



ALAPVETŐ JOGOK BIZTOSA

AZ ENSZ NEMZETI EMBERI JOGI INTÉZMÉNYE

NAIH nyilvántartási szám: 40689

Az alapvető jogok biztosának

JELENTÉSE

az AJB-1191/2019. számú ügyben

a védőnői feladatellátás bővítésével összefüggésben

Előadó: dr. Kussinszky Anikó

Érintett szervek:

- Emberi Erőforrások Minisztériuma

2019.

Az alapvető jogok biztosának

Jelentése

az AJB-1191/2019. számú ügyben,

(kapcsolódó ügyek: AJB-1192/2019, AJB-1195/2019, AJB-1196/2019, AJB-1197/2019, AJB-1198/2019, AJB-1199/2019, AJB-1200/2019, AJB-1201/2019, AJB-1202/2019, AJB-1203/2019, AJB-1204/2019, AJB-1209/2019, AJB-1211/2019; AJB-1213/2019, AJB-1214/2019, AJB-1215/2019, AJB-1216/2019, AJB-1217/2019; AJB-2018/2019, AJB-1221/2019, AJB-1223/2019, AJB-1225/2019, AJB-1227/2019, AJB-1228/2019, AJB-1229/2019, AJB-1230/2019, AJB-1231/2019, AJB-1232/2019, AJB-1233/2019, AJB-1234/2019, AJB-1236/2019)

Előadó: dr. Kussinszky Anikó

Az eljárás megindítása

2018-ban jelentős számú, védőnői panasz érkezett Hivatalomhoz, amelyben a védőnők által végzendő méhnyakszűrés, mint kötelező védőnői feladat előírásával kapcsolatos aggályukat fogalmazták meg a hivatásrend képviselői. A panaszbeadvány nyomán a védőnői ellátással összefüggő fenti problémák teljes körű és komplex feltárása érdekében a jogállamiság elvéből fakadó jogbiztonság követelményével, a gyermek védelemhez és gondoskodáshoz való jogával, valamint a testi és lelki egészséghez való joggal összefüggő visszásság gyanúja miatt az Ajbt. 18. § (1) bekezdése alapján vizsgálatot indítottam.

Az ombudsmani átfogó vizsgálat eredményes lefolytatása érdekében az Ajbt. 21. § (1) bekezdés a) pontja és (2) bekezdése alapján megkerestem az Emberi Erőforrások Minisztériumának egészségügyért felelős államtitkárát, valamint a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő főigazgatóját.

Az érintett alkotmányos jogok és alapelvek

- a jogállamiság elvéből levezethető jogbiztonság követelménye [Alaptörvény B) cikk (1) bekezdés: „Magyarország független, demokratikus jogállam.”];
- a gyermekek védelemhez és gondoskodáshoz való joga [Alaptörvény XVI. cikk (1) bekezdés: „Minden gyermeknek joga van a megfelelő testi, szellemi és erkölcsi fejlődéshez szükséges védelemhez és gondoskodáshoz.”];
- A testi és lelki egészséghez való jog [Alaptörvény XX. cikk (1) bekezdés: „Mindenkinek joga van a testi és lelki egészséghez.”];

Az alkalmazott jogszabályok

- az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény (a továbbiakban: Eütv.);
- a gyermek védelméről és a gyámügyi igazgatásról szóló 1997. évi (XXXI. törvény (a továbbiakban: Gyvt.)
- Magyarország helyi önkormányzatairól szóló 2011. évi CLXXXIX. törvény (a továbbiakban: Ötv.)
- az egészségügyi alapellátásról szóló 2015. évi CXXIII. törvény (a továbbiakban: alapellátási törvény)
- a Gyermek jogairól New Yorkban 1989. november 20-án kelt Egyezmény kihirdetéséről szóló 1991. évi LXIV. törvény (a továbbiakban: Gyermekjogi Egyezmény);
- a területi védőnői ellátásról szóló 49/2004. (V. 21.) ESzCsM rendelet

- a kötelező egészségbiztosítás keretében igénybe vehető betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló egészségügyi szolgáltatásokról és a szűrővizsgálatok igazolásáról szóló 51/1997. (XII. 18.) NM rendelet
- Magyarország helyi önkormányzatairól szóló 2011. évi CLXXXIX. törvény (a továbbiakban: Möt.)

A megállapított tényállás

1. A panaszos beadványa

A beadványozók a 2015. október 1-jétől a védőnői alapfeladatok közé bekerült népegészségügyi célú méhnyakszűrés kötelező elvégzésével összefüggésben fogalmazták meg kifogásaikat.

A beadványok szerint a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara (a továbbiakban: MESZK) már 2005-ben a TÁMOP-6.1.3/13/1/A Pilot jellegű szűrőprogramok (védőnői méhnyakszűrési illetve vastagbéliszűrési programok) kiterjesztésének kapcsán jelezte az akkori egészségügyi miniszternek, hogy nem ért egyet a védőnők által végzett kenetvétellel, hiszen vannak más jól képzett szakdolgozók, akiknek – a védőnőkkel ellentétben – kompetenciájuk a testüreg vizsgálat. Ugyanezt a problémát jelezte az Magyar Köztisztviselők, Közalkalmazottak és Közszolgálati Dolgozók Szakszervezete (a továbbiakban: MKKSZ) Védőnői Tagozata is. 2012-ben a MESZK által végzett kérdőíves felmérés (az aláírt kérdőíveket és a MESZK állásfoglalását átadták a minisztériumnak) kiértékeléséből az derült ki, hogy 1569 kitöltő mellett a védőnők közel 90%-a határozottan elutasította a kenetvételen való részvételt, ennek megfelelően a továbbképzésben sem szeretnének részt venni. A felmérés tanúsága szerint a szűrések szervezésében ugyanakkor szívesen részt vennének. A dolgozó védőnők és a MESZK, valamint az MKKSZ védőnői tagozata egyetértettek abban, hogy az ilyen jellegű vizsgálatok idegenek a védőnő számára, akiknek nem kompetenciája a testüreg vizsgálatok végzése, invazív beavatkozást sem végezhetnek, ezért javasolták a szülésznők bevonását, illetve azon védőnők számára, akik szűrést szeretnének végezni, a szűrővédőnői státusz bevezetését.

Mindezek ellenére meglepve tapasztalták, hogy a területi védőnői ellátásról szóló 49/2004. (V. 21.) ESzCsM rendelet 3. §-ába 2015. október 1-jei hatállyal a védőnő alapfeladatai közé bekerült a népegészségügyi célú méhnyak-szűrés végzése, az ehhez szükséges képzés elvégzését pedig 2018. december 31-ig kellene igazolniuk.¹ Ezen rendeletek véleményezésénél mind a MESZK, mind az MKKSZ védőnői tagozata jelezte a problémákat, javaslatokkal is élt. Ennek ellenére a rendelet a tervezethez képest változatlan szövegezéssel került bevezetésre. A panaszosok jelezték, hogy a tavalyi évben a védőnők munkája a korai szűrések terén a TÁMOP 6.1.4 eredményeképpen a duplájára nőtt, ezen felül plusz feladatok végzése nem fér bele a munkaidejükbe. Az az időfelmérés, mely a TÁMOP 6.1.4 keretében² készült, kimutatta, hogy a szűrések a védőnői munka 50%-át teszik ki. Mindemellett elvárás a családok látogatása is, hiszen a védőnőnek jelző szerepe van a családvédelemben. A napi 8 órás munkaidőben már ezt a feladatot sem lehetett magas minőségben ellátni a magas gondozotti létszámok mellett (a panaszosok szerint átlagosan 200 gondozott/területi körzet). Amennyiben a kenetvétel is kötelezően a védőnői feladatok közé kerül, úgy panaszosok álláspontja szerint sérülni fog az, ami miatt a védőnői hivatás

¹ 28/2013. (IV.5.) EMMI rendelet 4. § (3) bek.

² TÁMOP 6.1.4 - koragyermekkor (0-7 év) program

hungarikummá válhatott: a családok otthonában végzett, személyre szabott tanácsadás, valamint sérülni fog a védőnők jelzőrendszerben betöltött szerepének ellátása is, hiszen nem lesz idő családlátogatásra.

A védőnők internetes aláírásgyűjtésbe kezdtek a kötelező védőnői méhnyakrák-szűrés ellen, tájékoztatásuk szerint 2018. februárjáig közel 4500 tiltakozó aláírás gyűlt össze. A beadványok alapján a védőnők körében a méhnyakrákszűrésre kötelezés a következők miatt is komoly felzúdulást keltett:

- a védőnő nem számít egészségügyi szakdolgozónak, hiszen nem tartoznak az egészségügyi bértábla hatálya alá sem. Ennek ellenére invazív beavatkozás elvégzését várják tőlük.
- A kenetvételezés egy komplex vizsgálat része, mely több, egyenként fontos elemből áll, ezek egymásra épülve, egymást kiegészítve biztosítják a nők nőgyógyászati szűrését. A komplex szűrés magában foglalja a külső és belső nemi szervek megtekintését, manuális vizsgálatát, a citológiai kenetvételezést, de ki kell egészülnie kismencedeai ultrahanggal, valamint az emlők tapintásos vizsgálatával is. Ezen eredmények birtokában lehet álláspontjuk szerint a legnagyobb biztonsággal kijelenteni, hogy az illető nő az adott időpontban nőgyógyászati szempontból egészséges, vagy további vizsgálatok, kezelések szükségesek.

A Nemzeti Rákregiszter adatai szerint a méhnyak rosszindulatú daganatainak száma csökkenő tendenciát mutat (további csökkenés várható a HPV oltások elterjedésével), míg a méhtest és a petefészek rosszindulatú daganatainak száma nő. Ezeket a daganatokat korai állapotban, csak tapintással, vagy ultrahanggal lehet felfedezni. Késedelmes felfedezésük magas százalékban halálhoz vezet. A védőnők tapasztalata szerint önmagában egy kenetvételezés hamis biztonságot kelt a nőkben, így a szűrés ellen a lelkiismeretük is tiltakozik. Úgy vélik, hogy a nőket megilleti a komplex szűrés, ezért a képzésre fordítandó pénzt komplex szűrés végzésére alkalmas szűrőbuszok felszerelésére és üzemeltetésére javasolják fordítani.

Tájékoztattak továbbá arról, hogy a védőnői szakma már most is komoly szakemberhiánnyal küzd. Tudomásuk szerint 500 körzet betöltetlen a 4800-ból. A megnövekedett munkaterhek (a korai szűrés duplájára emelkedése), az álláspontjuk szerint irreális dokumentációs követelmények és az anyagi megbecsülés hiánya (a védőnő nem a szakdolgozó bértábla alapján kapja a fizetését, és sok helyütt nem kapják meg az egyébként járó bérkiegészítést sem) miatt már így is sokan fontolgatták a pálya elhagyását. A védőnői méhnyakrák-szűrés kötelezővé tételével közel 800 védőnő jelezte, hogy ebben az esetben elhagyja a pályát, így 4800 körzetből már 1300 válna betöltetlenné (ez a körzetek közel 27%-a).

2. Az egészségügyért felelős államtitkárság tájékoztatása

A hivatalomhoz érkezett nagyszámú panaszban megfogalmazott aggályokkal összefüggésben az egészségügyért felelős államtitkársághoz fordultam jogi és szakmai álláspontjuk megismerése érdekében. A védőnői méhnyakrákszűrés bevezetésének előzményeivel kapcsolatban a következő tájékoztatást kaptam:

2.1 A népegészségügyi célú méhnyakrákszűrés

Hazánkban igen magas, mintegy 25-27%-ra tehető a daganatos megbetegedésekből eredő halálozások aránya, a méhnyakrák (BNO-X. C53) miatti halálozás az 1970-es évektől nem változott, évente mintegy 500 nő halálát okozta még 2004-ben is, annak ellenére, hogy már az 1960-as évektől rendelkezésre állt a korszerű szűrővizsgálat – a méhnyakból vett sejt minta (kenet) citológiai vizsgálata – melynek eredményessége bizonyított, és a szűrés intézményes keretei is

biztosítottak voltak. Szomorú, hogy a korszerű szűrővizsgálati módszer és lehetőség ellenére, ilyen sokan halnak meg e daganatos megbetegedésben – habár az idejében felismert méhnyakrák jó eredménnyel gyógyítható lenne. A tapasztalatok szerint az elhanyagolt, halálos kimenetelű méhnyakrákos esetek többsége a hátrányos társadalmi-gazdasági helyzetű, alacsonyabb iskolázottságú, szűrővizsgálatban korábban még nem részesült nők körében fordult elő. Hazánk a méhnyakrákból eredő halálozás csökkentése érdekében 2003-ban bevezette a népegészségügyi célú méhnyakszűrés rendszerét. A népegészségügyi célú méhnyakszűrést a kötelező egészségbiztosítás keretében igénybe vehető betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló egészségügyi szolgáltatásokról szóló 51/1997. (XII. 18.) NM rendelet 3. számú melléklete szabályozza. A szervezett méhnyakszűrés e szerint a 25-65 év közötti nők számára egyszeri negatív szűrővizsgálatot követően, 3 évenkénti szűrést biztosít. A szűrést – melyre a nők postai úton meghívót kapnak - a közeli szakorvosi rendelőintézetben a nőgyógyász szakorvosnál vehetik igénybe a tájékoztatás szerint. A szervezett szűrés során alkalmazott módszer nemzetközi szakmai szervezetek – az Egészségügyi Világszervezet Intézménye a Nemzetközi Rákkutatási Ügynökség (WHO/IARC) és a Nemzetközi Rákellenes Unió (UICC) – ajánlásain³ alapul, mely szerint a külső méhszájról és a nyakcsatornából vett sejt minta citológiai vizsgálata lehetővé teszi a méhnyakrák, valamint megelőző állapotainak korai felismerését és korai kezelését. A méhnyakszűrés tehát a méhnyakrák és megelőző állapotainak – kenetvételel alapuló és sejtvizsgálattal történő – felkutatására irányul.

