



„Beteg vagy egészségügy”

A betegjogok helyzete
egy átalakuló rendszerben,
avagy
kinek fontos a beteg?

Az alapvető jogok biztosának
konferenciakiadványa

2012

„Beteg vagy egészségügy”

A betegjogok helyzete egy átalakuló
rendszerben,
avagy kinek fontos a beteg?

Az alapvető jogok biztosának
konferenciakiadványa

2012

Az alapvető jogok biztosának kiadványát
az Emberi Erőforrások Minisztériuma támogatta.

Szerkesztette

Dr. Borza Beáta

Kézirat lezárva: 2012. augusztus

ISBN 978 963 891 709 6

Kiadó: Alapvető Jogok Biztosának Hivatala

1051 Budapest, Nádor utca 22.

Telefon: 475–7100, Fax: 269–1615

Internet: www.ajbh.hu; www.gyermekjogok.ajbh.hu

Felelős kiadó: PROF. DR. SZABÓ MÁTÉ

A kötetet Kempfner Zsófia tervezte

Készült a Mondat Kft. nyomdájában

Szabó Máté (az alapvető jogok biztosa) <i>Bevezetés – Jog az egészséghez – avagy betegjog?</i> <i>A jogállami kritériumok érvényesülése az egészségügyben</i>	7
--	---

Előadások

Borza Beáta (AJBH, főosztályvezető) <i>„Emberi méltóság az egészségügyben” – Lehetőségek és küzdelmek az ombudsman munkájában</i>	19
Lux Ágnes (AJBH, jogi főreferens, ELTE ÁJK) <i>Beteg – gyerek – jogok</i>	26
Farkas Zsuzsanna (AJBH, jogi főreferens, megbízott oktató SZTE ÁJK) <i>A szakorvosjelölt ügyeleti megmérettetései</i>	33
Papp Magor (a Magyar Rezidens Szövetség elnöke) <i>Helyzetkép az egészségügyről a fiatal orvosok szemszögéből</i>	56
Mogyorósi Dorottya (szakmai főtanácsadó, EMMI) <i>Az egészségügy átalakulása – a betegek és/vagy az orvosok érdeke</i>	64
Kovács József (egyetemi tanár SE Magatartástudományi Intézet) <i>A betegjogok helyzete a bioetika szemszögéből</i>	69
Láposy Attila (AJBH, jogi főreferens, megbízott oktató ELTE-ÁJK) <i>Az életvégi döntések létjogosultsága – Helyzetkép az ombudsmani vizsgálat közben</i>	95

Szakmai hozzászólások, kiegészítések

- Matkó Ida** (Kaposi Mór Oktató Kórház Kaposvár,
Szószóló Alapítvány elnöke)
Csak pénz kérdése? 103
- Scheiber Dóra** (Országos Gyermek-egészségügyi Intézet)
*Az Országos Gyermekegészségügyi Intézet (OGYEI)
gyermek betegjogok és gyermekbántalmazás területén
kifejtett tevékenysége* 110
- Kovácsy Zsombor** (ügyvéd, az EBF egykori elnöke)
Beteg- vagy jogvédelem? 117
- Sziklay Júlia** (Nemzeti Adatvédelmi és Információ-
szabadság Hivatal, főosztályvezető)
Betegjogi adatvédelem 123
- Kereszty Éva** (SZTE Általános Orvostudományi Kar
Igazságügyi Orvostani Intézet)
Betegjogok a gyakorlatban – szakértői és oktatói tapasztalatok 127

Kapcsolódó tanulmányok

- Juhász Zoltán** (AJBH, jogi főreferens, megbízott oktató
ELTE ÁJK)
*Az orvosi tevékenységgel okozott károk miatt beálló polgári
jogi kártérítési felelősség alkotmányos alapja és társadalmi
funkciója, különös tekintettel az „elvárható gondosság”
problémájára* 145
- Borza Beáta** (AJBH, főosztályvezető) – **Csikós Tímea**
(AJBH, jogi főreferens)
*A szentgotthárdi pszichiátriai intézetben végzett vizsgálá-
latokról, avagy paradigmaváltás egy totális intézményben* 180

Függelék

- Egy kiállítás elé*
Hárdi István megnyitó beszéde 199

Bevezetés

Jog az egészséghez – avagy betegjog? A jogállami kritériumok érvényesülése az egészségügyben

Az egészségügy kérdéseit, a betegjogok érvényesülésének hazai és nemzetközi körülményeit feltáró szakemberek, valamint a mind- ezt 2007 óta folyamatosan monitorozó alapjogi ombudsman 2012. április 28-án Budapesten, az Alapvető Jogok Biztosának Hivatala Dísztermében megtartott szakmai konferencia (szervezte dr. Borza Beáta főosztályvezető) keretében próbálta vázolni a betegjogok és az egészségügyi fogyasztóvédelem helyzetének mai dilemmáit. Noha évtizedek óta a még jobb, még olcsóbb ellátás a cél, az egészségesebb társadalom céljával, mégis egyre több a kiszolgáltatott, védtelen, beteg ember, idős, fogyatékos, gyermek, hajléktalan, menekült speciális ellátásra szoruló marad ellátatlanul, segítség nélkül, reménytelenül. Az egészségügy, ami ma már állítólag „nem finanszírozható”, a társadalmi és egyéni problémák és ellentmondások hű tükre. Jellemezhető ez a profil a szegényebb néprétegek magasabb gyermekhalandóságával, a munkahely elvesztésével párosuló mentális és egészségi problémákkal, a kielégítetlen és kielégíthetetlen, a fogyasztói társadalom logikájára szabott elvárásokkal. Ez a gyakorlatban a deviáns magatartásokra, ön- és környezetpusztításra vezető feszültségekkel, anomáliákkal jár. A drogfogyasztás nő a gyermekek között, az interneten terjed a gyermekpornográfia, a szexuális abúzus és az erőszak kultusza, az egészségügy rendszerre – de olykor az alkalmazható terápia is – pedig csak egy jóllakott csiga tempójában követi e gyorsan terjedő, veszélyes tendenciákat. Mindez súlyos problémákat vet fel az egészséghez való jog, avagy

a betegjog kérdéseivel kapcsolatosan, amelyeknek bizonyos szeleiteit e konferenciakötet fogyasztásra és emésztésre tálalja fel az olvasónak.

De az elmékedés ma már nem elég! Magát a gyógyítás társadalmi rendszerét akarjuk meggyógyítani, miközben annak el kell látni az „ellátottak” (értsd: rászoruló emberek) növekvő és egyre nehezebben kezelhető tömegét – a hajót itt is a vízen kell átépíteni, akár az oktatásban és a szociális ellátásban. Az egészségügyi rendszer átalakítása régóta „folyamatban van”, a Semmelweis Terv programja kihívás és homlokot ráncoló gond minden döntéshozó számára.

De ettől még nincs válasz egy sor égető kérdésre, ízelítőül említek meg néhányat. Miért kell ma a fekvőbeteg-ellátás nagy intézményeit, a kórházakat centralizálni és állami fenntartásba venni? Évtizedek óta megfigyelhetjük a szomszédos Ausztriában a helyi igényeket magas színvonalon kielégítő, a csúcstechnológiát is alkalmazni képes kisebb egységek életképességét, és hogy a beteg és az őt ellátó egyaránt jobban érzi magát, jobban kommunikál a kisebb egységben. Miért ez az új centralizmus, csak fiskális alapja van, vagy több annál? A praxiskezelő célja a háziorvosok számának növelése, de elérhető-e ez a mai bizonytalanságok mellett, megtérül-e a háziorvos befektetése a bizonytalan egészségügyi rendszer befektetői környezetében? Mi a helyzet az egészségbiztosítással, az egészségbe való hosszabb távú egyéni/családi befektetéssel, szélesebb értelemben az öregedő társadalom egészségügyre fordítható eszközeit biztosító nyugellátás rendszerével? És az utánpótlás: ki marad itthon, ki váltja le a nem jól kereső és bizonytalan helyzetű, egyre öregedő orvosi és általában egészségügyi dolgozó állományt, ha aki teheti, külföldre megy? A fiatal doktorok béreiket emelték, mégsem elégedettek, hiszen helyzetüket nemcsak a pénzhiány, hanem a bürokratikus tehetetlenség, a flexibilis, innovatív politika hiánya, a megértés és elfogadás problémája is nehezíti, egy olyan oktatási rendszer, mely „lehúzza”, „röghöz köti” azokat, akik itt végeztek, ahelyett, hogy vonzó hazai életpályát kínálna.

A betegjogok státusa – legalábbis nevében – megjelent az Országos Betegjogi, Ellátottjogi, Gyerekjogi és Dokumentációs Központ intézményében, de ennek valóját csak később láthatjuk és mérhetjük meg, mert 2012. szeptember elejéig még nem működött ez az új hivatal. Lesz miről kérdezni, hisz a közel kétéves megszakítás (ti. 2011 eleje óta nem volt intézményes betegjogvédelmi panasz fórum) után jó néhány rendszerbéli anomáliára mutat rá az ombudsman vizsgálatának tapasztalata.

A különösen kiszolgáltatottak a betegjogaikat mindig nehezebben képesek érvényesíteni, ezért az ő helyzetük speciális segítséget igényelne, aminek nem nagyon látjuk a jeleit, intézményeit, eljárásait. Itt kell említenünk, felsorolnunk a teljesség igénye nélkül őket; az idősek, a gyerekek, a fogyatékossgal élők, a hajléktalanok, a fogvatartottak, az AIDS-betegek, a veszélyeztetett homoszexuálisok és drogfogyasztók, a menekültek, és végül, de egyáltalán nem az utolsó sorban a pszichiátriai betegek, akik csoportjába jó néhányan kerülnek a megelőző csoportba tartozók közül. Az alapjogok tekintetében úgy, mint tájékoztatáshoz való jog, önrendelkezés és szabad mozgáshoz való jog érvényesíthetőségének hiányosságai, de más területek vonatkozásában is e betegcsoportok helyzetében állapítottuk meg a legégetőbb visszasságokat egészségügyünk gyakorlatában. A gyengék lesznek itt is a vesztesek?

Kétes dicsőség hazánkra nézve, hogy a szentgotthárdi pszichiátriai otthon (Fővárosi Önkormányzat Pszichiátriai Betegek Otthona, 1952-ben kezdte meg működését) ma egész Európa legnagyobb pszichiátriai bentlakásos intézménye a maga 782 lakójával és közel 300 dolgozójával. Azonban ma Európa az ún. „kitagolás” koncepciójával az ilyen nagy intézmények kisebb egységekre, élhető, autonóm közösségekre bontását, alakítását szeretné elérni. Ez Szentgotthárd esetén is, amint a kormány rendeli, kb. 30 éves periódusra tervezett folyamat, amelyre egyelőre csak javaslatok, elképzelések vannak, de pénzek, jóváhagyott tervek és valódi kötelezettségek még nem. Vajon az otthon hány mai lakója és dolgozója fog ezekben a kis, átlátható, autonóm egységekben élni és

dolgozni? Vigyázat! Ez nem költői, hanem ombudsmani kérdés, amely éppen a helyzet fonákságaira, visszásságaira akar rávilágítani. Egy 2010-ben hivatalból megindított vizsgálat óta folyamatos ombudsmani figyelem kíséri az intézet működését, legutóbb az AJB-457-/2012. számú jelentésben foglaltuk össze az érzékelhető változtatásokra vonatkozó megállapításainkat. A „Válság vesztesei” elnevezésű projekt lokális fókuszpontjaként Szentgotthárd kistérségét számos aspektusból elemző jelenleg folyamatban lévő, ombudsmani vizsgálatorozatnak is szerves része a Pszichiátriai Betegek Otthonának kitagolására vonatkozó koncepció megvalósításának monitorozása.

Hasonlóan időzített bomba az Igazságügyi Megfigyelő és Elmegyógyító Intézet (IMEI), melyet 1896-ban hoztak létre a büntetés-végrehajtás intézményi szervezetén belül. A 2009-es helyszíni vizsgálat döbbenetes tapasztalatai és a 2012. júliusi utóvizsgálaton látottak megerősítették, hogy sem a személyi, sem a tárgyi feltételek nem felelnek meg egy 21. századi, korszerű terápiás intézménynek, akkor sem, ha az – elsősorban – a bv. keretein belül működik. A korábbi vizsgálatot követően az igazságügyi tárca – együttműködve az egészségügy szakmai grémiumaival – ígérte az intézet korszerű működésének megteremtését, a szakmai háttér megerősítését, mindez azonban ez idáig csupán terv maradt. Évek, talán évtizedek óta a büntetés-végrehajtás vezetése is elismeri: embertelen és megalázó körülmények között él, dolgozik, „gyógyul” és szenved orvos, ápoló és beteg a Bv. központi kórházában ahol a legveszélyesebb személy elleni bűncselekmények elkövetői is előfordulnak. Biztonság és gyógyulás, lepusztult, tönkrement évtizedek óta széteső falak és felszereltség, előregedő orvosgárda, ki és mire vár még, meddig tart a tervezgetés az OPNI-utódtintézmény és az új IMEI egybenyitására? Udvarisan fel sem teszem a szentgotthárdi intézménnyel kapcsolatos, a mérhető és kalkulálható, az emberi méltóság teljesebb érvényesülését ígérő jövőperspektívára vonatkozó kérdést, de ne legyen igazam, boldogan vállalnám a Kasszandra-szerepet, ha tudnám, mikor lesz az új IMEI és az

OPNI-utódintézmény olyan alapkőletétele, amely nem csupán ceremónia, hanem az építkezés kezdete.

Az ombudsman szervezte találkozón jelen voltak azok a szakemberek is, akik a rászoruló társadalmi csoportok egészségügyi ellátását végzik. A rászoruló csoportok tekintetében a különféle csoportokat érintő alapjogi érvek összefüggnek; a fogyatékosági ügyi elvek az idősgüggyel, a hajléktalanok igényei a betegekével, akár a pszichiátriában, avagy a menekültgondozásban. A modern és a posztmodern, globalizálódó társadalom kialakulása olyan jogi gondolkodást jelent, melyben a jogok nyelve az egyenlő bánásmód követelményét, ennek érdekében a speciális jogosultságok biztosítását, a mindenki számára való emberi méltóság garanciájaként tartalmazza. A demokráciában politikai modellváltást jelent az elismerés biztosítása minden kirekesztett csoportnak, amely a jogok biztosításának tekintetében az egészségügyet is változásra kényszeríti, gondoljunk a mesterséges megtermékenyítés, a szervátültetés, a mentális reorganizációs programok, a nemi szerepek megváltoztatásának, a fogyatékosággal élők méltóságának, intézeti létük autonóm és transzparens közösségekre váltó igénynek eljárási és intézményi komplexumaira. A 20–21. században a medicinában kialakult technológiai tudás és kapacitás a betegség átértelmezésében, a páciens önrendelkezési joga tekintetében, az orvosi és általános etikában olyan modellváltást hozott, mely a beteg jogairól szóló megújuló diskurzusban és a betegfogalom, az orvos-beteg viszony újragondolásában kapott változó és megújuló értelmet.

Ma a testi és lelki egészség egyformán fontos, ahol a társadalom többsége, valamint a rászoruló csoportok számára – és ide sorolom a gyerekeket is – sajnos csak nyomokban van meg a valószínű esélyegyenlőség, egy olyan egészségügyi rendszerben, amely a gazdag és a szegény ember különbségét a paraszolvencia legitimálásával rendszeralkotó elvként intézményesíti, és ezzel a tényleges jogegyenlőséget veszélyezteti. Pedig mégis gyakran és néha hangosabban panaszkodik a szakképzett egészségügyi

dolgozó, mint a betegek tömege. (Szegény egészségügy! Egészségügyről vagy „betegségügyről” folyik ez a disputa?)

