alkalmatlansági (felülvizsgálati) eredmény ellen jogorvoslattal lehessen élni. Fenntartotta a biztos azt a megállapításait is, hogy nincs összhangban az együttes rendelet magasabb szintű jogszabályi rendelkezéssel, továbbá hogy jogbizonytalanságot idézhet elő, és sértheti a tisztességes eljáráshoz való jogot, hogy az egészségi, pszichikai és fizikai alkalmasságot vizsgáló szakemberek a szolgálatra való alkalmasságra vagy alkalmatlanságra, illetve azok változataira (fokozataira), önálló, kizárólagos döntést hoznak. Ez utóbbi rendelkezés ugyanis nem biztosítja az alkalmasság komplex elbírálását.

### **3.7. A katasztrófa-elhárítás közreműködőinek pszichológiai felkészítése<sup>68</sup>**

A korábbi évek árvizei, a 2006. augusztus 20-i tűzijáték alatt bekövetkezett katasztrófa, továbbá a 2010. októberi vörösiszap-áradás okozta helyzetek állami kezelése gyakorlati és szabályozási kérdéseinek áttekintése érdekében az országgyűlési biztos 2011-ben vizsgáló projektet indított. Ennek keretében figyelmet fordított a rendvédelem és a honvédelem hivatásos állományának veszélyhelyzeti feladatokra való alkalmazása során jelentkező pszichológiai nehézségekből adódó kockázatok kezelésére. A váratlan szituációk megoldása, extrém feladatok végrehajtása bizonyos személyiségtényezők hatására ugyanis betegséghez vezethetnek. Természetesen ezeken kívül is vannak fokozott veszéllyel, igénybevétellel járó munkakörök, szolgálati feladatok, melyek szintén okozhatnak mentális, stresszes betegséget. Mindezek megfontolására figyelemmel – hivatalból indult eljárás keretében – megvizsgálta a hivatkozott természeti és ipari katasztrófák során a lakosságvédelemben, anyagi védekezésben, kármentesítésben részt vett, és az egyéb speciális helyzeteket átélő (pl. tömegbaleseteket helyszínelő, halottszemlét végrehajtó, börtönőri, tűzszerézi, külföldi rendfenntartó missziós feladatok stb.) hivatásosok pszichológiai kezelésére,

<sup>68</sup>DR. PAJCSICSNÉ DR. CSÓRÉ ERIKA főosztályvezető; lásd AJB-1940/2011. számú jelentés

gondozására, ellátására tett intézkedési lehetőségeket, illetve azok alkalmazása gyakorlatát.

A rendvédelmi és a honvédelmi állomány körében jelentkező, őket terhelő váratlan, kiszámíthatatlan feladatok és kihívások rendkívülien megnövelik fizikai és pszichikai igénybevételüket. Ezek hatására pedig az arra hajlamos személyi állomány körében nagy valószínűséggel nő az előre nem látható egészségkárosodás és azok előfordulásának kockázata. E körülmények meghatározhatják nemcsak az állomány túlélőképességét, hanem akár a veszélyhelyzetben, akár normál körülmények között jelentkező feladataik teljesítését is.

Ha megfelelő a pszichológus, megtanítja a hozzáforduló személynek, hogy hogyan foglalkozzon problémáival. Neki nem az a feladata, hogy megoldja a lelki segítségre szoruló gondjait, hanem hogy megtanítsa őt megszabadulni az érzelmi terhektől.

Az egészség a katonai műveletek egyik legfontosabb tényezőjének, a harcképesség megőrzésének a meghatározó tényezője. Az egészség fogalma nemcsak a betegség és sérülés nélküli állapot, hanem ehhez társulva az egyén egészségi, fizikális és mentális „jóléti” állapotának egysége. Ennek az állapotnak az eléréséhez az egyént teljes szolgálati időszakában nyomon követő egészségügyi biztosítási rendszert és ellátó szervezetet alakított ki a honvédegségügy, amely teljes körű, a műveletek előtt, alatt és után végzett ellátásra képes. A műveletek során a cél a mentális károsodás minimalizálása és a morális állapot fenntartása.

Vizsgálata során a biztos tájékozódott valamennyi, a témában érintett szervnél. Így a *Magyar Honvédség Dr. Radó György Honvéd Egészségügyi Központ vezetőjénél* (továbbiakban: MH HEK), ahol az MH veszélyhelyzeti feladatainak ellátását a katonai szervezeteket (személyi állományt, elhelyezési körleteket) érintő katasztrófák elleni védelem és a polgári segítségnyújtás területén végzik. A *Büntetés-végrehajtás Országos Parancsnokánál*, aki azt hangsúlyozta, hogy a büntetés-végrehajtás sajátos helyzetű, mivel alapfeladata elsősorban a fogvatartottak egészségügyi ellátásának biztosítása. A pszichológusoknak is elsősorban a fogvatartottak szűrésére és mentálhigiénés gondozására, valamint a prevencióra kell figyelmet fordítaniuk. Az állománnyal csak szabad kapacitás esetén foglalkoznak, ami a pszichikai alkalmassági vizsgálatokban és kivételes esetekben a gondozásban való részvételt jelenti. A *BM Országos Katasztrófavédelmi Főigazgatósága* 2011-ben kezdte meg egy krízis intervenció csoport szervezését és kialakítását, amellyel azt kívánják biztosítani, hogy a katasztrófa helyszínére kivezényelt állomány – szükség esetén – hatékonyan vehessen igénybe orvosi, pszichológusi segítséget. A katasztrófavédelmi törvény hatályba lépésével, 2012. január 1-jétől pedig a katasztrófavédelem és a hivatásos önkormányzati tűzoltóságok integrációjával új szervezet jön létre. Az állomány létszáma jelentősen emelkedik, a feladatrendszer kibővül, ezért

új egészségügyi és pszichológiai ellátó rendszer felállítása válik szükségessé. A *rendőrségnél* is országos szinten kiépített az egészségügyi és pszichológiai szolgáltatások rendszere. A katasztrófák helyszínén az adott térségben, a rendőrség alapellátó orvosai és pszichológusai nyújtanak ellátást a feladatokban résztvevő állomány részére. A szóban forgó ellátás személyi és tárgyi feltételei megfelelőek. Katasztrófa idején az állomány intézkedőképességét, a mentésben való részvétel biztonságosságát a pszichológus egyrészt a kiválasztással, másrészt különböző tréningrendszerű felkészítésekkel befolyásolja pozitív irányba, megelőző jelleggel. A *Nemzeti Adó- és Vámhivatal* személyi állománya pszichológiai ellátását a 2011. január 1-jével, a szervezeten belül létrehozott Képzési, Egészségügyi és Kulturális Intézet, ezen belül is az Egészségügyi és Pszichológiai Főosztály látja el. 2011. január 21-én aláírtak egy megállapodást „a rendvédelmi szervek, a Magyar Honvédség és a Nemzeti Adó- és Vámhivatal bevetés-irányítási terve árvíz-védekezési feladatokra” vonatkozóan. Ez tartalmazza a védekezésben részt vevő szervek együttműködési feladatait, a tevékenységek technikai és logisztikai támogatását, valamint a személyi állomány ellátására vonatkozó egyéb feladatokat. A Nemzeti Adó- és Vámhivatal külön is rendelkezik árvízvédelem esetén nyújtandó pszichológiai támogatásról szóló akció tervvel. 2010-ben a vörösiszap-katasztrófa elhárításában részt vevők pszichológusi ellátására szintén kidolgoztak egy speciális akciótervet. Az *Alkotmányvédelmi Hivatal* munkatársai veszélyhelyzeti (természeti és ipari katasztrófák) beavatkozásban, mentésben és helyreállításban nem vesznek részt. Mindemellett, a hivatal hivatásos állományú tagjai a mindennapi munkájuk során ki vannak téve váratlan, extrém stresszel járó, kockázatos helyzeteknek és az azokban szükséges azonnali döntési szituációknak. Ezért az állomány rendszeres és folyamatos – saját szervezetükön belül kialakított – egészségügyi és mentálhigiénés alap- és szakellátásban részesül.

A biztos vizsgálatának közvetlen célja annak megállapítása volt, hogy a hivatásos állomány vészhelyzeti feladatokra való alkalmazását megelőző, feladatok végrehajtása alatti, illetve azt követő mentális gondozás, prevenció részévé válik-e az ún. egészségkultusznak.

A természeti vagy más katasztrófák során védekezésben részt vevő hivatásos állományt érintő váratlan szituációk és az azokat követő extrém, esetleg tartós megterhelés megelőzése, mentális kezelése számos olyan kérdést is felvet azonban, amelyek egyértelműen szakkérdésnek minősülnek. Így ezekkel összefüggő megállapításokat az ombudsman – feladat- és hatásköre hiányában – nem fogalmazott meg. Rámutatott viszont arra, hogy az egészségügyi kockázatokkal járó katasztrófa helyszínére védelmi, vészhelyzeti feladatokra kirendelt rendvédelmi és honvédelmi hivatásos állomány ma már a feladat veszélyességének megfelelő mértékű egészségügyi ellátás és pszichológusi támogatás mellett tevékenykedhet. A pszichológusi tanácsadás és pszichoterá-

piás kezelés feltételeit is igyekeznek megteremteni valamennyi intézménynél az állomány tagjai számára a munkavégzésből adódó fokozott külső megterhelés, stressz feldolgozásához, a stressz-betegségek kivédéséhez. A hivatásos állomány nap, mint nap jelen van a nagy pszichés terheléssel járó helyszíneken, és átélnek traumatikus eseményeket, krízishelyzeteket, így gyakran adódhatnak olyan lelki problémáik, amelyeket nem lehet önerőből hatékonyan kezelni vagy megoldani. Ilyen esetekben szükséges a pszichológus tanácsadása, a gondozás. Sőt, lehetőség van arra, hogy nemcsak káreset következtében kialakult ún. poszttraumás stresszreakció esetén, hanem magánéleti, és munkahelyi konfliktusokból adódó, vagy más szorongásos zavarokkal is felkereshessék a pszichológust.

A katasztrófa helyszínén dolgozó állomány kedvezőtlen egészségügyi hatásoknak és kockázatoknak van kitéve. E problémák megoldása a vezetőkre, a humán erőforrás-gazdálkodásra – ez utóbbinak integrált részét kell, hogy képezze a pszichológia (pszichológusi munka) – nagy terhet ró. Az állomány testi-lelki jólétének fenntartásához, kezeléséhez ugyanis nem elegendő az egyénnel való foglalkozás, hanem olyan megoldásokra van szükség, amelyek egy időben több emberre kihatnak. Mindezt időben felismerve, a vizsgálatban érintett szervek a személyi állomány pszichológiai kezelését – lehetőség szerint – saját pszichológus(ok) rendszerbe állításával találták a leghatékonyabban megoldhatónak. Ahol ez még hiányzik – például a büntetés-végrehajtás rendszere, ahol a pszichológusok feladata elsősorban a fogvatartottak ellátása, kezelése –, ott a társszervek pszichológusai igénybevételére kerül sor.

Nem vitatható, hogy a krízis, a katasztrófa helyszínén végzett munka okozta, átlagon felüli vagy extrém stresszterhelés sürgős lelki terápiát igényel. Ilyenkor e tevékenység nagy fontosságú, hiszen lehetőséget ad annak megelőzésére, hogy a későbbiekben pszichiátriai megbetegedés alakuljon ki. Az ugyanis rontja az érintett állomány életminőségét, súlyos következményei lehetnek és a munkából is kiesést okoz.

A katasztrófavédelemben érintett szervek vezetői valamennyien fontosnak tartják a hivatásos állomány mentális állapotára való odafigyelést. A rászoruló állomány elégedett a pszichológusi szolgáltatással, azzal, hogy akár a vészhelyzet helyszínén igénybe vehetik a mentálhigiénés ellátást, bíznak a terapeutában, és a kezelés eredményességében. Ezért a biztos kiemelte azt, hogy a hivatásos állomány vészhelyzeti feladatokra való kivezénylését megelőző, a feladatok végrehajtása során, illetve azt követő mentális gondozás, prevenció napjainkra részévé vált az ún. egészségkultusznak, vagyis a társadalom életében meghatározó lett. A hivatásosok teljes állománya részére olyan garanciát kell adni extrém megterhelés esetén való egészségügyi, azon belül pszichológiai ellátásuknak, mely megakadályozza alkotmányos emberi jogukkal összefüggő visszasság vagy annak közvetlen veszélye létrejöttét.

A BM Központi Kórház 2007-ben való megszűnésével a rendvédelmi szervek és a honvédség állományának egészségügyi ellátása, így vészhelyzetben való



igénybevételük vonatkozásában a prevenció érvényesítése és pszichológusi ellátásuk egységesebbé, hatékonyabbá tétele központi kérdéssé vált. Ugyanakkor még vannak eltérések az egyes szervezetek szóban forgó tevékenységéhez biztosított infrastrukturális (személyi, tárgyi) feltételei között. A büntetés-végrehajtásban az állomány számára nincs rendszeresítve önálló pszichológusi ellátás, az MH Honvéd Egészségügyi Központban az egyén mentális „jóléti” állapotát kimagaslóan szolgáló szervezetet működtetnek, a Budapesti Rendőr-főkapitányság Rendőrség Egészségügyi Központja, valamint a Nemzeti Adó- és Vámhivatal Egészségügyi és Pszichológiai Főosztálya is megfelelően ellátja a személyi állomány ilyen igényét. Az Alkotmányvédelmi Hivatal berkein belül működő Pszichológiai Osztály ugyancsak biztosítja a pszichológusi szakrendelést. Végül a BM Országos Katasztrófavédelmi Főigazgatóságon 2012. január 1-jével új egészségügyi és pszichológiai ellátó rendszer létrehozása válik szükségessé. Tekintettel arra, hogy – mutatott rá az ombudsman – folyamatban van a közszolgálati életpályák összehangolásáról szóló 1207/2011. (VI. 28.) Korm. határozat végrehajtása, jó alkalomnak találta, hogy felhívja a figyelmet az általa feltárt probléma halaszthatatlan kezelésének szükségességére. Olyan szemlélet tartana helyesnek, amely azt sugallja, hogy – különösen váratlan kihívások, extrém helyzetekben – az állomány pszichológiai ellátását, sőt a megelőzés gyakorlatát – függetlenül az ágazati speciális követelményekre –, a jogbiztonság, az emberi méltóság és az egyenlő bánásmód elve következetes érvényesítése érdekében, egységesebbé kell tenni.

Nem mellőzte a biztos annak rögzítését sem, hogy 2010. június 4-től június 14-ig tartó időszakban a BAZ megyei árvízvédelmi feladatok rendőrségi résztvevőinek egészségügyi ellátásában, közegészségügyi, járványügyi és munkavédelmi ellenőrzésében érintett szervek együttműködése nem volt kifogástalan. Az illetékes minisztérium zárolása miatt ugyanis a hastífusz elleni, az országos tisztí főorvos rendelkezése alapján pedig a hepatitisz elleni oltóanyag rendőrök ellátását szolgáló kiadása gondot okozott, ami közvetlenül veszélyeztette a védekezésben résztvevő állomány lehető legmagasabb szintű testi és lelki egészséghez való jogát.

Előzőekre figyelemmel a biztos felkérte a belügyminisztert, a honvédelmi, a nemzetgazdasági és a külügyminisztert, hogy a folyamatban lévő közszolgálati életpályák összehangolása, újjászervezésének végrehajtása során közösen tekintsék át és mérjék fel a hivatásos állomány valamennyi tagja – kiemelten krízishelyzetekben irányadó – pszichológiai ellátása, kezelése, illetve e területen a megelőzés egységesebb jogi szabályozásának és gyakorlatának lehetőségeit, majd kezdeményezzék azok megvalósítását. Kérte továbbá, hogy a krízishelyzetekben helyszínre kivezényelt állomány megfelelő egészségügyi ellátása, gondozása érdekében haladéktalanul, megfelelő időben gondoskodjanak a szükségesnek látszó gyógyszerek, oltóanyagok teljes körű biztosításáról.

### 3.8. A különösen veszélyes (extrém) sporttá nyilvánítás feltételrendszere<sup>69</sup>

*Az eljárás megindulása, a szabályozás és annak háttere*

A hobbi sport tevékenységük (barlangászat, falmászás) egészségbiztosítási szempontból „extrém sporttá” minősítésével összefüggésben két panaszos is beadvánnyal fordult az országgyűlési biztoshoz. Azt sérelmezték, hogy az extrém sportok jogszabályi felsorolása esetleges, más sportágaknál (síelésnél, futballnál) hiába fordulnak elő nagyobb számban orvosi ellátást igénylő sportbalesetek, azok nem szerepelnek „különösen veszélyes” szabadidős tevékenységként. Mivel a beadványok alapján a jogbiztonság követelményével, valamint az egyenlő bánásmód követelményével összefüggő visszásság gyanúja merült fel, a biztos vizsgálatot indított és részletes tájékoztatást kért az egészségügyért felelős nemzeti erőforrás minisztertől és az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (a továbbiakban: OEP) főigazgatójától.

A jelentés idézi az egészségügyi törvény szabályait, amely szerint nem vehető igénybe az Egészségbiztosítási Alap terhére a külön jogszabályban meghatározott különösen veszélyes (extrém) sportolás, szórakoztató-szabadidős tevékenység közben bekövetkezett baleset miatt szükségessé vált ellátások. A törvény és a végrehajtási rendelete azt is tartalmazza, hogy mely sportok, szórakoztató-szabadidős tevékenységek minősülnek extrémnek.<sup>70</sup> A rendelkezések 2007. január 1-jén léptek hatályba, azonban a törvény indokolása nem tartalmaz iránymutatást arra nézve, hogy milyen szempontrendszer alkalmazása mentén alakították ki tételes felsorolást.

Az egészségügyi államtitkára tájékoztatása szerint az egyes, az extrém sport tevékenységek tényleges kockázat alapján történő besorolása „csak egy hosszabb időszakot magában foglaló, az egyes sport balesetekből fakadó ellátási költségekre kiterjedő adatgyűjtés eredményeképpen lenne lehetőség”. Álláspontja szerint az extrém sportok valamelyikét űzők önként vállalnak olyan kockázatokat, amelyekkel jelentősen megnő annak az esélye, hogy kénytelenek legyenek igénybe venni az egészségügyi ellátórendszer szolgáltatásait. Az OEP főigazgatója az extrém sportolás közben bekövetkezett balesetek miatt szükségessé vált ellátások Egészségbiztosítási Alapból történő kivonásával kapcsolatban az alábbi tájékoztatást adta.

A taxatív felsorolt tevékenységek következtében keletkezett sérülések miatt szükséges ellátásokra az Egészségbiztosítási Alap nem nyújt fedezetet. Válaszában a főigazgató megjegyezte ugyanakkor azt is, hogy az egészségügyi törvény szerint minden betegnek joga van sürgős szükség esetén az életmentő, illetve a

<sup>69</sup> DR. LÁPOSSY ATTILA jogi főreferens (AJBH); lásd AJB-1484/2010. számú jelentés

<sup>70</sup> Eszerint különösen veszélyes, extrém sport és szórakoztató- és szabadidős tevékenységnek számít a vízisízés, a jet-ski, a vadvízi evezés, a hegy- és sziklamászás az V. foktól, a magashegyi expedíció, a barlangászat, a bázisugrás, a mélybe ugrás (bungee jumping), a falmászás, a roncsautó (auto-crash) sport, a rally, a hőglóballonozás, a félkezes és nyílttengeri vitorlázás, a sárkányrepülés, az ejtőernyőzés, a paplanernyőzés és a műrepülés.

súlyos vagy maradandó egészségkárosodás megelőzését biztosít ellátáshoz, valamint fájdalomnak csillapításához és szenvedéseinek csökkentéséhez. A sürgős szükség miatt felmerülő, életmentő beavatkozások költségeit az Egészségbiztosítási Alap extrém sport- és szórakoztató tevékenységek közben bekövetkezett balesetek esetén is finanszírozza, tehát ezeket a költségeket az extrém sportolónak utólag sem kelt megtérítenie. Annak a kérdésnek az elbírálása ugyanakkor, hogy az extrém sportok sérülése a sürgős szükség körébe tartozik-e a sérültet ellátó orvos feladata, azonban nem várható el az ellátó orvostól annak megítélése, hogy mely sport, illetve szabadidős tevékenység minősül különösen veszélyesnek, ezért szükséges e tevékenységek körének jogszabályban történő rendezése.

*A vizsgálat megállapításai, a jogalkotási kezdeményezés és a szaktárca válasza*

Az ombudsman az extrém sportolás közben bekövetkezett balesetek miatt szükségessé vált ellátások Egészségbiztosítási Alapból történő kivonásával összefüggésben hangsúlyozta, hogy az állam a mindenkori gazdasági teherbíró képességének változásaira figyelemmel a támogatások fajtáit, azok mértékét csökkentheti, megállapítását szigorúbb feltételekhez kötheti. Ugyanakkor e folyamat során köteles a jogbiztonság követelményéből adódó kötelezettségekre (pl. a kellő felkészülési idő biztosítására), valamint az egyes alkotmányos jogok (különösen az egyenlő bánásmód követelményének) érvényesülésére különös hangsúlyt fektetni.

A jelentés rámutat arra, hogy az extrém sportok körének meghatározásánál éppen ez a jogállamiság elveit követő, tárgyilagos mérlegelés maradt el. A biztos utalt az egészségügyi államtitkár válaszára, amelyben szerepel az, hogy elmaradt a jogszabály megalkotását megelőző olyan tartalmú adatgyűjtés és vizsgálat, amely megalapozhatta volna az extrém sportok, szabadidős tevékenységek objektív szempontok mentén történő minősítési, valamint besorolási követelményeit. Ennek következtében a rendelkezésemre álló információk alapján igazolódott, hogy – indokoltság hiányában – a végrehajtási rendelet taxatív listáján szereplő sportágak, sportterületek előzetes vizsgálat nélkül, önkényes és esetleges alapon kerültek a különösen veszélyes, extrém sport és szórakoztató-szabadidős tevékenységek közé. Az országgyűlési biztos sajnálatosnak tartotta továbbá azt is, hogy a jogalkotó által is ismert és elismert hiányosság orvoslására, az indokolt és időszerű felülvizsgálatra a felismerést követően sem került sor.

Az ombudsman megállapította, hogy jelen pillanatban a különösen veszélyes, extrém sporttá minősítés objektív, szakmai érvekkel alátámasztható és kiszámítható besorolási rendszerének hiánya miatt fennálló helyzet sérti a jogbiztonság követelményét. A biztos szerint a szabályozási hiányosság alkalmas arra, hogy – éppen önkényessége miatt – a listán szereplő hobbi sporttevékenységek folytatóit az egészségbiztosítás területén indokolatlanul hátrányosabb helyzetbe hozza, ami az egyenlő bánásmód követelményével összefüggő visszásságot okoz.

A jelentés röviden kitért arra is, hogy a felsorolásban használt fogalomrendszer további jogbizonytalanságot is teremt. Szakmai szervezetek véleménye szerint a jogszabály fogalomhasználata értelmezhetetlen, mivel a „sárkányrepülés, paplanernyőzés” fogalmait a repülés nyelve – és így értelemszerűen a magyar jogrendszer – sem ismeri, a sziklamászás esetében használt beosztás – miszerint az V. foktól minősül az extrém sportnak – esetében pedig a jogszabály még csak utalást sem tartalmaz arra nézve, hogy pontosan melyik rendszerbeosztást követeli meg. A biztos szerint ezek a fogalmi problémák – amellett, hogy önmagukban is komoly jogalkalmazási gondokat okozhatnak – ugyancsak a lista összeállításának esetlegességét, a megalapozott szakmai előkészítés hiányát támasztják alá.

Az ombudsman a visszásság jövőbeli megelőzéséért felkérte a nemzeti erőforrás minisztert, hogy kezdeményezze a végrehajtási rendeletben található lista mielőbbi szakmai-jogi felülvizsgálatát, a különösen veszélyes, extrém sport- és szórakoztató, szabadidős tevékenységek olyan taxatív jellegű jogszabályi felsorolásának kidolgozását, amely objektív minősítési rendszeren, szakmai szempontokon alapul. A miniszter azonban sem a kért határidőben, sem az azóta, jelen kiadvány kéziratának lezárásáig eltelt időben nem küldte még meg válaszát.

### 3.9. A HIV-pozitív betegek területi gondozása<sup>71</sup>

A HIV-pozitív betegek területi gondozása hosszú ideje húzódó probléma (volt) a hazai egészségügyi ellátásban. A vidéki HIV-pozitív személyek hátrányos megkülönböztetésben részesülnek, mivel csak a fővárosban részesülhetnek gondozásban. A kialakult rendszer működési elve az, hogy – a szükséges feltételek hiányában – a HIV-betegeknek csupán a szűrése történik helyi szinten a bőr és nemibeteg gondozó intézetekben (a továbbiakban: BNG), a további gondozási feladatok jelenleg kizárólag a fővárosban végezhetőek.

Ezen a helyzeten próbált változtatni a jogalkotó, amikor megalkotta a betegek területi gondozásának jogszabályi hátterét (a 46/2009. (XII. 22.) EüM rendelet, a továbbiakban: Rmód.), amely 2010. január 1-jével hatályba is lépett. Ennek ellenére a Társaság a Szabadságjogokért beadványában arra hívta fel az ombudsman figyelmét, hogy több hónappal a kijelölésüket követően a gondozóhelyek nagy része még új feladatáról sem tudott, vagy nem volt alkalmas a feladat elvégzésére.