A szervezett méhnyakszűrés szakmai és szervezeti irányelveit a méhnyakrák daganatbiológiai, epidemiológiai és patológiai jellemzőinek figyelembevételével alakították ki.⁴

Magyarországon tehát 2003 óta folyik szervezett méhnyakszűrés, ám annak eredményességét jelentősen befolyásolja a mérsékelt lakossági részvétel. Míg Európában és számos fejlett országban sikerült a betegség által okozott halálozást jelentősen csökkenteni, addig hazánkban alig volt elmozdulás. A népesség átszűrtsége alacsony maradt, mert a céllakosság egy hányadát – becslések szerint mintegy harmadát – az államtitkári válasz szerint szükségtelen gyakorisággal „szűrték”, a céllakosság nagyobb hányada viszont – akik nem jártak nőgyógyászhoz – sosem részesült szűrővizsgálatban. Körükben regisztrálták a fatális kimenetelű eseteket.

Az Állami Számvevőszék „Az egyes onkológiai szűrési programokra fordított pénzeszközök hasznosulásának ellenőrzéséről” szóló jelentésében (2008. május) fogalmazta meg javaslatát a méhnyakszűrés újraszervezésére, a szűréshez való hozzáférés és annak elérhetősége növelésére, illetve ennek érdekében a nemzetközi gyakorlat átvételére (misperint képzett szakdolgozók végzik a szűrést, és csak a nem negatív eseteket küldik szakorvoshoz további vizsgálat céljából). A szűrés módszertana – a hüvelyfeltárást követő sejt mintavétel – ugyanis nem igényel szakorvosi képzettséget. Az eredményes szűrést, a kenet értékelhetőségét a megfelelő helyről, megfelelő eszközzel és megfelelő technikával vett kenet biztosítja. A tájékoztatás szerint ennek a kipróbált és eredményesen működő nemzetközi gyakorlatnak az átvétele a védőnők bevonása a méhnyakszűrésbe.

2.2 *A területi védőnők bevonása*

Az Egészségügyi tárca a méhnyakszűréshez való hozzáférés és a szűrendő nők személyes tájékoztatása, szűrésen való részvételre ösztönzése érdekében *a területi védőnőket választotta ki a szűrés végzésére.*

A védőnők az államtitkári tájékoztatás szerint mindig is a népegészségügy és a prevenció szakemberei voltak. Tevékenységüket meghatározta az adott kor népegészségügyi kihívása, ezért a védőnői ellátás feladatai időszakonként változtak. 1915-ben a csecsemőhalandóság leküzdése

³ <https://cancer-code-europe.iarc.fr/index.php/hu/12-mod/szures/mehnyakrakszures/4451-mikor-kell-reszt-vennem-mehnyakrakszuresen>;

⁴ Dr. Döbrössy Lajos: Daganatok szűrése (Országos Tisztifőorvosi Hivatal Budapest 2013.)

érdekében hozták létre ezt a szolgálatot, majd a „zöld kereszt” idején⁵ a fertőző betegségek (pl. a tbc) leküzdésében is közreműködtek a védőnők. 1975-től (a felsőfokú képzés megindulásával) a védőnők a preventív ellátásban kaptak nagyobb önállóságot és felelősséget.

Napjaink aktuális népegészségügyi helyzete kapcsán, a daganatos megbetegedések okozta halálozás csökkentése, ezen belül is a méhnyakrákos megbetegedések és halálozások megelőzése érdekében vonták be a védőnőket a méhnyakszűrés végzésébe.

A területi védőnők – felsőfokú képesítésű egészségügyi szakemberekként – az alapellátás keretében dolgoznak. Önállóan végeznek szűrővizsgálatokat a várandós anyák, a 0-7 éves gyermekek megelőző ellátásában a korai észlelés, jelzés és szükség esetén a mielőbbi kezelés megkezdése érdekében.

A védőnők alapfeladatuk keretében eddig is elláttak nővédelmi feladatokat az általuk gondozott 0-6 éves gyermekek és családjai körében, illetve a körzetükben lakó és a nővédelmi ellátást igénylők esetében. Jellemzően a nők egészségvédelmében, egészségnevelésében, a családtervezésben, az anyaságra való felkészítésben és a lakossági célzott szűrővizsgálatok szervezésében vesznek részt, amely jó alapot szolgált a méhnyakszűrés szervezésében és végzésében történő közreműködésre is.

Az Egészségügyi Minisztérium az Országos Tisztifőorvosi Hivatal (a továbbiakban: OTH) közreműködésével indította el 2008 második felében az első Védőnői Méhnyakszűrő Miniprogram szervezését – községekben dolgozó, önként jelentkező védőnők körében. A sikeres első Mintaprogramot (2009) évente újabb Védőnői Méhnyakszűrő Programok (a továbbiakban: VMP) követték, és már a városban dolgozó védőnők is szerették volna a méhnyakszűrés lehetőségét biztosítani a körzetükben élő szűrendő nők számára, ezért 2010-től már városi védőnők is jelentkezhetek a Programba. A Balatonfüreden, Nyíregyházán méhnyakszűrést végző védőnők tapasztalata az volt, hogy a területi védőnők képesek és alkalmasak a szűrés megtanulására, a szűrés végzésére, a megfelelő minőségű kenetek vételére és a lakosságot ösztönözni tudják a szűrésen történő részvételre. A védőnők sok olyan nőt is megnyertek a szűrésen történő részvételre, akik egyébként 10 évnél régebben nem voltak szűrésen.⁶ Ezen nők esetében kérdéses, hogy a védőnő személyes felkeresése, tájékoztatása nélkül elmentek volna-e méhnyakszűrésre. A VMP-k a tárca álláspontja szerint eredményesek voltak, mind a védőnők, mind a lakosság részéről. A szűrésen való részvételi arány emelkedett. A szűrő védőnők részéről az államtitkári válasz értelmében igényként fogalmazódott meg a szűrés folyamatos végzése.

Az egészségpolitika a méhnyakszűréshez való lakóhelyközeli hozzáférhetőség biztosítása, és a nemzetközi gyakorlathoz való igazodás érdekében célul tűzte ki a védőnői méhnyakszűrés országos bevezetését. A védőnői méhnyakszűrés eddigi eredményei a tájékoztatás szerint alátámasztották az Európa több országában alkalmazott gyakorlat bevezetésének szükségességét – a méhnyakszűrést tehát képzett szakdolgozók által hozzáférhetőbbé, a lakóhely közelében elérhetővé kell tenni.

A lakóhelyközeli ellátások megerősítése jobb hozzáférést teremt az egészségügyi ellátórendszerhez, különösképpen a hátrányos helyzetű, rosszabb egészségi állapotban lévő lakosság számára, és csökkenti az esélyegyenlőtlenséget. 2013-ban ezért került sor a 28/2013. (IV. 5.) EMMI rendelet által a Rendelet módosítására, és a védőnő feladatai közé bekerült a szűrés végzésének személyi és tárgyi feltétele.

2.3 *A védőnői méhnyakszűrés országos bevezetésének támogatása*

⁵ Zöldkeresztes Egészségvédelmi Szolgálat - <https://mave.hu/?q=webpage/109>

⁶ Nógrád megyében 2011-ben zajlott kérdőíves vizsgálat a védőnői szűrésen részt vett nők körében (451 nő). Arra a kérdésre, hogy „Mikor volt ezt megelőzően méhnyakszűrésen?” a nők 18%-a a nyilatkozta azt, hogy 10 évnél régebben (11-15 éve: 8,5 % és 15 évnél régebben: 9,4 %).

A védőnői szakma felkészítése a tájékoztatás szerint több éve tart. A 28/2013. (IV. 5.) EMMI rendelet 2013 áprilisában jelent meg, és a méhnyakszűrés végzéséhez kapcsolódó módosításai 2015. október 1-jétől váltak hatályossá. Ettől az időponttól jogosult a méhnyakszűrés végzésére az a védőnő, aki igazolja, hogy az e tevékenység elsajátítására irányuló előírt képzést elvégezte, valamint a tanácsadó helyisége rendelkezik a Rendeletben meghatározott feltételekkel.

A védőnői méhnyakszűrés bevezetése, és a szűrő védőnők tapasztalatai az országos és helyi védőnői rendezvények, illetve vezető védőnői értekezletek állandó témája lett. Az országos bevezetés támogatását szolgálta a TÁMOP 6.1.3 projekt (2013-2015), amely a résztvevő védőnők számára a méhnyakszűrésre felkészítő továbbképzést, valamint a szűrések lebonyolításához szükséges eszközöket és feltételeket biztosította, illetve támogatta a védőnők szűrési tevékenységét.

A tájékoztatás szerint továbbá a védőnői méhnyakszűrés jogszabályi alapjai az alábbiak szerint biztosítottak:

A védőnők graduális képzésébe beillesztésre került⁷ a népegészségügyi célú méhnyakszűrés (mint tantárgy) oktatása, és a 2014/2015-ös tanévben felvételt nyert védőnő hallgatók már úgy végzik el az alapképzést, hogy képesek lesznek a szűrés végzésére. (Az első így képzett védőnők 2018-ban kerültek ki az egyetemről.)

A hatályos felsőoktatási szakképzések, az alap- és mesterképzések képzési és kimeneti követelményeiről, valamint a tanári felkészítés közös követelményeiről és az egyes tanárszakok képzési és kimeneti követelményeiről szóló 8/2013. (I. 30.) EMMI rendelet módosításáról szóló 18/2016. (VIII. 5.) EMMI rendelet is tartalmazza a védőnői képességek között a népegészségügyi célú méhnyakszűrés végzését. A tájékoztatás szerint a jogszabály-módosítások⁸ lehetővé tették, hogy 2015. október 1-jétől a területi védőnői ellátás keretében méhnyakszűrés történjen, és ennek finanszírozása is biztosítottá vált (2,000.-/szűrés). A Rendelet alapján pedig a védőnői méhnyakszűrésre felkészítő képzés elvégzését 2018. december 31-ig kellett igazolni.⁹

Az eddigi képzések eredményeképpen, a védőnői méhnyakszűrés végzéséhez szükséges képesítéssel kb. 1400 védőnő rendelkezik. Rajtuk kívül 999 védőnő van, aki csak az elméleti képzési részt végezte el (2018-as adat). A még képzésben nem részesült védőnők továbbképzésére jelenleg az EFOP-1.8.1. projekt biztosít térítésmentes lehetőséget. A posztgraduális képzés további biztosítása még egyeztetést igényel. Jelenleg a kb. 1400 képzett védőnővel rendelkező területi védőnői ellátást nyújtó szolgáltató közül a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (a továbbiakban: NEAK) 2018. február 21-i adatai szerint 403 szolgálat kötött a méhnyakszűrés végzésére finanszírozási szerződést.

2.4 *A tárca a panaszosok méhnyakszűrés végzésével összefüggő aggályaira az alábbiak szerint reagált:*

2.4.1 *„A kenetvétel egy komplex vizsgálat része, mely több egyenként fontos elemből áll..., a nőket megilleti a komplex szűrés...”*

Az államtitkár válaszában leszögezte: a „kenetvételeként” nevesített tevékenység szűrés és nem vizsgálat. A két tevékenységnek (szűrővizsgálat/vizsgálat) más a célja.