Az elmúlt években az „Emberi méltóság korlátok nélkül” projektorozatban – mi magunk csak „méltóságprojektek”-nek hívjuk – olyan társadalmi csoportok alapjogainak érvényesülésével, érvényesíthetőségével foglalkoztunk, amelyek valóban „rászoruló csoportok”. Az alapjogok kódexe szerinti rászoruló csoportjainak a vizsgálatokban megjelenő problémái az ombudsmani repertoár, eszköztár összes eszközének felhasználásával kerültek feltárásra, és mutatták meg a jogállami működést terhelő visszásságok sorozatát a különböző területeken. A hajléktalan emberek sorsa 2008-ban, 2009-ben a fogyatékossgal élő emberek helyzete, méltóságuk, jogegyenlőségük védelme és esélyegyenlőségük minél teljesebb elősegítése volt az ombudsmani vizsgálatok fókuszában. A 2010-es évben az idősek helyzetét, az időskor társadalmi, jogi és szociológiai aspektusait vizsgáltuk „Méltóképpen Időskorban” címmel. A 2011-es évben a betegek/páciensek jogainak érvényesülését, az egészségügy egyes kényes vagy sok éve megoldatlan kérdéseit, és a legfontosabbat: az orvos-beteg bizalmi viszony mai jelentőségét értelmeztük.¹ 2012-ben a munka méltóságának biztosítékai, a munkajog átalakulásának dilemmái, és a fogvatartottak méltósága, a büntetés-végrehajtás humanizálása alkották a méltóságvizsgálatok két pillérét munkánkban, mindkét témáról önálló projektfüzetet tervezünk kiadni 2013-ban.

Az elmúlt években felerősödött a betegjogok jelentősége mind a hazai, mind a nemzetközi szintéren. Ez részben a megnövekedett várakozások fényében tapasztalható elhanyagolt helyzetek bemutatásának következtében ment végbe, amelyben a hazai ombudsmani intézmény nem jelentéktelen szerepet játszott. Ennek tudatosítása fontos feladatunk volt, akár a hazai egészségügy egy-egy kérdésében, akár európai kitekintésben. Fontos hangsúlyozni,

1 Lásd a tematikus projektfüzetekben, melyek teljes szövege elérhető a <http://www.obh.hu/allam/index.htm> linkre kattintva.

hogy a páciensek egyenlő méltósága, rászorultságuk mértékének és nem anyagi teherbíró képességük, avagy kapcsolati tőkékjük szerinti szelekciójuk a gyógyító munka fenntarthatóságának és hatékonyságának, valamint jogállami és demokratikus alapjainak előfeltételei a 21. században. Az orvos és minden egészségügyi dolgozó méltóságának elismerése a jog által, pedig ugyancsak a gyógyítás sikerét segíti elő. A jogállami elvek nem veszítik el érvényüket az egészségügyben akkor sem, ha az egyik szereplő (csoport) a tudás hatalmával és az apparátus összes eszközeivel, a másik „szereplőgárda” pedig csupán a szenvedés sajátos profiljával és az elesettség súlyával áll rá az egyenlő jogok érzékeny mérlegére. Nehéz az egyensúlyt megtalálni, de ennek híján az egészségügy totalitárius sziget, avagy korrupt enklávé lesz a demokráciában avagy, ha a jogállami demokrácia egyébként nem működik, akkor az általános jogállami válság és degradáció egyik alrendszere lehet.

Az egészségügy jogállami elvek alapján álló átvilágítása és demokratizmusának kialakítása régi adósságunk, és az adósság mértékének növekedése a jogállamiság és a demokrácia általános problémáira utal. A demokrácia nem fog kiindulni az egészségügyből, azt ha tetszik, ha nem, külső mérceként kell abba belevinni, az egyéni krízishelyzetek többnyire autoritatív megoldási kísérleteivel terhelt, hierarchikusan szervezett, a demokrácia értékeihez nem szokott területre, akár az oktatásba, a szociális ellátásba. A „demokrácia demokratizálásának” programja az emberi jogok logikájának a politika eszközeivel a társadalmi alrendszerekbe való elterjesztést jelenti bel- és kül-, elsődlegesen Európa-politikai eszköztárral, főként ott, mint nálunk, ahol gyengék a civil társadalom hagyományai. Az ombudsmani intézmény a demokratizálódási folyamatoknak egyik kovásza, élesztője és katalizátora lehet. (Még akkor is, ha a hozzávalókat és a jelentős mennyiségű élmunkát, amelyet ez a folyamat a politika, a jogrend és a társadalom oldaláról igényel, nem is tudja pótolni.)

A hátrányos vagy nehéz helyzetben élők, a gyengébb jogér-

vényesítési képességgel rendelkezők jogainak védelmében való ombudsmani fellépés keretében „Beteg jogaink – egészséges méltóság” címmel, az egészségügy és a betegjogok kérdéseit vizsgáltuk.² Ennek folytatását a mai gazdasági és jogi környezet erőteljes változásai a jövőre nézve is indokoltá teszik. Az egészségügyi és a szociális ellátórendszer aktuális reformja, az orvosképzésben felmerülő problémák, a betegjogvédelem intézményrendszerének átalakítása ugyanis mind olyan nagy horderejű, jelentős következményekkel járó változások, amelyek alapjogi aspektusú folyamatos kontrollja elengedhetetlen a demokratikus, jogállami követelményeknek az egészségügyben való érvényesítése érdekében.

Rendezvényünk célja a szakmai nyilvánosság számára és segítségével, a mai súlyos szakmai és betegjogi kérdések felvetése volt, a jelenlegi helyzet elemzése, értékelése, jó gyakorlatok ismertetése, a betegjogok rendszerében való határozottabb jogállami mércék meghonosításának céljával. A meghívottak között pedig természetesen valamennyi érintett szakma képviselője, egyetemek vezetői, a kamarák elnökei, és országgyűlési képviselők is szerepeltek.

Az elmúlt években a hivatalunkba érkező panaszok száma folyvást emelkedett, 2011-ben csaknem nyolcezer volt. Ebből az egészségügyet és a betegjogokat érintő kb. kétszáz. A panaszok jelentősége, súlya azok számától függetlenül sokkal nagyobb lehet. Vajon mer-e panaszkodni a beteg az orvosra, az egészségügyi intézmény ellen? Megkeresik-e a betegjogi képviselőt, aki egy-egy napon, pár órára érhető el? Visszamennek-e oda a beteg emberek, ahol emberi méltóságukban őket az ún. szakemberek „szakszerűen” sértették meg? Vajon rájuk figyelnek-e ezek a képviselők, avagy az intézményi érdekre, a szakma becsületére, a szakember presztízsére?

Ki jut el a visszautasított, kirekesztett emberek közül az ombudsmanig? A tapasztalatok szerint a magasabban kvalifikált, saját ér-

2 A 2011. évi projekt eredményeit összegző kiadvány teljes szövege elérhető a http://www.obh.hu/allam/2011/pdf/ajb_betegjogi_projekt_2012.pdf linken.

dekérvényesítő képességükben megbízó csoportok tagjai, és nem a kirekesztettek, a pszichiátriai betegek, a gyermekek, a hajléktalanok, az AIDS-betegek. Ördögi körök az „isteni” képességeket, szerepeket gyakorló gyógyítók alapjogi felülvizsgálatának kérdései, hisz ki fogadja el a beteget, a kiszolgáltatott embereket a vád tanúiként a magasan kvalifikált, komoly társadalmi-intézményi csoportba tartozó, ritka és nagyra becsült szakemberekkel szemben? Civil társadalom (betegek) és professzionális társadalom (orvosok) érdekei a gyógyítás és gyógyulás hatékonyságát veszélyeztetve ütközhetnek, ha nem fogja össze őket jogállami konszenzus abban a tekintetben, hogy a beteg ember joga emberi jog, a rászoruló betegek pedig külön ellátásra jogosultak akkor is, ha a pénzügyi-gazdasági környezet, az intézményi hierarchia más logikát ír elő! A jogállami mércét az egészségügyben, az oktatásban, a kulturális életben és a tudományban is érvényesíteni kell, ombudsmannel vagy a nélkül, legjobb, ha önszabályozással, önszerveződéssel történik. Ezt a folyamatot szeretné előkészíteni kötetünk az egészségügyben, ahol a hajnal még mindig várat magára!

*Prof. Dr. Szabó Máté
az alapvető jogok biztosa*

Előadások

Borza Beáta¹

„Emberi méltóság – az egészségügyben” Lehetőségek és küzdelmek az ombudsman munkájában

Betegjogok helyzete egy átalakuló rendszerben – avagy kinek fontos a beteg?

Számos alkalommal értelmezte a biztos az egészségügy alkotmányjogi összefüggéseit, az alapjogok jelentőségét az ellátás különböző fokain, azonban az egész rendszer helyzetét a betegek és az egészségügyben dolgozó szakemberek összefüggésében csupán egy alkalommal, amikor az Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézetet (OPNI) egy gyors intézkedéssel bezárták. Akkor két átfogó jelentésben is² azt emelte ki egyebek mellett az ombudsman, hogy kellően strukturált környezet híján sem a beteg nem kap ellátást, sem a doktorok nem maradnak a szakmában. Az egészségügyi rendszer immanens része a rendeltetésszerűség, azaz van intézmény, van orvos: a beteg gyógyul, ha nincs ellátóhely, nincs orvos: a beteg állapota romlik. Ezt az egyszerű összefüggést fordítottuk le az alkotmányjog nyelvére, és fogalmaztuk meg az Alkotmánybíróság korábbi érveire támaszkodva, hogy sérül a testi és lelki egészséghez való jog akkor, ha az ország egyes területein bizonyos ellátások egészen egyszerűen azért nem elérhetők, mert nincs elegendő szakember, orvos. Más esetekben arra hívtuk fel a figyelmet, hogy mivel az egészségügyi ellátásnak nincs alkotmányos mércéje, a jog nem alanyi jog, szükséges a szakmapolitika olyan érzékeny reagálása, mely szükség esetén alkalmas arra, hogy az egyes ellátások finanszírozását igény szerint, rugalmasan

1 Dr. Borza Beáta főosztályvezető (AJBH).

2 OBH-2464/2007. és AJBH-3536/2009. számú jelentések.

kezelje. Később azt is vázoltuk, hogy a rendszer működtetése a szakemberek elkötelezettségén és az ügyeleti rendszer anomáliáin olyan paradoxon, ami hosszú távon a még működő ellátóhelyeket is ellehetetleníti, s a vágyott helyből (ti. egy jó hírű kórház, jó hírű osztályán) kényszerű, minimálszolgáltató lesz.

Az Alaptörvény XX. cikk (1) bekezdése rögzíti: „Mindenkinek joga van a testi és lelki egészséghez.” E jog érvényesülését Magyarország (...) a munkavédelem és az egészségügyi ellátás megszervezésével, a sportolás és a rendszeres testedzés támogatásával, valamint a környezet védelmének biztosításával segíti elő – folytatódik az alapvetés. Azok a jogi instrumentumok, amelyek rendelkezésre állnak a rendszer működtetésére, ugyancsak pontos definíciókat tartalmaznak a páciensek jogainak – kifejezetten a betegellátás során gyakorolható jogainak – tartalmi keretei tekintetében. Mivel az emberi méltósághoz való jog a lehető legközvetlenebb kiinduló eleme az önrendelkezés jogának, a betegjogi katalógus lényegében sorra vehető ezek alapján.

A legfontosabb, amit az egészségügyi törvény rögtön a második szakaszban rögzít, az annak deklarációja, hogy az egészségügyi szolgáltatások és intézkedések során biztosítani kell a betegek jogainak védelmét. Ugyanakkor arról is mindjárt az elején biztosít a jogalkotó, hogy noha a beteg személyes szabadsága és önrendelkezési joga korlátozható, azonban kizárólag az egészségi állapota által indokolt, és a törvényben meghatározott esetekben és módon. Ennek a rendkívül fontos alapelvnek a gyakorlati megvalósulása olykor nem könnyű sem a doktoroknak, sem más, az ellátásban részt vevő szakembernek, pedig a gyógyító munka nem egyirányú utca.

Az egészségügyi szolgáltató köteles a beteget – egészségi állapotától függően – a felvételekor, illetőleg az ellátás előtt tájékoztatni a betegjogokról, azok érvényesítésének lehetőségeiről, illetve a gyógyintézet házirendjéről. Ezt a rendelkezést ugyancsak alkalmazni kell az önrendelkezési jog gyakorlására jogosult egyéb személy (hozzátartozó, más megnevezettek) vonatkozásában is.

A 2011-es évi betegjogi projekt munka során a biztos természet-

sen az alapjogi szempontrendszerre helyezte a hangsúlyt, és szem előtt tartotta 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 a biztos számára is meghatározó. A biztos álláspontja abban is megegyezik az Alkotmánybíróságéval, hogy a szaktudományos ismeretekkel összefüggő alkotmányossági problémák megoldásához a szaktudományos álláspontoknál szélesebb vizsgálódás is szükséges lehet. Továbbá köztudott, hogy az egészségügyben a jogi normákon, bírósági vagy alkotmánybíróági döntéseken túl komoly jelentősége van az írott és íratlan orvostikai szabályoknak, a szakmai előírásoknak, sztenderdeknek.

Az ombudsman munkájának tehát ezek a kiindulópontjai, az absztrakt alapjogi jogvédelem sarokkövei. Meddig terjed a szakmai követelmény, és hol kezdődnek a beteg jogai, honnan kötelező a visszalépés, hogyan érvényesülhet a katalógus rendszerelméleti dinamikusa, fontos-e egyáltalán a tájékozott beleegyezés intézménye egy aszimmetrikus hierarchikus viszonyrendszerben?

Számos esetben per definitionem, fel kell tenni azt a kérdést, hogy ki a beteg? Ha pedig az egészségügyi ellátást igénybe vevő vagy abban részesülő személyként ezt tisztáztuk, újból önvizsgálatra szorulhat a kutató: kinek fontos a beteg? Nyilván egy jogvédő fórum, ti. az ombudsman, a legszélesebb értelemben vett védelmi funkció, és mivel a kezdetek óta kiemelt figyelmet fordít az egészségügy helyzetére, az egészségügyi intézmények működésére, a betegjogok érvényesülésére, az ombudsman mindenképpen a beteg oldalán álló aktor.

Nyilván azokban a kérdésekben, amelyekben kizárólag az orvosszakma tudománya számára van lehetőség állást foglalni, a biztos nem vizsgálhat, nem kutathat, nem elemezhet. Ennélfogva azok a betegjogi kérdésként artikulált esetek, amelyek szakkérdéseket vetnek fel, és ezzel akár kárfelelősség megállapítása és

kártérítési igény alapítható, nem fogalmazhatók meg az alapjogok szintjén, ezek a kérdések a tudomány igazolását igénylő feladatok. Ugyancsak kivételes a helyzet a szakmai-etikai kérdések körében, noha ezek már tekinthetők afféle szürke zónának az emberi méltósághoz való alapvető jog szempontjából. Ugyanakkor közszolgáltatást végző szervek körébe tartozónak tekintjük az egészségügyi intézményeket, melyek tevékenysége – kivéve tehát a szakkérdéseket – minden tekintetben a biztos vizsgálatainak tárgya lehet.

Évtizedes tapasztalatunk, hogy az emberi méltóság legnehezebben tolerálható sérelmei, amelyek egy egészségügyi intézményben előfordulhatnak (hangnem, bánásmód, figyelemhiány) utólag nem vagy aránytalan erőfeszítésekkel bizonyíthatóak. Ugyanakkor az is tény, hogy jellemzően visszatérőek a panaszok, melyekben számos esetben névtelenséget kér a panaszos, és erős kontúrja van a bizalomhiánynak is.

Egy másik elvi kiindulópont, hogy a beteg, sérült, egészségügyi ellátásra szoruló személyek e helyzetüknél fogva eleve kiszolgáltatott – nem egy esetben „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 betartására.