A megkeresésre adott válaszokból, a lefolytatott ellenőrzésről készített, valamint a megküldött további szakmai összefoglalókból egyértelműen kiderül, hogy a Rmód. 2010. január 1-jei hatályba léptetésének időpontjában *a BNG-k működéséhez szükséges személyi, tárgyi feltételeinek és laboratóriumi háttér nem volt megfelelő, annak előzetes felmérésére 2009-ben nem került sor.* Csak a hatályba lépte-

<sup>71</sup> DR. KUSSINSZKY ANIKÓ jogi főreferens (AJBH); AJB-3144/2010. számú jelentés

tést követően kezdték meg a hatások felmérését, majd 2010 májusára egy minden kijelölt intézményre kiterjedő ellenőrzés során derült fény számos, a tényleges területi ellátást akadályozó alapvető szakmai iránymutatást illető, ismeretbeli valamint a személyi, tárgyi (laboratóriumi) és finanszírozási *hiányosságokra, felkészületlenségre*. Megjegyzendő ezzel összefüggésben az is, hogy bár mind a jogszabály előkészítésekor és elfogadásakor tudott volt, mind pedig a jelenleg hatályos jogalkotási törvény<sup>72</sup> is egyértelműen előírja a Rmód. elfogadását megelőzően előzetes – a később felmerült problémákat megelőző – *hatástanulmány készítésének kötelezettségét, jelen esetben azonban ez elmaradt*.

Az ÁNTSZ regionális intézetei által végzett felmérés eredményéről 2010. május 31-én tájékoztatták a minisztériumot.

Az ellenőrzés alapján összességében a következőket állapították meg:

1. *A rendeletben kijelölt gondozóintézetekben – az Egyesített Szent István és Szent László Kórház Rendelőintézet és a SE STD Centruma kivételével – tünetmentes HIV-fertőzött személy gondozása nem történik*. A gondozók a fertőzötteket, azok szűrése és vertifikálása utáni gondozásra a fent hivatkozott két intézetbe irányítják, ahol elvégzik a tényleges gondozást, melyhez helyben adott az ehhez szükséges valamennyi feltétel, beleértve az immunrendszer állapotának ellenőrzéséhez szükséges speciális laboratóriumi vizsgálatokat. A SE STD Centruma esetében ezeket a vizsgálatokat a SE I. számú Patológiai Klinikáján biztosítják.

2. Az eddig centralizált HIV-ellátás miatt a bőrgyógyász szakma – a HIV-szűrésen kívül – csak kevés kivétellel foglalkozott a betegek gondozásával. *Nincs egységesen elfogadott, a gondozók feladatait és kompetencia szintjét meghatározó szakmai szabályozó, módszertani levél*. Az Infektológiai Szakmai Kollégium által kiadott szakmai protokoll nem utal a gondozók feladatira, a gondozók egy része nem is ismeri.

3. *A vonatkozó jogszabály hatályba lépése előtt nem történt meg a kijelölt BNG<sup>73</sup>-k személyzetének szakmai felkészítése, tájékoztatása*. A gondozók egy része nem rendelkezik a gondozáshoz szükséges személyi és tárgyi feltételekkel. A feladat elvégzéséhez a dolgozók kevés tapasztalattal vagy tapasztalattal egyáltalán nem rendelkeznek, sok helyen nincsen counsellingben (tanácsadásban) jártas munkatárs, felkészült szakszemélyzet

4. A gondozók számára nem tisztázottak a gondozáshoz szükséges szakmai feladatok, kompetenciák, mint

<sup>72</sup>A jogbiztonság követelményéből következően a 2010. december 31-éig hatályos jogalkotásról szóló 1987. évi XI. törvény 18. § (1) bekezdése alapján a jogszabály megalkotása előtt – a tudomány eredményeire támaszkodva – elemezni kell többek között a szabályozni kívánt társadalmi-gazdasági viszonyokat, valamint meg kell vizsgálni a szabályozás várható hatását és a végrehajtás feltételeit. Jelenleg a jogalkotásról szóló 2011. január 1-jétől hatályos 2010. évi CXXX. törvény 17. § (1) és (2) bekezdése rendelkezik az előzetes hatásvizsgálatról.

<sup>73</sup>Bőr- és Nemibeteg gondozó

- a HIV-fertőzött betegek gondozása során milyen általános, szerológiai, és speciális laboratóriumi stb. vizsgálatokra kell a pácienseket küldeni, milyen gyakorisággal és melyik laboratórium fogadja a levett mintákat, továbbá
- a gondozás esetén a speciális laboratóriumi vizsgálatok elvégzésének a helye, a szállítás módja, eredmények visszajuttatása, és azok értékelése, finanszírozási kérdések.
- mikor szükséges és kell a beteget átirányítani az Egyesített Szent István és Szent László Kórház Rendelőintézetbe, illetve mikor a SE STD Centrumába.

5. A gondozók számára a speciális szerológiai és immunstátus felmérésére (CD4 + sejtszám, CD8 sejtszám és egyéb T-sejtek meghatározása, HIV kópia-szám meghatározás) alkalmas laboratóriumi háttér a közép-magyarországi régióon kívül más régióban, regionális szinten nem biztosított.

6. A fenti protokollok, eljárásrendek hiányában nem készültek el a megerősített HIV-pozitív betegek gondozáshoz szükséges dokumentációk.

7. A megfelelő adatvédelem kialakításához és biztosításához nem készültek el a jogi és gyakorlati szabályozók. Az anonim szűrések kivitelezéséhez a regionális bőrgyógyászat szakfelügyelet által a szükséges tájékoztatók országos szinten kiküldték, de ez nem helyettesíti a HIV-pozitív betegek gondozáshoz szükséges szakmai anyagokat.

Mindezen tapasztalatok alapján a hiányosságok pótlása érdekében az Országos Tisztifőorvosi Hivatal (a továbbiakban: OTH) szakmai megbeszélést kezdeményezett az érintett szerv(ez)ek széleskörű bevonásával.

A szakmai szervezetektől beérkezett válaszokat követően készített – megállapításokat és a helyzet megoldására, valamint a R. módosítására tett javaslatot tartalmazó – összefoglalót 2010. szeptember 24-én továbbították a minisztérium felé.

Az egyeztetések során az alábbi megállapítások rögzítésére került sor:

1. Szükségessé és időszerűvé vált az eddig centralizáltan, budapesti intézményekben végzett gondozás lehetőség szerint regionálisan működő intézményekben történő decentralizálása.

2. A rendeletben kijelölt megyei BNG-k a gondozásra kijelölésüktől a felmérés elvégzéséig eltelt időszakban nem tudtak felkészülni, a szakmai (személyi, tárgyi és laboratóriumi) valamint finanszírozási feltételek nem kerültek kialakításra és az egyeztetés résztvevői a közeljövőben ennek pótlására nem is látnak lehetőséget.

3. A HIV-fertőzött személyek gondozásához elengedhetetlen feltétel, hogy a szakmai feladatokat a HIV betegség ellátásában is jártas szakorvos lássa el. A gondozás egyik legfőbb feladata annak *eldöntése*, hogy – a speciális immunológiai (sejtfelszíni markervizsgálatok) és virológiai (HIV vírusmennyiség-meghatározás, HIV gyógyszer-rezisztencia mérése, HIV subtípus meghatározás) vizsgálatok eredményének komplex értékelése alapján – *mikor kell a fertőzött személynek felajánlani a kombinált retrovirális kezelést.*



4. Jelenleg a gondozási és kezelési feladatokat a Szent László Kórházban infektológusok végzik. Kizárólag szűrési és gondozási feladatokat lát el a SE STD Centruma, ahol bőrgyógyászok végzik a gondozást, azonban kezelésre a HIV-fertőzötteket a Szent László Kórházba irányítják. Abban a kérdésben, hogy *mely szakma képviselői képesek ellátni* a gondozási feladatokat az érintett szakmák szakmai kollégiumának álláspontja eltér egymástól. A Bőr-és Nemibetegségek Szakmai Kollégiuma véleménye szerint a beteg gondozását – hivatkozva az SE STD Centrumára – a kialakítandó STD Centrumokban az erre felkészített bőrgyógyász szakorvosok képesek ellátni, azzal, hogy a HIV-fertőzöttek antiretrovirális kezelését, a kezelés decentralizálásának megvalósításáig, továbbra is a Szent László Kórháznak kell végezni. Az Infektológiai Szakmai Kollégium tagjainak egyöntetű és határozott állásfoglalása, hogy a HIV-pozitív betegek gondozása és kezelése infektológus feladata. A HIV-fertőzés szisztémás megbetegedés, bár az intravénás drogozás mellett a legfontosabb átviteli mód a szexuális kapcsolat, a kialakuló tünetek elsősorban nem a nemi szervekkel kapcsolatosak, így a kialakuló tünet együttes észlelése, értékelése és ellátása infektológiai felkészültséget igényel.

5. További problémát jelent, hogy a gondozáshoz szükséges speciális laboratóriumi vizsgálatokat jelenleg centralizáltan, Budapesten egy helyen az arra szakmai minimumfeltételekkel, kapacitással és finanszírozással rendelkező kijelölt laboratórium végzi. Az egyetemi laboratóriumok nem rendelkeznek a speciális laboratóriumi vizsgálatok elvégzéséhez megfelelő szakmai és finanszírozási feltételekkel.

*Az összefoglaló alapján a regisztrált HIV-fertőzöttek száma 900 fő, vélhetően még minimálisan 300 fertőzött személynek lenne szüksége állapotának felmérésére és folyamatos monitorozására. A fenti betegszám megfelelő ellátására – a jelenlegi betegszámok, a szakképzett személyzet száma és annak utánpótlása, a laboratóriumi kapacitások figyelembe vételével – az érintett szakmai szervezetek az alábbi elképzelést vázolták fel:*

Mindkét szakma képviselői egyetértettek abban, hogy a megyei BNG-k helyett *elegendő lenne a három egyetemen* (pécsi, debreceni és szegedi) *és egy nyugat-dunántúli szolgáltatónál kialakítani a gondozási feladatokat ellátó centrumokat*. A szakmai tapasztalatok szerint a nagyszámú, de kis szakellátó-helyekkel ellentétben a gondozás egyetemi centrumba történő szervezésével a betegek jó életminőségének hosszú távú fenntartása jelentősen növelhető. Az egyetemek lennének képesek a legrövidebb időn belül a gondozás feltételeinek kialakítására, a szakképzett személyzet, a klinikai és laboratóriumi háttér megfelelő szintű folyamatos biztosítására. A kialakítandó centrumok feltételei vonatkozásában azonban a vélemények eltérnek.

A Bőr-és Nemibetegségek Szakmai Kollégium javaslata szerint a két már működő kijelölt intézmény – a Szent László Kórház, és a SE STD Centruma – mellett újabb STD Centrumokat kellene kialakítani, ahol erre felkészített bőr-

gyógyászok az infektológusok közreműködésével csak a gondozási feladatokat végeznék. A centrumok működésének alapvető feltételeire javaslatot is adtak. A HIV-fertőzöttek antiretrovirális kezelését továbbra is a Szent László Kórház Rendelőintézetnek kell végeznie.

Az Infektológiai Szakmai Kollégium javaslata szerint a HIV/AIDS-betegek gondozására és ellátására szolgáló újonnan kialakítandó centrumok az egyetem infektológiai egységének keretében kell, hogy működjenek, javasolják továbbá:

1. A HIV-pozitív betegek gondozása és kezelése az egyetemi centrumokban kialakított infektológiai egységek keretében, infektológus feladata.

2. A Szent László Kórházban biztosított jelenlegi szakmai szintet decentralizált ellátás során csak úgy lehet biztosítani, ha az egységes elvek és működő szakmai kontroll mellett történik. Tekintettel arra, hogy a betegek kezelése a jövőben is a Szent László Kórházban történik, célszerű, hogy a szakmai ellátás elveit és gyakorlatát ez a centrum irányítsa és kontrollálja.

3. Tekintettel a HIV-fertőzöttek modern kezelés mellett várható 3-4 évtizedre megnőtt élettartamára, a különböző centrumokban történő gondozás e betegek teljes körű (sebészeti, fogászati, belgyógyászati stb.) ellátására is ki kell terjednie.

4. Az új centrumok működését csak akkor szabad megindítani, ha már biztosított az összes feltétel, beleértve a laboratóriumi háttérrel és a HIV/AIDS-ellátásban járatos infektológus szakembereket. E feltételek hiánya a betegellátást jelentős mértékben veszélyezteti.

5. A kollégium véleménye szerint a szakemberek felkészítésében, a szakmai ellátási elvek kidolgozásában a Szent László Kórházban működő centrumnak meghatározó szerepet kell játszania.

Az Infektológiai Szakmai Kollégium szerint amennyiben ezt szakmai konszenzus lehetővé teszi, az újonnan kialakítandó centrumok, attól függően, hogy a gondozáshoz szükséges feltételeket a kijelölt szolgáltatók melyik szakmai egységükön belül képesek kialakítani működhetnek a budapesti SE STD Centrumának mintájára bőrgyógyászati egyetemi egység keretében is, illetve működhetnek az infektológiai egyetemi egység keretében is. A centrumok kialakításáig és tevékenységük megkezdéséig javasolták a 18/2002. (XII. 28.) EszCsM rendeletben a megyei gondozók kijelölésének visszavonását (a tünetmentes HIV-fertőzöttek gondozását jelenleg is végző két intézmény kivételével) annak okán, hogy feltételek hiányában a gondozók nem képesek ezt a feladatot ellátni. Javasolták továbbá, hogy a BNG-k kompetenciája a továbbiakban a HIV-fertőzött személyek szűrésére, a kontaktusok felkutatására, tanácsadásra és az STD betegségek ellátására terjedjen ki.

Az érintett szakmák képviselői javasolták a fentiekben foglaltakkal kapcsolatos kérdések, feladatok megoldásának mielőbbi kidolgozását a szakmai szervezetek, szakmai kollégiumok, az országos intézetek és a szakfelügyelet tevékenységének összehangolásával.

A megkeresésre adott válasz alapján a 2010 májusában bekövetkező kormányváltást követően az egészségügyért felelős Nemzeti Erőforrás Minisztériuma is szembesült a problémával. Az ellátási problémák, hiányosságok észlelése óta több mint egy év telt el, és a rendelkezéseimre álló információk szerint 2011. első félévében tervezte a tárca egy olyan konszenzusos egyeztetés megtartását, amely a HIV-pozitív személyek területi gondozásának megnyugtató, az érintett szakmák megegyezésén nyugvó rendezés érdekében a II. Nemzeti AIDS Stratégia kidolgozásának előkészítő munkálataival párhuzamosan. Üdvözlendő, hogy a szak tárca továbbra is a szakmai és civil szervezetekkel egyetértésben a HIV-pozitív személyek gondozásának dekoncentrációja mellett foglal állást, ugyanakkor a szerzett immunhiányos tünetcsoport kialakulását okozó fertőzés terjedésének megelőzése érdekében szükséges intézkedésekről és a szűrővizsgálatok elvégzésének rendjéről szóló 18/2002. (XII. 28.) ESzCsM rendelet hatályos változata jelenleg is ugyanazokat a – továbbra is alkalmatlan – BNG-eket nevesíti, mint területi gondozásra köteles és választható ellátóhelyeket.

A HIV-pozitív betegek egészségügyi ellátáshoz való joga azonban nem csupán a területi ellátás elvi lehetőségét, hanem a tényleges hozzáférés biztosítását is magában kell, hogy foglalja: eleve kiszolgáltatott helyzetüknél fogva biztosítani kell, hogy az ellátáshoz való hozzáférés ne jelentsen aránytalan terhet a számukra (költségek: utazás, szállás, költözés). Az ellátás dekoncentrációja, az ellátó helyek számának, elhelyezkedésének kialakításában, valamint a szakmai módszertan érvényesítésében a jogalkotó széles szabadságot élvez, ugyanakkor a jogszabályban rögzített, az Alkotmány alapján érvényesülő jogok érvényesülésének biztosítására minden esetben kiemelt figyelmet kell fordítania.

Mindezek alapján az ombudsman megállapította, hogy a HIV-pozitív betegek területi gondozása a közel két éve hatályos tételes jogszabályi előírások, kötelezettségek ellenére sem megoldott. A fennálló jogi helyzet, azaz a közép-magyarországi régió kivül a gondozási ellátás akut megoldatlansága, továbbá a gondozási tevékenységet meghatározó szakmai szabályozók hiánya, az érintett személyek egészséghez és egészségügyi ellátáshoz való jogával, valamint a jobbiztonság követelményével összefüggő visszásságot okoz.

A jelentésben feltárt alkotmányos joggal összefüggő visszásság orvoslása és jövőbeni megelőzése érdekében az Obtv. 20. § (4) bekezdése alapján az ombudsman felkérte a nemzeti erőforrás minisztert, hogy – az érintett szakmai kollégiumokkal, szervezetekkel együttműködve – haladéktalanul tegye meg a szükséges intézkedéseket annak érdekében, hogy a HIV-pozitív betegek gondozása tekintetében – a 18/2002. (XII. 28.) ESzCsM rendelet hatályos szabályainak megfelelően – biztosítottak legyenek a decentralizált működés, a tényleges területi (regionális vagy megyei szintű) ellátás elindításához szükséges szakmai, személyi, tárgyi, valamint finanszírozási feltételek.

### 3.10. Mire jogosít a praxisjog?

#### A háziiorvosi alapellátással kapcsolatos ombudsmani vizsgálat<sup>74</sup>

##### *A vizsgálat megindulása és előzményei*

2011-ben több panaszos fogalmazott meg beadványában kifogásokat, panaszokat a háziiorvosi praxisjoggal, a háziiorvosi alapellátás működtetésével, működésével kapcsolatban.

Az első ügyben egy nyugdíjba vonuló háziorvos a *praxisjoggal összefüggő feladatellátási-szerződés* miatt fordult a biztosához. Előadta, hogy 2004-ben a dunaújvárosi önkormányzat értékesíteni kívánta az ún. Zöld rendelőintézetet, melyben többek között ő is rendelt és állítása szerint felszólították, hogy amennyiben nem kívánnak az új tulajdonosnak magasabb bérleti díjat fizetni, úgy vásárolják meg a rendelőiket. A panaszos szerint azonban Dunaújvárosban rendelő más háziorvosok is önkormányzati tulajdonban álló ingatlanokban rendelnek, bérleti díj fizetésének kötelezettség nélkül. Az ingatlan többségi tulajdonosa 2010 júliusában 80 millió forintos tartozást hátrahagyva kivonult az épületből, így abban már csak 7 orvos rendel. A panaszos rendelője eladhatatlan és kiadhatatlan, tulajdonosi kötelezettségeit (pl. rezszi megfizetése) azonban továbbra is teljesítenie kell.

A másik ügyben szintén egy dunaújvárosi panaszos írta le a *háziiorvosi ellátás-sal kapcsolatos problémáit*. Panaszja szerint 1994 óta tartozik körzeten kívüliként jelenlegi háziorvosához, az orvos annak idején elfogadta jelentkezését, most azonban több betegét is megkérte, hogy jelentkezzen át másik orvoshoz, mert „nagyon sok a beteg”. A panaszos ekkor telefonon felvette a kapcsolatot a területileg illetékes háziorvossal, aki telefonon szintén arra kérte, hogy forduljon egy másik háziorvoshoz, mert neki is „nagyon sok a beteg”.

Az országgyűlési biztos az emberi méltósághoz való joggal, a jogbiztonság és az egyenlő bánásmód követelményével, valamint a tulajdonhoz való joggal összefüggő visszásság gyanúja miatt indított átfogó vizsgálatot. Ennek során tájékoztatást kért a nemzeti erőforrás minisztertől, az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (a továbbiakban: OEP) főigazgatójától, az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat (a továbbiakban: ÁNTSZ) Közép-dunántúli Regionális Intézetét vezető regionális tisztii főorvostól, a Közép-dunántúli Regionális Egészségbiztosítási Pénztár igazgatójától, valamint Dunaújváros Megyei Jogú Város Önkormányzatának polgármesterétől.

A jelentés külön is kitért a háziiorvosi praxis működtetésére, a praxisjog jellegére, elidegeníthetőségére vonatkozó szabályozás és gyakorlat anomáliái kapcsán 2010-ben folytatott átfogó vizsgálatra és az ombudsmani álláspontot összefoglaló AJB-2377/2010. számú jelentés megállapításaira. A jelentésben a biztos megállapította, hogy a kártalanítás intézményének, valamint a Praxisprogram működését szabályozó törvény megalkotásának hiánya a tulajdonhoz

<sup>74</sup> DR. LÁPOSSY ATTILA jogi főreferens (AJBH); lásd AJB-5849/2010. számú jelentés

való joggal, illetőleg a jogbiztonság követelményével összefüggésben visszás és ellentmondó helyzetet idézett elő. Mindebből kiindulva az ombudsman kezdeményezte a közigazgatási és igazságügyi miniszternél, hogy teremtsen meg a működtetési jog és az önkormányzati autonómia közötti összhangot a kártalanítás intézményének és az egyes kártalanításra okot adó tényállások törvényi szabályozásának kezdeményezésével, továbbá kezdeményezze külön törvény megalkotását a Praxisprogramról. Az országosan egységes jogalkalmazás biztosítása érdekében a biztos felkérte a nemzeti erőforrás minisztert, hogy az országos tisztifőorvos és az önkormányzatok bevonásával egységesítse a működtetési jog területén tapasztalt eltérő értelmezésen alapuló gyakorlatot.

A jelentés nyomán a *Nemzeti Erőforrás Minisztérium* megküldte az ombudsmannak a jogszabálytervezet (a továbbiakban: Javaslat) koncepcióját. A Javaslat a működtetési jog elnevezés helyett a továbbiakban a praxisjog kifejezést kívánta használni, amely a konkrét területhez kötött praxisjogot jelentené, melylyel kialakítanák az egységes értelmezést. Így a praxisjog egy adott körzetben értelmezhető, attól el nem választható vagyoni értékű jog, mely alapján területi ellátási kötelezettséggel, egy meghatározott háziiorvosi körzetben egy adott háziiorvos kizárólagos joga az egészségügyi alapellátás nyújtása.

A Javaslat alapján a tárca törvényi szinten határozná meg a feladat-ellátási szerződés kötelező tartalmi elemeit, amelynek részét képeznék az önkormányzat kártalanítási kötelezettsége is. A már megkötött szerződések esetében legfeljebb egy éven belül új szerződést kellene kötni, illetve módosítani a kötelező tartalmi elemeknek megfelelően. A javaslat továbbá immáron törvényi szinten kívánja rögzíteni – az önkormányzati autonómiát is tiszteletben tartva – azt, hogy a praxisjog megszerzéséhez az azt megszerezni kívánó orvos és az önkormányzat között előszerződés kötése, valamint az önkormányzat nyilatkozata szükséges arról, hogy a praxisjogot megszerezni szándékozó orvossal kíván az adott körzetben a háziiorvosi feladatok ellátására szerződést kötni. A megküldött javaslat szerint praxiskezelőt kívánnak létrehozni a praxisprogram működtetési kötelezettség teljesítése érdekében, melynek működése és jogi szabályozása szoros összefüggésben állna a praxisjog szabályozásával. Ez a praxiskezelő többek között kamatmentes kölcsönt nyújtana a vásárolni szándékozó háziiorvosi rendszerbe lépni kívánó orvosoknak, melynek fedezeti biztosítékként kikötnék azt, hogy nem teljesítés esetén az OEP által utalványozott finanszírozási összegből kerülne megfizetésre a kölcsön, a jegybanki alapkamat kétszeres összegével megnövelve. A praxiskezelői feladatokat az Országos Alapellátási Intézet (a továbbiakban: OAI) látja majd el.

*A jelentés megállapításai a praxisjog szabályozásának átalakítása és a kártalanítás intézménye kapcsán*

A biztos az AJB 2377/2010. számú ügyben kiadott jelentésre hivatkozva rámutatott arra, hogy a praxisjog működésének újragondolása alapvetően az eredeti koncepcióból kimaradt kártalanítás intézményének, a kártalanításra okot adó

egyes eseteknek, a kár nagysága számítási módjának, a kártalanítás eljárásrendjének szabályozásával veheti kezdetét. Kiemelte, hogy a megküldött javaslat számos alkotmányos adósságot törleszt és – megvalósulása esetén – jelentős előrelépést jelentene, mivel rendelkezne a kártalanítás intézményéről. Ugyanakkor az ombudsman megjegyezte, hogy a megvalósítás konkrét részleteiről még nem kapott tájékoztatást. A jelentésben így továbbra is jelezni kívánta, hogy mindaddig, amíg a kártalanítás intézményének hiánya fennáll, sérelmet szenved az érintettek tulajdonhoz való joga, illetőleg a jogbiztonság követelményével összefüggő visszás és ellentmondásokkal terhelt jogi helyzet is fennmarad.