Az Eütv. 3. § k) pontjában a vizsgálatot úgy definiálja, mint az a tevékenység, amelynek célja a beteg egészségi állapotának felmérése, a betegségek, illetve kockázatuk felderítése, a konkrét betegség(ek) meghatározása, prognózisuk, változásuk megállapítása, a gyógykezelés

⁷ Az alap- és mesterképzési szakok képzési és kimeneteli követelményeiről szóló 15/2006. (IV. 3.) OM rendelet módosítása által

⁸ 49/2004. (V. 21.) ESzCsM rendelet, 51/1997. (XII. 18.) NM rendelet, 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet

⁹ A Rendelet 9. §-a 2018. december 19-i hatállyal úgy módosult, hogy a 2018. december 31-ig szövegrész helyébe „a működési engedély kiadásáért felelős egészségügyi államigazgatási szerv részére igazolni kell.” szöveg lépett.

eredményességének, valamint a halál bekövetkeztének és a halál okának megállapítása. A 3. § ka) pontja értelmében ugyanakkor a szűrővizsgálat olyan vizsgálat, amelynek célja a betegség tüneteinek nem mutató (tünetmentes) személy esetleges betegségének vagy kórmegelőző állapotának – ideértve a betegségre hajlamosító kockázati tényezőket is – korai felismerése. A 81. § (1) bekezdése alapján a szűrővizsgálatok célja a lakosság egészségének védelme és az egyén életminőségének, illetve élettartalmának növelése a rejtett betegségek, az egyes betegségeket megelőző kórállapotok, valamint az arra hajlamosító kockázati tényezők korai – lehetőleg panaszmentes – szakaszban történő aktív felkutatásával és felismerésével.

2.4.2 „Önmagában a kenetvételel hamis biztonságérzetet kelt a nőkben, így a szűrés ellen a védőnők lelkiismerete tiltakozik...”

Az Eütv. 5. § (3) bekezdésében az egyén jogait többek között az alábbiakban határozza meg: Mindenkinnek

- a) joga van olyan ismeretek megszerzéséhez, amelyek lehetővé teszik számára az egészsége védelmével és fejlesztésével kapcsolatos lehetőségek megismerését, valamint megfelelő tájékoztatáson alapuló döntését az egészséggel kapcsolatos kérdésekben,
- b) joga van tájékoztatást kapni az egészségügyi szolgáltatók által nyújtott egészségügyi ellátások jellemzőiről, azok elérhetőségéről és az igénybevétel rendjéről, továbbá a betegekkel megillető jogokról és azok érvényesíthetőségéről,
- c) saját egészségi állapotáért a tőle elvárható módon felelősséggel kell tartoznia.

A tájékoztatáshoz való jog címszó alatt az Eütv. 13. §-ában külön is meghatározza a tájékoztatáshoz való jog elemeit:

13. § (1) A beteg jogosult a számára egyéniesített formában megadott teljes körű tájékoztatásra.
- (2) A betegnek joga van arra, hogy részletes tájékoztatást kapjon
- a) egészségi állapotáról, beleértve ennek orvosi megítélését is,
 - b) a javasolt vizsgálatokról, beavatkozásokról,
 - c) a javasolt vizsgálatok, beavatkozások elvégzésének, illetve elmaradásának lehetséges előnyeiről és kockázatairól,
 - d) a vizsgálatok, beavatkozások elvégzésének tervezett időpontjairól,
 - e) döntési jogáról a javasolt vizsgálatok, beavatkozások tekintetében,
 - f) a lehetséges alternatív eljárásokról, módszerekről,
 - g) az ellátás folyamatáról és várható kimeneteléről,
 - h) a további ellátásokról, valamint
 - i) a javasolt életmódról.

A 13. § (8) bekezdése alapján továbbá a betegnek joga van mások mellett arra is, hogy számára érthető módon kapjon tájékoztatást, figyelemmel életkorára, iskolázottságára, ismereteire, lelkiállapotára, e tekintetben megfogalmazott kívánságára.

A válasz értelmében a méhnyakszűrést végző védőnőknek *fontos feladata a célcsoport pontos tájékoztatása a méhnyakszűrésről* (a szűrés fontosságáról, a szűrés módszeréről és eredményéről, stb.) Amennyiben ezt a fenti jogszabályhelyek előírásai alapján megteszi, nem fordulhat elő, hogy a szűrt nőkben hamis biztonságérzet ébred.

A méhnyakszűrést végző védőnőknek a szaktárca álláspontja szerint tájékoztatnia kell a szűrendő nőket a szűrés módjáról, eredményességéről, és arról is, hogy nincs olyan módszer, amelynek érzékenysége 100%-os, azaz mentes a diagnosztikai tévedés lehetőségétől. Figyelmeztetni kell továbbá a vizsgált személyt arra, hogy két vizsgálat között bármilyen tünete jelentkezne, forduljon orvoshoz akkor is, ha a korábbi szűrővizsgálata negatív eredménnyel

zárult.¹⁰ Amennyiben a szűrés eredménye nem negatív, akkor vizsgálat, vizsgálatok szükségesek a betegségek kiderítésére, diagnózisuk felállítására és a mielőbbi kezelésük, gyógyításuk érdekében. A védőnő feladatköre a méhnyakszűrés végzésére terjed ki.

A védőnői szűrés nem kizárólagosságot jelent, hanem egy plusz lehetőséget. A szűrendő nő dönthet arról, hogy a méhnyakszűrést a védőnőnél, vagy a szakorvosnál veszi igénybe. Ennek lehetőségéről a szűrendő nőt tájékoztatni is kell.

A tájékoztatás kitér arra is, hogy a szervezett méhnyakszűrés biztosítására szükség van, különös tekintettel arra, hogy a KSH halálzási adatai szerint a méhnyakrákos halálozás még mindig 400 körüli évente (2016-os adat).

év	méhnyakrákban meghaltak száma
2004.	493 fő
2005.	416 fő
2006.	420 fő
2007.	424 fő
2008.	418 fő
2009.	396 fő
2010.	379 fő
2011.	414 fő
2012.	426 fő
2013.	405 fő
2014.	420 fő
2015.	476 fő
2016.	396 fő

2.4.3 „A védőnőktől idegen az ilyen jellegű vizsgálat..., a védőnő nem számít egészségügyi szakdolgozónak, hiszen nem tartozik az egészségügyi bértábla hatálya alá és mégis invazív vizsgálat végzését várják el tőlük.”

Az államtitkári válasz értelmében a védőnő felsőfokú képzettséggel rendelkező egészségügyi szakdolgozó. Az egészségügyi szakdolgozók továbbképzésének szabályairól szóló 63/2011. (XI. 29.) NEFMI rendelet 1. sz. melléklete felsorolja az egészségügyi szakdolgozókat. Itt a 12. pont alatt nevesített – az egészségügyi szakdolgozók között – a védőnői ellátás szakmacsoport.

A méhnyakszűrésnek – a hüvely feltárásának és a kenetvételeknek – a szakszerű elvégzéséhez természetesen képzés szükséges. A méhnyakszűrés külön tantárgyként beépült a védőnők graduális képzésébe (a 2014/2015-ös tanévtől). A már dolgozó védőnők pedig továbbképzésen szerezhetik meg ezt a kompetenciát.

A védőnői ellátás – a szakma több, mint 100 éves története alatt – több változáson ment át, és mint minden egészségügyi szakma folyamatosan változik és állandóan fejlődik a szaktárca tájékoztatása szerint. Története során mindig az aktuális népegészségügyi kihívásokra válaszolt, amely napjainkban a daganatos betegségek, ezen belül a méhnyakrák megelőzése.

¹⁰ Védőnők felkészítése a népegészségügyi célú méhnyakszűrés szervezésére és végzésére című, védőnők számára készített továbbképzési tananyag (ÁNTSZ OTH, Budapest 2014.)

2.4.4 „Amennyiben a kenetvétele is kötelezően a védőnői feladatok közé kerül, úgy sérülni fog az, ami miatt a védőnői hivatás hungarikummá válhatott: a családok otthonában személyre szabott tanácsadás...”

A szaktárca fentiekkel, valamint azzal a kérdéssel kapcsolatban, hogy vizsgálták-e a feladat becsült nagyságát körzetenként, és azt, hogy hogyan fog beleférni az új feladat az érintett védőnők munkarendjébe úgy nyilatkozott, hogy a területi védőnői ellátás biztosítása az önkormányzat feladata, ezért a működtetéséért, a megfelelő ellátás biztosításáért az önkormányzat a felelős.

A Rendelet 2. § (4) bekezdése szerint „A védőnő a 3. § szerinti feladatát az ellátási területén lakcímmel rendelkező személyekkel kapcsolatban köteles ellátni.” A területi védőnő ellátási területe a védőnői körzet, amely kialakítása földrajzi alapon történik, és egy adott területen élő várandósok, gyermekágyas anyák, valamint (újszülött kortól a tanulói jogviszony megkezdéséig, illetve oktatási intézménybe nem járó otthon gondozott tanköteles korú) gyermekek létszáma alapján történik. Ugyanis ezen gondozotti csoport tagjait a védőnőnek rendszeres gyakorisággal kell otthonában látogatnia, illetve a védőnői tanácsadás keretében tanácsadáson fogadnia.

A védőnői méhnyakszűrés biztosítása különbözik a várandósok, a gyermekágyas anyák és a gyermekek számára biztosított ellátástól, mert a szűrendő nőket nem kell folyamatos, rendszeres ellátásban részesíteni.

A védőnői méhnyakszűrésre a nők postai úton kapnak meghívólevelet. A védőnőnek lehetősége van, de nem kötelező a szűrendőket személyesen meglátogatni. Természetesen a személyes megszólítás, meghívás és a szűrésről történő tájékoztatás nagyobb ösztönző erővel bír a szűrésen való részvételre. A szűrendő nők tájékoztatásához, ösztönzéséhez hozzájárulhatnak a helyileg bevált egyéb tájékoztatások, együttműködések is (pl. plakátok, helyi média, társszakmák bevonása, stb.).

A védőnő feladata a szűrés hozzáféréseinek biztosítása és a szűrés végzése a tanácsadási időben, azon nők számára, akik a szűrést a védőnőnél kívánják igénybe venni. **A méhnyakszűrés a nők, várandós anyák számára tartott – kötelezően előírt heti 2 óras – tanácsadási időben történik.** (Amennyiben a tanácsadási idő kevésnek bizonyul, az megnövelhető.) A méhnyakszűrés (kenetvétele, dokumentáció, kenetkezelés) kb. 20 perces védőnői tevékenységet jelent a tanácsadási időben, illetve hasonlóan átlagosan 20 percet igényel a visszaérkezett eredmény átadása, dokumentálása és a teendők megbeszélése (egy következő tanácsadási időben). A 2 óras tanácsadási időben – az általános gyakorlat szerint – átlagosan 2 nő méhnyakszűrésre tevékenysége fér bele.

A védőnői méhnyakszűréshez természetesen még kapcsolódnak egyéb feladatok, pl. veszélyes eszközök szállíttatása, kenetek postázása 2 hetente, illetve havonta a finanszírozási jelentés készítése. Az ezekhez szükséges idő a védőnő tapasztalatától, gyakorlatától függ.

A finanszírozási jelentés készítése kezdetben több védőnőnek nehézséget okozott, azonban az elmúlt 1 évben erre vonatkozó panaszt, jelzést nem kapott a szaktárca a szűrésbe bekapcsolódott védőnőktől.

Fontos azt is tudni, hogy a védőnői méhnyakszűrésre meghívót kapó nők nem feltétlen a védőnőhöz mennek szűrésre. A meghívólevéllel felkereshetik a nőgyógyászati szakrendelést is.

A Védőnői Méhnyakszűrő Programok tapasztalata az volt, hogy országos átlagban a meghívólevelet kapó nők 15%-a ment el a védőnőhöz szűrésre, így átlagosan a szűrendők 15%-ával számolhatunk a védőnői méhnyakszűrés tervezése kapcsán (természetesen körzetenként lehetnek eltérések).

A méhnyakszűrésre meghívót kapó 25-65 év közötti nők száma körzetenként igen különböző lehet – attól függően, hogy az adott körzetben élő 25-65 év közötti nők közül 3 éven belül hányan nem vettek részt nőgyógyászati szűrővizsgálaton. A 2017 első félévi védőnői szűrési listák alapján a szűrendők száma körzetenként 100 fő körüli volt (egy-egy körzetek között nagy különbségek voltak, volt olyan védőnői körzet, ahol 10 főnél kevesebb volt a szűrendő, és volt ahol 400 fő is meghívást kapott). Ugyanakkor a korábbi évek átlagos 15%-os megjelenésével

számolva, ez átlagosan 15 szűrendőt jelent egy féléves szűrési lista esetén, illetve a 400 fős szűrendő esetén 65 fő szűrése az átlagosan várható. Ennyi szűrendő nő ellátása az államtitkári válasz értelmében tanácsadási időben, megfelelő szervezéssel biztosítható.

Az EMMI Országos Tisztifőorvosi Feladatokért Felelős Helyettes Államtitkárság Védőnői Szakmai Irányítási Osztálya figyelemmel kíséri a védőnői méhnyakszűrés országos helyzetét, és támogatja a szűrés bevezetését és működtetését. Kiemelt munkatervi feladatként határozta meg a védőnői méhnyakszűrés bevezetése helyzetének vizsgálatát a méhnyakszűrésre képzett védőnővel rendelkező szolgáltatók körében, amelynek célja a problémák feltárása és javaslatok összeállítása.