Maradt tehát annak feltérképezése, hogy mi a helyzet a rendszeren (ti. egészségügyi rendszer) belül, egyes, sokak számára életbevágó jelenség, terápia, kötelezettség miként értelmezhető, és hogyan orvosolható a tátongó szakadék elvek és a gyakorlat között. Ezért is vizsgáltuk a struktúraváltásból eredő problémákat, az ellátások finanszírozásának változásával összefüggő panaszokat, ugyancsak átfogó vizsgálat volt a pszichiátriai betegellátás vizs-zásságainak feltárása, az egyes védőoltásokra vonatkozó társadalmi nyomás egészségügyi vonatkozásai (életkorhoz kötött, H1N1 elleni). Csaknem három évig foglalkoztunk a humán reprodukció, a

humángenetika, a dajkaanyaság nemzetközi és hazai vitáival, végül a szaktárcával folytatott egyeztetés nem vált manifeszt lehetőséggé, bár az elvek és érdekek nem álltak távol. Érdekes volt olyan területeken is az alapvető jogok elveit megmérni, mint a boncolás, a szervadományozás és noha a szabályozás a szerv adományozásnak kedvez, a számadatok az EU-átlaghoz képest mégis rosszabbak nálunk.

Vonzó téma minden jogvédő szervezetnek a tájékoztatás, az ismeretek, az információkhoz való hozzájutás korszerű jelentése, hatása, most például a gyógyító-megelőző ágazat sikere tekintetében. Érvényesül-e a tájékoztatáshoz való jog, vagy valóban kiüresedett-e azzal, hogy a beteg orra elé tolnak egy papírhegyet, hogy írja alá, s máris rendben van a tájékozottság kérdése, noha mindenki számára tudott, hogy a jól tájékozott beteg jobban gyógyul. De hogyan fordulhat elő az, hogy a betegjogok fejlődése, egyre jelentősebb érvénye, a gyakorlat számára nyűg, a rendszer számára afféle deklarált biztonság, valódi minőségbiztosítási legitimáció nélkül?

Az elmúlt évek tapasztalatainak összessége tehát megerősíteni látszik a paternalista szemléletmódot, a partnerként való kezelés hiányát, és talán éppen azért, mert a jogok felől erősebbé vált az innovatív megjelenés. Valójában tehát nem a gyakorlat változott, hanem a jogtudatos, tájékozott páciens lett több. Ezért is még jelentősebb a betegjogokról való gondolkodás, a szakágazatban dolgozók megbecsülése, annak a bizonyos három szereplőnek (beteg-orvos-ellátórendszer) az összhangja. Nem lehet biztonságos, korszerű, mindenki számára hozzáférhető ellátást nyújtani évtizedes problémákkal küzdő, tekintélyelvű intézményi struktúrával, innovációképtelen szakképzési rendszerben.

Az ombudsman számára így kötelező feladat a jogok és kötelezettségek alapvető dilemmáinak megfogalmazása, a demokratikus jogállami eszközök (jogok és elvek) számonkérése még egy olyan zárt rendszerben is, amelytől másfél évtizede még mindez meglehetősen távol állt.

Az ombudsmanok közel húszéves munkájának töredéke folyt az egészségügy rendszerének vizsgálatával, a betegjogok sérelmének kritikájával. Azonban az éves 6-8 ezer beérkező panasz (1995 óta nagyjából így alakul a feldolgozott ügymennyiség) 2-4%-a érint valamilyen egészségügyi kérdést, ami 200-300 körüli ilyen tárgyú ügyet jelent. A statisztika persze nem mutatja meg, hogy egy idős hölgy kórházi ellátásával, egy kisgyereket kísérő szülő gondjával kapcsolatban vagy egy teljes szakma (vö. pszichiátria) hazai helyzetével kapcsolatban állapít meg az ombudsman visszásságot, azonban lényeges, hogy az ügyek típusa e végpontok közé ékelődik.

Az ombudsmani munka mindemellett lehetőség arra, hogy egyes társadalmi csoportok tekintetében is külön-külön lássuk a rendszer működésének anomáliáit, felhívva ezzel a jogalkotó és a szakma figyelmét egyéb, össztársadalmi összefüggésekre. Vizsgáltuk tehát a háborítatlan szülés megvalósíthatóságának hazai korlátait, a gyermekellátás összetett, és a szakma számára is elkeserítő helyzetét, átnéztük a fogyatékossgal élők egészségügyi ellátáshoz való hozzáféréseinek meglehetősen kiegyenlítetlenségét, külön is elemeztük a pszichiátriai betegellátás elképesztő hiányait, és bejártuk a hajléktalanokat segítő egészségügyi szervezeteket. Mindeközben láttuk, hogy milyen körülmények között dolgoznak a doktorok, és voltaképpen egy rendszer-abuzált orvos-beteg viszony sötét karikatúrája rajzolódott ki, amelyben kiszolgáltatott a beteg, de majdnem hasonlóképpen kiszolgáltatott az ellátó személyzet is. Ez a torzulás alkalmas az orvosok egymással szembeni kiszolgáltatottságának növelésére is, ami még nehezebb helyzetbe hozhatja a beteget is.

Egy 2010-es európai betegjogi kutatás 20 ország helyzetét vizsgálta az Európai Betegjogi Charta alapján. Noha a vizsgálat nem kötelező válaszadással történt és civilek végezték, nem reprezentatív mintán, Magyarország Ciprust megelőzve a 19. helyen végzett.

Ezen a konferencián arra tettünk kísérletet, hogy annak a társadalmi csoportnak az érdekében tegyünk föl kérdéseket, akik személyi

köre az egyik legszélesebb, állandó vagy időleges állapotánál fogva jelent egy homogén csoportot a társadalom joghasználói között. Egy olyan kritikus tömeg, akik számára nem elsősorban a jog a kérdés, hanem az egészség. Ezért különösen jelentős az ombudsman szerepe, aki nem melleleg teszi használhatóvá a jogot, élhetővé a páciensstátust, elismertebbé a doktorok munkáját.³

3 E kötet megjelenése előtt, de jóval a konferencia után, augusztus 1-jén lépett hatályba a 214/2012. (VII. 30.) Korm. rendelet, amely az Országos Betegjogi, Ellátottjogi, Gyermekjogi és Dokumentációs Központról rendelkezik. Őszintén reméljük, hogy ez csak a kezdet, és az első lépés egy érvényes, európai betegjogi védelmi rendszer kiépülése felé.

Beteg – gyerek – jogok

A gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról szóló törvényben kapott felhatalmazás alapján a gyermekek alkotmányos jogainak védelmét az ombudsman a maga sajátos eszközeivel segítheti. Ennek során feladata, hogy a gyermekek alkotmányos jogait érintő – tudomására jutott – visszaéléseket vizsgálja, és orvoslásuk érdekében általános vagy egyedi intézkedéseket kezdeményezzen. Emellett a biztos kiemelt figyelmet fordít a jogsérelmek megelőzésére, az úgynevezett *proaktív jogvédelemre* is.

2012. január elsejével nemcsak új Alaptörvény lépett hatályba, hanem az alapvető jogok biztosáról szóló 2011. évi CXI. törvénnyel (Ajbt), egységes struktúrát létrehozva a korábbi négy biztos helyett egy, „erősebb” ombudsmanintézmény jött létre, amelynek kiemelt feladata az új törvény első rendelkezései között a gyermeki jogok védelme, a nemzeti kisebbségek, a jövő nemzedékek és a különösen rászoruló csoportok jogainak védelme mellett. Ezzel, a korábbi, az ombudsman feladatait meglehetősen szófukaron szabályozó gyermekvédelmi törvényből fakadó, tulajdonképpen az ombudsman egyéni prioritásaitól függően kiemelten vagy kevésbé intenzíven kezelt feladatként való megjelölés helyett a gyermeki jogok védelme az ombudsman kiemelt kötelessége is lett. Az új ombudsman törvény 1. §-ának (2) bekezdése kimondja, hogy „az

1 Dr. Lux Ágnes főosztályvezető-helyettes (AJBH) doktorandusz, az ELTE ÁJK megbízott előadója.

alapvető jogok biztos tevékenysége során – különösen hivatalból indított eljárások lefolytatásával – megkülönböztetett figyelmet fordít a) a gyermekek jogainak védelmére.”

A proaktív jogvédelem jegyében prof. dr. Szabó Máté – gyermekjogi szakombudsmani teendőket is ellátva – 2008-ban a gyermekek jogainak érvényesülését fókuszba helyező alapjogi projektet indított. A projekt célja a gyermeki jogokkal kapcsolatban felmerült visszásságok feltárása, illetve a gyermeki jogok érvényesülésének elősegítése. A projektmunkát a biztos mandátumának teljes ideje alatt folytatja, minden évben más-más – a gyermeki jogok érvényesülésével kapcsolatos – témára fókuszálva tevékenységét. 2009-ben ez a téma a gyermekek erőszakkal szembeni védelme volt. Ennek keretében hangsúlyozottan vizsgáltuk az iskolai erőszak kérdését. A korábbi évekhez hasonlóan a biztos 2010-ben is egy, a gyermekjogok biztosításával, védelmével összefüggő kérdéskört helyezett a fókuszba, ez a kiemelt téma a család szerepe volt a gyermekek jogainak biztosításában: a gyermekek családban nevelkedéshez való joga és az állam szerepe ennek elősegítésében (támogatások), valamint az állami családpótló ellátások rendszerének működése.

2011-ben a gyermekjogi projekt tevékenységének középpontjában a gyermekek testi és lelki egészséghez való joga állt. Az egészséges gyermek nemcsak a belőle majdan felnőtté váló társadalom felbecsülhetetlen értékű záloga, amely miatt a gyermekek testi-lelki egészségébe való befektetés, az egyenlő esélyű hozzáférés univerzalitásának megteremtése, az ártalmas szokásoktól, szenvedélyektől való prevenció meghonosítása, a bántalmazás minden formájától való védelem garantálása, az ép önkép és testtudat kialakítása nemcsak az állam és felnőtt társadalmunk morális és alkotmányos kötelessége, hanem önérdeke is.

Az egészségben való lemaradás és elmaradás nem csupán egészségügyi gondokat – és ezzel együtt járó jelentős plusz költségeket – jelent, hanem az az élet valamennyi területén hosszú távon okoz(hat) hátrányt a gyermeknek, kihatása az iskolai teljesít-

ményre, majd a munka világában való helykeresésre és az anyagi javakból történő részesedés mértékére vitán felül áll.

A gyermekek egészsége, jóléte és jól-léte érdekében elengedhetetlen a gyermekközpontú társadalom megteremtése, többek között szükséges az átfogó szemléletű gyermekközpontú jogalkotás, a mindenki számára hozzáférhető gyermek-egészségügyi szolgáltatások; gyermekbarát egészségügyi intézmények; teljes körű iskolai egészségfejlesztési programok; az iskolai oktatás keretében a családi életre és a 'pozitív szülőiségre' nevelés, az önismeret és konfliktuskezelés; a korai fejlesztő és felzárkóztató programok a hátrányos helyzetű gyermekeknek és szüleiknek; a gyermekek mentális egészségfejlesztése és hatékony intervenciós lehetőségek megszervezése; a gyermekbalesetek és a gyermekbántalmazás prevenciója.

Némiképp rendhagyó módon, de annál hatékonyabban kapcsolódott össze tematikájában is az ombudsman két projektje 2011-ben, hiszen az ún. Méltóság projektek sora kiemelten az egészségügyi ellátással és betegjogokkal holisztikusan foglalkozó programmal folytatódott, míg a gyermekjogi projekt a *gyermekek tágan értelmezett egészségvédelmének kérdéseit – nemcsak az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés, hanem a szexuális bántalmazás, a gyermekprostitúció, az egyes ártalmas szokásoktól és más rizikómagatartásoktól való védelem, a testnevelés, gyogytestnevelés, az egészséges étkezés tárgykörét – járta körül.*

Közös kiindulópontunk az alapjogok összefüggésrendszerében ismét az *emberi méltósághoz való jog érvényesülésével és a lehető legmagasabb szintű testi és lelki egészséghez való jog biztosításával összefüggő állami kötelezettség-rendszer* volt.

Az Alkotmány 70/D. §-a kimondta, hogy a Magyar Köztársaság területén élőknek joguk van a lehető legmagasabb szintű testi és lelki egészséghez, amely 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. A testi

és lelki egészséghez való jogot, a 2012. január elsejével hatályba lépett Alaptörvény XX. cikkében rögzíti.

Az egészséghez való jog szűkebb témájának tárgyalásakor, a gyermeki jogok alapjogi megközelítése kapcsán nem kerülhető meg az állam védelmi feladatának ismételt idecitolása sem. Az Alkotmány 67. §-a rögzítette, hogy a Magyar Köztársaságban 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. Az új Alaptörvény XVI. cikkének (1) bekezdése tartalmazza ezt a jogot – igaz, külön kötelezettek megjelölése nélkül. Nem lehet elégszer hangsúlyozni, hogy a gyermeket, mint embert, minden alkotmányos alapvető jog megillet, de életkorából és eltérő érettségi szintjéből, mindezekből következő speciálisan védendő helyzetéből, azok biztosítása a felnőtt társadalomra hárul – a korábban hatályos Alkotmány kifejezett államcélként is jelölte meg az ifjúságvédelmet, valamint annak címzettjeként határozta meg a családot, a társadalmat és az államot. Az OBH 2057/2008. számú ügyben született jelentésében az AB gyakorlat² alapján – elvi éllel állapította meg az ombudsman, hogy az Alkotmány 67. § (1) bekezdésében meghatározott felsorolás (család, állam, társadalom) egyben „rangsornak” is tekinthető: a gyermeknek elsődlegesen (lehetőleg) a családtól kellene a szükséges védelmet és gondoskodást megkapnia, és ezt egészíti ki, rosszabb esetekben pedig pótolja, helyettesíti az állami intézményvédelem (gyermekvédelmi kötelezettség). Habár az Alaptörvény a korábban hatályos Alkotmányhoz képest szűkebben határozza meg a gyermekek védelmének feladatát, az Alkotmánybíróság és ombudsman korábbi gyakorlata összhangban a hazánkra érvényes nemzetközi jogi kötelezettségekkel, megalapozza, hogy a korábbi alkotmányos gyakorlat és alapjogi védelmi szint alkalmazható és fenntartható legyen.

Mindehhez kapcsolódóan az ombudsman projektje 2011-ben

2 Lásd 995/B/1990. AB határozat, ABH 1993, 515, 528.

támaszkodott az ENSZ Gyermek jogairól szóló Egyezményének 24. szakaszára is, amely elismeri a gyermeknek a lehető legjobb egészségi állapothoz való jogát, valamint, hogy orvosi ellátásban és gyógyító-nevelésben részesülhessen. Ez alapján a részes államok erőfeszítéseket tesznek annak biztosítására, hogy egyetlen gyermek se legyen megfosztva az ezeknek a szolgáltatásoknak az igénybevételére irányuló jogától, valamint a fenti jog teljes körű megvalósításának biztosítására, és alkalmas intézkedéseket tesznek különösen arra, hogy

- a) csökkentsék a csecsemő- és a gyermekhalandóságot;
- b) biztosítsák minden gyermek számára a szükséges orvosi ellátást és egészségügyi gondozást, legfontosabbnak tekintve az egészségügyi alapellátás fejlesztését;
- c) küzdjenek a betegség és a rossz tápláltság ellen, az egészségügyi alapellátás keretében is, különösen a könnyen rendelkezésre bocsátható technikák felhasználásával, valamint táplálék-élelmiszerek és ivóvíz szolgáltatásával, figyelembe véve a természeti környezet szennyezésével járó veszélyeket és kockázatokat;
- d) biztosítsák az anyák terhesség alatti és szülés utáni gondozását;
- e) tájékoztassák a társadalom valamennyi csoportját és különösen a szülőket és a gyermekeket a gyermek egészségére és táplálására, a szoptatás előnyeire, a környezet higiénéjére és tisztántartására, a balesetek megelőzésére vonatkozó alapvető ismeretekről, továbbá megfelelő segítséget nyújtsanak ezen ismeretek hasznosításához;
- f) fejlesszék a megelőző egészséggondozást, a szülői tanácsadást, valamint a családtervezési nevelést és szolgáltatásokat.