*A jelentés megállapításai az E-Alapból folyósított finanszírozás felhasználásával kapcsolatban*

A jelentés rögzíti, hogy az AJB-6175/2010. számú ügyben nem volt igazolható, hogy az érintett önkormányzat a rendelők megvételeire kötelezte volna az alapellátást nyújtó háziorvosokat. A csatolt iratok tanúsága szerint elővásárlási joguk gyakorlására hívta fel őket, így a konkrét panasz kapcsán, alapvető joggal összefüggő visszásságot a biztos nem állapított meg. Az ombudsman szerint az OEP főigazgatójától kapott tájékoztatásból, valamint az idézett jogszabályokból egyértelműen kiderült, hogy az önkormányzat és a feladatot ellátó háziorvos a jogszabályok és a finanszírozási szerződésben foglaltak megtartása mellett jogosult megállapodni az egészségügyi szolgáltatás nyújtásának feltételeiben, beleértve ebbe a felújítás, karbantartás végzésére és vagyonbiztosítási díjak fizetésére vonatkozó megállapodásokat is. Ebben a kétoldalú megállapodásban rögzített feltételek, jogok és kötelezettségek meghatározása jelenleg a két félre tartozik.

Az országgyűlési biztos hangsúlyozta, hogy a klasszikus magánjogban a felek egyenjogúságán, mellérendeltségén alapuló teljes szerződési szabadság ezen, a számos közjogi aspektussal, állami és önkormányzati szerepvállalással átitatott területen komoly veszélyeket rejt magában. Egyfelől az önkormányzat, nem tekinthető egyenrangú szerződő félnek, hiszen a jelenlegi szabályozás szerint – előszerződés hiányában – indoklás nélkül egymaga dönthet arról, hogy kivel kíván feladat-ellátási szerződést kötni. Az egyes önkormányzatok erőfölényben vannak, így könnyen előállhat az helyzet, hogy a szerződési hajlandóságukért „cserében” egyoldalúan határozza meg a szerződési feltételeket. Az is elképzelhető, hogy éppen a szerződési szabadságra hivatkozással, eltérő feltételekben állapodnak meg az egyes körzetek vonatkozásában kötendő feladat-ellátási szerződések feltételeinek meghatározásakor, hátrányosan megkülönböztetve ezzel egyes háziorvosokat.

Az ombudsman szerint emiatt a konkrét vizsgált eseten túlmutatóan, az egyenlő bánásmód és a jogbiztonság követelményének érvényesülése, az egészségügyi ellátás szintjének kiegyensúlyozottsága érdekében szükséges, hogy – a jogviszonyban szereplő két fél erőviszonyainak kiegyenlítése érdekében – jog-



szabályi szinten rögzítsék a feladat-ellátási szerződés minimális tartalmi elemeit. A jelentés rámutat arra, hogy a jogalkotónak szükséges meghatároznia az alapellátás körében felmerülő egyes ellátandó feladatok gazdáját, és azok finanszírozásának forrását.

*A jelentés megállapításai területi ellátási kötelezettséggel járó körzetek alakításával kapcsolatos szabályozás*

Az országgyűlési biztos a jelentésben kitért arra is, hogy a jelenlegi körzetkialakítási, valamint körzetmódosítási jogosultság teljes és kizárólagos önkormányzati hatáskörbe utalása mind az alapellátásban dolgozó háziorvosok számára, mind pedig egyúttal a betegek számára is hátrányos következményekkel járhat. A hatályos szabályozás ugyanis pusztán azt a szám adatot határozza meg, amelynek eléréstől kezdve szó lehet önálló körzet alakításáról, kötelezettséget azonban nem jelent az önkormányzat számára. A háziorvosok ezzel szemben kötelesek minden, a területi ellátási kötelezettségük szerint a körzetükhöz tartozó beteg ellátására, annak ellenére, hogy ez egy bizonyos számú és korösszetételű beteg felett már megoldhatatlan terhet jelenthet, másfelől pedig finanszírozási szempontból is hátrányos.

Az ombudsmani vizsgálat feltárta, hogy az önkormányzattal kötött feladatellátási szerződésekben jellemzően általános megfogalmazásokat használnak, általában az önkormányzat adott település X számú háziorvosi körzetének mindenkor hatályos jogszabályban előírt feladatainak határozatlan időre szóló ellátásával bízzák meg a háziorvost. A körzet határainak módosítása ugyanakkor kizárólag az önkormányzat kezében van, mint ahogyan az önkormányzat bír a körzet betegszámának alakulására is döntő befolyással, például a területrendezési koncepciók, valamint az építési engedélyek kiadása folytán.

A jelentés példaként hozza, hogy egy lakópark vagy nagyobb társasház építési engedélyének kiadásával egy-egy körzet lakosság száma jelentősen – és az orvos számára előre nem látható mértékben – nőhet. Ennek ellenére az önkormányzatot semmilyen számon kérhető jogszabályi rendelkezés nem kötelezi arra, hogy – a minőségi betegellátás biztosítása érdekében – új körzetet hozzon létre vagy a jelenlegi körzetek határát módosítsa. Ráadásul az orvosok a körzeten kívüli betegek jelentkezését is elfogadhatják, elfogadhatták és – mivel a körzetükhöz tartozó betegek száma előre nem kalkulálható – eleinte ezt többen meg is tették. Lényeges ugyanakkor az is, hogy az egyszer már „befogadott” beteget azonban nem küldhetik el többé, a beteg csak szabad akaratából válthat háziorvost.

A biztos szerint betegek oldaláról jól szemlélteti ezt a problémát az AJB-5849/2010. számú ügy tényállása. A tajkártyák kibocsátását követő nagy leadási dömping idején a szabad orvosválasztásnak megfelelően minden állampolgár megtalálta a számára megfelelő háziorvost, akár a körzethatároktól függetlenül. Az évek múlásával a háziorvosi körzetek betegszámai változó indokok miatt meglehetősen eltérővé váltak, ami több következménnyel is járt: egyes

– megnövekedett betegszámú – körzetekben jelentősen megnőtt a várakozási idő, azonban lecsökkent az egy betegre fordítható átlagos ellátási idő. A probléma akut: az ilyen megnövekedett betegszámú körzetek orvosai számára a hatályos szabályozás nem ad kiutat, így informális úton próbálnak beteget a „saját érdekükben” más orvoshoz irányítani. A beteg ilyenkor felkeresheti a lakóhelye szerinti körzet háziorvosát, aki hivatalosan köteles őt fogadni, sőt az illetékes tiszti főorvos erre akár rá is szoríthatja. Mindez azonban az önkormányzatokat kötelező körzetalakítási és módosítási szabályok hiányában, érdemi jogi garanciák nélkül önmagában nem változtat az ellátás helyzetén és kiszámíthatóságán.

A jelentés arra is utal, hogy a beteg ebben az esetben is hasonló szituációban találhatja magát, mint az előző háziorvosánál: több órás várakozási idő, minimális az egy beteg ellátására fordítható idő, kimerült orvos és szakszemélyzet. Az ombudsman szerint egyrészt igaz tehát, hogy formálisan minden beteg tartozni fog valahová (vagyis formálisan hozzájut az alapellátáshoz), azonban ez nem jelent minőségi betegellátást. Több ponton kódolt tehát az egészségügyi ellátáshoz való jog, illetve az egyes betegjogok sérülésének lehetősége. Az országgyűlési biztos a vizsgálati jelentésben azt állapította meg, hogy a körzetalakítással, valamint körzetszűkítéssel kapcsolatos önkormányzati feladatokat és kötelezettségeket meghatározó garanciális törvényi szabályozás hiányában nemcsak a jogbiztonság követelménye sérül, hanem a hosszú ideje fennálló jogi helyzet az egészségügyi ellátáshoz való joggal összefüggő visszásságot is okoz.

#### *Az ombudsmani intézkedések és az érintett szervek válasza*

A feltárt visszás helyzet orvoslása érdekében, valamint az országosan egységes jogalkalmazás előmozdítására az országgyűlési biztos felkérte a nemzeti erőforrás minisztert, hogy jogszabály megalkotásának és módosításának kezdeményezésével, valamint más szükséges intézkedések megtételével mielőbb részleteiben is szabályozzák – a megküldött Javaslatnak megfelelően – a kártalanítás intézményét a háziorvosi praxisjoggal összefüggésben. Mielőbbi intézkedést kért a biztos azzal kapcsolatban is, hogy a szerződési szabadság elvének tiszteletben tartása mellett, egyértelműen, világosan és jogszabályi szinten határozzák meg – a Semmelweis Tervnek megfelelően – a feladatátvállalási szerződések minimális tartalmát, garanciális keretszabályait, ezáltal elősegítve a szükséges mértékű tartalmi egységességüket. Végül pedig arra is felkérte a minisztert, hogy az önkormányzati autonómia tiszteletben tartása mellett, a kártalanítás intézményének bevezetését követően egyértelműen szabályozzák az alapellátási körzetek alakításával és módosításával kapcsolatos kötelezettségeket a minőségi betegellátás érdekében.

A jelentésre adott válaszában a miniszter arról tájékoztatta a biztost, hogy a feltárt problémák kezelése megkezdődött, az érintett jogszabály módosításának részletes vitája már folyamatban van az Országgyűlés előtt. A miniszteri tájékoztatás szerint „a tervezet a szakmai szervezetek egyetértésével rendezte a praxisjog

*intézményét, szabályozza a feladat-ellátási szerződések kötelező tartalmi követelményeit, létrehozza a praxiskezelő intézményét, és egyes esetekben megállapítja a települési önkormányzatok – költségvetési teherbíró képességéhez mért – kártalanítási kötelezettségét és a kártalanítás alapját is.”*

A nemzeti erőforrás miniszter megküldte az egyes egészségbiztosítási és egészségügyi tárgyú kormányrendeletek módosításáról szóló kormány-előterjesztés tervezetét, amelyben magában foglalta az önálló orvosi tevékenységről szóló 2000. évi II. törvény végrehajtásáról szóló kormányrendelet tervezetét. A tervezet – az ombudsmani jelentésekben foglaltakkal összhangban – immár tartalmazta a praxisengedéllyel, illetve a praxiskezelő működésével kapcsolatos alapvető szabályokat.

## 4. Nemzetközi kitekintés

### 4.1. Betegjogok – normák<sup>75</sup>

*„Nem lehet sikeres egészségügyi reformot megvalósítani a betegek jogainak biztosítása, érvényesítése nélkül”*

Az emberek jogainak biztosítására az egészségügyben chartákat, speciális jogszabályokat vagy kerettörvényeket alkalmaznak:

a) *önálló betegjogi jogszabály*: egyes országok különálló és specifikus betegjogi jogszabályozást alkottak, amely a betegjogok minden területét felöleli és nem foglalkozik más témákkal. Ezen országokban külön és csak betegjoggal foglalkozó törvény van. Különálló törvény van például Dániában, Finnországban, Izlandon, Norvégiában, jellemzően az észak-európai országokban.

b) *kerettörvény*: lehetséges olyan megoldás is, hogy nincs önálló betegjogi törvény, a betegjogokat más viszonyokat is szabályozó kódexekbe foglalt rendelkezésekkel valósítják meg. Ilyen például Magyarország, az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 2. fejezetében található meg a betegjogokra vonatkozó rendelkezések.

c) *charták*: a betegjogok szabályozásának egy másfajta alternatíváját nyújtják a charták, mivel nem törvényi keretek között, hanem chartában rendezik a betegek jogait. Például az Egyesült Királyságban és Portugáliában.<sup>76</sup> A betegjogok szabályozásának chartába történő rendezését sokan kritizálják, mivel ezeknek nincs törvényileg kötelező erejük, így inkább egy politikai manifesztumnak minősülnek, mintsem az egyéni betegek jogainak kikényszerítésének, védelmének, eszközének.

A szakemberek többsége azon a véleményen van, hogy a legjobb megoldás a betegjogok szabályozására, ha a jogalkotók egy specifikus törvénybe inkorporálják a betegek jogait, amely csak ezekkel a jogokkal foglalkozik és nem terjed ki egyéb területre. A jogszabályoknak meg kell határozni a betegek, az egészségügyi dolgozók és az egészségügyi intézményeket illető, illetve terhelő jogokat, lehetőségeket, felelőségeket és kötelezettségeket.<sup>77</sup>

<sup>75</sup> DR. FARKAS ZSUZSANNA jogi főreferens (AJBH); doktorandusz (SZTE-ÁJK)

<sup>76</sup> MOLNÁR ANGÉLA: A magyar betegjogi szabályozás a nemzetközi rendelkezések tükrében. *Lege Artis Medicinae*, 2001/8–9. szám, 597–610. o.

<http://www.lam.hu/folyoiratok/lam/0108/16.htm>

<sup>77</sup> DR. FÁBIÁN TITUSZ: Betegjogok Európában [http://www.szoszolo.hu/06tanulmanyaink/230514.betegjogok\\_europaban.htm](http://www.szoszolo.hu/06tanulmanyaink/230514.betegjogok_europaban.htm)

Ahol nincs betegjogi törvény, ott jelenleg is bőségesen rendelkezésre állnak olyan, az utóbbi évtizedekben megjelent nemzetközi szintű deklarációk, amelyek idealizált formában fogalmazzák meg az emberi értékek tisztelgésben tartására vonatkozó erkölcsi elveket és normákat, köteleességeket és felelősségeket; mindazokat, amelyeket a betegjogok tartalmaznak, amelyek betartására az egészségügyi intézményeknek törekedniük kell, még akkor is, ha nyilvánvaló, hogy megvalósulásukhoz hosszabb idő szükséges. Betartásuk viszont biztosíthatja a modern bioetika által is preferált aktívabb betegserepeket és betegjogokat mind a páciens, mind pedig az orvos, illetve az egészségügyi intézmények számára.<sup>78</sup>

*A legfontosabb releváns nemzetközi deklarációk a következők:*

1. Az Emberi Jogok Egyetemes Deklarációja (1948)
2. Európai Szociális Charta (1961)
3. A betegek jogai – Az Amerikai Kórházszövetség dokumentuma (1973)
4. Az Európai Tanács Ajánlásai a Betegek és Haldoklók Jogaival kapcsolatban (1976)
5. A Betegek Jogainak Deklarációja (WHO, 1981, Lisszabon)
6. A Betegek Jogainak Európai Deklarációja (WHO Regionális Hivatala, Amszterdam, 1994. március)  
Ez utóbbi deklaráció átfogóbb szabályozáshoz nyújt általános keretet, míg az előbbieket a betegek jogainak egyes kérdéseivel foglalkoznak.
7. Az Európa Tanácsnak az emberi lény emberi jogainak és méltóságának a biológia és az orvostudomány alkalmazására tekintettel történő védelméről szóló Ovidóban, 1997. április 4-én kelt Egyezménye.
8. European Charter of Patients' Rights Aktive Citizenship Network – Aktív Állampolgári Hálózat – egy egész Európára vonatkozó egységes chartát fogalmazott meg.

A betegek jogaikért való küzdelem először az Egyesült Államokban kezdődött, majd folytatódott a nyugat-európai országokban. Az Amerikai Kórházszövetség 1973-ban fogalmazta meg *A betegek jogai* címmel az USA-ban érvényes betegjogi chartát.<sup>79</sup>

A betegjogok iránti érdeklődés az Amerikai Egyesült Államokban szorosan kapcsolódott egészségügyi költségrobbanáshoz, ezért itt a betegjogok főleg személyiségi, önrendelkezési jogok gyakorlásának gazdasági vonatkozásait és intézményi biztosítékait, a szolgáltatás minőségével kapcsolatos jogokat és normákat tartalmazzák. Ugyanakkor az európai országokban a betegjogok inkább ideologikus és etikai indíttatásúak.<sup>80</sup>

<sup>78</sup>JENEI ILONA: A betegjogok érvényesítésének intézményei, nemzetközi kitekintés. *Legge Artis Medicinae*, 1997/7–8. szám, 521–522. o.

<sup>79</sup><http://www.carroll.edu/msmillie/bioethics/patbillofrights.htm>

<sup>80</sup>JENEI ILONA: A betegjogok érvényesítésének intézményei, nemzetközi kitekintés. *Legge Artis Medicinae*, 1997/7–8. szám, 521–522. o.

Az elmúlt pár évtizedben a betegjogok kérdése egyre nagyobb hangsúlyt kapott nemzeti és nemzetközi szinten is. Ennek oka, hogy az alapvető emberi jogokat az egészségügyi ellátás tekintetében mint betegjogok fogalmazódtak meg. Igazán nagy fordulat a betegjogok területén az 1980-as évek táján következett be. Ettől az időponttól kezdve a betegjogok fokozottan a figyelem középpontjába kerültek.

A WHO lisszaboni deklarációja a betegjogok megfogalmazását tette közzé 1981-ben. Ez a dokumentum 11 alapvető betegjogot fogalmaz meg: 1. Jog a magas szintű orvosi ellátáshoz; 2. A szabad orvos-, kórház-, egészségügyi intézmény választásának joga; 3. Önrendelkezés joga; 4. Öntudatlan állapotban lévő beteget megillető önrendelkezés szabályozása; 5. Cselekvőképtelen személy beteget megillető önrendelkezés szabályozása; 6. A beteg akarata elleni beavatkozás; 7. Tájékoztatáshoz való jog; 8. „Bizalmasság” – titoktartáshoz való jog; a beteg elvárhatja orvosától, hogy minden orvosi és személyes adatát titkosan kezelje; 9. Jog az egészségügyi oktatáshoz, ennek keretében tájékoztatni az egészségi állapotáról, a hozzáférhető egészségügyi szolgáltatásokról; 10. Emberi méltósághoz való jog; 11. A betegnek jog van a lelki és morális vigaszhoz, de el is utasíthatja azt.

A WHO lisszaboni deklarációját követően a betegjogokat illetően az európai eseményeket mint köztudott, leginkább az *amszterdami deklaráció* kibocsátása gyorsította meg. A WHO a Holland Egészségügyi Minisztériummal egyetértésben jogi szakértőket hívott meg 1994-ben Amszterdamba, a cél az volt, hogy egy olyan dokumentumot alkossanak, amely a betegjogok általános alapelveit tartalmazza és ennek eredményeképpen megszületett a betegjogok európai chartája, amely modellként szolgált az egyes országok betegjogi törvényeinek megszerkesztéséhez.

Az amszterdami deklaráció révén megfogalmazott alapvető betegjogok:<sup>81</sup> 1. Emberi jogok és értékek a gyógykezelés terén; 2. Tájékoztatás; 3. Belegyezés; 4. Bizalmas adatkezelés és magánélet; 5. Gondozás és kezelés; 6. A jogok gyakorlásáról.<sup>82</sup>

E jogok részletes kifejtésére került sor az amszterdami deklaráció keretében. A WHO deklarációjában direkt módon fogalmazódik meg, hogy az egészségügyet és a gyógyítást az emberi jogok tisztelete és az etika kell, hogy áthassa. A betegek jogait csak az emberi jogi dokumentumok és a jogi előírások figyelembevételével lehet korlátozni.<sup>83</sup>

Ebből adódóan a betegjogok érvényesítése során is tekintettel kell lenni az alábbi dokumentumokra: 1. The Universal Declaration of Human Rights (1948); 2. The International Covenant on Civil and Political Rights (1966); 3. The International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights (1966);

<sup>81</sup> [http://infodoc.inserm.fr/ethique/Ethique.nsf/0/901e922bf0f1db42c12566ac00493be8?](http://infodoc.inserm.fr/ethique/Ethique.nsf/0/901e922bf0f1db42c12566ac00493be8?OpenDocument)

<sup>82</sup> Declaration on the Promotion of Patients Rights in Europe

<sup>83</sup> JENEI ILONA: A betegjogok érvényesítésének intézményei, nemzetközi kitekintés. *Legis Artis Medicinae*, 1997/7–8. szám, 521–522. o.



4. The European Convention on Human Rights and Fundamental Freedoms (1950); 5. The European Social Charter (1961).

Ez a dokumentum – ti. az amszterdami deklaráció – a jogok gyakorlása során tartalmazza, hogy amennyiben a betegek úgy érzik, hogy jogaikat nem tartották tiszteletben, panasztételre lehetőséget kell kapniuk. A bírósági eljáráson felül is biztosítani kell független – intézményi vagy más szintű – mechanizmusokat, amelyek módot adnak a panaszok benyújtására, a felek közötti megegyezésre, a panaszok elbírálására. Ezek a mechanizmusok biztosítanak – egyebek között –, hogy a beteg a panaszjáráshoz kapcsolódó összes információnak birtokába juthasson, s hogy rendelkezésre álljon olyan független személy, akitől tanácsot kérhet arról, hogy mi a legmegfelelőbb lépés az ügyben. Továbbá azt is biztosítani kell, hogy a beteg szükség esetén személyes segítséget és képviselőt kapjon a panaszjárás lefolytatásához. A betegnek joga van ahhoz, hogy panaszát hatékony és gyors eljárásban, kellő alapaossággal és elfogulatlanul bírálják el, az eredményről pedig értesítést kapjon.

Az amszterdami deklaráció előtt csak pár ország foglalkozott a betegek jogainak legalizálásával. Az elfogadást követően több ország vezetett be specifikus betegjogi törvényi szabályozást, illetve már létező törvényekbe, betegjogi jogszabályokba ültetett be.

A betegek jogai egyre hangsúlyosabb szerepet kaptak Európában. Ez a jelenség volt megfigyelhető például 2002 augusztusában, a hollandiai Maastrichtben megrendezett 14. Orvosi Jogi Világkongresszuson. Az egész kongresszus hangulatát kifejezte az amszterdami deklaráció óta eltelt 8 év tapasztalatait előadásában összefoglaló előadó, PAUL FRANCISSEN, a holland Egészségügyi, Szociális és Sport Minisztérium betegjogi koordinátorának kijelentése, miszerint sok országban az egészségügyi reform törekvések során új módszereket találtak a betegek jogainak érvényesítésére és a folyamat tovább folytatódik. Az amszterdami deklaráció jól érthető: nem lehet sikeres egészségügyi reformot megvalósítani a betegek jogainak biztosítása érvényesítése nélkül.<sup>84</sup>

A betegjogok fokozódó jelentőségét mutatja a civil szervezetek elterjedése, amelyek közül kiemelkedik az European Platform for Patients and Organisations és a World Medical Association tevékenysége a betegjogok európai fejlődése érdekében. Egy itáliai székhelyű szervezet, az Active Citizenship Network egy egész Európára vonatkozó, egységes chartát fogalmazott meg. Az Európai Betegjogi Charta 2002 novemberében született meg Rómában, többek között belga, portugál, olasz, ír, holland, görög, osztrák, angol betegszervezetek közreműködésével.

E dokumentum alapját az Európai Unió Alapjogi Chartája képezi. A Charta 35. cikke kimondja, hogy a nemzeti jogszabályokban és gyakorlatban megállapított feltételek mellett mindenkinek joga van megelőző egészségügyi ellátás igénybevételéhez, továbbá orvosi kezeléshez. Valamennyi uniós politika és

<sup>84</sup>DR. FÁBIÁN TITUSZ: Betegjogok Európában. [http://www.szoszolo.hu/06tanulmanyaink/230514.betegjogok\\_europaban.htm](http://www.szoszolo.hu/06tanulmanyaink/230514.betegjogok_europaban.htm)

tevékenység meghatározása és végrehajtása során biztosítani kell az emberi egészségvédelem magas szintjét.

Ez a legújabb dokumentum 14 alapvető betegjogot különít el és sorol fel: 1. a megelőzési vizsgálatokhoz való jog; 2. a hozzáféréshez való jog; 3. az információhoz való jog; 4. a hozzájárulási jogosultság; 5. a szabad választás joga; 6. a titoktartás és a bizalmas adatkezelés biztosításának joga; 7. a beteg rendelkezésére álló idő figyelembevételének kötelezettsége; 8. a színvonalas szolgáltatás követelménye; 9. a biztonság követelménye; 10. az innováció követelménye; 11. a felesleges fájdalmak elkerülésének joga; 12. a személyre szabott kezelés joga; 13. a panasznyújtás joga; 14. az eseti kompenzáció joga.

E dokumentum kimondja a „panasznyújtás jogának” keretében, hogy minden személynek jogában áll panasszal élni sérelmei esetén, illetve joga van a válaszhoz vagy bármilyen egyéb visszajelzéshez. Az egészségügyi szervezeteknek biztosítaniuk kell e jog működését, ellátva a pácienseket az őket megillető jogokról szóló információkkal, elősegítve a visszaélések felismerését és a panaszok megfogalmazását. A panaszokat a hatóságoknak írásban rögzített módon kell megválaszolni egy előre megállapított időn belül. A panaszok benyújtásának előírásoknak megfelelően kell történnie, esetlegesen független intézmények vagy civil szervezetek segítségével, úgy, hogy a betegek kereset benyújtási joga, vagy a megegyezéshez való joga ne sérüljön.

*Európai Unió Alapjogi Charta 35. cikke kimondja, hogy a nemzeti jogszabályokban és gyakorlatban megállapított feltételek mellett mindenkinek joga van megelőző egészségügyi ellátás igénybevételéhez, továbbá orvosi kezeléshez. Valamennyi uniós politika és tevékenység meghatározása és végrehajtása során biztosítani kell az emberi egészségvédelem magas szintjét. Ez magában foglalja azt a célt, hogy a nemzeti kormányzatok ne a minimumszint kialakítására törekedjenek, hanem a kapacitásbeli eltéréseken túl a magasabb standard biztosítását tűzzék ki célul.*

A 35. cikkben felül az Európai Unió Alapjogi Chartája számos említésre méltó rendelkezést foglal magában, amely közvetett vagy közvetlen módon kapcsolatba hozható a betegek jogai védelmével, erre utal az Európai Betegjogi Charta is: 1. élethez való jog; 2. a személyi sérthetlenséghez való jog; 3. a szabadsághoz és a biztonsághoz való jog; 4. személyes adatok védelme; 5. a megkülönböztetés tilalma; 6. a kulturális, vallási és nyelvi sokféleség; 7. a gyermekek jogainak biztosítása; 8. az idősek jogai; 9. a tisztességes és igazságos munkafeltételek; 10. a szociális biztonság és a szociális segítségnyújtás; 11. környezetvédelem; 12. a fogyasztók védelme; 13. a mozgás és a tartózkodás szabadsága.