Az egészségügyért felelős tárca tájékoztatott továbbá arról is, hogy a Kormány határozatot¹¹ fogadott el a Nemzeti Védőnői Szolgálat létrehozásáról, annak érdekében, hogy a védőnők szakmai előmenetele és szakmai élethelyzete a jövőre nézve kiszámítható legyen. Az EMMI Országos Tisztifőorvosi Feladatokért Felelős Helyettes Államtitkársága elkészítette és 2017 szeptemberében benyújtotta az előterjesztést a Nemzeti Védőnői Szolgálat koncepciójára.

Fentiekre tekintettel az államtitkár a lakosság érdekében a védőnői méhnyakszűrés biztosítását továbbra is indokoltnak látja, ugyanakkor levelében jelezte azt is, hogy folytatniuk kell a védőnők tájékoztatását és széles körű támogatását a védőnői méhnyakszűrés végzésével kapcsolatban.

3. A Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő tájékoztatása

A vizsgálat során megkerestem a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő főigazgatóját és következő adatok megküldését kértem tőle:

- a védőnői szolgálatok száma
- a betöltetlen védőnői szolgálatok száma
- a tartós helyettesítéssel ellátott, csökkent finanszírozásban részesülő védőnői szolgálatok száma
- ellátási körbe tartozók létszáma
- az egy védőnői körzetre jutó ellátottak száma
- az ellátható létszám felett ellátó körzetek száma
- a három vagy több települést ellátó védőnői körzetek száma
- a területi védőnői szolgálatok száma (ezen belül a csak területi védőnői feladatokat ellátó, illetve a „vegyes” /területi és iskolai-védőnői ellátást egyaránt biztosító/ szolgáltatók megoszlása)
- a betöltetlen területi védőnői szolgálatok száma
- a tartós helyettesítéssel ellátott, csökkent finanszírozásban részesülő területi védőnői szolgálatok száma
- 300 és 500 finanszírozási pont alatti területi védőnői szolgálatok száma valamint a finanszírozható létszámot el nem érő körzetek száma
- a területi védőnők által ellátandók száma és az egy állásra jutó ellátandók száma
- a helyettesítéssel ellátott iskolai védőnői szolgálatok száma
- iskolai védőnői szolgálatok száma
- betöltetlen iskolai védőnői szolgálatok száma

¹¹ 1272/2017. (V. 29.) Korm. határozat a Nemzeti Védőnői Szolgálat létrehozásáról

- a tartós helyettesítéssel ellátott, csökkent finanszírozásban részesülő iskolai védőnői szolgálatok száma
- az egy iskolavédőnőre jutó diákok száma, az egy állásra jutó diákok száma
- a területi védőnői körzet átlag finanszírozása
- az iskolai védőnői körzet átlag finanszírozása

A főigazgató az 1.¹² és 2.¹³ sz. mellékletben szereplő számadatokat küldte meg nyilvántartásukból, melyek részletes ismertetése és értelmezése a jelentés III. fejezetében (Az ügy érdeme) olvasható.

A vizsgálat megállapításai

I. A hatáskör tekintetében

A biztos feladat- és hatáskörét, valamint az ezek ellátásához szükséges vizsgálati jogosultságokat az Ajbt. határozza meg. Az Ajbt. 18. § (1) bekezdése szerint az alapvető jogok biztosához bárki fordulhat, ha megítélése szerint hatóság tevékenysége vagy mulasztása alapvető jogát sérti vagy annak közvetlen veszélyével jár, feltéve, hogy a rendelkezésre álló közigazgatási jogorvoslati lehetőségeket – ide nem értve a közigazgatási határozat bírósági felülvizsgálatát – már kimerítette, vagy jogorvoslati lehetőség nincs számára biztosítva.

Az Ajbt. 18. § (1) bekezdés l) pontja és a 18. § (2) bekezdésének e) pontja alapján az alapvető jogok biztosá által vizsgálható *hatóságnak*, ezen belül *közszolgáltatást végző szervnek* minősül – függetlenül attól, hogy milyen szervezeti formában működik – *a jogszabályban közszolgáltatásként megjelölt tevékenységet végző szervezet*. Az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről szóló 2006. évi CXXXII. törvény 1. § (2) bekezdés b) pontja szerint egészségügyi közszolgáltatásnak minősül a részben vagy egészben a központi költségvetés és az Egészségbiztosítási Alap terhére finanszírozott egészségügyi szolgáltatás. A fentiek alapján a korábbi ombudsmani gyakorlattal összhangban *az egészségügy területén működő, önkormányzati feladatokat ellátó területi védőnői szolgálat közszolgáltatónak tekinthető*, amelyekre az ombudsman *vizsgálati jogosultsága* – az Ajbt. hatásköri szabályai értelmében – *egyértelműen kiterjed*.

Az ombudsman számára egy adott jogi szabályozás alapjogi aspektusú vizsgálatára, valamint a jogszabályok hiányosságaival, tartalmi hibáival összefüggő intézkedések megfogalmazására a törvény lehetőséget teremt. A *preventív alapjogvédelemre is hangsúlyt helyező ombudsmani gyakorlat* alapján a biztos mandátuma keretei között marad akkor, amikor az alapjogi aspektusú vizsgálathoz nélkülözhetetlen módon, a konkrét alapjogsérelem és ezen alapuló panaszok megelőzése érdekében áttekinti a releváns jogi szabályozást, feltérképezi és jelzi a jogalkotásért felelős szervek irányába a felmerülő aggályokat.

Az Ajbt. 37.§ értelmében, ha az alapvető jogok biztosá álláspontja szerint a visszásság valamely jogszabály vagy közjogi szervezetszabályozó eszköz felesleges, nem egyértelmű vagy nem megfelelő rendelkezésére, illetve az adott kérdés jogi szabályozásának hiányára vagy hiányosságára vezethető vissza, a visszásság jövőbeni elkerülése érdekében javasolhatja a jogalkotásra vagy a közjogi szervezetszabályozó eszköz kiadására jogosult szervnél a jogszabály vagy közjogi szervezetszabályozó eszköz módosítását, hatályon kívül helyezését vagy kiadását, illetve a jogszabály előkészítőjénél jogszabály előkészítését.

¹² 1. sz. melléklet: Védőnői szolgálatok adatai típus szerinti bontásban, 2018. május havi szerződésadatok alapján.

¹³ 2. sz. melléklet: Védőnői szolgálatok létszámadatai és átlagfinanszírozásuk típus szerinti bontásban, 2018. május havi szerződésadatok alapján

II. Az alapvető jogok és alkotmányos elvek tekintetében

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

Az Alaptörvény vonatkozó rendelkezéseinek szövege Alaptörvény Negyedik Módosítása hatályba lépését követően továbbra is nagyrészt megegyezik az Alkotmányban foglaltakkal, az alkotmányos követelmények és alapjogok tekintetében jellemzően nem tartalmaz olyan rendelkezéseket, amely ellentétesek volnának a korábbi alkotmányunk szövegével. Az Alkotmánybíróság a 22/2012. (V. 11.) AB határozatában arra mutatott rá, hogy „az előző Alkotmány és az Alaptörvény egyes rendelkezései tartalmi egyezősége esetén éppen nem a korábbi alkotmánybírósági döntésben megjelenő jogelvek átvételét, hanem azok figyelmen kívül hagyását kell indokolni”. Az Alkotmánybíróság a 13/2013. (VI. 17.) AB határozatában azt emelte ki, hogy az adott határozatban vizsgált törvényi rendelkezések esetében már az Alaptörvény Negyedik Módosítása alapján jár el a korábbi alkotmánybírósági határozatokban foglaltak felhasználhatóságát illetően. A testület elvi érveléssel mondta ki azt, hogy „az Alkotmánybíróság a hatályát vesztett alkotmánybírósági határozat forrásként megjelölésével, a lényegi, az adott ügyben felmerülő alkotmányossági kérdés eldöntéséhez szükséges mértékű és terjedelmű tartalmi vagy szövegszerű megjelenítéssel hivatkozhatja vagy idézheti a korábbi határozataiban kidolgozott érveket, jogelveket. Az indokolásnak és alkotmányjogi forrásainak ugyanis a demokratikus jogállamban mindenki számára megismerhetőnek, ellenőrizhetőnek kell lennie, a jogbiztonság igénye az, hogy a döntési megfontolások átláthatóak, követhetőek legyenek. A nyilvános érvelés a döntés indoklásának létalapja. A korábbi határozatokban kifejtett érvek felhasználhatóságát az Alkotmánybíróság mindig esetről esetre, a konkrét ügy kontextusában vizsgálja.”

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

1. Az Alaptörvény B) cikk (1) bekezdése alapján Magyarország független, demokratikus jogállam. Az Alkotmánybíróság korábbi töretlen gyakorlata alapján ennek a jogállami minőségnek nélkülözhetetlen eleme a jogbiztonság. Ahogyan pedig arra az Alkotmánybíróság felhívta a figyelmet a 30/2012. (VI. 27.) AB határozatában, az Alaptörvény B) cikk (1) bekezdése és az Alkotmány 2. § (1) bekezdése azonosan deklarálnak a jogállami klauzulát, tehát az eddig kialakított alkotmánybírósági gyakorlat relevánsnak tekinthető a vizsgálat során. Az Alkotmánybíróság korábbi töretlen gyakorlata alapján ennek a jogállami minőségnek nélkülözhetetlen eleme a közhatalom gyakorlásának szabályokhoz kötöttsége. A jogállamiság elvéből folyó követelmény a közhatalom, a közigazgatás törvény alá rendeltsége: a közhatalommal rendelkező szervek a jog által megállapított működési rendben, a polgárok számára megismerhető és kiszámítható módon szabályozott korlátok között fejtik ki tevékenységüket.

2. A gyermek megfelelő testi, szellemi és erkölcsi fejlődéséhez szükséges védelemhez és gondoskodáshoz való jogát az Alaptörvény XVI. cikk (1) bekezdése rögzíti. A gyermeket az Alkotmánybíróság következetes gyakorlata értelmében főszabályként minden olyan alapvető jog megilleti, mint bármely más embert, de ahhoz, hogy a jogok teljességével képes legyen élni, biztosítani kell számára az életkorának megfelelő minden feltételt a felnőtté váláshoz. Erre tekintettel kifejezetten a gyermekek jogaként rögzíti a törvény a megfelelő testi, szellemi és erkölcsi fejlődéséhez

szükséges védelemre és gondoskodásra való jogot. E védelemre és gondoskodásra a gyermek mindenkivel szemben igényt tarthat. Ennek megfelelően a gyermek szülei, családja, az állam és a társadalom valamennyi tagja is köteles a gyermek jogait tiszteletben tartani, és a társadalom fennmaradásának zálogaként biztosítani számára a megfelelő fejlődéséhez szükséges feltételeket. A gyermekek védelemhez és gondoskodáshoz való joga az állam köteleességét alapozza meg a gyermek személyiségfejlődése intézményes védelmére. A gyermek, mint az alapjogok alanya oldalán az életkorból adódó hátrányokat az állam oldaláról az az intézményvédelmi kötelezettség egyenlíti ki, hogy az államnak aktívan kell cselekednie a gyermekek alapvető jogainak előmozdítása, érvényesülése és védelme érdekében. Ezt az alaptételt megtaláljuk a Gyermekek jogi Egyezményében is, amely rögzíti, hogy a gyermeknek, figyelemmel fizikai, szellemi érettségének hiányára, különös védelemre, gondozásra van szüksége, nevezetesen megfelelő jogi védelemre, születése előtt és születése után egyaránt¹⁴.

Az Alkotmánybíróság a 3142/2013. (VII. 16.) AB határozatában rámutatott az Alaptörvény XVI. cikk tartalmával összefüggésben, hogy az *alkotmányos intézményvédelem*, az ifjúság létbiztonságának a biztosítása, érdekeinek a védelme, a gyermekek testi, szellemi és erkölcsi fejlődéséről való gondoskodás a legkülönbözőbb állami kötelezettség-teljesítésekben nyilvánul meg. Az Alkotmánybíróság leszögezte, hogy a gyermekek jogainak védelme a gyermek oldaláról közelítve deklarálja a védelemhez és gondoskodáshoz való jogot, amely jog egyben kötelezettséget keletkeztet a család, a társadalom és az állam oldalán. A kötelezettség alanyainak ezzel kapcsolatos konkrét magatartását, feladatait, a velük szemben megfogalmazott elvárásokat számos törvény és a hozzájuk kapcsolódó végrehajtási szabály-együttes tartalmazza. Az állam oldalán a gyermeki jogok érvényesítése jogi aktivizmust kíván meg, vagyis a jogrendszer alakítása során tekintettel kell lenni a különböző jogágak normatív és intézményes összefüggéseire. Az Alkotmánybíróság álláspontja szerint az Alaptörvény XVI. cikkében szereplő jog lényegi tartalma elsősorban állami és (szűkebb körben) társadalmi kötelezettségek teljesítésében ragadható meg. Ez a kötelezettség pedig az állam számára azt írja elő, hogy – valamennyi jogággal összefüggésben – az egyes jogintézmények szabályozása során tartsa szem előtt a gyermekek érdekeit, e tevékenységén keresztül segítse elő a megfelelő fejlődésüket, az ehhez szükséges alapvető feltételeket biztosítsa.