Az ombudsman megkereste a *Gyermekjogi Ombudsmanok Európai Hálózatát* is, hogy tájékoztatást kérjen e kérdésekben való tapasztalataikról, melyeket jelentéseibe integrált.

Zsinórmértékül szolgált az éves munka során az, hogy amellet,

hogy egy társadalom általános fejlettségi szintje megállapítható a népesség egészségi állapotából, illetve abból, hogy az egészség mennyire igazságosan és méltányosan oszlik meg az egyes társadalmi rétegek között, különös és sürgető aktualitás ad a gyermekek ügyének az *UNICEF 2010 novemberében napvilágot látott, a gyermekek egészségéről szóló jelentése*.³

A kutatás a gyermekek jól-létét a materiális javakhoz való hozzáféréshez, az oktatáshoz és az egészséghez kapcsolódó dimenzióban méri. Míg az oktatás kapcsán Magyarország a jobb ellátást biztosító államok között szerepel a kutatásban részt vevő 24 OECD ország között, a materiális jól-létet tekintve már az alsó egyharmadban. Ennél is riasztóbb képet mutat az, hogy az OECD-átlagnál jelentősen rosszabb teljesítményt nyújtva a magyar gyermekek egészségi állapotában mutatkozik a legnagyobb esélyegyenlőtlenség. Az egészség dimenzióját a kutatásban három indikátorral mérték a WHO Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása (2005–2006) című, 41 ország részvételével zajló, nemzetközi kutatásának⁴ adataiból leszűrve: (1) a gyermekek saját egészségi állapotukra vonatkozó panaszai (az elmúlt hat hónapban tapasztaltak-e a 11, 13, 15 éves iskolás gyerekek: fejfájást, gyomorfájást, rossz közérzetet, rosszkedvet, idegességet, ingerültséget, alvásproblémát, szédülést); (2) az egészséges étkezés; (3) a rendszeres testmozgás végzése alapján.

A kutatás egységes módszertana és átfogó jellege miatt szociokulturális összehasonlítást is lehetővé tesz, amely a gyerekek egészségmagatartásának vizsgálatán túl, információt kíván nyújtani a döntéshozók számára is.

Átfogó, hivatalból indított vizsgálatok keretében igyekeztük feltárni a lehető legteljesebb módon a gyermekek drog- és alkoholfogyasztásával kapcsolatos jelenségeket (AJB 1092/2011),

3 The children left behind. A league table of inequality in child well-being in the world's rich countries. Unicef Innocenti Research Centre. Report Card 9. http://www.unicef-irc.org/publications/pdf/rc9_eng.pdf

4 Health Behaviour in School-aged Children 2005-2006.

a gyermekpszichiátriai ellátás hiányosságainak kérdéseit (AJB 1298/2011), az iskola-egészségügy különböző aspektusait – ideértve az iskolaorvosi, fogorvosi, pszichológusi, védőnői ellátáshoz való hozzáférést (AJB 536/2011); az iskolai étkezésre fókuszáló közétkeztetési kérdéseket (AJB 560/2011), valamint a testnevelés-gyógytestnevelés problémáit a gyermeki jogok szempontjából (AJB 1942/2011). A gyermekek testi-lelki egészségének holisztikus felfogásából fakadóan a projekt keretében az ombudsman vizsgálatot indított a szakellátásban nevelkedő gyermekeket érő szexuális bántalmazás (AJB 2031/2011), illetve a gyermekprostitúció jelensége (AJB 1472/2011) kapcsán.⁵

A gyermekek egészségének kérdése jól láthatóan túlmutat az egészségügyi ellátás kérdésén, ennek a teljességre törekvő szemléletnek megfelelően igyekezett az alapvető jogok biztosa is képviselni a gyermekek védelemhez és testi-lelki egészséghez való jogának érvényesülését 2011. évi projektje során, amikor e speciális gyermeki jogokat a legtágabban értelmezve vizsgálta a nemzetközi jogi és alkotmányos kötelezettségek érvényesülése tükrében.

5 Az ombudsmani jelentések és az éves projekt munkáját részletesen bemutató 2011. évi projektfüzet elérhető a www.ajbh.hu honlapon.

Farkas Zsuzsanna¹

A szakorvosjelölt ügyeleti megméréstetési

A „Beteg Jogaink – Egészséges Méltóság” elnevezésű egészségügyi projekt keretében az ombudsman hivatalból vizsgálatot indított a kórházi ügyelet, valamint ezzel összefüggésben a rezidensek, illetve szakorvosjelöltek képzése, foglalkoztatása és finanszírozás kérdéseiről.

A hivatalbóli 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.

Az ombudsmani vizsgálat célja a konkrét ügy nyomán elsősorban annak áttekintése volt, hogy a rezidensek, szakorvosjelöltek² tevékenységére, ezen belül szakmai felügyeletére vonatkozó szabályozás és a jogalkalmazói gyakorlat megfelelően biztosítja-e az állam objektív élet- és egészségvédelmi kötelezettségének érvényesülését, valamint a betegek alapvető jogainak védelmét, elősegíti-e a megfelelő és hozzáértő sürgősségi betegellátást.

Az alapvető jogok biztosja a már megindított vizsgálatot a 2012. január 1-jétől hatályba lépő alapvető jogok biztosáról szóló 2011. évi CXI. törvény rendelkezései alapján folytatta le.

A vizsgálat során először áttekintésre került az ügyeletre mint

1 Dr. Farkas Zsuzsanna jogi főreferens (AJBH); doktorandusz SZTE ÁJK.

2 Fontos megjegyezni, hogy az új jogszabályok szerint rezidens a végzett orvos, egészen a szakvizsgáig. A korábbi rendszerben belépők két évig voltak rezidensek, majd szakorvosjelöltek.

ellátási formára és mint ágazati munkajogi jogintézményre vonatkozó joganyag, valamint a rezidensek, szakorvosjelöltek szakmai felügyeletével és feladatellátásával kapcsolatos jogi szabályozás. Továbbá a rendszerszintű akut jogalkotási és jogalkalmazási problémák feltárása érdekében a Szent János Kórházon túl, számos kiemelt egészségügyi intézmény, klinika és kórház vezetője megkeresésére is sor került.

1. Ügyelet az egészségügyi ágazati joganyag vonatkozásában

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. fejezet 4. címe bontja ki. Az ügyeleti rendszer a napi munkarenden kívül bekövetkező sürgősségi esetekben az alapellátás, a járóbeteg-szakellátás, valamint a fekvőbeteg-szakellátás folyamatos igénybevételének lehetőségét biztosítja.³ 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, alkalomszerű és azonnali sürgősségi beavatkozások elvégzése, illetve fekvőbe-

³ Eütv. 93. § (1) bekezdés.

teg-gyógyintézetbe történő sürgősségi beutalása, valamint a külön jogszabályokban meghatározott eljárásokban való részvétel.⁴

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 szolgáltató 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 (on-line) 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 on-line tájékoztatja az Országos Mentőszolgálat irányító központját a sürgősségi betegelhelyezés zavartalan biztosítása érdekében.⁵ 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

⁴ Eütv. 93. § (2) bekezdés.

⁵ Az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet 26. § (6) bekezdése.

Budapesten a Központi Ágnyilvántartó 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.⁶

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 Eütv. 93. §-ában meghatározott ügyeleti ellátás keretében végzett tényleges egészségügyi tevékenység, valamint a tényleges egészségügyi tevékenység végzése nélküli rendelkezésre állás az egészségügyi szolgáltató által meghatározott helyen

6 47/2004. (V. 11.) ESZCSM rendelet 10–14. §. A mentési és az ügyeleti feladatok tartalmára vonatkozóan a rendelet 20. §-a is tartalmaz előírásokat.

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 korábbi Munka Törvénykönyvéről szóló 1992. évi XXII. törvény – továbbiakban Mt.–119. § (2) bekezdése értelmében a munkaidő-beosztást – kollektív szerződés eltérő rendelkezése hiányában – legalább hét nappal korábban és legalább egy hétre előre kellett közölni. A korábbi Mt. 129. § (6) bekezdése értelmében az ügyelet és a készenlét elrendelését a megkezdése előtt legalább egy héttel korábban és egy hónapra előre kellett közölni, amelytől azonban a munkáltató különösen indokolt esetben eltérhet.⁷ Az új Munka Törvénykönyvének – a munka törvénykönyvéről szóló 2012. évi I. törvény – a 97. § (4) bekezdése rögzíti, hogy a munkaidő-beosztást legalább hét nappal korábban, legalább egy hétre írásban kell közölni. Az új Mt. 110. § (6) bekezdése értelmében a rendelkezésre állás tartamát legalább egy héttel korábban, egy hónapra előre kell közölni, ettől azonban a munkáltató eltérhet.

Az Mt. általános jellegű rendelkezéseivel ellentétben az Eütev. 13. § (1) bekezdése⁸ értelmében az alkalmazott egészségügyi dolgozóval a munkaidő-beosztást, amely tartalmazza az egészségügyi ügyelet és a készenlét beosztását is – kollektív szerződés eltérő rendelkezése hiányában – az Mt. 110. § (6) bekezdésében foglaltakról eltérően legalább egy hónappal korábban, és legalább egy hónapra előre kell írásban közölni. E rendelkezések mind a

7 A munka törvénykönyvéről szóló 2012. évi I. törvény hatálybalépésével összefüggő átmeneti rendelkezésekről és törvénymódosításokról szóló 2012. évi LXXXVI. törvény 90. § (1) bekezdése hatályon kívül helyezte ezeket a rendelkezéseket, hatálytalan 2012. VII. 1-től.

8 Az Eütev. 13. § (1) bekezdésének rendelkezését korábban – 2012. június 31-ig – az Eütev. 12/A. § (1) bekezdése tartalmazta.

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.⁹

2. Empirikus tapasztalatok

A vizsgálat megindítását követően áttekintésre került a rezidensek, szakorvosjelöltek szakmai felügyeletével és feladatellátásával kapcsolatos jogi szabályozás is. A kiindulópontként irányadó rendelkezést a szakképesítése megszerzéséhez szükséges képzésben részt vevő személlyel összefüggésben, az egészségügyi felsőfokú szakirányú szakmai képzés részletes szabályairól szóló 16/2010. (IV. 15.) EüM rendelet tartalmazza. Az EüM rendelet 10. § (2) bekezdése szerint rezidens, szakorvosjelölt egészségügyi tevékenységet *szakmai felügyelet* mellett végezhet. Ezen rendelkezésnek a gyakorlatban történő értelmezése kapcsán felmerült, hogy a rezidensek, szakorvosjelöltek 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

- 9 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 12/B. § (1) bekezdésében, valamint 12/F. § (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 tevékenységvégsz időtartamát kell figyelembe venni.

biztosítása, azaz ha a szakorvos telefonon elérhető és szükség esetén behívható az intézetbe?

2.1. Az alapvető jogok biztos a jogértelmezési kérdés háttérének tisztázása érdekében több egészségügyi intézménytől és egyetemtől tájékoztatást kért a következő konkrét kérdések vonatkozásában:

a) Az egészségügyi felsőfokú szakirányú szakmai képzés részletes szabályairól szóló 16/2010. (IV. 15.) EüM rendelet 10. § (2) bekezdése szerint a rezidens, szakorvosjelölt kizárólag felügyelet mellett láthat el ügyeleti tevékenységet, azaz álláspontjuk szerint minden esetben személyesen ott kell lennie a szakorvosnak vagy elegendő, az ún. készenlét biztosítása, azaz ha a szakorvos telefonon elérhető és szükség esetén behívható az intézetbe?

b) Az intézményben az orvosi ügyelet ellátásában kapnak-e szerepet a rezidensek, szakorvosjelöltek?

c) Amennyiben a rezidensek, szakorvosjelöltek az orvosi ügyelet ellátásában részt vesznek, azt önállóan teszik – szakmai felügyelet nélkül – vagy az ún. készenlét biztosítása mellett, és milyen beavatkozási jogokkal, kompetenciákkal?

d) Meghatározható-e, hogy az intézmény által foglalkoztatott rezidensek, szakorvosjelöltek az egészségügyi tevékenység ellátása során milyen jogokkal és kompetenciákkal rendelkeznek? Szükségesnek tartanak-e az egyes rezidensek, szakorvosjelöltek szakmai felügyeletének jellege, szintje szempontjából is irányadó kompetencialista kialakítását?

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 ma-

nuális 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 Centrum válasza szerint a válaszadáskor volt folyamatban a végzett orvosok kompetenciáinak meghatározása, amely a graduális képzés gyakorlati lecke-könyvben előírt elvégzendő klinikai beavatkozások alapján, a négy, orvosokat képző hely véleményének egyeztetésével történik. Álláspontjuk szerint erre kellene épülnie az egyes szakmák rezidensi, szakorvosjelölti kompetenciái meghatározásának.*

A *Semmelweis Egyetem* rektora a megkeresésre adott válaszában arról adott tájékoztatást, hogy a klinikáin a rezidensek és szakorvosjelöltek ügyeleti szolgálatot látnak el. Az ügyeletet ellátó szakszemélyzetet minden sürgős döntést igénylő szakterületen, klinikán jelen lévő 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 rektor tájékoztatása szerint folyamatban volt a rezidensek és szakorvosjelöltek szakmai kompetenciáinak kidolgozása, amiben jelentős szerepet vállalnak az egyetemi szakmai grémiumok.

A *rektor álláspontja szerint* nyilvánvaló, hogy a törzsképzésben részt vevő, illetve a szakgyakorlati idejüket töltő szakorvosjelöltek más-más szakmai alkalmassági listával kell, hogy rendelkezzenek. Általános törekvés az, hogy a törzsképzési időszak, rezidens időszak legelején történjen minden szakmában az egységes sürgős-

ségi betegellátási gyakorlat, amelynek teljesítését követően a rezidensek bizonyos beavatkozásokra önálló működési jogosultságot kaphatnak. *A jelenlegi helyzet álláspontja szerint kétségtelenül nem pontosan definiált, ami például egy ügyeleti esemény kapcsán – már korábban felvett beteg rosszulléte stb. – bizonytalanságot kelthet.*

A jelenlegi gyakorlat intézményünkben az, hogy *a sürgősségi gyakorlatot már teljesített rezidens* a sürgősségi eseményt elláthatja a bent lévő szakorvos előzetes engedélye nélkül. Akinek a sürgősségi gyakorlati periódusa még nem teljesített, ott az ügyeleti szolgálatot teljesítő rezidens kizárólag az életmentés elkezdésére, lázcsillapításra, ún. minor fájdalomcsillapító adására kap jogosultságot. A rektor hangsúlyozta, hogy *a kompetenciaszintek meghatározása sürgős feladat*. A készenléti vagy behívásos szakorvosi ügyelet mellett végzett rezidensi-szakorvosjelölti munka éppen azt a feladatot hártja át a szakorvosjelöltre, amelyhez a legtöbb tapasztalat szükséges. Ez pedig a beteg állapota sürgősségének megítélése. Álláspontja szerint az *ilyen ügyeleti beosztás nem tekinthető megfelelőnek* és semmiképpen nem követendő, annak ellenére, hogy az ügyeleti szolgálat finanszírozásának nehézségei miatt ez a valós helyzet.

A Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központjának főigazgatója válaszában rámutatott, hogy a klinika 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. Válasza szerint ugyanakkor a kompetenciák leírása nem részletezett és szakmánként változó, ezért szükségesnek tartja egy irányadó kompetencialista kialakítását.