1997-ben megszületett magyar egészségügyi törvény kodifikálása során a nemzetközi alapidokumentumok és iránymutatások szolgáltak példaként, amelyek az egyén önrendelkezési jogából kiindulva határozzák meg a betegjogok törvénybe foglalásának egységes elveit. Így a legfontosabb irányt az amszterdami deklaráció és a bioetikai konvenció mutatta a jogalkotónak.

Az Európa Tanácsnak az emberi lény emberi jogainak és méltóságának a biológia és az orvostudomány alkalmazására tekintettel történő védelméről szóló

egyezményt 1997. április 4-én fogadták el Oviedóban. A nemzetközi dokumentumot 21 ország: az Európa Tanácsot alkotó tagállamok, más meghívott államok, valamint az Európai Unió képviselői írták alá.<sup>85</sup>

A bioetikai konvenció az első, a betegek jogaival foglalkozó nemzetközi normaszöveg, amely az aláíró államokra kötelező erővel bír. A korábbi bioetikai tárgyú megállapodások csupán deklarációk voltak, ezért nem róttak kötelezettséget az aláíró felekre vagy az államok polgáira.

A bioetikai konvenció általános szinten fogalmaz, részint azért, mert az aláíró államok nemzeti szokásai eltérnek egymástól, és a konvenció megalkotói arra törekedtek, hogy minden állam a saját szokásait figyelembe véve adaptálhassa az alapelveket.

Az Egyezmény 23. cikke csak arra biztosított lehetőséget, hogy az egyezményben részes felek megfelelő bírói védelmet biztosítsanak annak érdekében, hogy meggátolják vagy mielőbb megszüntessék az Egyezményben elismert jogok vagy elvek törvénytelen megsértését.

#### 4.2. A betegjogok helyzete – összefoglaló egy európai kutatásról<sup>86</sup>

A 2010-ben zajlott kutatásban 20 európai ország vett részt, köztük javarészt az Európai Unió tagállamai. A négy forrásból építkező kutatás összesített eredménye alapján Magyarország a 19. helyen van a betegjogok érvényesülésének tekintetében. A kutatás az Európai Betegjogi Chartában foglaltak érvényesülését mérte fel az Active Citizenship Network koordinálásában.

A címben foglalt kutatás előzményei közül érdemes néhányat kiemelni. A kutatás alapját és közös nevezőjét az Európai Betegjogi Charta<sup>87</sup> jelentette. Ezt a dokumentumot 2002-ben az Active Citizenship Network elnevezésű ernyőszervezet hozta létre 12 másik európai civil szervezettel közösen. A Charta összesen 14 jogot fogalmaz meg, a megelőzéshez való jogtól kezdve a választás szabadságán keresztül a panaszhoz való jogig. Ugyan a Charta nem minősül az Európai Unió hivatalos dokumentumának, mégis több uniós dokumentum, így két európai parlamenti döntés és az Európai Gazdasági és Szociális Bizottság véleménye is utal rá.<sup>88</sup> Emellett pedig szinte valamennyi tagállamban évről évre megrendezik, a Chartában szereplő jogok és elvek népszerűsítése céljából az Európai Betegjogi Napot, ahol a javarészt civil szer-

<sup>85</sup> TASZ: A betegjogok Európában. 12. o.

<sup>86</sup> DR. KAPRONCZAY STEFÁNIA jogász, a Társaság a Szabadságjogokért betegjogi programfelelőse

<sup>87</sup> A Charta magyar fordítása itt érhető el: <http://tasz.hu/betegjog/betegjoginap>. Az eredeti angol szöveg pedig itt: [http://www.patienttalk.info/european\\_charter.pdf](http://www.patienttalk.info/european_charter.pdf).

<sup>88</sup> Lásd az Európai Parlament 2007. március 15-én (P6\_TA-PROV(2007)0073) és május 23-án (P6\_TA-PROV(2007)0201) kelt döntéseit, illetve az Európai Gazdasági és Szociális Bizottság 2007. szeptember 26-án (SOC/221 CESE 1256/2007) kelt véleményét.

vezők mellett rendre politikusok és állami tisztségviselők is részt vesznek. A Chartában foglaltak ugyan nem teljes egészében, de szemléletükben és lényegi tartalmukban megegyeznek a magyar egészségügyi törvényben foglalt betegjogokkal.

A másik igen fontos előzmény a 2008-ban publikált kutatás, amely 14 „rég” európai uniós tagállamra terjedt ki. Ennek során is a Chartában megfogalmazott 14 jog, valamint az aktív állampolgári részvétel jogának érvényesülését vizsgálták. Az eredmények aggasztóak voltak, azt állapították meg a kutatók, hogy a betegek jogai alapvetően gazdaságossági megfontolások miatt szenvednek csorbát. Ez pedig, mint egy rejtett sztenderd érvényesül az egyes nemzeti egészségügyi rendszerekben. A beérkező információk alapján azt a következtetést vonták le a kutatók, hogy a kezelések késedelmessége gyakran okozza a betegek állapotromlását. További fontos megállapítás volt, hogy az elérhető kezeléseket és szolgáltatásokat érintő információhiány jellemzi általában a vizsgált országokat. Mindezek mellett megállapították az elemzők azt is, hogy kétségtelenül valamennyi szereplő részéről, mind uniós, mind kormányzati szinten növekszik a betegjogokra fordított figyelem.

#### *Módszertan*<sup>89</sup>

A kutatás módszertanának alapelve az állampolgári részvétel volt, mind a 2005 és 2007 között zajlott első, mind a 2010-es második kutatásban. A módszertant az Active Citizenship Network (ACN) dolgozta ki, ez a szervezet koordinálta a kutatás egészét és végezte el a beérkező adatok elemzését. A módszer elnevezése Civic Information, vagyis állampolgároktól származó információ. Definiálni úgy lehet, mint a szervezett állampolgárok képességét arra, hogy létrehozzanak és használjanak információkat, adatokat annak érdekében, hogy előmozdítsák célkitűzéseik elérését és részt vegyenek a közpolitikák alakításában – mind a fogalommeghatározás fázisában, mind a végrehajtás és az értékelés szakaszaiban. A felmérés során ezt a módszert alkalmazták a résztvevők, így a Társaság a Szabadságjogokért (TASZ) is, amikor állampolgárok szervezeteit, civil szervezeteket vontunk be az adatok összegyűjtésébe, például úgy, hogy ténylegesen megfigyeltek egészségügyi intézményeket és kérdőíveket töltöttek ki a kórházi vezetőkkel. Ez lehetőséget adott arra, hogy a gyakorlatban éljünk, éljenek a részvételhez való jogukkal a szolgáltatások és közpolitikák értékelése során. Kétségtelenül ez a leginkább újító része ennek a munkának a nehézségek és akadályok ellenére – ilyenek a felmérés mindkét körében előfordultak –, ugyanis az adatoknak állampolgárok csoportjai által való felvétele nem elterjedt gyakorlat az államok többségében.

A kutatás célja annak értékelése volt, hogy az Európai Unió tagállamaiban mi-

<sup>89</sup> A következő részben több helyen idézek a Társaság a Szabadságjogokért által készített, a kutatás eredményeiről szóló magyar nyelvű összefoglalóból, amely elérhető a következő linken: <http://tasz.hu/betegjog/alig-jut-figyelem-betegek-jogaira>.

ként valósul meg a gyakorlatban az Európai Betegjogi Charta. Ezt háromféle adat összegyűjtésével mértük fel, amihez egy negyedik típusú adat járult hozzá.

A) Az első típusú adatok arról szólnak, hogy az intézményi szerepelők (kormány, közigazgatás, egészségügyért felelős minisztérium stb.) miként mozdítják elő a Chartában foglalt jogok érvényesülését a jogi szabályozáson, közpolitikai lépéseken és egyéb tevékenységeken keresztül. Ezek az összetevők tanúskodnak a betegjogokra nemzeti szinten fordított figyelemről, azonban ezek típusukban is és abban eltértek egymástól, hogy a végrehajtásuk milyen szinten állt.

B) A második típusú adatszoport az egészségügyi rendszert igénybevevő állampolgárok tényleges állapotáról, körülményeiről szól, valamint következőképpen szól járó- vagy fekvőbeteg-ellátást igénybe vevők konkrét tapasztalatairól. Az adatok a következőket foglalják magukban például: egy diagnosztikus vizsgálat vagy sebészeti beavatkozás előtt szükséges várakozási idő, meghatározott szolgáltatások létezése, úgy mint kulturális mediáció vagy tolmácsolás, illetve kommunikációs szokások a beteg és az egészségügyi személyzet között és az egészségügyi felszerelés elérhetősége.

A kutatásba az adott ország lakosságának megfelelő számú egészségügyi intézményt kellett bevonni, ami Magyarországon három kórházat jelent.

C) A harmadik típusú adatszoport a civil szervezetek felhalmozott tudását fede le, amely széles skáláját nyújtja az egészségügyet és egészségügyi rendszert érintő információknak, amely a tapasztalatukon és az elvégzett munkájukon alapul. A kutatás során e-mailen megkerestük a betegjogokkal foglalkozó és betegszervezeteket: elküldtük nekik a kérdőívet, illetve megbeszélést szerveztünk. Elektronikusan és a személyes egyeztetés keretében összesen kilenc szervezet adott választ legalább a kérdések egy részére. A kérdőívet a Betegjogi, Ellátottjogi és Gyermekjogi Közalapítvány betegjogi képvisellel foglalkozó munkatársai is kitöltötték. Részt vettek még a kutatásban: Anonym AIDS Tanácsadó Szolgálat, Afázia – Az Újrabeszélők Egyesülete, Magyar Hemofília Egyesület, Rákbetegek Országos Szövetsége, Lisztérzékenyek Érdekképviselőinek Országos Egyesülete, Mozgássérültek Budapesti Egyesülete, Pszichiátriai Érdekvédelmi Fórum, Szószóló Alapítvány.

D) A negyedik típusú adat, ahogyan fent jeleztük, nem járul hozzá a kutatás eredményét összefoglaló változókhoz. Összegyűjtésük célja a fenti adatszoportok értelmezésének segítése, illetve egy komplexebb kép kialakítása volt.

Ezek alapvetően olyan statisztikai adatok, amelyek nemzetközi ügynökségek gyűjtötték össze azért, hogy összehasonlítható módon leírják és dokumentálják a társadalom egészségügyi állapotát és azokat a különböző faktorokat, amelyek meghatározzák azt (ideértve az egészségügyi rendszerek működtetését is).

A kutatás során a hivatalos statisztikai adatokat az ACN munkatársai gyűjtötték össze, míg az egyes országokat képviselő civil szervezetek feladata volt a nemzeti kérdőívek kitöltése. Magyarországon a Társaság a Szabadságjogokért (TASZ) Betegjogi Programja koordinálta az adatgyűjtést. Háromféle kérdőívet kellett kitölteni: egy-egy szólt az egészségügyért felelős minisztériumnak, illetve a kórházaknak, illetve a témában jártas civil szervezeteknek szólt a harmadik kérdőív. A kórházakról szóló kérdőívet két részre lehet bontani: egyik felét a kórház vezetőségének segítségével töltöttük ki, a másik felét pedig a koordináló civil szervezetnek magának kellett kitölteni a kórházban folytatott megfigyelései alapján.

*Indikátormátrix*

Jogok	A	MK	B	KK	C	CK	indiká- torok jogonként	HS			
		indiká- torok száma		indiká- torok száma		indiká- torok száma		indiká- torok száma			
Megelőzéshez való jog	INTÉZMÉNYI LÉPÉSEK A BETEGEK JOGAIÉRT	2	A BETEGEK TÉNYLEGES HELYZETE	–	AZ ÁLLAMPOLGÁROK SZEMSZÖGÉBŐL	2	4	4			
Hozzáférés joga		–		7		2	9	4			
Tájékoztatáshoz való jog		5		11		2	18	–			
Beleegyezés joga		3		5		2	10	–			
Szabad választás joga		2		–		2	4	1			
Magánélet tiszteletben tartásához való jog (titoktartás)		2		8		2	12	–			
Beteg idejének tiszteletben tartása		2		12		2	16	–			
A minőségi szolgáltatásokhoz való jog		4		4		2	10	–			
Biztonsághoz való jog		3		10		2	15	2			
Fejlesztéshez való jog		–		6		2	8	5			
A felesleges fájdalmak elkerülésének joga		1		4		2	7	2			
Személyre szabott kezeléshez való jog		3		12		2	17	–			
Panasztétel joga		3		3		2	8	–			
Kompenzációhoz való jog		4		3		2	9	–			
Aktív állampolgári jogok		4		3		2	9	–			
Indikátorok száma forrásonként				38			88		30	156	18

*Címkék:* MK: minisztériumi kérdőív, HL: kórházi kérdőív, CK: civil szervezetek kérdőíve, HS: hivatalos statisztikai adatok

*Forrás:* Active Citizenship Network



Az egyes jogokhoz különböző számú indikátor kapcsolódik, amelyeket a kérdőívek megfelelő kérdéseire adott válaszok töltenek meg értékkel. Az egyes indikátorokat négyfokú skálán, gyengétől kiválóig értékelték az elemzők. Az összesen 156 indikátorból állnak össze az egyes jogokra összegzett értékek. Ez utóbbiakat ötfokú skálán helyezték el a kutatók: a „tiszteltben nem tartott”-tól a „teljes mértékben tiszteltben tartott”-ig. Ezekből az értékekből állt össze az ún. PRES (Patients' Rights Euro Scores, vagyis az Európai Betegjogi Pontszám), ami az adott ország teljesítményét mutatja meg.

Az indikátorok eloszlása a jogok és az egyes adatgyűjtési források között a mátrixból olvasható ki (*lásd 134. oldal*).

Jól látható, hogy vannak olyan jogok, amelyhez jóval több indikátor kapcsolódik, mint másokhoz. Ez természetesen azt eredményezi, hogy e jogok érvényesüléséről összetettebb képet kaphatunk. Az eltérő indikátorszámnak praktikus okai vannak, ezeknél a jogoknál több mérhető indikátort lehetett és kellett a felmérésbe foglalni.

### *Eredmények*

A valamennyi országra és jogra kiterjedő átlageredmény a betegjogok érvényesülését tekintve közepes (3) az ötfokú skálán. Elmondható, hogy a legkevésbé a beteg idejének tiszteltben tartásához, a kezeléshez való hozzáférés, valamint a szabad választás joga érvényesültek. A legjobban a következő, Chartában foglalt jogok érvényesültek a részt vevő országokban: megelőzéshez, titoktartáshoz, személyre szabott kezeléshez való jog, valamint a kezeléshez való fizikai hozzáférés joga. Látható, hogy míg a vizsgált államokban a kutatásban részt vevő kórházak jól megközelíthetők voltak, addig az egyes egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférés nem zökkenőmentes. Ezen eredmény értékelésekor fontos szempont az, hogy a módszertani útmutatások alapján elsősorban az adott ország fővárosában elhelyezkedő kórházakat kellett bevonni a kutatásba. Magyarországon így került sor a fővárosi Szent Imre és Uzsoki Utcai Kórház, valamint a komlói Egészségcentrum Kht. bevonására.

A következő táblázat foglalja össze az egyes jogokra vonatkozó átlageredményeket (*lásd 136. oldal*).

Magyarország vonatkozásában először is arra a tényre kell felhívni a figyelmet, hogy a részt vevő 20 ország összehasonlításában Magyarország a 19. a Chartában foglalt betegjogok érvényesülésének tekintetében. Igaz, a kutatás eredményei értelmezésének vannak korlátai, amiről a későbbiekben szólni fogunk, ez az eredmény mégis jelzésértékű.

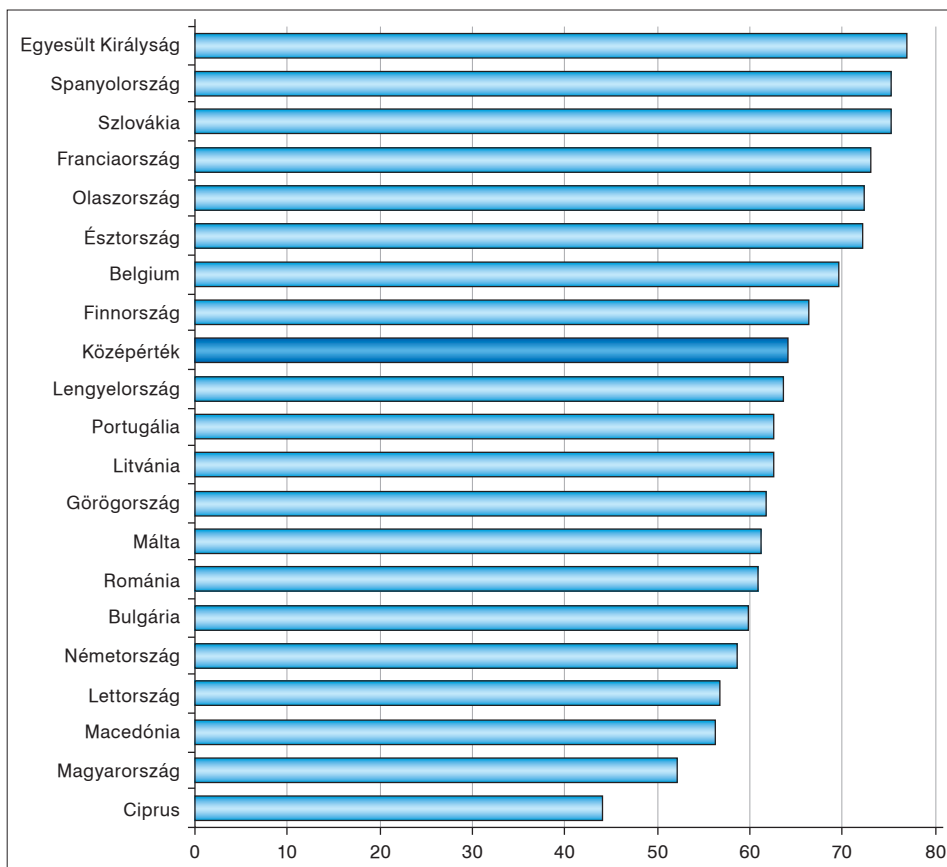
Jogok	Értékelés	PRES
Beteg idejének tiszteletben tartása	tiszteletben nem tartott (1)	41
Szabad választás joga*	tiszteletben nem tartott (1)	43
Hozzáférés joga – kezelés	tiszteletben nem tartott (1)	46
Tájékoztatáshoz való jog	alig tiszteletben tartott (2)	54
Aktív állampolgári jogok	alig tiszteletben tartott (2)	54
A felesleges fájdalmak elkerülésének joga	alig tiszteletben tartott (2)	58
Biztonsághoz való jog	alig tiszteletben tartott (2)	60
A minőségi szolgáltatásokhoz való jog	részben tiszteletben tartott (3)	61
Fejlesztéshez való jog	részben tiszteletben tartott (3)	63
Beleegyezés joga	részben tiszteletben tartott (3)	64
Kompenzációhoz való jog	részben tiszteletben tartott (3)	64
Panasztétel joga	részben tiszteletben tartott (3)	66
Személyre szabott kezeléshez való jog	majdnem tiszteletben tartott (4)	74
Megelőzéshez való jog	majdnem tiszteletben tartott (4)	75
Magánélet tiszteletben tartásához való jog (titoktartás)	majdnem tiszteletben tartott (4)	77
Hozzáféréshez való jog – fizikai	majdnem tiszteletben tartott (4)	84
Átlag	részben tiszteletben tartott (3)	62

\* Csak a civil szervezetek kérdőíveinek figyelembevételével.

Forrás: Active Citizenship Network

A következő táblázat mutatja az egyes országok egymáshoz viszonyított eredményét.

A kutatás során a 2010 kora őszen fennálló állapotokat rögzítettük, ekkor kaptunk választ a minisztériumtól, ekkorra zajlottak le a kórházi látogatások, és ekkor került sor arra a találkozóra, amelynek során az érintett civil szervezetek elmondhatták véleményüket. Az indikátorok alapján gyengén szerepelt (azaz a négyfokú skálán egyes értéket ért el) a következő jogok megvalósulása: a beteg idejének tiszteletben tartásához való jog (várakozási idők), az informált beleegyezés joga, a szabad választás joga, valamint a minisztériumi kérdőív alapján a biztonsághoz való jog. A várakozási idők tekintetében jelentős súlyllyal esett latba az, hogy – a legtöbb országhoz hasonlóan – Magyarországon nincsen jogszabályi maximum megszabva. Az informált beleegyezés joga esetében vizsgáltuk a beteg tájékoztatás elérhetőségét, tartalmát, az egészségügyi dokumentációhoz való hozzáférést. A biztonsághoz való jog vonatkozásában a minisztériumi kérdőívben olyan szabályozásra és gyakorlatokra kérdeztünk rá, amely a közérdekű bejelentőkre, a nem kívánt események (olyan sérülések, kellemetlenségek, amelyek nem feltétlenül érik el a műhiba szintjét) rögzítésére és nyilvántartására vonatkozik. A kórházi kérdőívek alapján viszont a biztonsághoz való jog jó (azaz a négyfokú skálán négyes eredményt) ért el. Ezek az indikátorok a menekülési útvonalak megjelölésére, a kórházi fertőzések nyil-



Forrás: Active Citizenship Network, 2011

vántartására és gyakoriságára, valamint különböző, így például a kézmosásra vonatkozó protokoll meglétére kérdeztek rá. Jó értékelést kapott a titoktartáshoz, a fájdalomkezeléshez és az egyéniesített kezeléshez való jog érvényesülése. Míg ezen jogok esetében nem változott a jogszabályi környezet és a gyakorlat sem, addig a hasonló eredményt elért panasztétel joga esetében ez nem mondható el. A kérdőívek kitöltésekor már tudható volt, hogy megszűnik a korábban független hatóság az Egészségbiztosítási Felügyelet, illetve sejtethető volt, hogy a Betegjogi, Ellátottjogi és Gyermekjogi Közalapítvány sem maradhat meg a jelenlegi formájában, de még nem lehetett tudni, hogy ez milyen hatással lesz az állampolgárok jogérvényesítésére. Megállapítható, hogy 2010 ősze óta jelentősen gyengült a panasztételhez való jog, szűkültek az állampolgárok e téren meglévő lehetőségei. Ezt a megállapítást egy ombudsmani vizsgálat<sup>90</sup> is megerősítette 2011-ben. A jövőben várhatóan komplex feladatokat ellátó Országos Betegjogi és Dokumentációs Központ felállításáról már a Semmelweis Terv

<sup>90</sup> A JB-995/2011. számú jelentés

nyilvánosságra kerülése óta tudható, hogy elvileg 2012. január 1-jén kezdi meg a munkáját, azonban a működéséről közelebbit vagy az erről szóló jogszabály tervezetét még most sem ismerjük.<sup>91</sup>

Az egyes indikátorokra és a jogokra vonatkozó összesített értékek megismerhetőek a Társaság a Szabadságjogokért weboldalán az „Alig jut figyelem a betegek jogaira”<sup>92</sup> című cikkben található magyarra fordított elemzésből.

#### *Az értelmezés korlátai*

A kutatás során kapott eredmények értelmezésének korlátját alapvetően három tényezőben lehet összefoglalni. Egyfelől viszonylag kevés számú interjúra és látogatásra került sor országonként. Ahogyan korábban már jeleztem Magyarországon három, két fővárosi és egy vidéki, kórház meglátogatása alapján rajzolódott ki a leírt kép. Ez két szempontból is torzít, egyrészt kevés számú látogatás alapján vázolja fel az egész országról szóló képet, amiben aránytalanul nagy súlyt kaptak az adott ország fővárosai. Másrészt az a tény is torzíthatta az eredményeket, hogy az adott egészségügyi intézményen múlt, hogy beengedik-e a kutatókat. A második korlátot az indikátorok jelentik, amire szintén utaltam már: ezek nem homogének maguk sem, és az értékük eltérő lehet az összegzésben. A harmadik tényező, hogy a nemzeti egészségügyi rendszerek eltérőseit a kutatás természeténél fogva nem tudta figyelembe venni.

Ez utóbbiból következik azonban az egyik erőssége is, hogy lehetővé teszi az országok összehasonlítását, természetesen figyelemmel a fentiekre. További erőssége a felmérésnek, hogy valóban az állampolgárok, a betegek nézőpontja jelenik meg benne, tehát igazán „felhasználói” szempontból közelíti meg a témát. Az összemérhető kérdések mentén kialakuló eredmények lehetővé teszik azt is, hogy kirajzolódjanak olyan jelenségek, amelyekre a nemzeti és európai döntéshozók figyelmét fel lehet hívni.