5. Az Alaptörvény XX. cikk (2) bekezdése alapján Magyarország az *egészséghez való jog* érvényesülését – egyéb intézkedések mellett – az egészségügyi ellátás megszervezésével biztosítja. Az Alaptörvény rendszerében az egészségügyi ellátás, és ezen belül az egészségbiztosítás rendszere intézményvédelmi kötelezettség, amelyből konkrét, alkotmányi szintű, kikényszeríthető alanyi jogok jellemzően nem vezethetőek le. Az Alkotmánybíróság több határozatában értelmezte¹⁵ a testi és lelki egészséghez való jog tartalmát és korlátozhatóságát, és kimondta, hogy az alapvetően nem alanyi jogként, hanem 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. Az alkotmánybírósági gyakorlat utal arra is, hogy az államnak e jog megvalósulása érdekében meghatározott, az egészségügyi intézmények és orvosi ellátás megszervezésére irányuló kötelezettsége annyit feltétlenül jelent, hogy az állam köteles megteremteni egy olyan intézményrendszer működésének a garanciáit, *amely mindenki számára biztosítja az egészségügyi szolgáltatások igénybevételének lehetőségét, azaz azt, hogy a szolgáltató intézmények hiánya miatt senki ne maradjon ellátatlanul.*

¹⁴ Bevezetés – „figyelembe véve, hogy - amint azt a Gyermekek Jogairól Szóló Nyilatkozat is említi - „a gyermeknek, figyelemmel fizikai és szellemi érettségének hiányára, különös védelemre és gondozásra van szüksége, nevezetesen megfelelő jogi védelemre, születése előtt és születése után”

¹⁵ 56/1995. (IX. 15.) AB határozat; 77/1995. (XII. 21.) AB határozat

III. Az ügy érdeme tekintetében

A méhnyakszűrés megfelelő, lakóhelyhez közeli biztosításának szükségessége vitán felül álló össztársadalmi érdek. Az Eurostat 2015-ös statisztikája alapján Magyarország EU-28-as összehasonlításban az ötödik legrosszabb eredménnyel bír a méhnyakrák okozta halálozás terén.¹⁶ Amint arra az Országos Tisztifőorvosi Hivatal által kiadott szakmai anyag¹⁷ is kitér, a rákszűrő programok akkor lehetnek hatásosak, ha a célpopulációt minél szélesebb körben eléri. A MicroOLEF 2007¹⁸ adatai alapján a szűrésről távolmaradók nagy része az alacsony iskolázottságú, magát szegénynek valló rétegekből került ki, akik nőgyógyászhoz csak akkor fordulnak, ha panaszuk van. A távolmaradás okaként említették, hogy nem tartják fontosnak a szűrést, vagy nincs rá idejük. Nyilvánvalóan hátráltató tehát minden olyan tényező, amely a szolgáltatás elérését nehezíti meg: így pl. ha a szűrővizsgálat eléréséhez utazásra is szükség van, ami költséggel jár(hat), és egyéb nehézségeket is jelenthet (ritkán induló tömegközlekedési eszközök, többszöri átszállás, nem tudja kire hagyni a gyermekét ez idő alatt, stb.).

A következőkben azt kívánom vizsgálni – különös tekintettel az AJB-1356/2013., valamint az AJB-3809/2010 sz. jelentésben megállapítottakra¹⁹ –, hogy e vitán felülállóan fontos feladat védőnőkhöz való telepítése nem veszélyezteti-e a védőnők várandósgondozásban, gyermekvédelemben, család és újszülött gondozásban betöltött szerepének megfelelő színvonalú teljesítését. Az újabb feladattal összefüggésben nem sérülnek-e akár az érintett védőnők, akár pedig az ellátás potenciális alanyi köreként érintett személyek alapjogai, illetve annak jogtechnikai kivitelezése (feladat bővítés) alapjog-konform módon történt-e.

1. A feladat meghatározása a jogszabályban – következmények tisztázása

A Rendelet 3. § a) pont ad) alpontjában a védőnő feladataként nevesíti a népegészségügyi célú méhnyakszűrés végzését. E rendelkezést a 28/2013. (IV. 5.) EMMI rendelet 1. §-a iktatta be és az 2015. X. 1-től hatályos. A Rendelet 4. § (3) bekezdése továbbá úgy rendelkezik, hogy a (3) § a) pont ad) alpontja szerinti tevékenység (a népegészségügyi célú méhnyakszűrés) végzésére az a védőnő *jogosult*, aki igazolja, hogy az e tevékenység elsajátítására irányuló a) az orvos- és egészségügyi tudományi képzést folytató felsőoktatási intézmény által szervezett, legalább 40 órás időtartamú választható képzést vagy b) egészségügyi szakirányú választható szakmai továbbképzést elvégezte, *valamint* a tanácsadó helyisége rendelkezik az 5/A. számú mellékletben meghatározott feltételekkel.

Az egészségügyért felelős államtitkártól kapott tájékoztatás szerint a védőnők graduális képzésébe beillesztették a népegészségügyi célú méhnyakszűrést, mint tantárgyat, az első így képzett védőnők 2018-ban végeztek az egyetemen. Az eddigi képzések eredményeképpen 2018-ban kb. 1400 védőnő rendelkezett a védőnői méhnyakszűréshez szükséges képesítéssel, és másik

¹⁶ [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=File:Causes_of_death_%E2%80%94_standardised_death_rate_2015_\(per_100_000_inhabitants\)_HLTH18.png](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=File:Causes_of_death_%E2%80%94_standardised_death_rate_2015_(per_100_000_inhabitants)_HLTH18.png)

¹⁷ A védőnői méhnyakszűréssel kapcsolatos általános és kommunikációs ismeretek gyakorlatvezető szülész-nőgyógyász szakorvosok számára, ÁNTSZ Országos Tisztifőorvosi Hivatal Budapest, 2014.

¹⁸ Országos Lakossági Egészségfelmérés - a lakosság egészségének megismerése céljából végzett felmérés, adatait a védőnői méhnyakszűréssel kapcsolatos általános és kommunikációs ismeretek gyakorlatvezető szülész-nőgyógyász szakorvosok számára, ÁNTSZ Országos Tisztifőorvosi Hivatal Budapest, 2014.. kiadvány hivatkozva

¹⁹ A későbbiekben a releváns megállapításokat részletesen hivatkozva a jelentés.

közel ezer fő már elvégezte az elméleti képzést. A még képzésben nem részesült védőnők továbbképzésére térítésmentes lehetőséget biztosított a tárca.

2018-ban a kb. 1400 képzett védőnővel rendelkező területi védőnői ellátást nyújtó szolgáltató közül a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelővel 403 szolgálat kötött a méhnyakszűrés végzésére finanszírozási szerződést.

A Rendelet 9. §-a szerint a fenti képzések elvégzését a működési engedély kiadásáért felelős egészségügyi államigazgatási szerv részére igazolni kell. Nem tisztázott ugyanakkor az, hogy milyen jogkövetkezménye van annak, ha valaki nem tesz eleget az igazolási kötelezettségének.

A szabályozás alapján a védőnő feladatai közt szerepel tehát a népegészségügyi célú méhnyakszűrés végzése, ugyanakkor a jogszabály konkrétan ezen feladat ellátásához kéri számon a megfelelő képzés elvégzését és annak igazolását a 2018 előtt végzett védőnők esetében. Felmenő rendszerben minden, a képzésből kikerülő védőnő alkalmas lesz a vizsgálat elvégzésére, az első ilyen kompetenciájú védőnői évfolyam már végzett.

A hivatásgyakorlásra vonatkozó hatályos rendelkezések szerint ugyanakkor álláspontom szerint nem kell felhagynia a védőnői hivatása gyakorlásával annak a védőnőnek, aki nem végezte el a méhnyakszűrés végzésére feljogosító képzést. A méhnyakszűrésre irányuló speciális képzés elvégzésének hiányában a védőnő számos feladata (ld. 2. pont) közül csak a népegészségügyi méhnyakszűrésre²⁰ vonatkozó lesz az, amelyet nem láthat el.

Az alapellátási törvény 13. §-a értelmében a **védőnői ellátás egészségügyi alapellátásnak minősül**, és mint ilyen, a Möt. 13. § (1) bekezdés 4. pontja értelmében a helyi közügyek, valamint a helyben biztosítható közfeladatok körében ellátandó helyi önkormányzati feladat.

A népegészségügyi méhnyakszűrés védőnői feladatok közé történt integrálása az önkormányzatok számára jelent kötelezettséget: ha meg akarnak felelni a védőnői alapellátás biztosítását előíró jogszabályi rendelkezéseknek, olyan védőnőt kell alkalmazniuk, aki képes ezen feladatok ellátására. Ugyanakkor a jogszabályi rendelkezések alapján minden védőnőnek ugyanazon feladatokat kell ellátnia, az egyes részfeladatok nem átcsoportosíthatók. Így pillanatnyilag az önkormányzatok nehéz helyzetbe kerültek, hiszen minden védőnőjüknek el kellett volna végeznie az előírt képzést, azonban ez a fenti számadatok szerint nem történt meg. Ebből következően két lehetőségük marad: egyfelől elbocsáthatják a jelenleg alkalmazásában álló védőnőt arra hivatkozással, hogy az nem tett eleget a továbbképzési előírásoknak, így nem tudja ellátni maradéktalanul a feladatát. Tennék ezt annak tudatában, hogy ez az érintett védőnő összes feladatának mindössze 1/26-a²¹, és a további 25 feladat tekintetében képes minőségi szolgáltatást nyújtani, valamint, hogy jelenleg nincs elegendő számú, a megfelelő képzésen átesett védőnő, aki lefedné a problémával érintett körzeteket. A másik lehetőség az, hogy nem nyújtja a jogszabályi előírásoknak megfelelő védőnői alapellátást az önkormányzat, hiszen tudja, hogy az alkalmazásában álló védőnő nem tudja azt maradéktalanul ellátni.

Az elvégzendő feladat népegészségügyi szempontból jelentős, azonban látható, hogy a lehetséges megoldások egyike sem optimális. Ha elküldik a rendszerből azokat, akik nem végezték el a megfelelő képzést, olyan sok évtizedes tapasztalat és ismeretanyag kerül ki a rendszerből, ami pótolhatatlan. Ha pedig nem tudja a védőnő a körzetében biztosítani a méhnyakszűrést, az *az érintett lakosok egészséghez való jogával összefüggésben aggályos*. Az állam ugyanis jelen helyzetben nem tudja mindenki számára biztosítani a védőnői méhnyakszűrés igénybevételének lehetőségét, azaz azt, hogy a szolgáltató intézmények hiánya miatt senki ne maradjon ellátatlanul. Ahogyan ugyanis azt az egészségügyi tárca is észlelte, a lakosság egy bizonyos hányada nem jut el a szűrővizsgálatokra – éppen ez indokolta a szolgáltatás lakóhelyhez közelebb vitelét – ugyanakkor

²⁰ Rendelet 3. § a) pont ad) alpontban meghatározott

²¹ A Rendelet 3. §-a 26 különböző feladatot rendel a védőnőhöz

látható, hogy a feladat védőnőkhöz telepítése sem hozta meg a teljes sikert e tekintetben. Ez ugyan nem meríti ki a XX. cikk sérelmét az Alkotmánybíróság értelmezése szerint, ugyanakkor az érintett nehézségekkel küzdő populáció szűrését – és így az egészségük megőrzését sem – nem mozdítja elő kellő hatékonysággal.

A megoldást az jelentheti, hogy az idő előrehaladtával egyre több, a megfelelő képzéssel rendelkező, és a szűrést végezni is kívánó elhivatott védőnő lesz a rendszerben.

Mindazonáltal célszerű volna az *átmeneti időszakra* valamilyen áthidaló megoldást lehetővé tenni annak érdekében, hogy az önkormányzatok ne csak rossz alternatívák közül választhassanak. Megoldást jelenthet, hogy akár egy másik körzet alkalmas és elhivatott védőnőjének feladatellátását teszik lehetővé megfelelő motiváció mellett.

2. Egyenlő munkáért egyenlő bér elve

A beadványozók az eddig kifejtetteken túl ugyancsak méltánytalannak érzik a helyzetet munkajogi szempontból is. Álláspontjuk szerint, mivel a vizsgálat elvégzéséhez szükséges kenetvételek invazív beavatkozásnak minősül, e ténynél fogva eleve idegen a védőnői munkától. Ugyanakkor a védőnők – a **bérezésük tekintetében** – a panasz benyújtásának időpontjában nem voltak egészségügyi szakdolgozónak tekinthetőek.