A Szegedi Tudományegyetem Szent-Györgyi Albert Klinikai Köz-

pontjának elnöke 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. elsősegély-nyújtás, újraélesztés, betegvizsgálat és betegség-megállapítás stb. elvégzésére. Elismeri, hogy a szakirányú szakképzés folyamán bizonyos tevékenységeket a szakorvosjelölt felügyelet mellett kell hogy végezzen. A felügyelet jellege és minősége a szakorvosjelölt szakmai előmenetele alapján határozható meg, vonatkozik ez a szakképzés kötelező részét *képező ügyeleti szolgálatra* is. A szakképzés kezdetén a felügyelet a személyes jelenléttel biztosítandó, míg a későbbiek folyamán a felügyelet készenléti szolgálatként is ellátható.

A klinikáikon az ügyeletet ellátó szakképezendők *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 szakképezendő 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. A válasz szerint az egyetemek 2011. november 4-én egyeztettek és egységesítették ezeket a szakterületenként meghatározott kompetenciákat. Az egyes felügyeleti szintek és a hozzájuk illeszkedő szakmaspecifikus kompetenciák meghatározása az új szakmai kollégiumok feladata. Néhány szakma esetében az elvárást már évek óta gyakorlatban alkalmazzák, míg mások esetében

ez a munka jelenleg is folyamatban van. Álláspontjuk szerint szükséges a szakorvosjelöltek foglalkoztatásának feltételeit jogszabályban külön is rögzíteni, különös figyelemmel a felügyelet egyes szintjeinek és módjának meghatározására.

Az *egri Markhot Ferenc Kórház* orvos-igazgatójának határozott álláspontja, hogy a rezidensek ügyeleti szolgálatot csak szakorvos közvetlen felügyelete mellett láthatnak el, ugyanis készenléti szolgálat nem elegendő a megfelelő szintű biztonságos ügyelet ellátásához. A kórházukban a rezidensek és szakorvosjelöltek részt vesznek ügyeleti szolgálat ellátásában. Az alkalmazott gyakorlatuk szerint a rezidensek szakorvosi felügyelet mellett végzik az ügyeleti tevékenységet. A kórház Sürgősségi Betegellátó Osztályán külön *rezidensi sor* működik, ahol külön bérezés mellett, rezidens orvosok az alapszakmájuktól függetlenül *két szakorvos felügyeletével* vesznek részt az ellátásban, így a sürgősségi betegellátásban rutintudnak szerezni. Az ügyeleti szolgálatba a rezidenseket szakorvosi felügyelet mellett is csak akkor osztják be, ha ő ezt vállalja, illetve az adott szakma vezető főorvosa erre alkalmasnak ítéli. A szakorvosjelöltek készenléti szolgálat mellett ügyelnek. Az igazgató szükségesnek tartja a rezidensek és szakorvosjelöltek kompetenciájának meghatározását az egészségügyi tevékenység ellátása során, ezeket pedig a munkaköri leírásokban rögzítenék.

A *Zala Megyei Kórház igazgatójának* álláspontja szerint nem szükséges a rezidens szakmai felügyeletét ellátó szakorvos személyes jelenléte az ügyeleti tevékenység során, hanem elegendő a készenlét biztosítása.

Elismerik, hogy igen *nehéz általános szabályt felállítani*, hiszen az egyes orvosi szakterületek és azon belül az ügyeletben jelentkező tevékenységek jelentősen különbözhetnek egymástól. Ha mégis ilyen jellegű, általános szabályt kell alkotni, akkor álláspontjuk az, hogy elegendő a szakorvosi készenlét biztosítása. Intézményükben mind a két választható forma jelen van, azaz a készenlét által biztosított, illetve a személyesen gyakorolt szakorvosi felügyeletre is van példa. A szakterületek döntő többségében a nem szakorvos kollégák önál-

lőan ügyelnek, és szakorvosi készenlét áll rendelkezésükre. Az orvosi szakterületek egy másik részében, ahol egynél több személy ad ügyeleti szolgálatot azonos osztályon, amennyiben nem szakorvos kolléga az egyik ügyeletes, akkor a másik ügyeletes minden esetben nagy tapasztalatú szakorvos kolléga. Az igazgató hangsúlyozta, hogy az utóbbira csak abban az esetben van mód, ha több személy lát el egyszerre, azonos osztályon ügyeleti tevékenységet.

Intézményükben a nem szakorvos kollégák kompetenciája nemcsak az ügyeleti, hanem a rendes munkaidőre vonatkoztatva is *minden osztályukon szabályozott, kompetencialista* formájában, ami minden évben felülvizsgálatra kerül az osztályvezető főorvos által. Általában elmondható, hogy ún. ügydöntő döntéseket – hazabocsátás, másik osztályra áthelyezés, műtét szükségességének eldöntése, konzíliumadás – önállóan a nem szakorvosok nem végezhetnek. Ezeknek a kérdéseknek a felmerülésekor minden esetben kötelességük a felettük szakmai felügyeletet gyakorló szakorvos kollégát értesíteni, aki saját hatáskörben eldönti, hogy elegendő-e a segítség nyújtása telefonkonzultáció útján vagy szükséges személyes jelenléte a beteg ellátásában.

Mindenféleképpen előre mutatónak és helyesnek tartanak a nem szakorvosok egészségügyi tevékenységekre vonatkozó kompetenciájának meghatározását. Az igazgató véleménye szerint ez történhetne akár szakmánként, akár keretjellegűen, konkrét felsorolások nélkül, általános kategóriákat használva. Mindenféleképpen célszerű lenne azon tevékenységeknek meghatározása, amit kizárólag szakorvos, személyesen végezhetne el, akár rendes munkaidőben, akár ügyeletben.

Az igazgató válaszában azonban kiemelte, hogy ez a rendszer, amelyben a szakmai felügyeletet biztosító nincs személyesen jelen az ügyeletet ellátó nem szakorvos mellett, *megfelel egyrészt a történelmileg kialakult magyar egészségügyi hagyományoknak, másrészt a nemzetközi gyakorlatnak* is. Nincs a világnak olyan országa, bármely gazdag erőforrásokkal is rendelkezzen, ahol biztosítani tudják/akarják, azt, hogy minden orvosi szakterület minden

ügyeletében kizárólag szakorvos teljesítsen ügyeleti szolgálatot. Ez egyrészt olyan erőforrás-igényeket támasztana, aminek sehol nem tudnak megfelelni, másrészt a szakorvossá válás felé vezető képzési folyamatban igen nagy jelentőségű az önállóan ellátott ügyeletek teljesítése. A betegek biztonsága kétségkívül mindenhol az első számú prioritás kell hogy legyen. A világ országainak általános gyakorlata alapján ez a prioritás *szakorvosi készenlét* biztosításával általában kellően megoldható.

Fővárosi Önkormányzat Szent Imre Kórház főigazgatója szerint a rezidens – a végzés utáni első két évben – csak 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 ügyel-tethetők telefonos készenlét biztosításával nem műtétes szakmákban. Olyan kórházakban, ahol égető orvoshiány van – nem érik el a szakmai minimumfeltételek által meghatározott létszámot – *mátrix rendszerben* javasolható ügyeleti foglalkoztatásuk.

A kórházban a rezidensek, szakorvosjelöltek is kapnak szerepet az orvosi ügyelet ellátásában, az osztályok és profilok szervezésében szakorvos melletti felügyelettel ügyeletet látnak el. *A főigazgató véleménye szerint a rezidensek és szakorvosjelöltek részére képzésük ideje alatt teljesítendő szakmai feltételek az egyetemek által jól szabályozottak, képzésük további idejében a szakorvosi képzési feltétel szintén. Szakmai felügyeletük biztosított, így külön kompetencia lista kialakítása nem szükséges.*

A Fővárosi Önkormányzat Szent János Kórháza és Észak-budai Egyesített Kórházainak főigazgatója válaszában azon véleménynek adott hangot, hogy a rezidensi-szakorvosi ügyeleti rendszer biztonságos működtetése az osztályvezetők felelőssége. A pályakezdő a rezidens időszak kezdetén – általában 2–6 hónapig – önál-

lőan 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, van ahol egyedül, van ahol csoport, operatív team tagjaként. 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. Egyéni adottsága kórházuknak, hogy több operatív szakma szakorvosa a kórház közelében lakik.

Az intézményben integráns részei a rezidensek e betegellátásnak. Ugyanis a szakorvossá válás lényeges területe az ügyeletben történő önálló helytállás, a döntési készség fejlesztése, a gyors helyzetfelismerés kialakítása. 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.

A főigazgató álláspontja 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 országosan egységes eljárásrend, illetve útmutató megalkotásával központilag ki lehetne alakítani a rezidensek működésére vonatkozó kompetencia és eljárásrendeket.

A főigazgató válaszában utalt arra is, hogy a konkrét, sajtóban is szereplő idegsebészeti ügyelet kapcsán megkérték a saját idegsebészeti osztályuk vezetőjének, valamint – az ő kezdeményezésére – az országos idegsebészeti szakfelügyelő főorvosnak a véleményét is, amelyet csatoltak válaszlevelükhöz. Hangsúlyozta, hogy a cikkben érintett napon két ellátandó ügye volt a rezidensnek: egyik esetben konzíliumot adott, másik esetben a szakorvost behívta, aki

egy akut porckorongsérvest megoperált. Minden esetben, ez esetben is, az ügyeleti beosztást az orvos igazgató hagyta jóvá.

A rendelkezésre bocsátott dokumentumokból megállapítható az országos idegsebészeti szakfelügyelő főorvosnak az idegsebészeti ügyelet ellátásával kapcsolatos véleménye, amely a következőkben foglalható össze.

A jelenleg érvényes előírások szerint önállóan ügyeletet csak szakorvos láthat el, azonban jogszabály nem írja elő, hogy ez állandó jelenlét vagy készenlét formájában nyújtható, mindkét forma megengedett. Semmiféle jogszabály nem tiltja, hogy rezidensek orvosi ügyeletet elláthassanak, ez önmagában azért is értehetetlen lenne, mert az orvosi diploma a rezidens is feljogosítja az orvosi tevékenységre. Mindebből az következik – bár ezt expressis verbis a jogszabály nem tartalmazza –, hogy rezidens orvos szakorvos felügyelete mellett ügyeleti szolgálatot elláthat. Ez a szakorvosi felügyelet jelenlét vagy készenlét formájában is nyújtható. Hangsúlyozta, hogy jelenleg jogszabály, de még szakmai konszenzus sem szabályozza, hogy rezidens orvos milyen feltételek mellett ügylhet.

Az idegsebészeti szakorvosi ügyelet ellátható állandó jelenlét, illetve készenlét formájában. Jelenleg az idegsebészeti szakterületen jelentkező állandó létszámhiány miatt a készenléti ügyelet nyújtása a klinikák és a nagy centrumok kivételével teljesen szokványos. Készenléti ügyelet formában lát el ügyeletet pl. az újpesti, székesfehérvári, szombathelyi, kecskeméti idegsebészeti osztály vagy részleg, ahol még rezidens ügyeletes sincsen jelen. Az idegsebészeti rezidensek ügyeleti szolgálatban való részvétele ugyancsak szokványos, amennyiben a kellő kiképzésen átesetek, alkalmasságukról munkahelyi vezetőjük meggyőződött, és a feladatra írásbeli megbízást kaptak – az ellátható tevékenység pontos leírásával. Ezen tevékenységüket szakmai felügyelet mellett végezhetik. Ez lehet a szakorvos állandó jelenléte, illetve készenléte – utóbbi esetben biztosítani kell az állandó és azonnali szóbeli konzuli lehetőséget, illetve 15–20 percen belül a szakorvos személyes jelenlétét és részvételét a betegellátásban. Ezen feltételek teljesítése mellett

a szakorvosi ügyeletre vonatkozó jogszabályi előírások betarthatók. Mindezek alapján megállapítható, hogy az idegsebészeti rezidensek ügyeletben való részvétele, illetve az ügyelet rezidens által történő ellátása, idegsebész szakorvosi készenléti ügyelet mellett nem kifogásolható.

Az országos idegsebész szakfelügyelő főorvos a fentiekén túl megjegyezte, hogy a szakorvosok ügyeleti szolgálata mellett mind a betegellátás, mind a kiképzés szempontjából elengedhetetlen, hogy a rezidens orvosok ügyeleti szolgálatban részt vegyenek, hiszen ez a világon mindenhol elfogadott gyakorlat. Azonban jogos az az igény, hogy ez szabályozott formában történjen. Utalt arra, hogy kezdeményezni fogja azt, hogy az OSZMK a szakfőorvosok, illetve a felálló szakmai testületek bevonásával dolgozza ki a rezidensek ügyeleti szolgálatra vonatkozó előírásait. Ezáltal a részleteiben nem szabályozott jogi helyzetből adódó viták elkerülhetőek, esetleges jogi eljárások megelőzhetőek. Ezen intézkedést azért is fontosnak tartja, mert nemcsak idegsebészetet, hanem valamennyi ügyeletet ellátó szakterületet érint.

Egyéni véleménye továbbá, hogy olyan feladatokat ellátó kórház vagy osztály, mint a Szent János Kórház Idegsebészeti Osztálya számára olyan szakorvosi létszámot kell biztosítani, ami a folyamatos szakorvosi jelenlétet ügyeleti időszakban is lehetővé teszi, illetve megfelelő egyéb feltételek a rezidensek foglalkoztatására, beleértve azok ügyeleti szolgálatban való részvételét is.

A *Petz Aladár Megyei Oktató Kórház* orvos-igazgatójának tájékoztatása szerint *önálló ügyeleti tevékenységet rezidens vagy szakorvosjelölt nem végezhet*. A szakorvosi jelenlét személyesen biztosított, vagy több soros ügyelet, vagy társosztály azonos szakmában dolgozó ügyeletese révén. A rezidensek, szakorvosjelöltek értelemszerűen szerepet kapnak az ügyeleti ellátásban, hiszen a sürgősségi ellátás a szakorvosjelölt-képzés része. Az ügyeleti ellátás során a kezelési tervet, kórházi felvétel vagy hazabocsátás szükségességét, illetve bármely, a beteg sorsát befolyásoló orvosi döntést önállóan nem hozhatnak. Ezeket a döntéseket minden

esetben szakorvos kollégával kötelesek konzultálni. A rezidensek, illetve szakorvosjelöltek kompetencialistájának összeállítását nem tartják szükségesnek. 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 Veszprém Megyei Cholnoky Ferenc Kórház főigazgatója és a Magyar Kórházszövetség elnökének tájékoztatása 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 ügyeletben, ott szakorvosi készenlét biztosított.

A főigazgató álláspontja szerint a jelenlegi magyar HR ellátási szinten nem biztosítható a szakorvos személyes jelenléte az ügyeleti ellátás biztosítása érdekében minden esetben. A főigazgató válaszában utalt arra, hogy az ügyeleti beosztás elkészítése a szakmai vezetést biztosító orvos-igazgató feladata, míg osztályos szinten ennek felelőse az osztályvezető főorvos. E kötelezettségeket az intézményi szervezeti és működési szabályzata, illetve az orvos-igazgató és osztályvezető főorvos munkaköri leírásának kell tartalmaznia. Az ügyeleti beosztás készítésekor nekik kell meggyőződniük arról, hogy a beosztott orvos milyen szakmai képzettséggel rendelkezik. Véleménye szerint a kompetencia listák meghatározása minden egyes egészségügyi szakdolgozó vonatkozásában célszerű lenne, mely intézményi szinten egyénre lebontandó.

2.2. A vizsgálat során a megkeresett intézmények vezetői véleményének, szakmai-jogi álláspontjának megismerését követően a rezidensek ügyeleti tevékenység ellátásában kapott szerepével összefüggésben, valamint jogértelmezés végett az alapvető jogok biztosa tájékoztatást kért a Nemzeti Erőforrás Minisztérium¹⁰ közgazgatási államtitkárától is.