#### *Magyarországi lépések a kutatás eredményei alapján*

A felmérés lezárulta után a TASZ szándéka is az volt, hogy a kirajzolódó problémákra, az érintettek bevonásával felhívja a döntéshozók, a minisztérium egészségügyért felelős államtitkárságának figyelmét. A kutatás eredményeinek nemzetközi ismertetése után lefordítottuk az eredmények összefoglalóját magyar nyelvre, amit közzé tettünk a honlapunkon is. A kutatásban részt vevő civil szervezeteket, kórházakat, valamint a minisztériumot meghívtuk egy egyeztetésre, ahol ismertettük az eredményeket és ezeket részletesen megtárgyaltuk. Az egyeztetésen szinte valamennyi résztvevő civil szervezet és a Szent Imre Kórház képviselője vettek részt. Az egyeztetés tanulságai alapján írt a TASZ levelet SZÓCSKA MIKLÓS, egészségügyért felelős államtitkárnak, amiben a következő pontokat vázoltuk fel:

<sup>91</sup> Bár az előadás 2011. november 9-én hangzott el, ez a helyzet azóta sem változott.

<sup>92</sup> <http://tasz.hu/betegjog/alig-jut-figyelem-betegek-jogaira>

1. A Semmelweis Tervből megismertük, hogy a kormány betegjogi központ, az ún. Országos Betegjogi és Dokumentációs Központ felállítását tervezi. A terv szűkszavúan fogalmaz a Központ majdani feladatairól, illetve azoknak a végrehajtása mikéntjéről.

A felmérés során Magyarország jó eredményt ért el a panaszjog érvényesülése tekintetében, azonban ez a 2010 őszén fennálló állapotokat tükrözi, az Egészségbiztosítási Felügyelet és a betegjogi képviselőket alkalmazó közalapítvány is megszűnt azóta. A panaszjog hatékony érvényesülése érdekében, fontosnak tartjuk leszögezni, hogy szükséges mind a betegjogi képviselők útján történő, mind a hatósági, mind más, a bírósági út alternatíváját jelentő jogérvényesítő eljárásnak az egészségügyi ellátórendszerrel való függetlenségének fenntartása, illetve megteremtése. A panaszjog érvényesülésének másik alapvető kritériuma, hogy a panaszok alapján tényleges, az egyedi ügyet részleteiben elemző vizsgálat induljon, amely során a feleknek lehetőségük van álláspontjuk előadására, a hatóság pedig rögzített határidőben határozatot hoz, amelyben intézkedéseket tehet, például, bírságot, eltilthat jogsértéstől. A hatósági jogorvoslat azért is jelentős, mert ezen az úton a bírósági eljárásnál gyorsabban és olcsóbban lehet rendezni a (jog)vitákat. Javasoljuk, hogy a panaszjog gyakorlása feltételeinek kialakításánál az Államtitkárság legyen tekintettel az állampolgári jogok országgyűlési biztosának az AJB-995/2011. számú ügyben megfogalmazott kritikáira és kritériumokra.

Fontosnak tartjuk leszögezni azt is, hogy a jelenleg a gyakorlatban kevésbé kihasznált közvetítői rendszer hatékony működése is alternatívája lehet a bírósági eljárásnak a (jog)sérelmet szenvedett betegek számára. Ezért javasoljuk a működési feltételek és a hatékony működés akadályainak vizsgálatát, illetve ennek alapján a szükséges lépések megtételét.

2. A Semmelweis Terv szerinti nevesített feladata lesz a központnak az egészségügyi dokumentációval kapcsolatos, a betegeknek és az egészségügyi intézményeknek való segítségnyújtás. A felmérés is rámutat hiányosságokra a dokumentációhoz való hozzáférés terén, illetve a másolás költségeivel kapcsolatos visszaszámítás gyakorlat is megnehezítheti azt. Javasoljuk, hogy a készüljön iránymutatás arra nézve, hogy az egészségügyi dokumentáció egyes részeinek másolásáért milyen díjat számolhatnak fel az intézmények, tekintettel az adathordozóra is.
3. Az információhoz, a tájékoztatáshoz való jog érvényesülésével kapcsolatban komoly aggályok fogalmazhatóak meg a felmérés alapján is, illetve magyarországi vizsgálatok, összesítések alapján is ez az egyike a leginkább sérülő jogoknak az egészségügyi törvényben foglalt betegjogok közül. A központ feladataul szabott tájékoztatással kapcsolatos köteleességeknek álláspontunk szerint magában kell foglalnia a betegtájékoztatók tartalma egységesítése érdekében tett lépéseket. Javasoljuk, hogy az Államtitkárság tegye meg a szükséges lépéseket azért, hogy a tájékoztatók

egységes és közérthető tartalmúak legyenek, és széles körben, online is hozzáférhetővé váljanak. Szeretnénk felhívni a figyelmet arra, hogy a tájékoztatók az adatvédelmi biztos álláspontja szerint közérdekű adatok (ügyszám: ABI-2767-6/2010/K).

4. A megbeszélés során felmerült a jogi szabályozás és az egyes egészségügyi intézmények házi rendjei, belső szabályzatai közötti ellentmondások kérdése. Az adatvédelmi szabályzatok tekintetében e jelenségre MADARÁSNÉ IFJÚ BERNADETT Az egészségügyi szolgáltatóknál kijelölt adatvédelmi felelősök működése a gyakorlatban című tanulmánya<sup>93</sup> mutat rá. Javasoljuk, hogy a jogszabályokkal való összhang, illetve a belső szabályzatok tényleges, a jogszabályokat az adott szolgáltató viszonyaira értelmező funkciója betöltése érdekében a felállítandó központ végezze el a szabályzatok vizsgálatát és tegyen javaslatot módosításukra.
5. Az akadálymentesítésnek és a szolgáltatásokhoz való hozzáférés biztosításának a Magyarország által 2007-ben elfogadott a Fogyatékos Személyek Jogairól Szóló ENSZ Egyezménynek megfelelően kell megvalósulnia. Javasoljuk ezért, hogy az egészségügyi ellátórendszert érintő fejlesztéseknél minden esetben vegyék számításba az ENSZ Egyezmény 9. cikke szerinti hozzáférhetőség kritériumainak való megfelelést. Javasoljuk továbbá a jelnyelvi és idegen nyelvi tolmácsok bérezésére vonatkozó szabályok kidolgozását, különös tekintettel arra, hogy melyik félnek kell a költségeket viselnie.
6. A megbeszélésen felmerült a betegelégedettségi vizsgálatok kérdése, illetve az a kórházi gyakorlat, hogy ezt a feladatot a kórházak maguk végzik szinte kizárólagosan. Javasoljuk a betegelégedettségi vizsgálatok lebonyolításába és elemzésébe külső, akár civil szervezetek bevonását.

A levelünket 2011. július 18-án küldtük el, azonban arra azóta sem kaptunk választ.

### Összegzés

Az ismertetett kutatás tehát egy gyors felvételt készített az egyes országokban az egészségügyi szolgáltatásokat igénybe vevők jogainak érvényesüléséről, s lehetőséget teremtett arra, hogy az Európai Betegjogi Chartában szereplő kívánalmak mentén összehasonlítsuk az országokat. A kutatás eredményei egyrésztől kiemelkedően fontosak, mert kevés ilyen átfogó, az állampolgárok nézőpontjából készülő felmérés történik, amely törekszik arra, hogy több forrásból származó és több típusú adatot építsen be. Másrészt a kutatás eredményei jelentős értékűek a nemzeti és az európai döntéshozók számára különös tekintettel a határokon átnyúló egészségügyi szolgáltatások igénybevételéről szóló irányelv

<sup>93</sup>MADARÁSNÉ IFJÚ BERNADETT: *Az egészségügyi szolgáltatóknál kijelölt adatvédelmi felelősök működése a gyakorlatban*. PhD-tanulmányok 8. Pécs, 2009. 321–347. o.



elfogadására, ami minden eddiginél nagyobb áramlást tesz lehetővé a tagállami egészségügyi rendszerek között. A kutatás elvégzése és a civil szervezetek aktív működése mellett azonban elengedhetetlen a tagállami és európai uniós döntéshozók tevékeny fellépése is betegek jogainak érvényesülésének előmozdítása érdekében.

### 4.3. Esetek és helyzetek az Európai Unióban<sup>94</sup>

#### Együtt az egészségért – Stratégiai megközelítés az EU-ban

Az egészségügyi szabályozás és az egészségügyi ellátásnak az európai polgárok számára való biztosítása elsősorban a tagállamok feladata. Az önálló tagállami fellépések egyes területeken azonban nem hatékonyak, így a közösségi szintű együttműködés nélkülözhetetlen. Az Európai Bizottság ezért, és az Európában megjelenő számos új kihívás miatt 2007 októberében egészségügyi stratégiát fogadott el „Együtt az Egészségért – az EU 2008–2013-ra vonatkozó stratégiai megközelítése” címmel.

A stratégia kialakítása egyrészt demográfiai változások miatt vált szükségessé, hiszen a népesség elöregedése megnehezíti az egészségügyi rendszerek fenntarthatóságát; másrészt pedig a világméretű járványok, a nagy kiterjedésű fizikai és biológiai balesetek, a bioterrorizmus is komoly veszélyt jelentenek az egészségre. A klímaváltozás szintén a betegségminták megváltozását eredményezheti. A harmadik tényező pedig, amely a közösségi célok összefoglaló megfogalmazását indukálta az, hogy az egészségügyi rendszerek fejlődése és az új technológiák az egészség megőrzésének, valamint a betegségek megelőzésének módszereit forradalmasították.

Az új egészségügyi stratégia kidolgozását széles körű konzultáció előzte meg, ahol az érdekeltek megegyeztek a Bizottság egészségügyben betöltött szerepét illetően.<sup>95</sup> Az érintettek célja az egészséget érintő problémáknak a közösségi szakpolitikákon keresztül való kezelése, az egyenlőtlenségek csökkentése, az egészségfejlesztés és az egészséggel kapcsolatos tájékoztatás hangsúlyozása.

Ez az első közösségi egészségügyi stratégia koherens keretet ad az Unió egészséggel kapcsolatos intézkedéseinek, miszerint a figyelmet a következő években a három stratégiai célra és az ezeket alátámasztó négy alapelvre kell összpontosítani. A stratégia végrehajtási mechanizmusokat is javasol a part-

<sup>94</sup> Fordította: DR. KOZICZ ÁGNES jogi főreferens (AJBH)

<sup>95</sup> 2004-ben a Bizottság nyílt konzultációt tartott az EU jövőbeli egészségügyi fellépésével kapcsolatban;

vita-folyamat az egészségügyi politikáról: [http://ec.europa.eu/health/ph\\_overview/strategy/reflection\\_process\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/ph_overview/strategy/reflection_process_en.htm)

2007-ben egy második konzultációt is tartottak a jövőbeli stratégia operatív vetületeiről és prioritásairól:

[http://ec.europa.eu/health/ph\\_overview/strategy/results\\_consultation\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/ph_overview/strategy/results_consultation_en.htm)

nerek közötti együttműködésre, az egészségügyi szempontoknak a szakpolitikákban való hatékonyabb érvényesülésére és az egészség közösségi szintű védelmére vonatkozóan.

## I. Az Európai Unió Egészségügyi Stratégiájának (2008–2013) alapelvei:

### 1. Az egészségügyi rendszerek értékalapú megközelítése

A Tanács által elfogadott, az EU egészségügyi rendszereinek közös értékeiről és alapelveiről szóló nyilatkozatban az egyetemességet, a jó minőségű ellátáshoz való hozzáférést, az azonos bánásmód és a szolidaritás elvét, mint legfőbb értéket fogalmazták meg.

Az Alapjogi Charta kimondja, hogy a polgároknak joguk van a megelőző egészségügyi ellátás igénybevételéhez, továbbá az orvosi kezeléshez.<sup>96</sup> Számos nemzetközi nyilatkozat is elismeri az egészséghez való alapvető jogokat.<sup>97</sup>

Alapvető értéként jelölik meg a polgárok felelősségvállalásának ösztönzését is. Azáltal ugyanis, hogy a betegek az ellátásban aktívan együttműködnek, az egészségügy betegközpontúvá, individualizálttá válik, vagyis a beteg egyre inkább alanya, és nem tárgya az egészségügynek. A polgárközpontú programra építve a Bizottság egészségügyi politikájának kiindulópontja a polgárok és a betegek jogai, amely a döntéshozatalban való részvételt és annak befolyásolását, illetve a jóléthez szükséges készségek, többek között az „egészségismeret” fejlesztését jelenti, összhangban az élethosszig tartó tanulóshoz szükséges feltételek kialakításával (például az iskolai és webes programok).

Az egészségügyi politikának megbízható adatokból levezetett tudományos tényeken, és a kapcsolódó kutatási eredményeken kell alapulnia. A Bizottság kedvező helyzetben van az összehasonlítható adatoknak a tagállamoktól és régióktól való begyűjtése szempontjából, és intézkedéseket kell tennie a hatékony információáramlás és az átláthatóbb politikaalkotás érdekében, például a minden (nemzeti és nemzet alatti) szintet lefedő mutatók alkalmazása által.

Az egészség javításával kapcsolatos értékek között az egészség területén fennálló egyenlőtlenségek csökkentését is szem előtt kell tartani. A Bizottság 2008-ban létrehozta a *társadalmi tényezőkkel és az egészségügyi egyenlőtlenség ügyével foglalkozó szakértői csoportot*. Az EU, WHO, OECD<sup>98</sup> és az Európa Tanács tagországokból delegált szakértők évente két alkalommal üléseznek, hogy tapasztalataikat megosszák egymással, ami hozzájárul a hatékonyabb politikák kidolgozásához. Az egészségügyi kérdésekkel foglalkozó másik európai szervezet az *EU Health Policy Forum*, amely az egészségügyben érdekelt európai

<sup>96</sup> Az egészségügyről szóló 35. cikk (Hivatalos Lap C 364., 2000.12.18.).

<sup>97</sup> Többek között az ENSZ Emberi Jogok Egyetemes Nyilatkozata, az ENSZ Gazdasági, Szociális és Kulturális Jogok Nemzetközi Egyezségokmánya, az Emberi Jogokról és a Biomedicináról szóló Európai Egyezmény.

<sup>98</sup> Organisation for Economic Co-operation and Development – Gazdasági Együttműködési és Fejlesztési Szervezet

ernyőszervezetek 52 képviselőjét egyesíti. A szervezet az EU különböző területein felülvizsgálja az egészségüggyel kapcsolatos intézkedéseket, ajánlásokat fogad el, segít a bizottsági konzultációk megszervezésében és a konkrét kezdeményezések nyomon követésében. A Bizottság 2009-ben közzétett egy közleményt „Szolidaritás az egészségügyben: az egészség terén mutatkozó egyenlőtlenségek csökkentése az Európai Unióban” címmel, amely a Bizottságnak az egészségügy területére jellemző egyenlőtlenség felszámolását célzó tervezett intézkedéseit tartalmazza. A közlemény hangsúlyozza a nemzeti hatóságok, a régiók és a különböző szervek közötti együttműködés fontosságát, az EU-politikák folyamatos értékelését, a rendszeres statisztikai és beszámolási tevékenységek végzését, a hatékonyabb tájékoztatás szükségességét a finanszírozási tevékenység és az együttműködés előmozdítása érdekében.<sup>99</sup>

Az Európai Parlament 2011 márciusában elfogadta „Az egészségügyi egyenlőtlenségek az EU-ban” című állásfoglalást, amely kiemeli, hogy a társadalmi és a gazdasági fejlődés átfogó céljaként kell tekinteni az igazságosabb elosztási folyamatokra az egészségügy területén; fejleszteni kell az adat- és tudásbázisokat, beleértve a mérést, értékelést, ellenőrzést, beszámolást); társadalmi szintű elköteleződést kell kialakítani az egészségügyi egyenlőtlenség csökkentését illetően; a hátrányos helyzetű csoportok igényeinek kielégítésére kell törekedni.

*Tervezett intézkedések:*

- Az egészséghez kapcsolódó alapvető értékekről szóló nyilatkozat elfogadása (Bizottság, tagállamok).
- A közös európai egészségügyi mutatók rendszerére és az összehasonlítható adatok gyűjtésére vonatkozó közös mechanizmusoknak a kidolgozása, beleértve az egészséggel kapcsolatos információk cseréjére vonatkozó kommunikációt (Bizottság).
- Az egészségügyi egyenlőtlenségek további csökkentése (Bizottság).
- Egészséggel kapcsolatos programok szervezése minden korcsoport számára (Bizottság).

## *2. Az egészség mint legfőbb érték*

Az egészség nemcsak az egyének és a társadalom jóléte szempontjából fontos; az egészséges népesség ugyanis a gazdasági jólét és a termelékenység előfeltétele is. Az egészségre fordított kiadások egyben befektetést is jelentenek. Az egészségügyi kiadások tekinthetők gazdasági tehernek,<sup>100</sup> azonban a társadalmat valójában a rossz egészségi állapothoz kapcsolódó közvetlen és közvetett

<sup>99</sup> <http://www.health-inequalities.eu> – Health inequalities in the EU, Egészségügyi egyenlőtlenségek az EU-ban

<sup>100</sup> Snapshots: Health Care Spending in the United States and OECD Countries Jan 2007 (Pillanatképek: az Egyesült Államok és az OECD-országok egészségügyi kiadásai, 2007. január)

<http://www.kff.org/insurance/snapshot/chcm010307oth.cfm>

költségek, illetve az egészségügy megfelelő területein az elégséges beruházások hiánya terheli meg.

Az egészségügyi kiadásokat a népesség fizikai és mentális egészségét védő és fejlesztő megelőző intézkedésekbe való befektetésnek kellene kísérnie. Javítani kell az egészséghez és a betegséghez kapcsolódó gazdasági tényezőknek és az egészségfejlesztés gazdasági hatásának a megértését mind európai uniós, mind globális szinten.

*Tervezett intézkedés:* Az egészségi állapot, az egészségügybe való befektetés, valamint a gazdasági növekedés és fejlesztés összefüggéseit elemző tanulmányok programjának kifejlesztése (Bizottság, tagállamok).

### *3. Az egészség minden politikában*

A lakosság egészségének kérdése nemcsak az egészségügyi politika területére tartozik, hanem más közösségi szakpolitikákban is fontos szerepet játszik, mint például a gyógyszeripari termékekkel és az élelmiszerekkel kapcsolatos szabályozás területén, az állategészségügy vagy az egészségügyi kutatás területén, a társadalombiztosítási rendszerek koordinációjában, az egészségfejlesztési politikában, a munkahelyi egészség és biztonság területén, az információs és kommunikációs technológiákkal kapcsolatban.

A globalizáció következtében mind az egészségügyi problémák, mind azok megoldásai határon átnyúló jelleget öltenek, és gyakran több ágazatot is érintő okaik és következményeik vannak, így az egészségügyi szempontokat a külső politikákban is érvényesíteni kell, például a fejlesztési politikában vagy a külkapcsolatokban, illetve a kereskedelemben. Az egészségügyi szempontok szakpolitikákban való érvényesülése új partnerek bevonását is jelenti az egészségügyi politikába, így a Bizottság partnerkapcsolatokat épít ki többek között a civil szervezetekkel, az iparral, a tudományos körökkel és a médiával, a stratégia célkitűzéseinek megvalósítása érdekében.

*Tervezett intézkedés:* Az egészségügyi kérdések valamennyi politikába történő integrációjának erősítése az Unió, a tagállamok és a régiók szintjén, ideértve a hatásvizsgálati és értékelési eszközök alkalmazását is (Bizottság, tagállamok).

### *4. Az EU szerepének megerősítése a globális egészségügyben*

Az Európai Unió és tagállamai a globális egészségügy vonatkozásában jobb eredményeket érhetnek el a folyamatosan működő, kollektív vezetéssel az Európai Unió polgárai számára.

Az Európai Unió a globális egészséghez az értékek, a tapasztalatok és a szakértelem terjesztésével, valamint konkrét egészségfejlesztési lépésekkel járulhat hozzá. Ilyen munka a külső és belső egészségügyi politikák összehangolása a globális egészségügyi célkitűzések elérésének érdekében, az egészség figyelembevétele a szegénység elleni küzdelem fontos elemeként, illetve az alacsony jövedelmű országokkal való külső fejlesztési támogatási együttműködésben, a harmadik országok egészséget érintő fenyegetéseire

történő válaszadás, és a nemzetközi egészségügyi megállapodások, mint az Egészségügyi Világszervezet (WHO) dohányzásellenőrzési keretegyezménye (FCTC) és a Nemzetközi Egészségügyi Szabályzat (IHR) végrehajtásának ösztönzése.

*Tervezett intézkedés:* az Unió státusának megerősítése a nemzetközi szervezetekben, és az egészségügyi együttműködés fejlesztése a stratégiai partnerekkel és országokkal (Bizottság).

## II. Az Európai Unió stratégiai célkitűzései

A közösségi szintű egészségügyi politikának ösztönöznie kell az egészséget, védenie kell a polgárokat a veszélyektől és támogatnia kell a fenntarthatóságot. Az Európai Unióban az egészséget érintő legnagyobb problémák kezelése érdekében a stratégia három fő célkitűzést fogalmaz meg a következő évekre. A Bizottság együttműködik a tagállamokkal a stratégiai célokon belüli pontosabb operatív célkitűzések kidolgozásában.

### *1. Célkitűzés: az egészség védelme az öregedő Európában*

Az alacsony születési ráta és a növekvő élettartam következtében a népesség öregedése mára bizonyított tény. 2050-re az EU lakosságán belül a 65 évnél idősebbek száma 70%-kal, a 80 évnél idősebbek száma pedig 170%-kal fog emelkedni.<sup>101</sup> Ezek a változások valószínűleg megnövelik az egészségügyi ellátás terheit, miközben a dolgozók aránya csökken. Ez a tagállamok egészségügyi kiadásait 2050-re a GDP 1-2%-ával megemelheti. A Bizottság előrejelzései azonban azt mutatják, hogy ha az emberek megőrzik az egészségüket a hosszabb élet során, az öregedő népesség okozta egészségügyi kiadások feleződhetnek.<sup>102</sup>

Az öregedés folyamán az egészség megőrzését olyan intézkedésekkel kell támogatni, amelyek a teljes élet során történő betegségmegelőzést és a fő problémák megoldását célozzák, például a helytelen táplálkozás, a fizikai aktivitás, a dohányzás az alkohol- és a drogfogyasztás, a környezeti veszélyek és a közlekedési és háztartási balesetek tekintetében. A gyermekek, a dolgozó korú felnőttek és az idősek egészségének javítása hozzájárul az egészséges és termelékeny népesség létrejöttéhez, továbbá elősegíti az egészséges öregedést a jelenben és a jövőben.

<sup>101</sup> Az Idősek nemzetközi napján, 2006. szeptember 29-én közzétett Eurostat népesedési előrejelzések.

<sup>102</sup> The impact of ageing on public expenditure: projections for the EU25 Member States on pensions, health care, long term care, education and unemployment transfers (2004–2050) (Az öregedés hatása a közkiadásokra: előrejelzések az EU25 tagállamokra nézve, a nyugdíjak, az egészségügyi ellátás, a tartós ápolás, az oktatás és a munkanélküliség-transzfer területén (2004–2050) a Gazdaságpolitikai Bizottság és a Gazdasági és Pénzügyi Főigazgatóság 1/2006. sz. különjelentése).

Az egészséges öregedést támogatják az egészséges életmódot ösztönző és a káros szokásokat csökkentő, valamint a specifikus betegségek (például a genetikai rendellenességek) megelőzésére és kezelésére irányuló intézkedések is. Aktívan támogatni kell az idősek – individualizált ellátásra épülő – gyógykezelésének fejlesztését. Fontos az idegrendszeri betegségek, mint az Alzheimer-kór tüneti kezelése, és a betegség mélyebb megértése is. További megoldandó feladat vár a vérrel, a szövetekkel, a sejtekkel és a szervekkel, illetve a szervátültetéssel kapcsolatos területeken is.

A fenti intézkedések támogatása érdekében több kutatásra, valamint nagyobb kapacitásra van szükség a közegészségügyben, például az oktatás és a közegészségügyi struktúrák megerősítése által. Az államháztartásokra nehezedő demográfiai változások és egyéb problémák okozta egyre növekvő nyomás miatt a megtett intézkedések hatékonyságának és eredményességének biztosítása alapvető fontosságú.

### *2. Célkitűzés: a polgárok védelme az egészséget fenyegető veszélyektől*

A Szerződés 168. cikke<sup>103</sup> értelmében az emberi egészség védelme kötelesség. A biztonság fokozása és a polgároknak az egészséget fenyegető veszélyektől való védelme ezért mindig központi helyet foglalt el az Unió egészségpolitikájában.

A közösségi szintű munka a tudományos kockázateértékelést, a járványokra és bioterrorizmusra való felkészülést és válaszadást, a specifikus betegségek és állapotok kockázatainak kezelési stratégiáit, a balesetek és sérülések esetén történő fellépéseket, a dolgozók védelmének fokozását, valamint az élelmiszerbiztonság és a fogyasztóvédelem területén végzett tevékenységet foglalja magában.