Az egészségügyért felelős államtitkárság válaszában leszögezte, hogy *a hatályos szabályozás értelmében a védőnő felsőfokú képzettséggel rendelkező egészségügyi szakdolgozó.*²²

Kétség kívül megállapítható, hogy a védőnők 2019 júliusáig 63/2011. (XI. 29.) NEFMI rendelet 1. sz. melléklet 12. pontja szerint egészségügyi szakdolgozónak számítottak, ugyanakkor mégsem kaptak az egészségügyi szakdolgozókkal azonos bért. *A bértábla 2019. július 1-jétől hatályos módosításával*²³ *azonban ez a különbségtétel megszűnt.* A jogszabály módosítás 3935 védőnőt érint, azokat, akik állami, önkormányzati, vagy egyházi szervezet fenntartásában álló védőnői szolgálatnál területi-, iskolavédőnői feladatokat látnak el, azokat tehát, akiket addig *közalkalmazottként* foglalkoztattak.²⁴

A védőnőket érintő bérrendezés tehát időközben megtörtént, eltekintve attól a közel 200 szolgáltatótól, akik vállalkozóként végzik munkájukat. Ezek a szolgáltatók sajtóhírek szerint²⁵ vélhetően éppen a többlet feladatokat – a területi és iskolavédőnői munkát egyidejűleg – ellátó szolgáltatók. Az ő számukra – az államtitkár sajtóban megjelent²⁶ válasza alapján – adott a lehetőség a védőnői feladatok biztosításáért felelős intézménnyel vagy önkormányzattal egyeztetést kezdeményezni a működési forma esetleges megváltoztatása érdekében, amennyiben ezt szükségesnek látják. Jelen vizsgálatom azonban – tekintettel arra, hogy az annak alapjául szolgáló beadványok erre nem tértek ki – nem terjed ki a jogszabály-módosítás okán előállt új helyzet előzetes elemzésére sem.

3. Az új feladat normatív háttere

A vizsgált probléma háttérében lévő összefüggések feltárásában jelentős mértékben meghatározó körülmény, hogy a jogalkotó rendkívül széles körben határozta meg a védőnői tevékenységet.

²² 63/2011. (XI. 29.) NEFMI rendelet 1. sz. melléklet 12. pont

²³ 139/2019. (VI. 14.) Korm. rendelet

²⁴ Kiegészítő információ: A Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő adatbázisában nyilvántartott 1783 szolgáltatóból közel 200 vállalkozásként, gazdasági társasági, vagy alapítványi formában működik, ők azok a védőnők, akik nem tartoznak a vonatkozó jogszabály (256/2013. (VII. 5.) Korm. rend.) hatálya alá, így a fenti bérrendezés őket nem érintette.

²⁵ http://medicalonline.hu/cikk_print/nemzeti_vedonoi_szolgalat_helyett_kozponti_vedonoi_team

²⁶ http://medicalonline.hu/cikk_print/nemzeti_vedonoi_szolgalat_helyett_kozponti_vedonoi_team

Az alábbiakban sorra vesszük a védőnők jogszabályban rögzített feladatait, azokat a tényezőket, amelyek hatást gyakorolnak a feladatellátásukra, illetve mindezek alapján a védőnők valós rendelkezésre állását, amely szoros kapcsolatban áll az érintett lakosság alapvető jogainak érvényesülésével.

3.1 A védőnők feladatai

A védőnők feladatait a területi védőnői ellátásról szóló 49/2004. (V. 21.) ESzCsM rendelet 3. §-a rögzíti mely szerint a védőnő feladata:

a) a nővédelem, ezen belül

aa) a családtervezéssel kapcsolatos tanácsadás,

ab) az anyaságra való felkészülés segítése,

ac) a lakossági célzott szűrővizsgálatok szervezésében részvétel,

ad) a *népegészségügyi célú méhnyakszűrés* végzése;

b) a várandós anyák gondozása a külön jogszabályban foglaltak szerint;

c) a gyermekágyas időszakban segítségnyújtás és tanácsadás az egészségi állapottal, az életmóddal, szoptatással, valamint a családtervezéssel kapcsolatban;

d) az újszülött kortól a tanulói jogviszony megkezdéséig a gyermekek gondozása, ennek során

da) a törvényes képviselővel előzetesen egyeztetett gondozási terv alapján a családlátogatás, védőnői tanácsadás keretében célzott és szükséglet szerinti gondozás végzése, továbbá a harmonikus szülő-gyermek kapcsolat kialakulásának, a gyermek nevelésének és szocializációjának segítése, valamint a gyermek fejlődéséhez igazodóan az egészséges életmódhoz szükséges ismeretek nyújtása,

db) az újszülöttek, a koraszülöttek, a kissúllyal születettek, valamint az egészségi és környezeti ok miatt saját kompetencia keretében fokozottan gondozott vagy már jelzést igénylő veszélyeztetett csecsemők és gyermekek pszichoszomatikus fejlődésének fokozott figyelemmel kísérése és segítése,

dc) a szoptatás és az anyatejes táplálás fokozott figyelemmel kísérése, az anyatejjel való táplálás ösztönzése különösen az első 6 hónapban, az anya tanítása a szoptatás helyes technikájára, a tejelválasztás fokozásának és fenntartásának módjaira; fokozott figyelemmel minden korcsoportban az életkornak, egészségi állapotnak és fejlettségi szintnek megfelelő táplálásra és táplálási nehézségekre,

dd) a külön jogszabály szerinti, 0-4 napos életkorban elvégzendő szűrővizsgálatok meglétének ellenőrzése, a törvényes képviselő tájékoztatása az életkorhoz kötött - külön jogszabályban meghatározott - kötelező vizsgálatokról és az észlelt eltérésről a házi gyermekorvos, illetve a háziorvos (a továbbiakban együtt: háziorvos) írásban történő értesítése,

de) a gyermek fejlődését veszélyeztető tényező észlelésekor a háziorvos, illetve a gyermekjóléti szolgálat haladéktalan értesítése mellett a veszélyeztetett gyermek és családjának fokozott gondozásba vétele,

df) a család felkészítése a beteg csecsemő és gyermek otthoni ápolására,

dg) az egészségi ok miatt fokozott gondozást igénylő, a krónikus beteg, a fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról szóló 1998. évi XXVI. törvény 4. §-ának a) pontja szerinti fogyatékossgal élő, valamint a magatartási zavarokkal küzdő gyermek és családja életviteléhez segítségnyújtás és tanácsadás együttműködve a háziorvossal és szükség esetén más illetékes szakemberekkel,

dh) a családok tájékoztatása az életkorhoz kötött védőoltások fontosságáról, a védőoltások szervezése, nyilvántartása, jelentése a külön jogszabályban, módszertani levélben foglaltak szerint;

e) az óvodában a védőnői feladatok végzése, az oktatási intézményben a tanulók ellátása a külön jogszabályban foglaltak szerint;

f) az oktatási intézménybe nem járó otthon gondozott tanköteles korú gyermek gondozása;

g) családgondozás keretében,

ga) a gondozott családban előforduló egészségi, mentális és környezeti veszélyeztetettség megelőzése, felismerése érdekében segítségnyújtás a helyes életvitelhez, a harmonikus, szerető családi környezet kialakításához,

gb) soron kívüli családlátogatás végzése a nevelési-oktatási intézményt ellátó védőnő írásbeli jelzése alapján,

gc) a család- és gyermekjóléti szolgálat, a fővárosi és megyei kormányhivatal népegészségügyi feladatkörében eljáró járási (fővárosi kerületi) hivatala és a házi orvos, házi gyermekorvos írásos értesítése, ha a várandós anya, a korlátozottan cselekvőképes vagy cselekvőképtelen kiskorú gondozója és törvényes képviselője a védőnővel nem működik együtt az a)-d) pontban meghatározott feladatai ellátása során, illetve hatósági eljárás kezdeményezése a gyermek bántalmazása, súlyos elhanyagolása, a gyermek önmaga által előidézett súlyos veszélyeztető magatartása vagy egyéb súlyos veszélyeztető ok fennállása esetén,

gd) figyelemfelhívás a népegészségügyi szűrővizsgálaton történő megjelenés fontosságára, továbbá tájékoztatás az önkéntesen igénybe vehető ajánlott szűrővizsgálatokról,

ge) tájékoztatás az állami, civil karitatív családtámogatási formákról és lehetőségekről,

gf) tájékoztatás a gyermek jogairól, az egészségügyi ellátáshoz való jogairól és a törvényes képviselő ez irányú feladatairól, kötelezettségeiről,

gg) a gyermekvédelemmel kapcsolatos tevékenységéről évente írásos tájékoztató készítése az illetékes gyermekjóléti szolgáltató számára, és másolatának megküldése a szakfelügyeletet ellátó vezető védőnő részére,

gh) részvétel a gyermekjóléti szolgálat éves tanácskozásán, eseti megbeszélésein,

gi) szükség esetén, felkérésre - illetékességi körén kívüli körzetben - eseti gyámság ellátása;

h) az egyéni és közösségi egészségfejlesztési, egészségvédelmi programok tervezésében, szervezésében és megvalósításában részvétel.

3.2 A védőnői feladatellátásra hatást gyakoroló tényezők, a halmozottan hátrányos térségek ellátási szükségleteinek specifikumai

Fentiek alapján látható, hogy a védőnői munka számos, igen sokszínű, de minden elemében fontos feladatot ölel fel. Az egészségügyi törvény 2017. január 1-jétől hatályos 21. § (1) a) bekezdése értelmében továbbá a korlátozottan cselekvőképes vagy cselekvőképtelen kiskorú esetén a házi orvosi, házi gyermekorvosi és a **védőnői egészségügyi szolgáltatás nem utasítható vissza**, azaz a védőnőnek lényegében minden a körzetében lakó várandóssal, anyával, és gyermekkel van/volna valamilyen jellegű feladata.

Az ESzCsM rendelet 4. § (1) bekezdése értelmében a védőnő a 3. §-ban foglalt *tevékenységét több helyszínen végzi*: a tanácsadó helyiségben, a családok otthonában, a nevelési-oktatási intézményben, illetve a közösségi programokra alkalmas helyszíneken. A feladatellátás megvalósítása és helyszíne az egyes településtípusok tekintetében jelent eltérő kihívást.

Az ESzCsM rendelet 5. §-ában ugyanakkor alapvetően egységesen **250 főben** állapítja meg az egy védőnői körzetben a védőnő által ellátható nők (várandós, gyermekágyas anyák), gyermekek (újszülött kortól a tanulói jogviszony megkezdéséig) és az oktatási intézménybe nem járó otthon gondozott tanköteles korú gyermekek számát.

Amennyiben továbbá az iskolai védőnői feladatok ellátása teljes munkaidejű iskolavédőnő foglalkoztatásával nem biztosított, akkor a területi védőnő az oktatási intézményekben is ellátja a védőnői feladatokat. A rendelet 5. § (3) bekezdése *erre az esetre* egy, a feladat összetételére is figyelemmel lévő, *második felső határt* állapít meg: a területi védőnő által a körzetében és az oktatási intézmény(ek)ben ellátható gondozottak száma nem haladhatja meg a 750 pontértéket, ahol a nők (várandós, gyermekágyas anyák), valamint a gyermekek (újszülött kortól a tanulói jogviszony megkezdéséig) és az oktatási intézménybe nem járó otthon gondozott tanköteles korúak

*háromszoros szorzóval, az oktatási intézményben ellátott tanulókat egyszeres szorzóval, a gyógypedagógiai oktatási intézményben ellátott tanulókat kétszeres szorzóval kell figyelembe venni*²⁷. A fentiekben említett gondozotti létszám azonban az 5.§ (5) bekezdése értelmében legfeljebb 25%-al túlléphető akkor, ha a település szerkezete a védőnői ellátás más módon való biztosítását nem teszi lehetővé.

Korábban az országos védőnőtől kapott adatok alapján az **AJB-1356/2013. sz. jelentés** rögzítette, hogy a *33 leghátrányosabb helyzetű (a továbbiakban: LHH) kistérség* esetén jelentős eltérések tapasztalhatóak a védőnői feladatok ellátásában: a védőnők átlagosan *több családlátogatást* végeznek az egyes gondozottak csoportjában és a fokozott gondozást igénylők körében is. Az adatok alapján megállapítható volt továbbá, hogy a 3-6 éves korú gyermekek kivételével a 33 LHH kistérségben *az egy gondozottra jutó védőnői tanácsadáson való megjelenések száma magasabb* az országos adatokhoz képest. Az adatok többsége továbbá arra engedett következtetni, hogy a 33 LHH kistérségben *a gyermekek veszélyeztetettsége magasabb, egészségi állapotuk rosszabb*.