10 Jelenleg Emberi Erőforrások Minisztériuma.

A közigazgatási államtitkárhoz intézett megkeresés *egyrészt* azon kérdés tisztázására irányult, hogy hogyan határozható meg a szakmai felügyelet tartalma a rezidens, szakorvosjelölt ügyeleti tevékenysége során, *másrészt* hogy a rezidens, szakorvosjelölt ügyeleti tevékenysége ellátásakor a szakorvosnak személyesen ott kell-e lennie, vagy elegendő az ún. készenlét biztosítása, *harmadrészt* pedig rákérdezett a kompetencialista kialakításának szükségességére.

2.2.1. A közigazgatási államtitkár válaszában arról tájékoztatta az ombudsmant, hogy az ügyeleti feladatok ellátásával összefüggésben a szakmai felügyelet tartalmát lényegében az Eütv. 110. §-a határozza meg. Az Eütv. 110. § (3) bekezdése értelmében az önálló egészségügyi tevékenységvégzési jogosultsággal rendelkező személy felügyelete mellett végezhet egészségügyi tevékenységet az a személy, aki a szakképesítése megszerzéséhez szükséges képzésben vesz részt. Ugyanakkor, ha a felügyelt személy más egészségügyi szakképesítése, pl. általános orvosi oklevele vagy másik szakorvosi szakvizsgálója alapján már szerepel az egészségügyi dolgozók működési nyilvántartásában, az Eütv. 110. § (2) bekezdése értelmében – saját kompetenciájában – *önállóan is jogosult* egészségügyi tevékenység végzésére. A felügyelt személy az Eütv. 110. § (5) és (6) bekezdése értelmében csak előzetes és megfelelő oktatást követően, a felügyeletet gyakorló személy utasítása szerint működhet közre az egészségügyi tevékenység végzésében. A felügyeletet gyakorló személy utasítási joga – ide nem értve a munkáltatói utasítási joggyakorlást – csak a szakképesítésének megfelelő körben gyakorolható. Ezen túlmenően jelenleg olyan jogi szabályozás nincs, amely meghatározná, hogy a rezidens pontosan milyen további feltételek mellett ügyelhet.

A válaszban továbbá kiemelték, hogy a szakorvosjelöltek kompetenciáinak mértékét felvető kérdésekkel összefüggésben több további szempont is felmerülhet. Ugyanis a szakorvosjelölt kompetenciája szakmánként (első szakképesítés vagy már meglévő

szakképesítésre ráépülő szakképesítés, illetve többedik szakorvosi szakképesítés megszerzése érdekében végez-e egészségügyi tevékenységet, illetve áll képzés alatt) és egyénenként is eltérő lehet. E körben továbbá nem lehet figyelmen kívül hagyni az általános orvosi képzés során elsajátított kompetenciákat sem. A szakorvosjelöltek egyetemi tanulmányaik befejezésével már jogosultak egészségügyi tevékenységet végezni, hiszen a 12 szemeszteres egyetemi oktatás keretében is mind elméleti, mind gyakorlati szinten számos ismeretet elsajátítottak, több olyan tevékenység is van, amelyet az „iskolapadból kikerülve” önállóan is el tudnak látni. Ezek köre tekintetében irányadónak tekintendő az alap- és mesterképzési szakok képzési és kimeneti követelményeiről szóló 15/2006. (IV. 3.) OM rendelet 3. számú melléklet VI. 4. pontja. A szakorvosképzés gyakorlati ismereteik bővítését és a szakmai rutin elsajátítását, a specializálódást szolgálja.

2.2.2. Azon kérdésre, hogy a rezidens, szakorvosjelölt ügyeleti tevékenysége ellátásakor a szakorvosnak személyesen ott kell-e lennie, vagy elegendő az ún. készenlét biztosítása, a Nemzeti Erőforrás Minisztérium¹¹ válasza szerint a 47/2004. (V. 11.) ESzCsM rendelet 12. § (5) bekezdésének értelmezése szolgálhat válaszul. 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 segítsége mellett biztosított.* A minisztérium álláspontja szerint a rendelet a „konzultatív segítség” biztosításával összefüggésben sem a személyes jelenléte, sem a konzultáció csatornáját tekintve nem tartalmaz részletes előírást, erre tekintettel ezek a gyakorlatban számos formában megnyilvánulhatnak. Szakmai értelemben azonban, hogy a

11 Jelenleg Emberi Erőforrások Minisztériuma.

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. Egyrésztől a jelölt kompetenciája, amely a szakképzés előrehaladtával egyre nő, azaz minél több időt tölt el a szakképzésben, annál több tevékenységet tud önállóan ellátni. Másrésztől 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. A jelölt egyéni képességei is meghatározóak, hiszen van olyan jelölt, aki kevesebb esetszám után is nagy biztonsággal végez adott tevékenységet.

2.2.3. A rezidensek, szakorvosjelöltek szakmai felügyeletének jellege, szintje szempontjából is irányadó kompetencialista kialakítására irányuló felvetésre tekintettel a minisztérium vizsgálható szakmai kérdésnek tartja azt, hogy magának a szakorvosi képzésnek a folyamatában a már megszerzett kompetenciaszintek tekintetében lehetne a jelenleginél egyértelműbb helyzetet teremteni. A válaszban azonban hangsúlyozták, hogy egy esetleges szabályozás várhatóan hosszabb időt vehet igénybe.

3. Összegzés

Az alapvető jogok biztosa a Nemzeti Erőforrás Minisztérium¹² közigazgatási államtitkárának válaszából, valamint a megkeresett egészségügyi intézmények által kialakított gyakorlatból megállapította, hogy a jelenlegi jogszabályi rendelkezések alapján nem egyértelmű, hogy a rezidens orvos milyen szakmai-jogi feltételek fennállása mellett ügylhet.

¹² Jelenleg Emberi Erőforrások Minisztériuma.

A biztos egyetértett azzal a megállapítással, miszerint nem minden esetben feltétlenül szükséges, hogy egy egyébként felkészült rezidens, szakorvosjelölt csak a szakorvos személyes szakmai felügyelete mellett lásson el ügyeleti tevékenységet: mindez nem abszolút jellegű követelmény. Az ombudsman álláspontja szerint a rezidensek ügyeleti szolgálatára vonatkozó előírások hiánya ugyanakkor akut és súlyos jogbizonytalanságot eredményez, ugyanis a nem szabályozott jogi helyzet egyfelől folyamatos (jog-) vitákat generál, a kiszámíthatatlanság mind a betegek, mind az egészségügyi dolgozók munkavégzése szempontjából aggályos, és jogi eljárásokat, szankciókat is vonhat maga után. Az érintettek számára is egyértelmű jogszabályi előírások keretében kell meghatározni, hogy mely szakterületeken, milyen elvárt kompetencia mellett láthat el a rezidens csak a szakorvos személyes jelenléte mellett betegeket, és mely esetekben elegendő az, hogyha telefonon tud konzultálni szakorvossal.

Az ombudsman szerint az egészségügyi intézmények által követett gyakorlat nem egységes, ezért a betegek jogai, a hatékony és biztonságos, megfelelő szakmai színvonalú ellátás garantálása érdekében indokolt lenne a rezidensek, szakorvosjelöltek beavatkozási jogának, szakmai felügyeletének jellege, szintje szempontjából irányadó kompetencialista kialakítása.

Mindezek alapján az alapvető jogok biztosa megállapította, hogy a rezidensek, a szakorvosjelöltek ügyeleti tevékenységének ellátásával, valamint az annak szakmai felügyeletével kapcsolatos szabályozás hiánya, továbbá az egyes szakterületeken, országos szinten egységes kompetencialisták meghatározásának hiánya a jogbiztonság követelményének sérelmét okozza, a fennálló jogi helyzet pedig az egészséghez való jogból következő egészségügyi ellátáshoz való joggal összefüggő visszásságot idéz elő.

Az alapvető jogok biztosa a feltárt visszás helyzet orvoslása érdekében felkérte az egészségügyért felelős nemzeti erőforrás minisztert, hogy az EüM rendelet megfelelő módosításával, ki egészítésével, illetve szükség szerint a kapcsolódó jogszabályok

módosításával vagy azok kezdeményezésével, továbbá más intézkedések megtételével egyrészt határozza meg a rezidensek, szakorvosjelöltek által végzett tevékenység, ezen belül az ügyelet ellátása szakmai felügyeletének pontos tartalmát, másrészt tegyen lépéseket a rezidensek, szakorvosjelöltek beavatkozási jogának, szakmai felügyeletének jellege, szintje szempontjából irányadó kompetencialista mielőbbi kialakítása érdekében.

A jelentésre adott válaszában a miniszter arról tájékoztatta a biztost, hogy mindkét felvetett terület bizonyos szintű szabályozási szükségességével egyetért.

A miniszter tájékoztatása szerint az egyes egészségügyi tárgyú törvények módosításáról szóló 2012. évi LXXIX. törvény az egészségügyről szóló törvény módosításával egy új felhatalmazó rendelkezést épített be a jogrendszerbe, amely lehetőséget ad a miniszternek, hogy a felügyelet mellett végzett egészségügyi tevékenység részletes szabályait – ideértve a felügyelet módjára és szintjére vonatkozó szabályokat is – rendeletben határozza meg. Ezen felhatalmazó rendelkezés lehetőséget biztosít arra, hogy a felügyelet és az ezzel szorosan összefüggő kompetenciák kérdésköre meghatározásra kerülhessen. A tárca megvizsgálni és szabályozni tervezi azokat az általános alapelveket, amelyek a felügyelet rendszerét átláthatóbbá és egységesebbé teszik. Ennek feltárása és kialakítása hosszabb időt és folyamatos szakmai konzultációt igényel.

A miniszter válaszában azonban felhívta a figyelmet továbbá arra, hogy megítélése szerint a tekintetben, hogy a szakorvosjelöltek milyen felkészültséggel rendelkeznek, és ehhez igazodóan mely feladatokat tudnak önállóan és melyeket bizonyos szintű felügyelet mellett ellátni, leginkább a szakmai felettesük (osztályvezető főorvos) tud dönteni. Ennek figyelembevételével kell elkészíteni a műszak-ügyeleti beosztást a szakmai vezetőknek, és ők felelősek azért, hogy a szakorvosjelöltek mellett megfelelő szintű felügyelet legyen biztosítva és ezzel a betegbiztonság ne kerüljön veszélybe, a betegellátás folyamatosan és gördülékenyen, a szakma szabályainak megfelelően valósuljon meg.

A kompetencialisták tekintetében a miniszter hangsúlyozta, hogy legelső lépésként az általános orvosi kompetenciák meghatározását tartja szükségesnek, amelyre vonatkozóan az előkészületek már megkezdődtek. Az oktatásért és az egészségügyért felelős államtitkárság a Magyar Rezidens Szövetséggel, a négy orvosképzést folytató egyetemmel és az Egészségügyi Szakképzési és Továbbképzési Tanáccsal törekszik a konszenzus kialakítására ezen a területen. Az általános orvosi kompetenciák meghatározása előfeltétele a szakorvosképzés során megszerezhető kompetenciák meghatározásának. Ez utóbbira csak ezt követően kerülhet sor.

Helyzetkép az egészségügyről a fiatal orvosok szemszögéből

Fiatal orvosként abban a szerencsés helyzetben vagyunk, hogy még friss élményeink vannak az egyetemről, az orvostudományról, az egészségügyről, ugyanakkor néhány év gyógyító munkával eltöltött idővel a hátunk mögött már látjuk az ellátórendszer kórrajzát is. A megtett úton sokat veszítettünk a kezdeti illúzióinkból, álmainkból, de még néhányat őrzünk a zsebünk mélyén, s ezek motiválnak bennünket arra, hogy ne beletörődéssel fogadjuk a hazai egészségügyről kirajzolódó vizsgálati képet.

Arra vállalkoztunk, hogy levetkőzzük az előző generációk által ránk testált tanult tehetetlenséget, és közösen megküzdünk azért, hogy létrejöhessen az elérhető magyar egészségügy. Ennek az első lépése az, hogy tabuk nélkül beszéljünk a meglévő problémákról. Nem azzal a szándékkal, hogy az egyes szereplőket kompromittáljuk, hanem abbéli a meggyőződésünkből, hogy a valóság feltárása szükségszerű előfeltétele a megújulásnak.

Komplex rendszerrel állunk szemben, amiben egyforma hangsúllyal kell hogy megjelenjen a munkavállaló, a munkáltató és a páciens szempontrendszere. Csak ezeknek az összehangolása eredményezhet fenntartható, hatékony ellátórendszert. Vizsgáljuk meg eme három szereplő főbb fókuszait:

1 Dr. Papp Magor szakorvosjelölt, a Magyar Rezidens Szövetség elnöke.

1. A munkavállaló

Heterogén csoport, akiknek a pályáját a felsőoktatásba történő jelentkezéstől egészen a nyugdíjas évekig egységes ívben, egymáshoz illeszkedő életpálya-elemenként szükséges felépíteni. Ennek a főbb motivációs pontjai:

- a szakmai fejlődés és a szakmai előmenetel lehetősége, tervezhetősége,
- a bérek és az ehhez szorosan kapcsolódó megélhetés,
- a megfelelő munkakörülmények, beleértve a pihenőidő betartása és a kiszámíthatóság, illetve a jogbiztonság
- a regenerációs intervallumok

Az egészségügyben dolgozók életpályája szerteágazó, ezt az orvosi életpálya néhány súlyponti kérdésén keresztül igyekszem szemléltetni (természetesen külön tárgyalást igényelne a szakdolgozói életpálya is):

1.1. Szakmai fejlődés feltételei

a) Egyetemi képzés gyakorlatcentrikus átalakítása

- A tankönyvek revíziója (tárgyanként a „felkészülési” óraszám racionalizálása)

Cél: általános orvos képzése. Az egyetemi tankönyvek azokat az elméleti és gyakorlati ismereteket tartalmazzák, amelyeket az általános orvosnak kell tudnia. Ez nem lehet megegyező az adott terület szakvizsgatankönyvével.

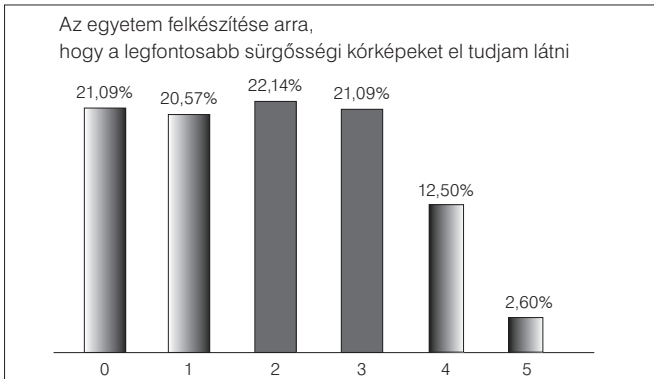
Jelen helyzet: A tankönyvek döntő többsége túlzottan sok információt tartalmaz (amire nincs szüksége egy általános orvosnak), amittől azok áttekinthetetlenek a medikusok számára. Elvesznek bennük a hangsúlyok, a lényegi információk, elsjátításukhoz fizikailag nincs elég idő, a számonkérés pedig esetlegessé válik.

Megoldás: A holland „Blue print” mintájára az oktatási anyag

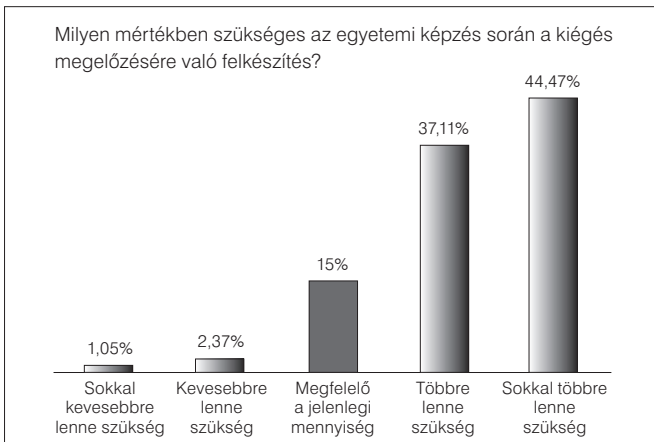
revíziója, az oktatási óraszám és tananyag racionális mértékre csökkentése

- A gyakorlatok hatékonyságának ellenőrzése, minőségi kontrollja

Jelen helyzet: Az orvosképzés gyakorlati része komoly hiányosságokat mutat, ami közvetlen kihatással van a kezdő orvosok manuális készségeire és ezáltal a közvetlen betegellátásba történő önálló bevethetőségükre is. A képzés hiányos



(MRSZ, Államvizsgázók felmérése – 2011. jún. 8., N = 395)



(MRSZ, Államvizsgázók felmérése – 2011. jún. 8., N = 395)

többek között az egészségügyi rendszerismeret, illetve kiégés elleni felkészítés területén is.