A Bizottság tovább folytatja a munkáját, és azokra a területekre összpontosít, ahol még hiányosságok mutatkoznak. A megnövekedett kereskedelem és az utazás globális szinten új veszélyeket jelent a fertőző betegségek terjedését illetően. A járványok, illetve a biológiai balesetek elleni küzdelem és a bioterrorizmus veszélyének kezelése közösségi szintű együttműködést és koordinációt igényel a tagállamoktól és a nemzetközi szereplőktől egyaránt.

### *3. Célkitűzés: a dinamikus egészségügyi rendszerek és az új technológiák támogatása*

Az öregedő népesség, a polgárok növekvő elvárásai, a migráció, illetve a betegek és az egészségügyi szakemberek mobilitása következtében egyre nagyobb nyomás nehezedik az Európai Unió egészségügyi rendszereire. Az új technológiák a hatékony egészségügyi ellátást és az egészségügyi rendszereket támogathatják, és a jövőbeli fenntarthatóságukhoz járulhatnak hozzá, valamint hatékonyabbá tehetik a betegségek megelőzését, javíthatják

<sup>103</sup> Az Európai Unió működéséről szóló szerződés egységes szerkezetbe foglalt változata; az EK Sz. Korábbi 152. cikke



az egészségügyi ellátás és a kezelések színvonalát, segíthetik az eltolódást a kórházi ellátás felől a megelőzés és az alapellátás felé. Az e-egészség elősegítheti a polgárközpontúbb ellátás nyújtását, a költségek csökkentését és a határokon átnyúló együttműködést, amely javítja a betegek mobilitását és biztonságát.

Az új technológiákat azonban megfelelően kell felmérni, vizsgálva a költség-hatékonyságot, és figyelembe kell venni az egészségügyi szakemberek képzését, illetve kapacitását. Az új és ismeretlen technológiák azonban etikai kérdéseket vetnek fel, továbbá meg kell nyerniük a polgárok bizalmát is.

Az egészségügyi rendszerekbe történő befektetések növelése érdekében az egészség bekerült az Európai Uniónak a növekedést, munkahelyteremtést és innovációt célzó programjaiba, így a lisszaboni stratégiába, az innovatív gyógyszerekkel foglalkozó közös technológiai kezdeményezéseket tartalmazó 7. kutatási keretprogramba, a versenyképességi és innovációs programba és a regionális politikába. További intézkedésekre van azonban szükség például a régiók kapacitását illetően is, tekintettel arra, hogy ezek az egészségügyi ellátás fő szereplői.

### III. A Stratégia végrehajtása

A stratégia konkrét eredmények elérését célozza meg az egészségfejlesztés területén. Tekintettel a tagállamok egészségügyben vállalt felelősségére nemzeti, regionális és helyi szinten és a szubszidiaritás elvére,<sup>104</sup> a stratégia végrehajtásában fontos szerep hárul a tagállamokra. Ezért a Bizottság egy új, közösségi-szintű strukturált együttműködési mechanizmust javasol a Bizottság számára történő tanácsadás és a tagállamok együttműködésének támogatása érdekében. Mindez egy új struktúrát jelent a tagállamok részvételével, amely felváltja a meglévő bizottságokat. Az együttműködés segíti a Bizottságot a prioritások felállításában, a mutatók meghatározásában, az iránymutatások és az ajánlások megfogalmazásában, a helyes gyakorlatok cseréjének ösztönzésében és a fejlődés mérésében. Lehetőséget biztosít továbbá a helyi és a regionális szinten való bekapcsolódásra. A Bizottság ágazatokat átfogó munkát végez, igyekezve az egészségügyben érintett más szervekkel, például az igazgatási bizottsággal és a szociális védelemmel foglalkozó bizottsággal fenntartani az összhangot. A Bizottság folytatja a partnerségek kiépítését olyan szervek tapasztalataira támaszkodva, mint az Egészségügyi Fórum, az Alkohol és Egészség Fórum, és az étrenddel, testmozgással és egészséggel kapcsolatos cselekvési platform.

<sup>104</sup> Az Unió és a tagállamok közötti megosztott hatáskörök vonatkozásában a szubszidiaritás az Európai Uniót létrehozó szerződésben foglalt elve meghatározza azokat a feltételeket, amelyek mellett az Unió rendelkezik a cselekvés elsőbbségével a tagállamokhoz képest.

#### 4.4. Szolidaritás az egészségügyben – a Bizottság közleménye<sup>105</sup>

Az Európai Unió Bizottsága 2009-ben közleményt adott ki „Szolidaritás az egészségügyben: az egészség terén mutatkozó egyenlőtlenségek csökkentése az Európai Unióban” címmel. A dokumentum célja a vitaindítás volt: rövid összefoglalót kívánt adni az Unió lakosságának egészségi állapotáról, az egészségügy terén jelentkező tendenciákról, valamint összegyűjti a jelenleg megoldásra váró problémákat, és felvázolja, hogy mely közösségi eszközökkel lehetne hathatós megoldást nyújtani az Unió polgárai egészségének megőrzése és javítása érdekében.

A lakosság egészségi állapota tekintetében jelentős eltérések mutatkoznak az egyes tagállamok között. Az EU szervei, mind a Tanács, mind a Bizottság az elmúlt években több alkalommal hangsúlyozták, hogy a fennálló különbségeket meg kell szüntetni, ezen új kihívás miatt a Bizottság határozott szándéka, hogy intézkedéseivel segítse a tagállamokat a nehézségek leküzdésében.

Bár elmondható, hogy összességében javult az Unión belüli átlagos egészségi állapot szintje, az egyes régiók, tagállamok, valamint a különböző társadalmi rétegek, csoportok közti eltérések erősödtek, ami aggodalomra adhat okot. A szociális gradiens szerint például az alacsonyabb iskolázottságú vagy jövedelmű, valamint a rutinszerű feladatokat végző emberek egészségi állapota rosszabb, mint a tanultabb, illetve kevésbé ismétlődő munkát végző emberek állapota. Az is elmondható, hogy bár a nők átlagosan tovább élnek, mint a férfiak, életük nagyobb részét töltik azonban rosszabb egészségi állapotban. A közlemény szerint különösen rossz a társadalmilag kirekesztett csoportok, a migránsok vagy az etnikai kisebbségekhez tartozók állapota, melynek okai lehetnek a nem megfelelő táplálkozás, egészségre is kiható magatartásformák, nem kielégítő lakáskörülmények.

Látható, hogy a lakosság különböző csoportjai közötti eltéréseknek számos olyan oka van, amelyek közvetlenül vagy közvetetten hatással vannak az egészségre. Ilyenek az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés, iskolázottság, jövedelem, betegségmegelőzést célzó szolgáltatások. Fontos megállapítás, hogy a fiatal korban megtapasztalt egyenlőtlenségek kihatással vannak az egyén egész életére, döntően befolyásolva későbbi egészségi állapotát.

Az egészségre hatással lévő tényezők közül az egyik legfontosabb a társadalmi-gazdasági tényező, mely az életkörülmények befolyásolása útján játszik szerepet az egészségi állapot alakulásában. Az EU egyes területein még mindig nem biztosítottak olyan alapvető közszolgáltatások, mint a csatornázás vagy a megfelelő vízellátás. Ezen túlmenően sok esetben akadályba ütközik az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés is, többek között a biztosítottság hiánya, tájékozatlanság vagy nyelvi gátak miatt.

A közlemény utal arra, hogy a tárgyalt egyenlőtlenségek kezelése kulcs-

<sup>105</sup> Összefoglalta: DR. TÓTH LÍVIA jogi főreferens (AJBH)

fontosságú szerepet tölt be az Unió egészségről szóló stratégiájában.<sup>106</sup> A különbségek a következő területeken enyhítendőek: dohányzás, rák, ifjúság, mentális egészség és HIV/AIDS. Az egyenlőtlenségek kezelésével a többi tagállam is egyetértett. 2005 óta dolgozik egy szakértői csoport a tapasztalatok feldolgozásán és a politikák, gyakorlatra vonatkozó információcseré hatékonyságán. Az EU kutatási keretprogramokat, cselekvési programokat indított, tanulmányokat finanszíroz, melyek mind az egészség terén mutatkozó egyenlőtlenségek kiküszöbölését szolgálják. Az egyéb uniós politikák (munkajog – munkahelyi biztonság, egészség; agrárpolitika; környezetvédelmi politika) is hozzájárulhatnak a cél eléréséhez, azt megerősítik a lisszaboni stratégia gazdasági növekedésre és társadalmi szolidaritásra irányuló célkitűzései is.

Az Unió lakossága idősödik és az egyenlőtlenségek jelenléte egyre nyilvánvalóbb probléma. Félt, hogy a jelenlegi gazdasági nehézségek még inkább erősíteni fogják az eltéréseket. Az egészségügyi politika tagállami hatáskörbe tartozik és nem mindegyik tagállam rendelkezik megfelelő forrásokkal, tapasztalatokkal a különbségek okainak kezelésére. Az EU-nak fontos szerepe lehet az információcseré előmozdításában, a tudatosság növelésében.

A közlemény az eddigi tapasztalatok alapján az alábbi megoldásra váró problémákat nevesíti:

#### *Egyenlőbb egészségi állapot*

A gazdagabb régiókban összességében jobb az általános egészségi állapot – az tehát nagyban kapcsolódik a jóléthez –, amennyiben a rendelkezésre álló forrásokat az egészség fenntartására és javítására használják fel. Mivel nem minden csoport részesül egyenlően a gazdasági fejlődés előnyeiből, ki kell dolgozni egy olyan modellt, amely erősebb szolidaritáshoz, kohézióhoz vezet. A lisszaboni stratégia is ezt tűzte célul.

#### *Az adat- és tudásbázis javítása*

A problémák hatékony kezelésének első lépése az egészség területén jelentkező egyenlőtlenség mérése, feltérképezése. Részletes információkra van szükség az egészséget befolyásoló tényezők természetéről, jelentőségéről, hatásairól. Jelenleg az összehasonlítható kutatási adatok hiánya akadályozza a politikák összehangolását, a források újbóli allokálását. Az egyenlőtlenségek okai tagállamonként is különböznek, a tagállamoknak közös mutatókat kell kidolgozniuk az eltérések nyomán követése és a tapasztalatok leszűrése érdekében.

#### *Kötelezettségek vállalása a társadalmon belül*

A közlemény szerint szükségszerű az országokon belül a regionális egészségügyi, közegészségügyi hatóságok, helyi önkormányzatok, munkahelyek be-

<sup>106</sup> Együtt az egészségért: Stratégiai megközelítés az EU számára 2008–2013

vonása a kérdés kezelésébe. A tagállamok tanulhatnak egymástól és az EU is segítséget nyújthat a politikák összehangolásán keresztül. Az EU-nak fel kell vennie az egyenlőtlenségek kezelését az európai régiók és a Bizottság közti együttműködési intézkedések közé.

#### *A sebezhető csoportok igényeinek kielégítése*

Sebezhető csoportoknak tekinthetők a szegénységben élők, fogyatékkal élők, idősek, migráns háttérű és etnikai kisebbségi csoportok. Esetükben a jelentkező egyenlőtlenségek az alapvető jogaikat is érintő kérdésnek tekinthetők, különös tekintettel az egészségügyi ellátáshoz való korlátozott hozzáférést. A közlemény hivatkozik az Európai Unió Alapjogi Chartájára, az ENSZ Gyermek Jogainak Védelméről Szóló Chartájára és a Fogyatékosággal Elő Személyek Jogairól szóló egyezményére. A Tanács megállapításai szerint a migránsok, romák és hátrányos helyzetű fiatalok egészségügyi szükségleteinek kielégítésére további intézkedések szükségesek (pl. romák integrációjával foglalkozó kísérleti projekt). Szükséges annak vizsgálata, hogy az Alapjogi Ügynökség miként tudna információkat gyűjteni az egészség terén jelentkező egyenlőtlenségek sebezhető csoportokra gyakorolt hatásáról.

#### *Az uniós politikák hatékonyságának fokozása*

Már volt szó arról, hogy több olyan uniós politika is létezik, amely hozzájárulhat az egészség terén mutatkozó egyenlőtlenségek kiküszöböléséhez. Elmondható azonban, hogy az EU országainak többségében nem helyeznek elég nagy hangsúlyt az egyenlőtlenségek kialakulásának megelőzésére és csökkentésére, hiányoznak az átfogó stratégiák, az információterjesztés és értékelés. Az uniós egyik legfontosabb feladata többek között a politikák összehangolása, az egészségügyi rendszerek hatékonyabb együttműködésének ösztönzése, megoldási javaslatok kidolgozása az egészségügyi dolgozók kapacitását illetően jelentkező problémák kezelésére. Az egyenlőtlenségek csökkentéséhez az alábbi területek fejlesztésére lenne szükség: a támogatások igénybevételének lehetőségéről való tájékoztatás, nemzeti szakpolitikák közti koordináció. Ugyancsak segítheti az egyenlőtlenségek csökkentését a munkahelyi egészségre és biztonságra vonatkozó közösségi jogszabályok, illetve a munkahelyi egészségvédelemmel és biztonsággal kapcsolatos közösségi stratégia (2007–2012) végrehajtása. Nagyon lényeges a szerzett információk értékelése, hogy a meglévő politikák hogyan hatnak különböző csoportok egészségére.

Az Unió kötelezettséget vállalt az EU-n kívüli országos támogatására. A WHO szerint nemzetközi viszonylatban is nagyok az eltérések az egyes országok és társadalmi csoportok egészségi állapota között, nemzetközi viszonylatban is fontos az együttműködés erősítése. Uniós szinten felül kell vizsgálni a támogatási lehetőségeket azért, hogy a tagállamok hatékonyabban használhassák fel a kohéziós politikát és a strukturális alapokat az egészségügy terén, politikai

párbeszédet kell folytatni az egészséghez kapcsolódó alapvető értékekről, az egészség terén jelentkező különbségek csökkentése érdekében tenni tervezett intézkedésekről.

A nyilatkozat rögzíti, hogy a fenti célok elérése hosszú távú folyamat, melynek célja a területen megvalósuló fenntartható fellépés kereteinek megteremtése. A fejleményekről várhatóan 2012-ben készül el az első jelentés.

[Forrás: A Bizottság közleménye az Európai Parlamentnek, a Tanácsnak, az Európai Gazdasági és Szociális Bizottságnak és a Régiók Bizottságának – Szolidaritás az egészségügyben: az egészség terén mutatkozó egyenlőtlenségek csökkentése az Európai Unióban (COM(2009) 567 végleges)]

## 5. Tanulmányok

### 5.1. A fogvatartottak egészsége – összefoglaló<sup>107</sup>

A beteg fogvatartottak egészségügyi ellátása egyrészt a büntetés-végrehajtási intézetekben, másrészt a Büntetés-végrehajtás Központi Kórházában, Tökölön, a Szegedi Fegyház és Börtön Krónikus Utókezelő Részlegén, Nagyfán, valamint az Igazságügyi Megfigyelő és Elmegyógyító Intézetben, Budapesten történik, és a fogvatartott ezt az ellátást köteles igénybe venni. Amennyiben a fogvatartott megfelelő egészségügyi ellátását a büntetés-végrehajtási szervezet keretein belül nem tudják biztosítani, külső, „civil” egészségügyi intézménybe szállítják a fogvatartottat.

A büntetések és az intézkedések végrehajtásáról szóló 1979. évi 11. tvr. (Bv. tvr.) szerint az elítélt és az előzetesen letartóztatott köteles alávetni magát a szükséges orvosi vizsgálatnak és gyógykezelésnek, a műtetre az egészségügyi jogszabályok az irányadók. Az elítélt jogosult a higiéniai feltételeknek megfelelő egészséges elhelyezésre, az egészségi állapotának megfelelő egészségügyi ellátásra. Az elítélt egészségének védelmére és egészségügyi ellátására az egészségügyi jogszabályok az irányadók, a gyógyszerellátás térítés nélkül illeti meg. Az önhibáján kívül nem dolgozó elítéltnak a bv. intézet térítés nélkül biztosítja a szükséges gyógyászati segédeszközt. Az előzetesen letartóztatott anyagi és egészségügyi ellátásban részesül, gyógyszert térítés nélkül kap.

A Bv. tvr. 2011 novemberében elfogadott módosítása szerint „a szabadságvesztés végrehajtása során elő kell segíteni az elítéltek személyiségéből, előéletéből, a befogadást megelőző sajátos életkörülményeiből, életviteléből, így különösen rendszeres alkoholfogyasztásából, vagy kábítószer-használatából, a közterületen életvitelszerű lakhatást folytató sajátos élethelyzetéből adódó hátrányok csökkentésére irányuló egészségügyi, gyógyító, rehabilitációs ellátását, személyiségfejlesztő programokon való részvételét.”<sup>108</sup> Ez a kitűzött cél elméletileg az egészségügyi ellátás színvonalának komoly fejlesztését feltételezi.

Az országgyűlési biztos 2009-ben vizsgálatot folytatott a fogyatékossgal élő fogvatartottak jogainak érvényesülésével kapcsolatban, amely kiterjedt az egészségügyi intézmények helyszíni vizsgálatára is. A biztos számos ajánlást fogalmazott meg, amelyek általánosságban érintik a beteg fogvatartottak elhelyezési körülményeit is. Az ajánlások teljesülését vizsgálva megállapíthatjuk, hogy

<sup>107</sup> DR. FOGARASSY EDIT jogi főreferens (AJBH), doktorandusz (ME-ÁJK)

<sup>108</sup> Bv. tvr. 19. § (2) bek.



a Büntetés-végrehajtás Központi Kórházának főépületében elhelyezett betegek számára kialakított sétaudvart 2011 májusában átadták. A Szegedi Fegyház és Börtön III. Objektumához, Nagyfára vezető bekötő utat 2011 októberében felújították, a kátyúkat kijavították.

Az ideiglenesen kényszergyógykezelt, a kényszergyógykezelésre ítélt és a szabadságvesztés végrehajtása során kóros elmeállapotúvá vált beteg fogvatartottak, illetve a különböző pszichés problémák miatt beutaltak ellátását biztosító Igazságügyi Megfigyelő és Elmegyógyító Intézet (IMEI) korszerű működésének megteremtésével kapcsolatban a belügyminiszter 2011 szeptemberében azt a tájékoztatást adta, hogy a Semmelweis Tervhez igazodva a NEFMI és a BM 2011. december 31-ig közösen terjeszti a Kormány elé az új Országos Pszichiátriai és Addiktológiai Intézet megvalósíthatósági tanulmányát, amely magában foglalja egy magas biztonságú és elmemegfigyelő részleget, valamint önálló intézményként, de közös telephelyen az IMEI-t, a Központi Kórházat és a Krónikus Utókezelő Részleget.<sup>109</sup>

Az országgyűlési biztos 2010 májusában indítványt nyújtott be az Alkotmánybírósághoz a fogvatartottak egészségügyi ellátásáról szóló 5/1998. (III. 6.) IM rendelet bizonyos rendelkezései<sup>110</sup> alkotmányellenességének megállapítása érdekében.

Az IM rendelet a fogvatartott egészségügyi ellátása visszautasításával kapcsolatos *önrendelkezési jogát* – „a saját és a közössége egészségének védelme érdekében” – korlátozza, ami nincs összhangban az 1997. évi CLIV. törvény (Eütv.) szabályaival, szükségtelen és aránytalan, ezért sérti az alapvető jogokra vonatkozó törvényi szabályozás kötelezettségét és emberi méltósághoz való jogot.<sup>111</sup>

Az ombudsman 2010 novemberében helyszíni vizsgálatot folytatott a tőköli bv. kórházban. 2011 januárjában készült jelentésében<sup>112</sup> megállapította, hogy az egészségügyi feladatok ellátását jelentősen nehezíti, hogy a kórház pénzügyi-gazdálkodási szempontból nem önálló, hanem a Fiatalkorúak Bv. Intézetétől függ, az eredetileg nem kórház céljára épület létesítményt az elmúlt 50 évben nem újították fel, a fűtés korszerűsítése soron kívüli feladat lenne; egyes kórtermek már használhatatlanok, az akadálymentesítés sem megold-

<sup>109</sup> 1208/2011. (VI. 28.) Korm. határozat 1.9. b) pont

<sup>110</sup> 4. § (3) „A fogvatartott egészségügyi ellátása visszautasításával kapcsolatos önrendelkezési joga – a saját és a közösség egészségének védelme érdekében – a) veszélyeztető, illetve közvetlen veszélyeztető állapot fennállása esetén, b) életveszélyes állapot, valamint várhatóan maradandó egészségkárosodás elhárítása miatt, c) közegészségügyi-járványügyi érdekből, d) törvényben meghatározott esetekben korlátozható.”

5. § „Amennyiben a fogvatartott a 4. § (3) bekezdésében felsorolt esetekben az előzetes tájékoztatás ellenére megtagadja az együttműködést, az orvos köteles a vizsgálatot vagy kezelést – a büntetés-végrehajtási szervezetről szóló 1995. évi CVII. törvényben meghatározott intézkedések mellett – elvégezni.”

<sup>111</sup> Alkotmány 8. § (2) és 54. § (1) bek.

<sup>112</sup> AJB-6959/2010.

dott. A rabszállító járművek nem biztonságosak, mert nincsenek felszerelve biztonsági övvel.

A feltárt visszásságok orvoslása érdekében a biztos javasolta a közigazgatási és igazságügyi miniszternek, hogy kötelező érvénnyel szabályozzák az egy zárkában elhelyezhető fogvatartottak létszámát, valamint a rabszállító járművek biztonsági előírásait. A belügyminisztert felkérte, hogy tekintse soron kívüli, kiemelt feladatnak a kórház teljes felújítását, pénzügyi függetlenségének megteremtését, a felügyelői és nevelői létszám emelését, illetve pszichológusi státus biztosítását.

Ugyancsak panasz alapján vizsgálta a biztos egy fogvatartott halálának körülményeit, és 2011 áprilisában készült jelentésében a betegjogokat érintő visszásságot is megállapított.<sup>113</sup> A Budapesti Fegyház és Börtönben fogva tartott elítélt édesanyja sérelmezte, hogy a fia külkórházba szállításáról, életveszélyes állapotról nem értesítették, csak a halálát követően hívták fel telefonon. Kifogásolta, hogy fia kéz-, láb- és derékbilincsben feküdt a kórházban.

Az Európa Tanács 2006-os ajánlása az Európai Börtön szabályokról kimondja, hogy „a hatóságoknak a fogvatartott befogadásáról, haláláról vagy súlyos betegségéről, illetve sérüléséről, valamint kórházba szállításáról azonnal értesíteniük kell a fogvatartott házasát vagy élettársát, ha egyedülálló, akkor a legközelebbi hozzátartozóját vagy bármely más, a fogvatartott által korábban megjelölt személyt; kivéve, ha a fogvatartott kérte, hogy ne értesítsék a hozzátartozóját.”<sup>114</sup>

Az Eütv. alapján, a *kapcsolattartás joga* keretében „a súlyos állapotú betegnek joga van arra, hogy az általa megjelölt személy mellette tartózkodjon”.<sup>115</sup> A cselekvőképes beteg – az *önrendelkezési joga* keretében – közokiratban vagy teljes bizonyító erejű magánokiratban megnevezheti azt a cselekvőképes személyt, aki jogosult helyette a beleegyezés, illetve a visszautasítás jogát gyakorolni, illetve, akit a törvény alapján tájékoztatni kell. Amennyiben nincs ilyen személy és a beteg cselekvőképtelen, a beleegyezés és az ellátás visszautasításának jogát az Eütv.-ben felsorolt személyek gyakorolhatják.<sup>116</sup>

A vizsgált ügyben a fogvatartott állapota miatt a kórházban már cselekvőképtelen volt, az édesanyja azonban – noha az Eütv. alapján jogosult lett volna – nem tudta a fenti jogokat gyakorolni.

Az ombudsman vizsgálatai tapasztalatai alapján leszögezte, hogy a fogvatartottak esetében az Eütv.-ben meghatározott betegjogok csak korlátozottan

<sup>113</sup> AJB-3095/2010.

<sup>114</sup> 24.9. pont

<sup>115</sup> Cselekvőképtelen beteg esetén a fenti személy megjelölésére a 16. § (1)–(2) bekezdésében meghatározott személy is jogosult. E bekezdés alkalmazásában súlyos állapotú az a beteg, aki állapota miatt önmagát fizikailag ellátni képtelen, illetve fájdalmi gyógyszerrel sem szüntethető meg, illetőleg pszichés krízishelyzetben van. (Eütv. 11. § (3) bek.)

<sup>116</sup> Eütv. 16. § (1)–(2) bek.

érvényesülnek. Megállapította, hogy a bv. intézet eljárása visszásságot okozott a fogvatartott emberi méltósághoz való jogából levezethető magánszférához való jogával, valamint az önrendelkezési jogával összefüggésben, a visszásság ugyanakkor a jogi szabályozás hiányosságára vezethető vissza. Javasolta a közigazgatási és igazságügyi miniszternek, hogy – a belügyminiszterrel és az egészségügyért felelős miniszterrel együtt – a fogvatartottak esetében is tegye lehetővé a betegjogok lehető legszélesebb körben való érvényesülését, valamint szabályozza a közeli hozzátartozók értesítését a fogvatartottak súlyos, életveszélyes betegsége esetén. A miniszter – elismerve a betegjogokat érvényre juttató szabályozás szükségességét – a javaslatot elfogadta.