A védőnő a gyermekvédelmi jelzőrendszer része, amint azt a feladatait soroló ESzCsM rendelet 3. § g) pontjában a családgondozás keretében végzett alfeladatai is mutatják. A Gyvt. 17. § (1) bekezdése is külön nevesíti a védőnőket, mint törvényi felhatalmazás alapján, a gyermekek védelmében eljáró szereplőt. A fentebb hivatkozott korábbi jelentésben rögzítettek alapján megállapítható, hogy az egészségügyi szolgáltatók részéről a gyermekjóléti szolgálatok felé érkező jelzések több mint háromnegyede védőnői jelzés volt.

Mindezekre figyelemmel úgy vélem, hogy az ESzCsM rendelet 5. § (3) bekezdésében alkalmazott, az ellátandók létszámára/pontértékére vonatkozó rendkívül részletes feladatsúlyozás mellett számos további tényező is fontos hatást gyakorol az ellátandó védőnői munka mennyiségére/összetettségére. A rendelet tartalmaz is utalást arra, hogy a körzetek kialakításánál egyéb szempontokat is figyelembe kell(ene) venni, így a *település szerkezetét, a lakosság összetételét, egészségi állapotát, szociális helyzetét* és az ellátandó gondozottak számát, továbbá, amennyiben a területi védőnő egyúttal oktatási intézményben is ellát védőnői feladatokat, úgy ez esetben az ellátandó oktatási intézmények számát és típusát is, valamint mindezekre vonatkozóan a szakmai felügyelet véleményét. (5. § (4) bekezdése)

Figyelemmel tehát a védőnői feladatok rendkívül széles körére, a feladat elvégzését befolyásoló körülményekre álláspontom szerint szükségképpen felmerül az egy védőnő által ellátható személyek számának vagy a feladatok csökkentésének igénye a hozzáférés befolyásoló tényezőkre tekintettel (a település szerkezete, a lakosság összetétele és egészségi állapota, valamint szociális helyzete). Mindezek nélkül nincs kellő garancia arra, hogy az egyébként helyesen meghatározott, nélkülözhetetlen és sokrétű védőnői ellátás valóban megfelelő minőségben az érintettek számára hozzáférhető legyen.

*3.3. A védőnők rendelkezésre állása – hozzáférés az ellátáshoz*²⁸

Az országos védőnő korábbi tájékoztatása alapján már az AJB-1356/2013. sz. jelentés is rögzítette, hogy azokon a településeken, ahol alacsony az ellátandó személyek száma, több települést (3-4-5-6 és 6-nál több) csatolnak egymáshoz, hogy a törvényben rögzített létszám elegendő legyen a teljes munkaidejű foglalkoztatáshoz. Ez esetben az idő jelentős része nem az érdemi munkával, hanem az utazással telik, mivel nem megoldott a gyors közlekedési lehetőség (pl. gépkocsi biztosításával vagy saját gépkocsi használatának megfelelő finanszírozásával). Vannak olyan körzetek is, ahol alacsony a gyermekek létszáma, és több településről sem oldható meg a védőnő teljes munkaidejű társadalombiztosítás általi finanszírozása, azonban a települési

²⁷ A pontos számítást a rendelet 6. sz. melléklete tartalmazza az 5. § (3) bekezdésének figyelembevételével.

²⁸ A részletes számsorok a jelentés mellékletét képező NEAK tájékoztatásban találhatóak

önkormányzatnak nincs forrása azt kipótolni és ezért a munkaidőt kénytelen csökkenteni. Amennyiben a munkaidőre jutó csökkentett bér a védőnő megélhetését nem teszi lehetővé, kénytelen olyan foglalkozást vállalni, ahol teljes munkaidőben tud dolgozni, így növekszik a betöltetlen védőnői állások, ezzel pedig az ellátatlan települések száma. Külön problémát jelent a védőnői ellátás biztosítása azokon a településeken ahol magas a körzetekben a halmozottan hátrányos ellátandók (ti. gyermekek, családok) száma.

Az országos védőnő korábbi tájékoztatásában a területi védőnői ellátáshoz való hozzáférést leginkább akadályozó tényezőkként az alábbi 5 faktort azonosította, melyeket a NEAK tájékoztatásban szereplő számadatokkal vettem össze az alábbiak szerint:

a) a 3 vagy annál több település ellátása

A NEAK adatsora szerint az ország 4023 területi védőnői szolgálatából összesen 367 a 3 vagy több települést ellátó védőnői szolgálatok száma.

A legtöbb, 60 db ilyen szolgálat Baranya megyében található, ezt követi Somogy megye 50 db, Zala megye 48 db, Borsod-Abaúj-Zemplén megye 46 db, és Vas, valamint Veszprém megye 41 illetve 40 db ilyen szolgálattal.

b) a tartós helyettesítés végzése

A NEAK adatsora szerint az ország 4023 területi védőnői szolgálatából összesen 267 az összes tartós helyettesítéssel ellátott, csökkentett finanszírozásban részesülő védőnői szolgálat száma. A legtöbb, 32 db ilyen szolgálat Borsod-Abaúj-Zemplén megyében található, majd Nógrád, Baranya Szabolcs-Szatmár-Bereg és Jász-Nagykun-Szolnok megye következnek 30, 22, 19 és 18 db ilyen védőnői szolgálattal.

c) vegyes körzetek ellátása, amely fokozott munkaterhet, szervezést igényel

A NEAK adatsora szerint az ország 4023 területi védőnői szolgálatából összesen 2044 a vegyes védőnői szolgálat²⁹ száma, amely azt jelenti, hogy az összes védőnői szolgálat több mint fele ilyen. Kiemelkedően a legmagasabb számú, 242 db ilyen szolgálattal Borsod-Abaúj-Zemplén megye rendelkezik, ezt követi Szabolcs-Szatmár-Bereg megye 196 db, Pest megye 169 db, Bács-Kiskun megye 130 db, és Hajdú-Bihar, valamint Jász-Nagykun-Szolnok megye 106 illetve 104 db ilyen szolgálattal.

d) kiemelten magas létszámot ellátó területi védőnők

A NEAK adatsora szerint az ország 4023 területi védőnői szolgálatából összesen 838 az ellátható létszám felett ellátó védőnői szolgálatok száma, amely azt jelenti, hogy az összes védőnői szolgálat közel egyötöde ilyen. Kifejezetten magas Pest megyében (117 db) és Borsod-Abaúj-Zemplén megyében (108 db) az ilyen szolgálatok száma, de míg ez Pest megyében az összes megyei szolgálat 24%-át jelenti, addig Borsod-Abaúj-Zemplén megyében az arány magasabb, 32%-os. Őket követi Szabolcs-Szatmár-Bereg megye 87 db, Fejér megye 57 db és Győr-Moson-Sopron megye 56 db ellátható létszám felett ellátó védőnői szolgálattal.

Amennyiben azt nézzük meg, hogy az összes megyei védőnői szolgálat közül milyen arányban látnak el ellátható létszám felett a szolgálatok, egy a fentiekől eltérő rangsort kapunk:

E szerint a megye védőnői szolgálatainak több, mint egyharmada lát el ellátható létszám felett Fejér megyében (35%), Győr-Moson-Sopron és Somogy megyében (mindkettő egyaránt 33%), Borsod-Abaúj-Zemplén és Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében (mindkettő egyaránt 32%).

²⁹ Olyan védőnői szolgálat, amely iskolavédőnői feladatokat is ellát

e) nagyon alacsony létszámú körzetek, ahol nem elégséges a finanszírozás a védőnői teljes munkaidejű foglalkoztatásához.

A NEAK adatsora szerint az ország 4023 területi védőnői szolgálatából összesen 182 a nagyon alacsony létszámú (300 pont alatt finanszírozott) védőnői szolgálatok száma.

A legtöbb ilyen szolgálat *Baranya megyében* van 24 db, majd *Zala megyében* 23 db őket követi *Borsod-Abaúj-Zemplén megye* és *Vas megye* 21-21 db, és végül *Somogy megye* 16 db alacsony finanszírozású körzettel.

Amint azt már a korábban kiadott, AJB-1356/2013. sz. ombudsmani jelentés is rögzítette, az országos védőnőtől kapott adatok alapján, a 33 leghátrányosabb helyzetű (a továbbiakban: LHH) kistérségben átlagosan több családlátogatást végeznek az egyes gondozottak csoportjában és a fokozott gondozást igénylők körében is a védőnők. Az adatok alapján megállapítható volt továbbá, hogy a 3-6 éves korú gyermekek kivételével a 33 LHH kistérségben az egy gondozottra jutó védőnői tanácsadáson való megjelenések száma magasabb az országos adatokhoz képest. Az adatok többsége továbbá arra engedett következtetni, hogy a 33 LHH kistérségben a gyermekek veszélyeztetettsége magasabb, egészségi állapotuk rosszabb.

A területi védőnői ellátáshoz való hozzáférést leginkább akadályozó tényezők fentebb ismertetett adatai alapján, valamint a LHH települések listájának összevetésével a következők állapíthatóak meg:

*A legtöbb LHH (a 33 leghátrányosabb, komplex programmal segítő kistérség) kistérséggel rendelkező megye **Borsod-Abaúj-Zemplén megye**, 10 LHH kistérség tartozik hozzá. Ugyanakkor a védőnői ellátáshoz való hozzáférés szempontjából is a legrosszabb eredményeket mutatja, magas a 3 vagy több települést ellátó szolgálatok száma, a legmagasabb a tartós helyettesítéssel ellátott szolgálatok a száma, kiemelkedően a legmagasabb a vegyes körzeteinek száma, és igen magas a kiemelten magas létszámot ellátó, ugyanakkor az alacsony finanszírozású körzetek száma is.*

*Borsod-Abaúj-Zemplén megye után **Szabolcs-Szatmár-Bereg megye** a következő legmagasabb LHH kistérséggel rendelkező megye, 6 LHH tartozik hozzá. A védőnői ellátáshoz hozzáférés szempontjából Szabolcs-Szatmár-Bereg megye, az 5 mutatóból 3-ban mutat rossz eredményeket: magas a tartós helyettesítéssel ellátott, valamint a vegyes körzetek száma, és az összes szolgáltató több mint egyharmadához tartozik a megengedett létszám feletti ellátott.*

Somogy megyéhez 4 LHH kistérség tartozik. A védőnői ellátáshoz való hozzáférés szempontjából nehézségekkel küzd az ötből három területen: magas a 3 vagy annál több települést ellátó védőnői szolgálatok száma, az összes szolgáltató több mint egyharmadához tartozik a megengedett létszám feletti ellátott, ugyanakkor magas az alacsony finanszírozású körzetek száma is.

Zala megyéhez szintén 4 LHH kistérség tartozik. A védőnői ellátáshoz való hozzáférésre leginkább negatív hatást gyakoroló öt szempontból kettővel kapcsolatban vannak problémái: magas a 3 vagy annál több települést ellátó védőnői szolgálatok, valamint az alacsony finanszírozású körzetek száma is.

Baranya megyéhez 3 LHH kistérség tartozik. Az öt védőnői ellátáshoz hozzáférést leginkább hátrányosan meghatározó kategóriából háromban rosszak az eredményei. Magas a 3 vagy annál több települést ellátó védőnői szolgálatok, valamint a tartós helyettesítéssel ellátott szolgálatok száma, ugyanakkor magas az alacsony finanszírozású körzetek száma is.

Mindebből következik tehát, hogy éppen a leghátrányosabb kistérségekben a legproblémásabb a védőnői ellátáshoz való hozzáférés. A leghátrányosabb kistérségek rendelkeznek ugyanakkor a potenciális lakóhelyközeli prevenció ellátást igénylők legmagasabb számával is, ha figyelembe vesszük az Országos Tisztifőorvosi Hivatal által is hivatkozott MicroOLEF2007 adatait. Eszerint a szűrőről távolmaradók nagy része éppen az alacsony

iskolázottságú, magát szegénynek valló társadalmi csoportból kerül ki, akik a nőgyógyászhoz csak akkor fordulnak, ha panaszaik vannak. Egy a méhnyak és emlőszűrés helyzetével foglalkozó korábbi tanulmány³⁰ adatai szerint is az öt legalacsonyabb kistérségi részvételi arány a méhnyakcitológiai (orvosi) vizsgálaton a hátrányos helyzetű/halmozottan hátrányos helyzetű településeket érintette.