Cél: A teljes klinikai oktatás átstrukturálása, gyakorlatorientált képzés

- szimulációs gyakorlatok, esetbemutatók, manuális készségek oktatása
- az oktatók számára a betegellátástól élesen elkülönített oktatási idő
- kisebb tanulócsoportok
- az egyetemi diplomát megszerző orvosok a gyakorlatban is legyenek képesek meghatározott manuális beavatkozások elvégzésére, sürgősségi kórképek ellátására
- egészségügyi rendszerismeret oktatása (pl. ellátási formák, finanszírozás)
- pályaszocializáció (kommunikációs készségek fejlesztése, csapatmukára és a kiégés megelőzésére történő felkészítés)

b) Lépcsőzetes kompetenciák biztosítása

Jelen helyzet: Nincsenek lefektetett kompetenciák. Egyes rezidensek nem tudnak hozzáférni a gyakorlati tudáshoz, másokat pedig indokolatlanul hamar a mélyvízbe dobnak.

- Hatodév, orvosi diploma, törzsképzés vége
- készüljön olyan kompetencialista, amely az orvosi életpálya egyes szakaszainak megfelelően tartalmazza, hogy milyen ismereteknek kell birtokában lenni, milyen beavatkozásokat kell tudni elvégezni: önállóan, felügyelettel vagy szakkonzultánssal
- fokozatos presztíznövekedés (felelősségvállalás, ill. egyenletesebb szakmai fejlődés lehetősége). Pl. az orvosi diploma megszerzését követő első 5 évben, jogosítsa fel háziorvosi ügyelet ellátására. Ez egyben keretet ad a diplomához társuló kompetenciák meghatározásához is.

c) Minőségi szakorvosképzés

Jelen helyzet: Esetleges a szakmai fejlődés, tisztázatlanok a kompetenciahatárok, gyakran nincs lehetőség a minőségi munkavégzésre. Gyakran kerül a rezidens a saját kompetenciáját meghaladó önálló döntési helyzetbe, amikor akarata ellenére veszélyezteti a betegbiztonságot is. Ezt a helyzetet mutatja be a betegbiztonság.blog.hu honlapunk is.

- Fontos, hogy történjen meg a szakképzési tematika revíziója (a szak igényeinek megfelelő képzés, ill. munkavégzés), a nem szakirányú oktatási idő kerüljön minimalizálásra, ezek szakmai konzílium jellegűek legyenek, nagyobbrészt elkülönülve a betegellátástól. Időszerű:
 - a kirendelésen töltött gyakorlatok mennyiségének az újragondolása
 - a továbbképzések, tanfolyamok megfelelő minőségbiztosítása
 - a tutor számára elkülönített idő a rezidens oktatására
 - a tutorok érdekeltségének a megteremtése a minőségi oktatás irányába
 - a szakképzés hatékonyságának az ellenőrzése, minőségi kontrollja
 - a külföldön szerzett szakmai tapasztalatok itthoni hasznosítása.

d) A „szakma szabályai szerinti” hivatásgyakorlás lehetősége

Jelen helyzet: Az orvos munkaidejének aránytalanul nagy részét köti le adminisztráció, betegútszervezés, ami az ellátástól veszi el az időt, figyelmet. Rendszeres, hogy nem áll rendelkezésre megfelelő gyógyszer vagy terápiás eszköz, ami a beteg gyógyulását szolgálná. Gyakori az is, hogy a páciensek nem a megfelelő időben veszik igénybe az ellátórendszert, esetenként indokolatlanul korán, máskor pedig későn, egy-egy betegség előrehaladtával.

- Nemzetközi guideline-ok, bevált módszerek alkalmazhatósága a gyakorlatban.
- Dereguláció, felesleges adminisztratív terhek csökkentése.
- Megfelelő adminisztratív támogatás, az orvos valóban szakmai munkát végezhesen.
- A munkakörülmények rendezése (pl. felhasználóbarát e-programok, kulturált öltözők, védőruha biztosítása, stb.).
- Egészségnevelés az iskolákban, egészségügyi ismeretek közvetítése a lakosság számára (az ellátottak ismerjék az alarm jeleket, tudják, mikor kell és mikor nem szükséges orvoshoz fordulni stb.).

1.2. Társadalmi és anyagi megbecsültség

Cél: az orvosok egy fizetésből tisztességesen meg tudjanak élni.

Jelen helyzet: Az orvosok többsége nem tud megélni a fizetéséből, ezért vagy extrém mennyiségű túlmunkára kényszerül vagy morális kompromisszumokra, vagy előbb-utóbb külföldi munkavállalásra. A migráció veszélyezteti az ellátórendszer működőképességét.

Megoldás: Néhány éven belül az orvosok átlagjövedelme érje el a nemzetgazdasági átlag (NGÁ) 3-szorosát. A kezdő orvosok fizetése érje el a NGÁ 1,66-szorosát. Ezekhez világos, néhány év alatt biztonsággal elvezető bérfeljesztési lépcsők kiépítése szükséges. Ez az intézkedés képes megfékezni az elvándorlást, illetve lehetővé teszi a külföldön dolgozó magyar orvosok jelentős részének a hazacsábítását.

- Fontos az ügyeleti idők, illetve a munkahelyi pótlékok korrekt bérszámfejtése is, hiszen itt tapasztalunk munkáltatói visszaéléseket.

1.3. Tiszta viszonyok – hálapénzmentes ellátórendszer

Kardinális kérdés, hogy az egészségügyből tűnjenek el a borítékok. Ez a szükséges morális megújulás mellett lehetővé teszi azt is,

hogy elimináljuk az ellátórendszer működését torzító és a fiatalok szakmai fejlődését is gátló hálapénzrendszert.

1.4. Regenerációs intervallumok

Az orvosi hivatás érett és kiegyensúlyozott személyiséget igényel. Ugyanakkor az orvosi pálya magas kiegészítő potenciált hordoz magában. A hivatásszemélyiség megőrzéséhez a regenerálódáshoz szükséges feltételeket is biztosítanunk kell. Ennek egyik eleme a stressz kezelésének az oktatása, később a munkahelyi regeneráció elősegítése és emellett néhány évente meghatározott hosszabb kötelező pihenőidő meghatározása.

2. A munkáltató, illetve az állam mint megrendelő

Cél: Fontos, hogy az állam, mint az ellátórendszer finanszírozója az üzemeltetés mellett rendszeresen stratégiai tervezést is végezzen, aminek része a működéshez szükséges források kalkulálása, előteremtése, a hatékony struktúra kialakítása, illetve a humán erőforrás utánpótlás képzése, pályán tartása. Ez a tervezés a feltétele annak, hogy az egészségügy működése hosszútávon is fenntartható legyen.

Jelenlegi állapot: Több évtizeden át hiányzott az ágazati stratégia, ezért az ellátórendszer spontán elindult az összeomlás irányába. Ebből a szempontból a Semmelweis Terv kihatásai még nem láthatók. A 2012-ben megkezdett bérrendezés értékes lépés, de valódi humán erőforrást megtartó hatása csak abban az esetben várható, ha a bérrendezés 2013-ban és 2014-ben folytatódik, továbbá ez az intézkedés kiegészül a szakképzés rendbetételével is.

3. A páciens nézőpontja

Cél: A legfontosabb, hogy a megfelelő időben, a megfelelő minőségű ellátást kapja. Mindezt egy világos struktúrájú rendszerben, ahol felhasználóként tisztában van azzal, hogy adott problémájával pontosan milyen betegúton jut el ehhez az ellátáshoz.

Jelenlegi állapot: Sok esetben szerencse vagy kapcsolati háttér kérdése, hogy egy beteg adott időpillanatban hozzáfér-e a gyógyulásához szükséges ellátáshoz, vagy a szakemberhiány, esetleg az ellátórendszer kapacitásának a szűkítése miatt maradandó egészségkárosodást szenved.

Összegzés

Az egészségügyben 2011 végére létrejött egy, a saját sorsáért tenni akaró és tenni tudó közösség, akik az „Élhető Magyar Egészségügyet” mozgalom mögött sorakoztak fel. Ezt 2011 májusában a Magyar Rezidens Szövetség hívta életre, de idővel olyan korosztályokat és szakirányokat átívelő összefogássá nőtte ki magát, amelyik 2012-ben egyedülálló módon sikeres bértárgyalásokat tudott folytatni a kormánnyal.

Ez az összefogás ad számunkra reményt arra, hogy nem csak elszenvedői, de alakítói is lehetünk saját sorsunknak. A továbbiakban is segíteni fogjuk a szakértői munkákat, és inspirálni fogjuk a bérrendezés folytatását, illetve az egészségügyi életpálya további elemeinek a napi gyakorlatba történő átültetését.

Az egészségügy átalakulása – a betegek és/vagy az orvosok érdeke

Az egészségügyi ellátórendszer több évtizedes terheket cipel, alapvető átalakítása az elmúlt húsz évben sorra késett. A jelenlegi ágazati vezetés a Semmelweis Tervben (ST) írta meg az egészségügy átalakulásának szakmai-stratégiai tervét. Dr. Szócska Miklós államtitkár úr jellemezte egyik beszédében úgy az átalakítás folyamatát, mint egy műtétet, ahol súlyos állapotban van a beteg, több testrészén egyszerre dolgoznak, és életet kell közben menteni. Eközben pedig a műtői környezet is változóban van, egyszerre zajlik az ellátói hálózatban a tulajdonosváltás, valamint az ezt körbeölelő közigazgatási rend átalakítása is.

Szolidaritáson alapuló finanszírozás marad az alapja egészségügyi rendszerünknek, az átalakítás, a ST végrehajtásának kulcsterületei pedig: az ellátórendszer átalakítása, és az emberi erőforráskrizis kezelés. A Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet (GYEMSZI) a gyakorlati végrehajtás szakmai és operatív zászlóshajója, az egészségszervezés működtetője.

A ST lépései kormányhatározatban öltöttek testet, ennek alapján ki kell alakítani a nagytárségi állami egészségszervezési rendszert, a felszabaduló forrásokat hiányterületekre, béremelésre kell visszaforgatni, az átalakítás az Új Széchenyi Terv (ÚSZT) forrásainak ha-

1 Dr. Mogyorósi Dorottya PhD (EMMI Egészségügyi Államtitkárság) szakmai főtanácsadó.

tékonyabb felhasználásával történik, az állami egészségügyi központ nagytérségi igazgatóságokkal működik majd, az alapkonceptió a betegútszervezés szervezeti modelljeire épül, finanszírozási módszertani központ alakítandó ki, a finanszírozási rendszer fejlesztése megtörténik. A fekvőbeteg szakellátás állami feladat, az intézmények átvétele ezt segíti elő. Emellett szerepel még a határozatban, az Országos Betegjogi és Dokumentációs Központ létrehozása, a humán erőforrás helyzet áttekintése, homogén életpályacsoportok kialakítása, a népegészségügyi szűrési programok áttekintése, kiterjesztése, illetve az egységes egészségügyi ágazati informatikai fejlesztések.

Kisebb, szervezettebb, hatékonyabb, jobb minőségű és biztonságosabb ellátórendszer kialakítása a cél. Az összekuszált betegutak helyett progresszivitás és térségi betegútszervezés teremtetendőt az ellátórendszerben. Szükségletalapú kapacitástervezés, térségi munkamegosztás, progresszív ellátórendszer a jövő. Az első lépésként megtörténik a fekvőbeteg-ellátásban a funkcióváltás, az integrációs, a kapacitás-beavatkozások és megállapodások. (július elsejétől).

A nagytérségek kialakítása betegútelelemzés, távolság- és időoptimalizálás, valamint szakmai csapatok helyszíni interjúi alapján történt, sok-sok hónapos munkával. Szakmai alapként említhető meg a bizonyítékokon alapuló központosítás alátámasztására azok a nemzetközi közlemények például, melyek az optimális szülési számot jelölik meg kórházi osztályra lebontva. (pl.: JAMA, 1996, 276: 1054-9, vagy Obstet Gynecol, 2001. 98: 247-252)

Az ágazati vezetés elsődleges feladata a forrásteremtés. A tervek az alábbiak:

- Uniós források (csak fejlesztésre): 100–170 milliárd Ft
- Népegészségügyi termékdíj: 20–40 milliárd Ft
- Kiegészítő biztosítások (pl. sport): 30–50 milliárd Ft
- Területen kívüli ellátás és várólista kerülés térítési díjai
- Forrásteremtési és finanszírozási rendszer átalakításának megkezdése

Az ellátórendszer átalakításának kulcsfolyamatai az erős ütemű jogalkotás mellett az intézmények átvétele, a kapacitástervezés, a progresszív szintek meghatározása a fekvőbeteg ellátásban, valamint a vezetési rendszer fejlesztése és a hatékony működtetés kialakítása. Már az átalakítás első ütemében kiderültek jogi problémák, úgymint a lejárt kórházi felelősségbiztosítások, a hiányos szerződési kataszterek, az ár-érték arányban kedvezőtlennek látszó szerződések, a szabadon álló ingatlanok rendezetlen helyzete, illetve az összességében milliárdos perérték.

Ugyancsak problémaként bukkant fel az elavult épület- és eszközállomány, esetenkénti üzemeltetési rendezetlenséggel, a szétforgácsolt, finanszírozhatatlan diagnosztikai, orvostechnikai kapacitások, a betegutak dzsungelé. Kiemelendő még a valid HR-adatok hiánya (adatbázisok közötti jelentős eltérések), a rendszerben szétszórtan jelen lévő emberi erőforrás állomány, inkongruencia. A humánerőforrás-hiány háttérében a szakdolgozói és orvoselvándorlás, a szakorvoshiány, az állandósuló fluktuáció áll. Minimumfeltételek alatti a létszám számos kórházi osztályon, az ellátó intézmények sok helyen nem tudtak rezidenseket felvenni a kívánt számban. Létszámhiány jelentkezik a kapcsolódó területeken is (gyógyszertár, ételmezés). Kimondható, hogy történelmi bértartozás áll fenn az egészségügyi dolgozók felé.

Ugyancsak problémaként bukkant elő a szétforgácsolt és átláthatatlan beszerzések rendszere, erre lesz megoldás az összehangolt beszerzések kialakítása, és okos mérőrendszer kialakítása. Ezek megtérülése milliárdos nagyságrendű.

Az időbeni késés ellenére az ágazati vezetés nem mondott le az országos Betegjogi és Dokumentációs Központ (OBDK) létrehozásáról, melyet a ST végrehajtására született kormányhatározatban fogadtak el 2011-ben, ennek előkészítése a végső fázisban van. Az intézménynek a betegjogvédelem (többek között a betegjogi képviselők működtetése), és a betegdokumentációhoz kapcsolódó feladatok végrehajtása lesz az elsőrendű feladata. Az OBDK működésének alapelve lesz, hogy az orvosnak és betegnek közös

érdeke a színvonalas ellátás és jogszerű ellátás biztosítása, a felek egyenrangú kapcsolatában nem lövészárkokból nézünk vagy tüzelünk egymásra, hanem közösen temetjük be azokat, azzal, hogy nem azt keressük pusztán, hogy ki hibázott, hanem a tájékoztatási, dokumentációs, jogi ismeretterjesztő feladatokkal elősegítjük a kártérítési perek megelőzését, számának csökkentését is.