A fogvatartott bilincselésére vonatkozó dokumentum szerint a járásképtelen, térben és időben zavart fogvatartottal szemben a kórházban – őrzése mellett – lábbilincset, ágyhoz rögzítve patentbilincset, mozgatása esetén patent- és vezető bilincset, bilincsrögzítő övet és lábbilincset alkalmaztak.

A szabadságvesztés és az előzetes letartóztatás végrehajtásáról szóló 6/1996. (VII. 12.) IM rendelet kimondja, hogy amennyiben az elítélt mozgásának a korlátozása a fogvatartás biztonságát sértő vagy veszélyeztető cselekmény megelőzése érdekében szükséges, korlátozó eszközként – *ha az elítélt egészségi állapota azt megengedi* – bilincs, vagy a végtagra helyezett, testi sérülést nem okozó más eszköz alkalmazható. Ha az elítélt meghatározott helyen tartása másként nem biztosítható – a járművön való szállítást kivéve – átmeneti intézkedésként végtagja tárgyhoz is rögzíthető.<sup>117</sup>

A vizsgált esetben a fogvatartott egészségi állapota miatt nemhogy az ágyhoz rögzítésének, hanem egyáltalán a bilincselésének az IM rendeletben rögzített feltételei sem álltak fenn. A biztos megállapította, hogy a bv. intézet eljárása súlyos visszásságot okozott a fogvatartott emberi méltósághoz való jogával összefüggésben. Ajánlást tett a büntetés-végrehajtás országos parancsnokának, hogy bv. szervek a külkórházba kiszállított, súlyos beteg fogvatartottak esetén különös gondossággal vizsgálják meg a bilincs alkalmazásának szükségességét. Az országos parancsnok az ajánlást elfogadta.

## **5.2. A szakorvosjelöltek ügyeleti kötelezettségei, avagy az orvoslás intézményi gondjai<sup>118</sup>**

A projekt keretében hivatalból indult vizsgálat a kórházi ügyelet, valamint ezzel összefüggésben a rezidensek, illetve szakorvosjelöltek képzése, foglalkoztatása és finanszírozása kérdéseiről. A vizsgálat megindításának elsődleges indoka az a sajtóhír volt, hogy egy kezdő rezidens egyedül ügyelt a Szent János Kórház idegsebészeti osztályán 2010 szilveszterének másnapján, miközben ez a részleg fogadta a régió összes betegét.

<sup>117</sup> 48. § (1) és (6) bek.

<sup>118</sup> DR. FARKAS ZSUZSANNA jogi főreferens (AJBH)

A cél elsősorban nem az egyedi ügy háttérének feltárása, a felelősök megtalálása volt, hanem annak áttekintése, hogy a rezidensek, szakorvosjelöltek tevékenységére, ezen belül szakmai felügyeletére vonatkozó szabályozás és a gyakorlat megfelelően biztosítja-e az állam élet-és egészségvédelmi kötelezettségének érvényesülését, illetve a betegek alapvető jogainak védelmét, továbbá a megfelelő és hozzáértő sürgősségi betegellátást.

A vizsgálat során először áttekintettük a kapcsolódó joganyagot, valamint figyelmet kívántunk fordítani a rendszerszintű akut jogalkotási és jogalkalmazási problémák feltárására, ennek érdekében megkerestük Szent János Kórházon túl több más egészségügyi intézményt is.

### *1. Ügyelet kérdése az egészségügyi ágazati joganyagban*

Az egészségügyi ágazati joganyag vonatkozásában kétféle értelemben beszélhetünk ügyeletről. Az ügyeletet definiálhatjuk egyrészt, mint *ellátási formát*, e fogalom alatt kell érteni az intézményrendszer, illetve az egyes egészségügyi szolgáltatók „ügyeleti rendjére”, „ügyeleti működésére” vonatkozó szabályokat. Másrészt az egészségügyi ügyelet egy törvényben rögzített munkaidő-típus, azaz egy speciális *ágazati munkajogi jogintézmény*.

#### *1.1. Ügyelet mint ellátási forma*

*Az ügyelet mint ellátási forma tartalma* az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvénynek – a továbbiakban: Eütv. – az egészségügyi ellátások rendszerét meghatározó IV. fejezetében, annak is 4. címében került meghatározásra. Az ügyeleti rendszer a napi munkarenden kívül bekövetkező sürgősségi esetekben az alapellátás, a járóbeteg-szakellátás, valamint a fekvőbeteg-szakellátás folyamatos igénybevételének lehetőségét biztosítja.<sup>119</sup>

Az ügyeleti ellátás célja pedig az egészségügyi szolgáltatók napi munkarend szerinti munkaidő befejezésének időpontjától a következő napi munkarend szerinti munkaidő kezdetéig a beteg vizsgálata, egészségi állapotának észlelése, alkalmoszerű és azonnali sürgősségi beavatkozások elvégzése, illetve fekvőbeteg-gyógyintézetbe történő sürgősségi beutalása, valamint a külön jogszabályokban meghatározott eljárásokban való részvétel.<sup>120</sup>

Amennyiben az ügyeletre, mint ellátási formára tekintünk, hangsúlyozni kell a jogintézményhez kapcsolódó működési engedélyezési és közfinanszírozási kérdéseket is. Ugyanis az egészségügyi szolgáltató által ellátott ügyeleti feladatok jelentkeznek működési engedélyezési kérdésként is. Mivel az egészségügyi szolgáltatás gyakorlásának általános feltételeiről, valamint a működési engedélyezési eljárásról szóló 96/2003. (VII. 15.) Korm. rendelet 8. § (1) bekezdés g) pontja, valamint 11. § (2) bekezdés l) pontja értelmében az egészségügyi szol-

<sup>119</sup> Eütv. 93. §. (1) bek.

<sup>120</sup> Eütv. 93. §. (2) bek.

gáltató működési engedélyének kötelező tartalmi eleme az ügyeleti, készenléti rendszerben való közreműködés módja. *Finanszírozási szempontból* pedig kiemelendő, hogy az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet 26. § (6) bekezdése értelmében a közfinanszírozott egészségügyi szolgáltatók jelentési kötelezettséggel is tartoznak a mentés megszervezhetősége érdekében. Ugyanis az aktív fekvőbeteg-szakellátást nyújtó egészségügyi szolgáltató az OEP által biztosított program felhasználásával folyamatosan köteles elektronikus úton (online) jelenteni az OEP számára a rendelkezésére álló finanszírozott ágyak státusát. Az aktív ágy a jelentés szempontjából foglalt, előfoglalt és szabad besorolásúnak minősülhet. Az OEP a szabad ágyokról folyamatosan online tájékoztatja az Országos Mentőszolgálat irányító központját a sürgősségi betegelhelyezés zavartalan biztosítása érdekében.<sup>121</sup> A mentésről szóló 5/2006. (II. 7.) EüM rendelet 7. § (3) bekezdése értelmében a mentőegység a beteget a kijelölt szakorvos írásos utasításának megfelelően a mentésirányítást végző személlyel történt egyeztetés után, illetve Budapesten a Központi Ágynyilvántartó adatai alapján, az ellátásra alkalmas és fogadóképes legközelebbi egészségügyi intézménybe szállítja.

Az ügyelet, mint ellátási forma intézményi fogalmával összefüggésben, valamint a munkajogi fogalommal kapcsolatban is részletesebb rendelkezéseket tartalmaz továbbá az egészségügyi ellátás folyamatos működtetésének egyes szervezési kérdéseiről szóló 47/2004. (V. 11.) ESZCSM rendelet – a továbbiakban ESZCSM rendelet –, amelynek célja a beteg számára folyamatosan hozzáférhető egészségügyi ellátás szakmai és szervezési elveinek és szempontjainak meghatározása. Az ESZCSM rendelet rögzíti a folyamatos egészségügyi ellátás szervezésének szakmai elveit, a folyamatos egészségügyi ellátás biztosításának területi elveit, a folyamatos egészségügyi ellátás biztosításának eszközeit, az egyes egészségügyi szolgáltatások folyamatos biztosításának formáit és a folyamatos egészségügyi ellátás biztosításához szükséges rendkívüli intézkedéseket. Az ESZCSM rendelet a folyamatos egészségügyi ellátás biztosításának egyik eszközeként nevesíti az ügyeletet a műszakbeosztás szerinti munkarend és a készenlét mellett.<sup>122</sup>

### *1.2. Az egészségügyi ügyelet mint ágazati munkajogi jogintézmény*

Az egészségügyi ügyelet mint ágazati munkajogi jogintézmény tartalmát az egészségügyi tevékenység végzésének egyes kérdéseiről szóló 2003. évi LXXXIV. törvény – a továbbiakban: Eütev. – határozza meg. Az Eütev. 4. § d) pontja értelmében ügyeleti feladatellátásnak minősül az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 93. §-ában meghatározott ügyeleti ellátás keretében

<sup>121</sup> Az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet 26. § (6) bek.

<sup>122</sup> 47/2004. (V. 11.) ESZCSM rendelet 10–14. §. A mentési és az ügyeleti feladatok tartalmára vonatkozóan a rendelet 20. §-a is tartalmaz előírásokat.

végzett tényleges egészségügyi tevékenység, valamint a tényleges egészségügyi tevékenység végzése nélküli rendelkezésre állás az egészségügyi szolgáltató által meghatározott helyen és időben. Egészségügyi ügyeletnek minősül a fent meghatározott ügyeleti feladatellátás munkaviszonyban vagy közalkalmazotti jogviszonyban.

Az egészségügyi ügyeleti beosztások elkészítésére vonatkozóan az Eütev. nek az egészségügyi tevékenység végzésére irányuló egyes jogviszonyokat szabályozó III. fejezete az általános munkajogi szabályoknál jóval részletesebb, cizelláltabb szabályokat tartalmaz.

A Munka Törvénykönyvéről szóló 1992. évi XXII. törvény (Mt.) 119. § (2) bekezdése értelmében a munkaidő-beosztást – kollektív szerződés eltérő rendelkezése hiányában – legalább hét nappal korábban és legalább egy hétre előre kell közölni, valamint az Mt. 129. § (6) bekezdése értelmében az ügyelet és a készenlét elrendelését a megkezdése előtt legalább egy héttel korábban és egy hónapra előre kell közölni, amelytől azonban a munkáltató különösen indokolt esetben eltérhet.

Ezzel ellentétben az Eütev. 12/A. § (1) bekezdése értelmében az alkalmazott egészségügyi dolgozóval a munkaidő-beosztást, amely tartalmazza az egészségügyi ügyelet és a készenlét beosztását is – kollektív szerződés eltérő rendelkezése hiányában – legalább egy hónappal korábban, és legalább egy hónapra előre kell írásban közölni. E rendelkezések mind a folyamatos ellátás biztonságát, mind az egészségügyi dolgozó kiszámítható munkavégzését elősegítik, tekintettel arra, hogy az egészségügyi ágazatban az egészségügyi tevékenység végzésének abban az esetben is vannak időkorlátai, ha az egészségügyi tevékenység végzésére párhuzamosan több vagy többfajta jogviszony keretében kerül sor.<sup>123</sup>

## *2. Empirikus tapasztalatok*

A szakképesítése megszerzéséhez szükséges képzésben részt vevő személy az egészségügyi felsőfokú szakirányú szakmai képzés részletes szabályairól szóló 16/2010. (IV. 15.) EüM rendelet 10. § (2) bekezdése szerint egészségügyi tevékenységet szakmai felügyelet mellett végezhet.

E rendelkezés jogértelmezése kapcsán felmerült, hogy a rezidensek, szakor-

<sup>123</sup> Eütev. 5. § (5) bekezdése alapján: Az egészségügyi dolgozó által egy naptári héten valamennyi, az e törvény III. fejezetében felsorolt jogviszony alapján végezhető egészségügyi tevékenység együttes időtartama – a 13. § (2) és (4) bekezdésében foglalt kivétellel – 6 havi átlagban nem haladhatja meg a heti 60 órát, továbbá az egészségügyi tevékenység együttes időtartama egy naptári napon a 12 órát akkor sem haladhatja meg, ha az egészségügyi tevékenység végzésére párhuzamosan több vagy többfajta jogviszony keretében kerül sor. Az egészségügyi tevékenység különböző jogviszonyokban eltöltött együttes időtartamának meghatározása során az ügyeleti feladatellátás tekintetében csak az azon belüli tényleges egészségügyi tevékenységvégzés időtartamát kell figyelembe venni.



vosjelöltek szakmai felügyeletének tartalma az ügyeleti tevékenység teljesítése során hogyan határozható meg. Az ügyeleti ellátás biztosítása érdekében vajon a szakorvosnak minden esetben személyesen jelen kell lennie vagy elegendő, az ún. készenlét biztosítása, azaz ha a szakorvos telefonon elérhető és szükség esetén behívható az intézetbe.

A kérdés tisztázása érdekében több egészségügyi intézménytől és egyetemtől tájékoztatást kértünk arra vonatkozóan, hogy álláspontjuk szerint a 16/2010. (IV. 15.) EüM rendelet 10. § (2) bekezdése alapján a rezidens, szakorvosjelölt kizárólag felügyelet mellett láthat el ügyeleti tevékenységet vagy ún. készenlét biztosítása mellett is. Tájékoztatást kértünk továbbá arról, hogy meghatározható-e, hogy az egészségügyi intézmény által foglalkoztatott rezidensek, szakorvosjelöltek az egészségügyi tevékenység, orvosi ügyelet ellátásában milyen jogokkal és kompetenciákkal rendelkeznek.

*A Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum válasza szerint a rezidensek, központi gyakornokok és szakorvosjelöltek ügyeletet csak szakmai felügyelet alatt láthatnak el. A szakmai felügyelet jellege egyrészt függ a szakmától, másrészt a szakorvosjelölt képzésben eltöltött idejétől. A felügyelet jellegét a szakterület ellátásáért felelős szakmai vezető, klinikaigazgató határozza meg. Bizonyos szakmák esetén, mint például a nagy manuális szakmák, minden esetben jelen kell lennie szakorvosnak a jelölt mellett, más esetben elegendő lehet a készenlét biztosítása, a szakorvos telefonon elérhetősége, behívhatósága. Ezeknél az eseteknél azonban fontos szempont a szakorvosjelölt megfelelő szakmai gyakorlatának megléte. A DEOEC klinikáin a rezidensek, szakorvosjelöltek kompetenciáit egyedileg, az egyéni előrehaladástól függően határozzák meg a szakmai vezetők. Azonban a rezidensek, szakorvosjelöltek kompetenciáinak meghatározását nagyon fontosnak tartják. A klinika tájékoztatása szerint jelenleg folyamatban van a végzett orvosok kompetenciáinak meghatározása, amely a graduális képzés gyakorlati leckeönyvben előírt elvégzendő klinikai beavatkozások alapján, a négy orvosképző hely véleményének egyeztetésével történik. Álláspontjuk szerint erre kellene épülnie az egyes szakmák rezidensi, szakorvosjelölti kompetenciák meghatározásának.*

*A Semmelweis Egyetem klinikáin a rezidensek és szakorvosjelöltek is látnak el ügyeleti szolgálatot. Az ügyeletet ellátó szakszemélyzetet minden sürgős döntést igénylő szakterületen, klinikán jelenlévő szakorvos felügyeli. Tehát nem készenlét, illetve telefonos behívás biztosítja a szakorvos jelenlétét. Az általános orvosi végzettséggel rendelkező rezidensek és szakorvosjelöltek önálló tevékenységet nem végezhetnek. Ebből következően az ügyeletben érkező beteg felvételéről vagy hazabocsátásáról minden esetben szakorvos dönt, és az ügyeleti időben a konzíliumokat is minden esetben szakorvosok végzik. A Semmelweis Egyetem tájékoztatása szerint is folyik a rezidensek és szakorvosjelöltek szakmai kompetenciáinak kidolgozása, amiben jelentős szerepet vállalnak az egyetemi szakmai grémiumok. Az egyetem álláspontja szerint nyilvánvaló, hogy a törzsképzésben részt vevő, illetve a szakgyakorlati idejüket töltő szakor-*

vosjelöltek más-más szakmai alkalmassági listával kell, hogy rendelkezzenek. Általános törekvés az, hogy a törzsképzési időszak – rezidens időszak – legelején történjen minden szakmában az egységes sürgősségi betegellátási gyakorlat, amelynek teljesítését követően a rezidensek bizonyos beavatkozásokra önálló működési jogosultságot kaphatnak. *A jelenlegi helyzet kétségtelenül nem pontosan definiált, ami például egy ügyeleti esemény kapcsán – már korábban felvett beteg rosszzulléte stb. – bizonytalanságot kelthet.*

*A Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központban a rezidensek és a szakorvosjelöltek kizárólag felügyelet mellett láthatnak el ügyeleti tevékenységet, de elegendőnek tartják a készenlét biztosítását, azzal a feltétellel, hogy a szakorvossal telefonon történő konzultáció biztosított, illetve szükség esetén behívható legyen. A rezidensek és szakorvosjelöltek beavatkozási jogát és kompetenciáit a hatályos jogszabályoknak és előírásoknak megfelelően a munkaköri leírásokban rögzítik, melyeket a tutorok és a mentorok határoznak meg, és betartásukért a klinika és az intézetigazgató felelős. Mivel a kompetenciák leírása nem részletezett és szakmánként változó, ezért szükségesnek tartják egy irányadó kompetencialista kialakítását.*

*A Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ szerint az EüM rendelet 10. § (2) bekezdése számos félreértés alapjául szolgált és szolgál ma is, ez a kitétel ugyanis nem jelenti, hogy a szakorvosjelölt nem végezhet önállóan, felügyelet nélkül semmilyen betegellátó tevékenységet. Az orvosi diploma birtokában ugyanis joga van, sőt nem egy esetben kötelezettsége is fennáll bizonyos feladatok, pl. elsősegélynyújtás, újraélesztés, betegvizsgálat és betegségmegállapítás stb. elvégzésére. Kétségtelen, hogy a szakirányú szakképzés folyamán bizonyos tevékenységeket a szakorvosjelöltnek felügyelet mellett kell végeznie. A felügyelet jellege és minősége a szakorvosjelölt szakmai előmenetele alapján határozható meg, vonatkozik ez a szakképzés kötelező részét képező ügyeleti szolgálatra is. Kézenfekvő, hogy a szakképzés kezdetén a felügyelet a személyes jelenléttel biztosítandó, míg a későbbiek folyamán a felügyelet készenléti szolgálatként is ellátható. A klinikáikon az ügyeletet ellátó szakképzendők két típusú felügyelet mellett vesznek részt a munkában. Azokon a klinikákon, ahol folyamatosan nagy ügyeleti betegforgalommal, adott esetben sürgős beavatkozások, műtétek végzésével kell számolni, a szakképzendő mellett folyamatosan egy vagy két szakorvos is dolgozik, így ők a rezidens szempontjából közvetlen felügyeletet látnak el. Olyan klinikákon, ahol az ügyeleti szolgálat elsősorban a betegosztályok felügyeletére korlátozódik, ott – bizonyos idő, és a szakmai előmenetelről való megbizonyosodás után – az ügyeleti szolgálat készenléti felügyelet mellett látható el. A Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ tájékoztatása szerint a szakorvosjelöltek ellátási jogosultságai, kompetenciái jól ismertek, a diplomához kötött elvárások a graduális képzési munkanaplóban rögzítettek. Az egyetemek 2011. november 4-én egyeztettek és egységesítették ezeket a szakterületenként meghatározott kompetenciákat. Az egyes felügyeleti szintek és a hozzájuk illeszkedő szakma specifikus kompetenciák meghatározása az új Szakmai Kollé-*

giumok feladata. Néhány szakma esetében az elvárás már évek óta gyakorlati alkalmazást nyert, mások esetében a munka folyamatban van.

*Fővárosi Önkormányzat Szent Imre Kórház* véleménye szerint a rezidens<sup>124</sup> – a végzés utáni első két évben – csak olyan szakorvos mellett láthat el ügyeletet, aki jelen is van az ügyeleti időben. Azaz rezidensi időszakban nem javasolható az önálló ügyelet, telefonos szakorvosi készenléttel. Azonban elismerik, hogy olyan kórházakban, ahol égető orvoshiány van, mátrix rendszerben javasolható az ügyeleti foglalkoztatásuk. A szakorvosjelöltek megszerzett szakmai tapasztalatuk és rátermettségük figyelembevételével, egyéni elbírálással az osztály, illetve profilvezető felelősségvállalásával ügyeltethetők telefonos készenlét biztosításával nem műtétes szakmákban. Álláspontjuk szerint a rezidensek és szakorvosjelöltek részére képzésük ideje alatt teljesítendő szakmai feltételek az Egyetemek által jól szabályozottak, a képzésük további idejében a szakorvosi képzési feltétel szintén. Szakmai felügyeletük biztosított, így külön kompetencialista kialakítása nem szükséges.

*Szent János Kórháza és Észak-budai Egyesített Kórházai Főigazgatóság* válasza szerint a pályakezdő a rezidens időszak kezdetén – általában 2-6 hónapig – önállóan nem ügyel, majd miután az osztályvezető főorvos véleménye szerint, és az ő felelős döntése alapján megfelelő helyismeretre, szakmai jártaságra szert tesz, egyre inkább bevonják az ügyeleti feladatok elvégzésébe. A következő fokozatban osztják be teljes jogú ügyeletesnek. Az önálló ügyeleti formánál azonban mindig van a háttérben behívható szakorvos, és az osztályvezető főorvos is elérhető és behívható. A behívható szakorvos nem több mint 20 perc alatt beér a kórházba. Az intézményben a rezidensi ügyeleti, nappali beavatkozási jogok a szakorvos illetve osztályvezető főorvos által folyamatosan kontrollált eljárási tevékenységekre terjednek ki. Olyan beavatkozásokat végezhetnek, amelyek végzésében már elég tapasztalatot szereztek, és a potenciális szövődmények elhárításában is járatosak. Álláspontjuk szerint objektívebb és biztonságosabb lenne a beavatkozási jogok, kompetencialisták és a felügyeleti jogok protokollokba szervezése, amely egységes szakmai elvek mentén, a beteg számára „az egyenlő hozzáférés esélyét” adná meg bárhol az országban. Mindezek minőségbiztosítási rendszerbe illesztése is indokolt. Egy országban egységes eljárásrend, illetve útmutató megalkotásával központilag ki lehetne alakítani a rezidensek működésére vonatkozó kompetencia és eljárásrendeket.

*A Veszprém Megyei Csolnoky Ferenc Kórház főigazgatója és a Magyar Kórházszövetség elnökének álláspontja* szerint a rendelet vitatott rendelkezése az ügyeleti ellátás során úgy érvényesül, hogy ahol több orvos lát el ügyeleti szolgálatot egy ellátási egységben, ott a felügyelet közvetlenül biztosítható. Ahol egy orvos van

<sup>124</sup>Fontos megjegyezni, hogy az új jogszabályok szerint rezidens a végzett orvos, egészen a szakvizsgáig. A régi rendszerben belépők két évig voltak rezidensek, majd szakorvosjelöltek. A rezidens fizetését a régi rendszer szerint a regisztráló egyetemen keresztül kapta. Az új rendszerben a rezidens a kórház üres állása terhére veheti fel, és így bére a kórházat terheli.

ügyeletben, ott szakorvosi készenlét biztosított. A jelenlegi magyar HR ellátási szinten azonban nem biztosítható a szakorvos személyes jelenléte az ügyeleti ellátás biztosítása érdekében minden esetben. Véleménye szerint a kompetencialisták meghatározása minden egyes egészségügyi szakdolgozó vonatkozásában célszerű lenne, mely intézményi szinten egyénre lebontandó.

A *Petz Aladár Megyei Oktató Kórházban* önálló ügyeleti tevékenységet rezidens vagy szakorvosjelölt nem végezhet. A szakorvos jelenlét személyesen biztosított, vagy több soros ügyelet, vagy társosztály azonos szakmában dolgozó ügyelete-se révén. A rezidensek, szakorvosjelöltek az ügyeleti ellátás során a kezelési ter-vet, kórházi felvétel vagy haza bocsátás szükségességét, illetve bármely, a beteg sorsát befolyásoló orvosi döntést önállóan nem hozhatnak. Ezeket a döntéseket minden esetben szakorvos kollégával kötelesek konzultálni. A rezidensek, ille-tve szakorvosjelöltek kompetencialistájának összeállítását nem tartják szüksé-gesnek. Mivel mind az egyes szakmák, mind a szakorvosjelöltek képzési szintje között hatalmas különbségek vannak, ezért ennek meghatározása véleményük szerint minden esetben az osztályvezető főorvos kötelessége.

A *Zala Megyei Kórház Igazgatóságának* álláspontja szerint nem szükséges a rezidens szakmai felügyeletét ellátó szakorvos kolléga személyes jelenléte az ügyeleti tevékenység során. Elismerik, hogy igen nehéz általános szabályt fel-állítani, hiszen az egyes orvosi szakterületek és azon belül az ügyeletben je-lentkező tevékenységek jelentősen különbözhetnek egymástól. Ha mégis ilyen jellegű, általános szabályt kell alkotni, akkor álláspontjuk az, hogy elegendő a szakorvosi készenlét biztosítása. Az intézményben a szakterületek döntő többségében a nem szakorvos kollégák önállóan ügyelnek, és szakorvosi készenlét áll rendelkezésükre. Az orvosi szakterületek egy másik részében, ahol egynél több személy ad ügyeleti szolgálatot azonos osztályon, amennyiben nem szak-orvos kolléga az egyik ügyeletes, akkor a másik ügyeletes minden esetben nagy tapasztalatú szakorvos kolléga. A nem szakorvos kollégák kompetenciája nem csak az ügyeleti, hanem a rendes munkaidőre vonatkoztatva is minden osztá-lyukon szabályozott, kompetencialista formájában, amit minden évben az osztályvezető főorvos felülvizsgál. Általában elmondható, hogy érdemi döntéseket önállóan a nem szakorvos kollégák nem hozhatnak. Álláspontjuk szerint min-denféleképpen előre mutató és helyes lenne a nem szakorvosok egészségügyi tevékenységekre vonatkozó kompetenciájának meghatározása. Ez történhetne akár szakmánként, akár keret jellegűen, konkrét felsorolások nélkül, általános kategóriákat használva.