Összegzés

A népegészségügyi méhnyakszűrés védőnőkhöz való telepítése önmagában, **alapjogi szempontból nem aggályos**. A jogalkotó kellő felkészülési idő biztosítása mellett vezette be a feladatot, a képzési rendben felmenő jelleggel megjelent a szükséges oktatás, a már az ellátó rendszerben dolgozók számára pedig ingyenes tanfolyamokon tették lehetővé a képzettség megszerzését. Ennek ellenére a képzést mindeztáig igen nagy számú védőnő nem végezte el. A képzés abszolválásának hiánya ugyanakkor **az alapellátási feladat biztosításáért felelős önkormányzatokat hozza lehetetlen helyzetbe**: vagy elbocsátják (szerződést bontanak) a képzést igazolni nem tudó védőnővel, és ezzel jelentős szakmai tapasztalatot és helyismeretet veszítenek el, azzal hogy bizonytalan az olyan új munkaerő jelentkezése aki a képzést igazolni tudja; vagy pedig felvállalják, hogy nem a jogszabályi előírásoknak megfelelő védőnői alapellátást biztosítják, ami viszont *a lakosai egészségéhez való jogával összefüggésben aggályos, tekintettel arra, hogy továbbra sem jut el a szűrővizsgálat a célcsoporthoz.*

A népegészségügyi méhnyakszűrés jelenlegi jogszabályi rendezése tehát nem garantálja, hogy a program elérje eredeti célkitűzését, azt, hogy minél magasabb arányban érje el a rászoruló célcsoportokat. Hiányoznak ugyanis az olyan átmeneti szabályok, amelyek lehetővé teszik az egyes védőnői részfeladatok esetleges átcsoportosítását az egyes védőnői körzetek között, elősegítve azt, hogy pl. a méhnyakszűrést lakóhelyközeli módon, olyan védőnő végezhesse el, aki rendelkezik a megfelelő végzettséggel és motivált is.

A hátrányos helyzetű régiók eleve nagyobb kihívást jelentenek a védőnői munka szempontjából, egyben annak legfontosabb színterei: a veszélyeztetett gyermekek aránya 2-3 szorososa a más régiók veszélyeztetettség arányának, az egészségügyi szolgáltatóktól érkező gyermekvédelmi jelzések több, mint 75%-a védőnői jelzés.³¹ A leghátrányosabb kistérségek rendelkeznek ugyanakkor a potenciális lakóhelyközeli prevenció ellátást igénylő populáció legmagasabb arányával.³² Ennek ellenére éppen a leghátrányosabb kistérségekben a legproblémásabb a védőnői ellátáshoz való hozzáférés. Olyan szolgáltatóknál jelentkezik tehát a többletfeladat, akik eleve túlterheltek, és akiknek munkája garanciális jelentőségű a gyermek védelemhez és gondoskodáshoz való jogával -, valamint az ellátási területen élők egészségéhez való jogával összefüggésben.

Amint azonban azt már több korábbi, még a népegészségügyi méhnyakszűrés feladatának védőnőkhöz történt telepítését megelőzően kiadott ombudsmani jelentésben³³ is hangsúlyoztam, a védőnői ellátáshoz való hozzáférés az ország területén *egyenlőtlen: annak funkcionális elérhetlensége*

³⁰ Sándor János, Szücs Mária, Kiss István, Boncz Imre, Sebestyén Andor, Kiss Adrienn, Ember István: Méhnyak- és emlőrákszűrés a magyarországi kistérségekben, In.: LAM2003; 13(4); 310-316.

³¹ AJB-1356/2013. sz. jelentés, az Országos vezető Védőnő által szolgáltatott adatok.

³² MicroOLEF2007 adatai - *Eszerint a szűrésről távolmaradók nagy része éppen az alacsony iskolázottságú, magát szegénynek valló rétegekből kerül ki, akik a nőgyógyászhoz csak akkor fordulnak, ha panaszaik vannak.; Egy a méhnyak és emlőszűrés helyzetével foglalkozó korábbi tanulmány adatai szerint is az öt legalacsonyabb kistérségi részvételi arány cervixcitológiai vizsgálaton hátrányos helyzetű/halmozottan hátrányos helyzetű településeket érintett.* (Sándor János, Szücs Mária, Kiss István, Boncz Imre, Sebestyén Andor, Kiss Adrienn, Ember István: Méhnyak- és emlőrákszűrés a magyarországi kistérségekben, In.: LAM2003; 13(4); 310-316.)

³³ AJB-3089/2010., AJB- 1356/2013

vagy korlátozott elérhetősége pedig az adott területen élő személyek – különösen a hátrányos helyzetű térségekben ellátottak – egészséghez való jogával összefüggő visszásságot okoz.

Fentiekre tekintettel megállapítom, hogy a védőnői körzetek kialakításakor az egy védőnő által ellátható személyek jelenlegi módon történő meghatározása, az tehát, hogy a jogszabályi rendelkezés nem alkalmaz a település szerkezete, a lakosság összetétele, egészségi állapota, szociális helyzete tekintetében súlyozott értékelést és felsőhatárt az ellátandó személyek számának tekintetében az alapjogok érvényesülésének garanciáját jelentő személyre szabott ellátás megvalósulását akadályozhatja. Mindez felveti a gyermek védelemhez és gondoskodáshoz való jogával, valamint az egészséghez való joggal összefüggő alkotmányos visszásság bekövetkezésének a közvetlen veszélyét.

Intézkedéseim

A jelentésben feltárt alapvető jogokkal összefüggő visszásság bekövetkezése miatt és a jövőbeli jogsérelem lehetőségének elkerülése érdekében az Ajbt. 37. §-a alapján *felkérem* az emberi erőforrások miniszterét, hogy

- a) a védőnői hivatásrend, valamint az alapellátás megszervezéséért felelős önkormányzatok képviselőinek bevonásával – fontolja meg a jelentésben vizsgált hatályos jogi szabályozási környezet célzott felülvizsgálatát, és ennek alapján **átmeneti szabályok megalkotását** annak érdekében, hogy lehetővé váljon egyes védőnői részfeladatok esetleges átcsoportosítása az egyes védőnői körzetek között.
- b) Az egyes védőnői ellátási körzetek kialakításakor a szabályozás legyen figyelemmel az ellátandó személyek létszámán túlmutató szempontokra is, így kerüljön sor súlyozott értékelésre a **település szerkezete, a lakosság összetétele, egészségi állapota, szociális helyzete** tekintetében, valamint **differenciált felső határ** alkalmazására az ellátandó személyek számának meghatározásakor.

Budapest, 2019. december 19.



Dr. Kozma Ákos

Védőnői szolgálatok adatai típus szerinti bontásban
2018. május havi szerződésadatok alapján

Megye	Területi és vegyes védőnői szolgálatok										Iskolavédőnői szolgálatok						
	Területi szolgálatok száma (db)	Vegyes szolgálatok száma (db)	Összes területi szolgálat száma (db)	Betétlelen területi szolgálatok száma (db)	Betétlelen vegyes szolgálatok száma (db)	Összes betétlelen szolgálat száma (db)	Helyettesítéssel ellátott, nem betétlelen területi szolgálatok száma (db)	Helyettesítéssel ellátott, nem betétlelen vegyes szolgálatok száma (db)	Összes helyettesítéssel ellátott, nem betétlelen szolgálat száma (db)	Összes területi és vegyes szolgálatok száma (db)	Tartós helyettesítéssel ellátott, csökkentett finanszírozásban részesülő területi szolgálatok száma (db)	Tartós helyettesítéssel ellátott, csökkentett finanszírozásban részesülő vegyes szolgálatok száma (db)	Összes tartós helyettesítéssel ellátott, csökkentett finanszírozásban részesülő szolgálatok száma (db)	Szolgálatok száma (db)	Betétlelen szolgálatok száma (db)	Helyettesítéssel ellátott, nem betétlelen szolgálatok száma (db)	Tartós helyettesítéssel ellátott, csökkentett finanszírozásban részesülő szolgálatok száma (db)
01 Bács-Kiskun megye	81	85	166	6	6	8	14	13	8	21	10	12	22	36	0	7	2
02 Bács-Kiskun megye	86	130	216	5	5	7	12	18	16	34	3	8	11	53	0	4	0
03 Békés megye	61	86	147	1	1	10	11	8	5	13	3	9	12	36	3	3	0
04 Borsod-Abaúj-Zemplén megye	97	242	339	1	1	26	27	14	29	43	0	32	32	63	0	5	0
05 Csongrád megye	74	100	174	2	2	0	2	8	16	24	0	2	2	46	1	0	0
06 Fejér megye	66	98	164	5	5	10	10	10	17	27	4	10	14	33	0	5	3
07 Győr-Ménfőcsanak-Sopron megye	83	90	173	1	1	8	9	9	10	19	0	14	14	46	2	8	2
08 Hajdú-Bihar megye	115	106	221	1	1	9	10	15	9	25	1	8	9	56	1	3	0
09 Heves megye	49	91	140	6	6	16	22	4	6	10	2	9	11	29	4	1	0
10 Komárom-Esztergom megye	58	60	118	6	7	13	13	9	7	16	2	5	12	28	1	2	1
11 Nógrád megye	27	66	93	6	6	20	26	5	5	10	6	24	30	15	0	2	0
12 Pest megye	319	169	488	17	23	40	24	11	11	35	5	9	14	120	10	6	1
13 Somogy megye	26	132	158	6	6	9	15	1	12	13	4	10	14	16	0	2	0
14 Szabolcs-Szatmár-Bereg megye	77	196	273	4	4	12	16	5	21	26	3	16	19	46	1	1	1
15 Zala megye	66	104	170	9	9	22	31	6	10	16	5	13	18	35	1	2	1
16 Tolna megye	24	84	108	0	0	4	4	2	12	14	0	2	2	16	0	1	0
17 Vas megye	54	58	112	2	2	0	2	7	7	14	4	3	7	25	1	1	0
18 Veszprém megye	73	66	139	2	2	8	10	11	13	24	1	8	9	37	1	2	0
19 Zala megye	58	75	133	7	7	6	13	5	6	11	7	7	14	28	1	2	0
20 Budapest	485	6	491	18	18	0	18	50	0	50	1	0	1	234	12	26	2
Ország összesen	1 979	2 044	4 023	105	105	200	305	225	220	445	66	201	267	998	39	83	13

Védőnői szolgálatok létszámadatai és átlagfinanszírozásuk típus szerinti bontásban
2018. május havi szerződésadatok alapján

MEGYE	Területi védőnői szolgálatok adatai										Iskolavédőnői szolgálatok adatai			
	Szolgálatok száma (db)	Szolgálatok által ellátott létszám (fő)	Egy szolgálatra jutó átlag létszám (fő)	3 vagy több települést ellátó védőnői szolgálatok száma (db)	Elhártható létszám feletti ellátó szolgálatok száma (313) (db)	500 pont alatti finanszírozott szolgálatok száma (város) (db)	300 pont alatti finanszírozott szolgálatok száma (község) (db)	Területi védőnői szolgálatok átlag finanszírozása (eFt)	Szolgálatok száma (db)	Szolgálatok által ellátott létszám (fő)	Egy szolgálatra jutó átlag létszám (fő)	Iskolavédőnői szolgálatok átlag finanszírozása (eFt)		
01 Baranya megye	166	33 222	200	60	10	9	24	355,1	36	30 820	856	416,3		
02 Bács-Kiskun megye	216	52 084	241	0	44	12	11	376,8	53	41 952	792	400,3		
03 Békés megye	147	30 839	210	0	17	35	11	334,5	36	28 649	796	396,9		
04 Borsod-Abaúj-Zemplén megye	339	88 631	261	46	108	11	21	380,9	63	44 113	700	348,8		
05 Csongrád megye	174	40 985	236	0	32	9	6	368,1	46	34 187	743	370,7		
06 Fejér megye	164	47 552	290	1	57	1	1	406,8	33	31 082	942	422		
07 Győr-Ménfőcsanak-Sopron megye	173	48 691	281	29	41	4	2	414,4	46	41 133	894	413,5		
08 Hajdú-Bihar megye	221	55 945	253	0	41	13	0	393,1	56	51 501	920	432,4		
09 Heves megye	140	32 916	235	5	29	13	9	357	29	24 325	839	417,1		
10 Komárom-Esztergom megye	118	31 492	267	3	31	4	2	394,9	28	25 436	908	425		
11 Nógrád megye	93	20 307	218	14	117	10	7	345,3	15	11 542	769	387,5		
12 Pest megye	488	138 113	283	1	117	0	2	421,6	120	96 672	806	384,2		
13 Somogy megye	158	41 476	263	50	52	4	16	373,6	16	12 486	780	382,5		
14 Szabolcs-Szatmár-Bereg megye	273	75 532	277	16	87	5	8	392,4	46	38 828	844	406,3		
15 Jász-Nagykun-Szolnok megye	170	42 451	250	0	41	17	4	363,1	35	28 770	822	395,5		
16 Tolna megye	108	27 877	258	13	30	7	8	370	16	11 186	699	354,1		
17 Vas megye	112	23 131	207	41	9	5	21	361,3	25	21 996	880	423,4		
18 Veszprém megye	139	31 210	225	40	14	16	6	377,2	37	29 909	808	398,5		
19 Zala megye	133	26 191	197	48	9	13	23	345,9	28	20 646	737	366,2		
20 Budapest	491	123 641	252	0	45	6	0	427	234	207 716	888	472,6		
Ország összesen:	4 023	1 012 286	252	367	838	194	182	387,5	998	832 939	835	402,8		