*Markhot Ferenc Kórház véleménye* szerint a rezidensek ügyeleti szolgálatot csak szakorvos közvetlen felügyelete mellett láthatnak el, készenléti szolgálat nem elegendő a megfelelő szintű biztonságos ügyelet ellátásához. A szakorvosjelöl-tek ügyelnek készenléti szolgálat mellett. Szükségesnek tartják meghatározni a rezidensek és szakorvosjelöltek kompetenciáját az egészségügyi tevékenység ellátása során. Ezeket munkaköri leírásokban rögzítették. A rezidensek, szak-orvosjelöltek jogosultak az akut betegellátás során szükséges diagnosztikai

vizsgálatok indikálására, a szükséges beavatkozások végzésére és elvégzettetésére, de a kórházi kezelés kimenetelét befolyásoló döntéseket csak szakorvos hozhat.

### 3. Összegzés

Miután a vizsgálat során megismertük a megkeresett intézmények révén a rezidenseknek az ügyeleti tevékenység ellátásában kapott szerepét, jogértelmezés végett tájékoztatást kértünk a Nemzeti Erőforrás Minisztériumtól is.

A Nemzeti Erőforrás Minisztérium válasza szerint a 47/2004. (V. 11.) ESzCsM rendelet 12. § (5) bekezdésének értelmezése szolgálhat válaszul. Azon kérdésre, hogy a rezidens, szakorvosjelölt ügyeleti tevékenysége ellátásakor a szakorvosnak személyesen ott kell-e lennie vagy elegendő az ún. készenlét biztosítása. A hivatkozott jogszabály rendelkezése szerint ugyanis ügyeleti szolgálatban az az orvos, illetve más egészségügyi dolgozó vehet részt, aki a feladatok ellátására jogosító szakképesítéssel rendelkezik, vagy nem rendelkezik e szakképesítéssel, de tevékenységének szakmai felügyelete szakképesítéssel rendelkező személy közvetlen utasítása, ellenőrzése, szükség esetén konzultatív segítségével mellett biztosított. A minisztérium álláspontja szerint a rendelet a „konzultatív segítség” biztosításával összefüggésben sem a személyes jelenlétet, sem a konzultáció csatornáját tekintve nem tartalmaz részletes előírást, erre tekintettel ezek a gyakorlatban számos formában megnyilvánulhatnak. Szakmai értelemben azonban, hogy a szakorvosképzésben részt vevő jelölt milyen tevékenységet jogosult önálló döntés alapján önállóan, és mely tevékenységet jogosult felügyelet mellett végezni, valamint, hogy milyen szintű felügyeletet igényel, több szempont is meghatározza. Egyrészt a jelölt kompetenciája, amely a szakképzés előrehaladtával egyre nő, azaz minél több időt tölt el a szakképzésben, annál több tevékenységet tud önállóan ellátni. Másrészt meghatározó az a tény, hogy a jelölt milyen ismeretekkel bír már a szakképzés megkezdésekor, illetve mely ismereteket szükséges még megszereznie valamint a szakma gyakorlása szempontjából milyen fokozatossággal válik önállóvá. Valamint a jelölt egyéni képességei is meghatározóak, hiszen van olyan jelölt, aki kevesebb esetszám után is nagy biztonsággal végez egy adott tevékenységet.

A Nemzeti Erőforrás Minisztérium jogértelmezési válaszából és a megkeresett egészségügyi intézmények által kialakított gyakorlatból megállapítható, hogy a jelenlegi jogszabályi rendelkezések alapján nem egyértelmű, hogy a rezidens orvos milyen feltételek mellett ügyelhet. Ezért fontos lenne a rezidensek ügyeleti szolgálatára vonatkozó előírások kidolgozása, amely révén a nem szabályozott jogi helyzetből adódó viták elkerülhetőek, esetleges jogi eljárások megelőzhetőek lennének. A szabályozás révén egyértelművé lehetne tenni, hogy mely szakterületen elvárható, hogy a rezidens csak a szakorvos személyes jelenléte mellett láthasson el betegeket, és melyek azok, ahol elegendő, ha telefonon tud konzultálni szakorvos kollégájával.

Objektívebb és biztonságosabb helyzetet tudna teremteni, továbbá a rezidensek, szakorvosjelöltek beavatkozási jogának, szakmai felügyeletének jellege, szintje szempontjából irányadó kompetencialista kialakítása is. Ennek fontosságát szinte valamennyi megkeresett egészségügyi intézmény hangsúlyozta, sőt a Nemzeti Erőforrás Minisztérium is kiemelte válaszában, hogy vizsgálható szakmai kérdésnek tartja, hogy magának a szakorvosi képzésnek a folyamatában – adott esetben mérőpontok bevezetésével, a képzés egyfajta szakaszolásával – a már megszerzett kompetenciaszintek tekintetében lehetne-e a jelenleginél egyértelműbb helyzetet teremteni. Azonban figyelemmel arra, hogy ez a szakorvosképzés általános rendszerét érintő kérdés, egy esetleges szabályozás várhatóan hosszabb időt venne igénybe.



## 6. Alapvetések – az egészségügy alapjogi szemmel

### **Az ombudsmani jogvédelem sarokpontjai az egészségügy területén – az ombudsmani vizsgálatok közjogi jelentősége<sup>125</sup>**

A 2011-ben elindított Egészségügyi Projekt kiindulópontját az ombudsmani szerepvállalás irányainak, keretének meghatározása jelentette. Ez a szerepvállalás pedig – ahogyan az eddigi projektek esetében is – magában foglalja a közvetlen jogvédelmi feladatokat és a közvetítői tevékenységet is, amelyek együttes célja, hogy az egészségügy területét jellemző akut és új problémák alapjogi megközelítésére hívja fel a figyelmet.

Az állampolgári jogok országgyűlési biztosa által eddig elindított és lezárt alapjogi projektek építőelemeit, tapasztalatait természetesen az Egészségügyi Projekt is felhasználta, hasznosította: a biztos már az év elején, a projekt hivatalos nyitókonferenciája előtt megfogalmazta a legfontosabb szakmai célkitűzéseket és téziseket és ennek nyomán megkezdődhettek – a panasz alapján, illetve hivatalból indított átfogó vizsgálatok. A projekt keretében tartott konferenciák feladata nyilvánvalóan az eredmények bemutatása és megvitatása a szakmai nyilvánosság körében, a szükséges a felek megszólítása, lépések a viták, problémák rendezése érdekében. Emellett azonban lényeges az is, hogy az ombudsman az év során az egészségügy területén feltárt problémákat és megoldási lehetőségeket hitelesen a szélesebb társadalmi nyilvánosság felé közvetítse. Projektmunkája során az ombudsmannak ugyanakkor kerülnie kell a pártpolitikai vitákat, és azt is meg kell értetnie a hozzá forduló szervezetekkel, hogy elsődleges és kizárólagos célja a jogvédelem előmozdítása, nem pedig a lobbizás, az érdekképviselet és az érdekvédelem.

Nem újdonság, hogy az országgyűlési biztos működése minden elemében és megszólalásai során az alkotmányossági elvek és követelmények, valamint az alapjogi szempontok elsődlegességét hangsúlyozza, kiemelve, hogy egy adott problémára kizárólag az alkotmányosság keretei közötti válaszok adhatóak. Jelen pillanatban a változás időszakát éljük, de a sok bizonytalanság mellett van egy stabil pont és hivatkozási alap: mind a hatályos Alkotmányunk, mind a 2012. január 1-jétől hatályos Alaptörvény egy álláspontot képvisel abban, hogy az alapvető emberi jogok védelme elsőrendű állami kötelezettség, így minden más feladatot, szempontot megelőz. Az említett rendelkezés közös zsinórmértéket jelent nem csupán a hivatásszerűen alapjogvédelemmel foglalkozó intézmé-

<sup>125</sup> DR. LÁPOSSY ATTILA jogi főreferens (AJBH) doktorandusz (ELTE ÁJK)

nyek, vagy éppen az állami szervek, hanem mindenki számára. Kérdés persze, hogy miben állhat ez az elsődlegesség. Elsősorban abban például, hogy, ha egy területen – így például az egészségügy területén – alkotmányos alapjogok sérülnek, akkor a sérelmek orvoslása, a tényleges védelem biztosítását nem lehet önmagában a teherbíró képességre, a forráshiányra hivatkozva megtagadni.

Nyilvánvaló, hogy egyetlen szférában sem lehet minden, sokszor évtizedes adósságot, gondot varázsütésre megoldani, erre az országgyűlési biztos sem képes. Lényeges ugyanakkor, hogy a tudatos, rendszerszerű tervezés után szükségesek a konkrét lépések, ennek egyik eleme a kiszámítható, minőségi jogalkotás, valamint a hatékony, szakmai és jogi szempontból is ellenőrzött hatósági és közszolgáltatói jogalkalmazás. Nem egy esetben szükséges az európai jogvédelmi mércék bevonása is a tervezésbe, itt ugyanakkor elsősorban nem egyes európai országok különféle megoldásai, hanem közös alapelvek és standardok azok, amelyek tükröt tarthatnak a jogalkotás számára. A 2011 áprilisában kiadott betegjogi státuszjelentés a jogvédelmi mechanizmust áttekintő átfogó vizsgálat kapcsán így például külön is kitért a kötelező erővel nem rendelkező, de megfontolandó elvekkel, ajánlásokkal, javaslatokkal, valamint a betegek jogainak biztosításával, érvényesülésével kapcsolatos nemzetközi, főként európai standardokkal, a Magyarországot is terhelő kötelezettségekkel.

Az ombudsmani vizsgálatok és megszólalások sarokpontja az volt, hogy az egyes részterületeken és esetekben, intézményekkel összefüggésben, a szabályozás alapján mennyiben tudnak, és a gyakorlat fényében ténylegesen mennyiben érvényesülnek az alapvető emberi jogok az egészségügy területén.

Az országgyűlési biztos jóformán az egészségügy területének teljes spektrumával foglalkozott, ideértve kiemelten a pszichiátriai betegek kezelését, a gyermekek vagy éppen a különösen rászoruló, hajléktalan személyek egészségügyi ellátását. Az elemzések és vizsgálatok során ugyanakkor elsődlegesen nem – a tartalmában nehezebben kibontható, kikényszeríthető – az egészséghez való joggal, az egészségügyi ellátáshoz való jog érvényesülésével, az ellátás színvonalával foglalkozott a biztos.

A projekt egyik, több vizsgálatban is kiemelt elvi tétele volt, hogy az ember alapvető személyhez fűződő joga, hogy az egészségi állapotával kapcsolatos kérdésekben dönthessen, a betegségével, betegsége megszüntetésével vagy hatásainak csökkentésével kapcsolatos kérdésekben állást foglalhasson, a döntéshez ugyanakkor szükséges a megfelelő tájékozottság, mert kellő ismeret hiányában a beteg nem tud megnyugtató döntést hozni. A beteg rendszerint eleve, állapotából adódóan nincs abban a helyzetben, hogy önrendelkezési joga alapján gyógykezelésének például egyoldalúan véget vethessen, vagy ott és akkor az elmaradt tájékoztatás pótlását kérje, ugyanakkor – fizikai értelemben – a beteg kénytelen viselni a kezelés minden kockázatát. Az egyébként magánjogi jellegű orvos-beteg kapcsolatot szemlélve megállapítható, hogy a betegség mint állapot a beteg számára egy, a jogi szabályozás által is kezelendő egyenlőtlen és kiszolgáltató, aszimmetrikus jogi (és információs) helyzetet eredményez.

A betegek sajnálatos módon még utólag sem képesek minden esetben érvényt szerezni az őket megillető jogok, garanciális szabályok betartásának.

Kétségtelen, hogy az egészségügy területe, ha magát az ellátáshoz való jogot vesszük, akkor a szociális jogok szférájába tartozik, ahol a színvonal csökkenése esetén megállhatja a helyét az állami teherbíró képességére hivatkozás. Ebből az alkotmányjogi „közhelyből” kiindulva – az ellátás és hozzáférés mellett – a vizsgálatok eredményeit összegző jelentéseiben valódi, alanyi alapjogok és követelmények védelmében szólalt fel a biztos. Így például a pszichiátriai kényszergyógykezeléssel, valamint az elmemegfigyeléssel összefüggésben alapjogi mércéként az emberi méltósághoz való joggal, valamint a személyes szabadsághoz való joggal kapcsolatos alkotmánybírósági, strasbourgi gyakorlatra hivatkozott, más területeken elsősorban az egyenlő bánásmód követelményéből eredő kötelezettségekre és szemléletmódra, a jobbiztonságra, kiszámítható működésre hívta fel a figyelmet.

A jelentések konstruktív kritikaként is felfoghatók: nem csupán az említett betegjogi státuszjelentés, hanem a további vizsgálati tapasztalatok is abba az irányba mutatnak, hogy sajnos a területen tovább csökkent az eddig sem teljes vagy ideális alapjogi kontroll, és jelentős intézményi-eljárási fogyatékoságok figyelhetők meg. Mindez azért is aggályos, mert a speciális, betegjogi jogsérelemmel összefüggő kérelmek kezelése, éppen e jogok jellegéből, a jogsérelmet szenvedők jogi helyzetéből adódóan feltételezi, megköveteli egy egymásra épülő, többpilléres rendszer működtetését. Ezzel összefüggésben pedig az alapjogvédő feladat minimalizálása, az egyes alapjogok védelme során már elért és biztosított védelmi szinttől történő jelentős, markáns visszalépés a legtöbb esetben (pl. egyenlő bánásmód) egyáltalán nem, míg máshol csak igen kivételes körülmények között fogadható el.

Az országgyűlési biztos a projekt során kiemelt figyelmet szentelt annak, hogy milyen helyzet rekonstruálható a különösen védendő csoportba tartozók alapjogainak biztosításával az egészségügy területén. Számos projektjelentés foglalkozik a helyzetük vagy állapotuk miatt különösen védendő betegcsoportok alapjogainak biztosításával, ide tartoznak a fogyatékosággal élő személyek, a hajléktalan emberek egészségügyi ellátása, a pszichiátriai betegek jogvédelme, az államnak itt az emelt szintű jogvédelem előmozdítására nagyobb a felelőssége és így jelentősebbek a feladatai is. Az egészségügy területen is fókuszba kerültek a gyermekek jogainak, érdekeinek védelme, ezzel a fontos részterülettel 2011-ben a Gyermekjogi Projekt foglalkozott. Érdemes arra is felhívni a figyelmet, hogy a jogvédelem e területéért az ombudsman külön felelősséggel tartozik, akár hivatalból is vizsgálódik, ha a panaszok nem jutnának el hozzá, de szükségesnek látszik.

Az átfogó, nem egy esetben jelentős számú állampolgári panasz nyomán indított ombudsmani vizsgálatok több, rendszerszintű alapjogi problémát tártak fel és foglalmaztak meg megoldási lehetőségeket és irányokat. Bár egyetlen egyedi jogsérelem sem hanyagolható el, sőt ellenkezőleg, határozott orvoslást kíván,

ezek a jelentések hangsúlyozottan nem egy-egy szórványosan előforduló eljárási hibát, problémát ragadtak ki és nagyítottak fel. Az ombudsman hivatalos honlapján olvasható egyes vizsgálati jelentések egy átfogóbb szemléletmóddal végzett munka eredményeit tartalmazzák. A kérdéskör alapos körbejárására, átfogó képalkotásra került sor, a hagyományos megkeresések és a joganyag áttekintése mellett a munkatársak nemegyszer helyszíni vizsgálatot is tartottak, az egyes kérdéskörben jártas szakértőktől kértek szakmai véleményt. Az országgyűlési biztos által feltárt visszásságok, aggályos elemek jelentős részben nem vagy nem csak az utóbbi évek „termékei”, hanem akut problémák, amelyek az alkalmazott általános gyakorlattal (nem egy-egy esettel), a jogi szabályozással, esetenként mindkettővel összefüggnek.

Az ombudsman abban a szerencsés és ritka helyzetben van, hogy „széles spektrumú” alapjogvédelemre képes: az általa észlelt visszásság esetén mindkét irányban, azaz a jogalkotó szervek (Országgyűlés, Kormány, szaktárcák) és a jogalkalmazó hatóságok, közszolgáltatók (egészségügyi intézmények, ÁNTSZ) felé is javaslatokat, ajánlásokat fogalmazhat meg. Bár nyilván az egészségügy szinte valamennyi területén indokolt lenne a célzott és ellenőrzött forrásbővítés, az egyes biztosi intézkedési javaslatok nem vagy csak különösen indokolt esetben vetették fel, hogy több támogatásra lenne szükséges. Ez nem egyszerűen az ombudsmani működés szűkebb értelmezéséből vagy a gazdasági válsághelyzetből kiinduló önkorlátozás, hanem azt is mutatja, hogy számos esetben elegendő lenne egy világos, áttekinthető jogszabályalkotás, vagy egy intézményi gyakorlat felszámolása.

Sok olyan kisebb, de konkrét lépés szükséges (például a kiszámítható, egymásra épülő jogvédelmi rendszer működtetése, a jogi követelmények számon kérhetősége, a képzés és az állampolgári jogtudatosság fejlesztése területén), amely – bár nem feltétlenül igényel hatalmas forrásokat – mégis képes az alapjogok érvényesülését előmozdítani, a megkezdett szemléletváltást kiteljesíteni. Az utóbbi időben egyre gyakrabban érkezik az a reakció egy-egy jelentés kiadását és nyilvánosságra hozatalát követően, hogy az ombudsmani intézkedési javaslat nem kötelező, így arra legfeljebb válaszolni kell. Formálisan ez valóban így van, de nem hagyható figyelmen kívül, hogy a jelzett, a szélesebb nyilvánosság által is megismert probléma megmarad. Ideális esetben az országgyűlési biztos kezdeményezéseire valamennyi érintett az alkotmányossági alapú párbeszéd egyik lépéseként kellene tekintenie, hiszen a megoldáskeresés és találas valamennyi szereplő közös érdeke. A betegek jogaival és az egészségügyi rendszer működésével kapcsolatban egyszerűen nem megengedhető, hogy az érintettek elbeszéljenek egymás mellett. Az Egészségügyi Projekt keretében az országgyűlési biztos megpróbálta megteremtteni azt a közös „nyelvet” és alapot, amely segíthet ebben.

## 7. Dilemmák

A 20–21. század technológiai dinamizmusa nem hagyta érintetlenül a klasszikus orvos-beteg viszonyt, sőt ha lehet, gyakran a természetes gyógyító mechanizmusok kiiktatásával ez a viszony olykor „iszonyná”, a gyógyulás iránti vágy, görcsös doxazmává, a doktorok gyógyító esküje kényszerré, a megoldások túlélésé váltak.

A gyermekvárás és a szülésre felkészülés időszaka kötelező döntések sorozatává vált, intézményen belül vagy kívül – esetleg otthon – jöjjön a baba, a segítő doktor, bába vagy dúla legyen. A kicsi világra segítése hagyományos vagy újkori technikákkal történjen, a szülő nő ellátása mellesleg vagy fontos szereplőként legyen „elszámolva”.

Ha esetleg beteg a kisgyerek és kórházi ellátásra szorul, a legegyszerűbb mandulaműtét is legalább három nap, de a teljes három napot sámlin töltő szülő számára örökkévalóság, bár ebben az esetben a gyerek mindenképp föltöltött álló érdeke (vö. ENSZ gyermekjogi egyezménye) vagy egyszerűen csak a szülői szerep miatt nem szokás panaszkodni, fő, hogy gyógyuljon a kicsi.

De mit tehet az az idősödő szülő, akinek gyereke már bőven felnőtt korát tapossa, de mentális (pszichoszociális) betegsége miatt se tanulni, se dolgozni nem képes, a pszichiátriai gondozása nem megoldott, a kezelése ki-kimaradnak, egyre agresszívabbá válik, az élet vele elviselhetetlen, korszerű terápiás ellátása a fekvőbeteg intézmények gyógyító hatókörén kívül esik, tartós elhelyezése pedig a várólisták végtelen hosszúsága miatt gyakorlatilag lehetetlen. Évek alatt pedig tönkreteszi a saját és családja életkilátásait, elfogyasztja a rehabilitációra javallott időt.

Ma már nem kalandos a csövezés sem, hajléktalanként élni valóságos túlélési stratégiát kíván, amibe nem fér bele a betegségek utáni lábadozás bizonytalan időszaka. Egy év az utcán 2–5 életév a valóságban. De a beteg – és leggyakrabban nagyon beteg – hajléktalan emberek számára az életveszély elhárítása (ambuláns ellátás, detoxikálás, fagyáskezelés stb.) után az egészség állapotának reménye is szertefoszlóban.

A fogyatékos gyermekét nevelő szülő számára vajon világos-e, hogy egy egyszerű fogászati beavatkozás, vagy csupán egy kontroll éveket öregítő háborúvá válhat, ha az orvos nem kellően tájékozott például az autizmus specifikus ellátási technikáiban? Vagy az egyébként rutin beavatkozásra kórházba kerülő autista számára mi lehet a szakma szabályainak és az etikai normáknak megfelelő, adekvát terápiás módszer, akkor, ha rohama váratlan, és nincs a közelben a hozzátartozó vagy autizmus spektrumzavar diagnózisban jártas szakember?

Sorolhatnánk a felmerült gondokat, a panaszokat, ellátási hiányokat az egészségügy számos vagy számtalan fekete lyukát, azzal, hogy persze az orvos vagy a szakorvosjelölt helyzete sem egyszerű, a rendszer megpróbálja az összes szereplőjét, kikezdi a szakma hitelét, a beteg bizalmát és elbizonytalanítja a holnapot, homályossá vált a jövőkép.

A beteg kiszolgáltatottsága, ami lássuk be, helyzeténél fogva tekinthető „normálisnak”, egyre nő, de a gyógyító szakemberek helyzete ugyancsak. Az alapellátás családorvosa vagy a nagy kórházak doktorai ugyanazt az esküt tették le, betegeik helyzete mégis eltérő. A személyes kapcsolat meddig számít a gyógyulásban, vagy épp az orvosnak könnyebb-e, ha nincs közvetlenül érintve betege személyével. A doktorok kiszolgáltatottsága egymással és a struktúrával szemben áll fönn, a páciens helyzete azonban ennél sokkal bonyolultabb.<sup>126</sup>

Látnivaló, hogy ebben a meglehetősen aszimmetrikus emberi viszonyban a jogok nyelve mennyi segítséget adhat, vagy legalábbis hozzájárul ahhoz a paradigmaváltáshoz, ami a betegjogok meg- és elismeréséhez, a paternalista viszonyok partnerivé válásához, a tájékozott beteg nagyobb esélyű gyógyulásához vezet.

Számos olyan kérdéssel is foglalkoztunk az éves program során, ami csak azért nem kerülhetett ebbe a kiadványba, mert egészen egyszerűen nem készült el a kutatás, nem tudtuk a vizsgálatokat lezárni. Azok a jelentős kérdések, melyek például az életvégi rendelkezések körülményeit illetik vagy a hazai hospice szolgáltatás helyzetét, a „living will”, az élő végrendelet elfogadottságát és gyakorlatát, folyamatban lévő kutatásaink, illetve vizsgálataink tárgya. Ugyancsak kérdéses a rezidensek szerepe, vajon a hétköznapi hírek mögött nem egy megújulásra váró oktatási szisztéma kontúrjai látszódnak, hiszen nem mai a probléma, de az élet túrhetetlenül gyorsá vált ahhoz, hogy az orvoslás hagyományos és modern tudománya lépést tartson az egyre komplexebb igényekkel.

Az ország egészségstatisztikája majd minden szakmai konferencia, lap, tudományos műhely elmaradhatatlan fejezete. Mi ezúttal is csak kérdéseket tettünk föl, helyzeteket ismertettünk, körülményeket elemeztünk. Az egészségügy kérdése sokkal tágabb, mint az ombudsman betegjogi projektjének önkorlátos kerete, de ha csupán annyi kiolvasható ebből az összefoglaló munkából, hogy speciális problémákról számoltunk be, egy arra még nem teljesen kész, emberi jogi kultúra tekintetében fiatal jogállam nyilvánosságának, kijelenthetjük, hogy az állam szerepe jelentős, de polgárai egészség- és jogtudatos kritikája nélkül aligha lehet a betegjogokat az emberi méltóság kristálytiszta részének tekinteni.

<sup>126</sup> A betegek jogai. In: DR. KOVÁCS JÓZSEF: *A modern orvosi etika alapjai*. Budapest: Medicina Könyvkiadó, 1999. 575–585. o.