A Semmelweis Tervben és a hozzá kapcsolódó a Semmelweis Tervben meghatározott egészségügyi struktúraátalakítással járó feladatokról, a kiemelt feladatok végrehajtásához szükséges intézkedésekről szóló 1208/2011. (VI. 28.) Korm. határozatban, majd az egészségügyről szóló törvényben [Eütv. 247. § (1) k) pont] felhatalmazás született a kormány számára, hogy hozzon létre egy új jogintézményt, az Országos Betegjogi és Dokumentációs Központot (OBDK).

Az előkészítő munkacsoportunk koncepciója alapján az OBDK egy egységes, egykapus, és komplex betegjogi és dokumentációs központ, amely működteti a betegjogi képviselőket, kezeli a bezárt egészségügyi intézmények dokumentumait, valamint számos módszertani feladatával, többek között a kártérítési rendszer felülvizsgálatával a beteg-orvos kapcsolat mindkét szereplőjének védelmében eljár. Ezek miatt e központ egyedülálló, és eddig semmilyen intézmény által ilyen egységesen, szektorsemlegesen be nem töltött feladatokat lát el a magyar jogrendszerben. A jogutód nélkül megszűnt kórházak betegdokumentációjának szakmai felügyelettel ellátott, hatékony kezelése elősegíti a betegek jogainak érvényesülését és egyben a betegellátást is.

Az OBDK betegjogi jogsértés esetén panaszvizsgálatot folytat a törvényben felsorolt betegjogok sérelme esetén a betegjogi képviselőkn keresztül beérkezett panaszok nyomán, valamint hivatalból is van joga eljárást lefolytatni. Az OBDK elé panasz akkor kerül, ha a betegjogi képviselők azt a területen nem tudták megoldani, vagy az általuk végzett vizsgálat megállapításaival a beteg nincs megelégedve.

A betegjogi képviselők nem kapnak továbbra sem hatósági

jogköroket, panaszvizsgálatuk bizalmon alapul, eljárásukat az eddigiekhez hasonlóan végzik, munkájuk célja a panaszok helyben történő megoldása.

Hiszünk, és bízunk az átalakítás sikerességében, melynek egyik látható eredménye lesz a betegjogok ismeretének és védelmének erősödése a betegek és az egészségügyi ellátók körében.

(Az előadás elkészítésében Dr. Dózsa Katalin Mária főosztályvezető-helyettes asszony és Dr. Török Krisztina főigazgató asszony volt segítségemre.)

A betegjogok helyzete a bioetika szemszögéből

Szubjektív előhang

Az alábbi írásban sokféle kritikát fogok megfogalmazni az 1997. évi CLIV. törvénnyel (az egészségügyi törvénnyel, továbbiakban Eütv.) kapcsolatban. Főleg kritizálni fogom a törvényt, s annak megvalósulását. Noha ez nem teljesen igazságos eljárás, hiszen a törvénynek számos pozitív hozadéka is van, több „mentség” szól a kritika mellett.

Az első mentség, hogy magam is aktívan részt vettem a törvény előkészítésében és szövegszerű megfogalmazásában is. A törvény előkészítése előtt megjelent könyvem betegjogi megoldásai így bekerülhettek az Eütv.-be.² Ezért azt én is „gyermekemnek” érzem, sorsát szívemen viselem, így távolról sem vagyok ellenséges vele szemben. Ez a „gyerek” ma 15 éves, s ilyenkor szoktak a gyerekek elzúlleni, rossz útra tért, a szülők pedig kétségbe esni. Ezért a mostani idő alkalmas a kritikus számvetésre. Mint minden ilyen kritikánál, a kiindulópont az „érted haragszom, nem ellened” alapállás lehet csak, s annak szem előtt tartása, hogy „növeli, aki elfödi a bajt”. A jó terápia alapja mindig a pontos diagnózis.

A törvény legalapvetőbb hibája – így utólag visszatekintve – az, hogy szakértők munkája volt, s nem egy alulról jövő nyomás eredménye. Így a törvény sok esetben holt betű maradt, nem volt olyan

1 Prof. Dr. Kovács József orvos-bioetikus, pszichoterapeuta, egyetemi tanár Semmelweis Egyetem, Magatartástudományi Intézet, Bioetika Részleg.

2 Kovács József: *A modern orvosi etika alapjai. Bevezetés a bioetikába.* Budapest: Medicina Könyvkiadó, 1997.

alulról kiinduló társadalmi nyomás, mely kikényszerítette volna a törvény betűjének és szellemének a mindennapokban való betartását. Ugyanakkor a törvény gyakorlati megvalósulásának problémái bizonyos pontokon kapcsolatban vannak az elméleti kidolgozatlan-ságokkal is.

A betegek jogai deklarálásának szükségességéről Magyarországon már az 1990-es évek elején sokat beszéltek. Ez akkoriban nagyon előremutató volt, hiszen Európa első betegjogi törvényeit is csak az 1990-es évek elején fogadták el. Jól beleilleszkedett tehát a korabeli európai trendbe, amikor az Eütv. eleje a teljes 2. fejezetet a betegek jogai megfogalmazásának szentelte, ezzel mintegy megadva a törvény alaphangját és szellemiségét.

A törvény elfogadása óta eltelt 15 év azonban kellő perspektívát biztosít ahhoz, hogy kijelenthessük: a betegközpontú egészségügyet sugalló betegjogi megközelítésből nagyon kevés valósult meg Magyarországon. Sok esetben a törvény betűje sem érvényesül, a legfájóbb azonban, hogy a betegjogok szellemisége is hiányzik a hazai mindennapi betegellátásból. Sokszor az az érzése annak, aki elég hosszú ideje figyeli az egészségügy mindennapjait, hogy abban – dacára a megváltozott jogi környezetnek – nagyon kevés változás történt. Betegjogi szempontból ugyanazokat a kritikákat lehet elmondani ma is, mint régen. A legtöbb kritika, mely a betegjogokkal kapcsolatban ismét és ismét elhangzott az utolsó 20 évben, sajnos ma éppúgy aktuális, mint amilyen megfogalmazása idején volt.

A betegjogi problémakör rövid hazai története

Az 1972. évi. II. törvény az egészségügyről

Ez a törvény, mely 25 éven keresztül határozta meg az egészségügy mindennapjait, szellemiségében paternalisztikus volt, ezért volt szükség a változásra. A kiszolgáltatottság volt a jellemző az egészségügyben mind a beteg, mind az orvos részéről. Losonczy

Ágnes 1986-ban írt könyve³ ma is aktuális olvasmány, jelezve egyben, hogy mennyi minden nem változott meg azóta. Losonczi Ágnes részletesen ábrázolja, hogy az egészségügyben mindenki kiszolgáltatott. Kiszolgáltatott egyrészt az orvos, nem kis mértékben az egészségügyben tapasztalható szinte feudális hierarchia miatt. Kiszolgáltatott a többi egészségügyi dolgozó is, de legjobban természetesen a beteg kiszolgáltatott. Ő áll ugyan retorikailag az egészségügyi hierarchia csúcsán, hiszen elvben minden az ő érdekében történik, a valóságban azonban már csak állapotánál fogva sem képes érdekei védelmére, s kiszolgáltatottsága így az egészségügy összes többi szereplőjénél nagyobb. Ez a helyzetelemzés egyben megadja az indokát is annak, hogy a rendszerváltozás utáni évtizedben miért érezték egyre többen sürgető szükségét az egészségügyben uralkodó viszonyok megváltoztatásának, melynek jogi lenyomata az 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről.

Az 1997. évi CLIV. törvény (Eütv.)

Kicsit szónokiasan úgy is fogalmazhatnánk, hogy a jogi-etikai-szemléletbeli rendszerváltás ezzel a törvénnyel ment végbe az egészségügyben. Ez azonban nem lenne teljesen igaz. A régebbi törvényt átható paternalizmus ugyanis nem a szocializmus sajátja volt. Az több mint 2000 éves hagyomány az egészségügyben, mely minden ország egészségügyi rendszerére jellemző volt, beleértve az USA-t és a fejlett nyugat-európai országokat is. Az 1972 és 1997 közötti egészségügyre tehát nem annyira a szocialista etika, hanem inkább a sokkal régebbi, több évezredes paternalista etika szellemisége volt a jellemző. Ezzel magyarázható, hogy az nem is olyan könnyen megváltoztatható, mint amilyen egy pusztán 40–50 éves hagyomány megváltoztatása lenne. Az Eütv. szellemiségében hadat üzent a hagyományos paternalista szellemiségnek, s igyeke-

3 Losonczi Ágnes: *A kiszolgáltatottság anatómiája az egészségügyben*. Budapest: Magvető, 1986.

zett az orvos és a beteg egyenrangúságára épülő, betegközpontú egészségügy „alkotmányát” létrehozni. A törvény betegjog-centrikussága már a törvényalkotás idején sok bírálatot váltott ki. A bírálatok között hangsúlyozott volt az, hogy nemcsak a betegjogokat, hanem az orvosjogokat és általában az egészségügyi dolgozók jogait is deklarálni kellene, hiszen ők is kiszolgáltatottak. Ez természetesen igaz volt, hiszen – mint láttuk – az egészségügyben a kiszolgáltatottság általános. Az indokolta a betegjogi megközelítést mégis, hogy a beteg volt az egészségügy legkiszolgáltatottabb szereplője, s a jogokat általában a legkiszolgáltatottabbak szemszögéből szokták megfogalmazni. A nők jogai, vagy a gyermekek jogai kifejezés például nem azt jelenti, mintha a férfiak vagy a felnőttek jogait nem kellene védeni, hanem csak azt, hogy előbbieket kiszolgáltatottabbak, mint az utóbbiak.⁴ Világos azonban, s ma talán világosabb, mint az Eütv. előkészítése idején volt, hogy a betegjogok védelmének nélkülözhetetlen előfeltétele az orvosjogok és az egészségügyi dolgozók jogainak a tiszteletben tartása. Frusztrált, kiszolgáltatott egészségügyi dolgozók ugyanis nem képesek a betegek jogait tiszteletben tartani.

Magyarország EU csatlakozásának betegjogi következményei

Magyarország EU csatlakozása döntő változást hozott az egészségügyi dolgozók kiszolgáltatottságának csökkentése irányába. A munkaerő szabad mozgása, mely az EU egyik alapelve, lehetővé tette, hogy az orvosok, és más egészségügyi dolgozók is a gazdagabb EU-országokban keressenek maguknak állást, ha elégedetlenek a hazai körülményekkel. Ezzel a joggal a csatlakozás óta eltelt alig 8 évben olyan sokan éltek, hogy az ma már a hazai egészségügyi ellátás megfelelő minőségű működését veszélyezteti, s ha az eddigi trend folytatódik, könnyen el is lehetetlenítheti azt.

4 Kovács József: *A modern orvosi etika alapjai. Bevezetés a bioetikába.* Második, átdolgozott kiadás. Budapest: Medicina Könyvkiadó, 1999, 2006, 582. o.

Az orvosok és más egészségügyi dolgozók nagyfokú kivándorlása indirekt bizonyítékul szolgál egyben arra, hogy milyen fokú kiszolgáltatottságot éltek meg korábban, melyre válasz a tömeges elvándorlás a jobb munkafeltételek és a kedvezőbb jövedelem irányába. Ma sem világos, hogy hogyan lehet ezt a problémát megoldani úgy, hogy közben a munkaerő szabad áramlásának EU irányelveit is betartsuk.

Az orvosok kiszolgáltatottságának e csökkenése azonban a betegek kiszolgáltatottságát még tovább növelte, hiszen – ellentétben az orvosokkal – ők nem tudnak tömegesen külföldre menni gyógykezelés céljából, ha nem elégedettek a hazai állapotokkal. S a tömeges orvoselvándorlás a beteg megfelelő minőségű egészségügyi ellátáshoz való jogát is csorbítja, hiszen megnő a valószínűsége annak, hogy nem fog megfelelően képzett orvoshoz kerülni. Mindez megerősíti azt a korábban említett igazságot, hogy a betegjogok csak ott érvényesülnek megfelelően, ahol az orvosok és más egészségügyi dolgozók jogait is tiszteletben tartják.

Az 1997. évi CLIV. törvény (Eütv.) jelentősége

A törvény elméleti jelentőségét nehéz túlbecsülni. Szellemisségében radikális szakítást jelentett a korábbi, paternalisztikus orvos-beteg viszonyra. Betegjog-centrikussága, betegközpontú szemlélete megfelelt az akkori legkorszerűbb európai normáknak is. Számos új jogintézményt vezetett be, melyek korábban Magyarországon ismeretlenek voltak. Ilyen például a betegjogok részletes felsorolása, a betegjogi képviselő intézményének a megteremtése, az életmentő kezelések visszautasíthatóvá tétele, az élő végrendelet és a tartós meghatalmazott intézményének a meghonosítása, a tájékozott beleegyezés fogalmának a bevezetése, s még számos egyéb – korábban hazánkban ismeretlen – jogi megoldás kialakítása. Emiatt – jogászok oldaláról – az a vád is megfogalmazódott, hogy ezáltal egyfajta jogi transzplantáció történt, mely a nagyrészt angol-amerikai, precedens jogra épülő jogintézményeket szinte változtatás

nélkül emelte be a hazai, kontinentális jogrendszerbe, noha a két jogrendszer sok szempontból inkompatibilis egymással.

Véleményem szerint azonban – ahogyan a transzplantáció az orvostudományban sem ideális, de sok esetben életmentő beavatkozás – a jogi transzplantációra is szükség lehet, ha ezzel máshol jól bevált és jól működő megoldásokat vehetünk át, különösen akkor, ha hazai működőképes megoldás vagy hagyomány nem áll rendelkezésre.

A törvény igyekezett a régi, atyáskodó orvos-beteg viszonyt korszerűsíteni, egyenrangúbbá tenni. A gyakorlatban azonban ez nem volt sikeres, a mai klinikai gyakorlatban nagyon kevésbé érhető tetten a jogi-etikai szemléletváltozás.

Az 1997. évi CLIV. törvény (Eütv.) hiányosságai

Mi jár a betegnek az egészségügyi intézményben? Ma számos fontos betegjog deklaráció hiányzik az Eütv.-ből. Ezek között az első helyen szerepel annak pontos meghatározása, hogy pontosan mi jár a betegnek az egészségügyi intézményekben? Annak világos és pontos megfogalmazása hiányzik, hogy mi az, ami adott állapotban az egészségbiztosítás keretében jár neki, mi az, amit esetleg csak térítés fejében vehet meg, s mi az, ami nem megvehető, amihez Magyarországon még térítés ellenében sem lehet hozzájutni. Ez még az egészségügyi ellátás legegyszerűbb formái esetén sincs definiálva, például az ápolás vonatkozásában, ahol egyébként elég egyszerű lenne meghatározni, hogy mi jár, s mi nem jár.

Jár-e például egy kórházban fekvő, idős, önmagát ellátni nem tudó, s demenciálódott férfibetegnek, hogy naponta megborotválják, ha erre ő önjelétől nem képes? Vagy ezt a hozzátartozóknak kell megoldaniuk, s ha erre nem képesek, akkor megvehetik ezt a szolgáltatást a mindenki számára pénzért rendelkezésre álló kórházi fodrásznál? Az ilyen kérdések nincsenek világosan, mindenki számára jól ismert módon meghatározva ma Magyarországon.

Jár-e az ápolás keretében az, hogy az idős, demenciálódott be-

teg ágya mellé a nővér leüljön, s megetesse? Vagy ezt is a hozzátartozónak kell megoldania?

Természetesen nem állítom, hogy a fenti ápolási funkciók feltétlenül térítésmentesen kell hogy elérhetőek legyenek. Előfordulhat, hogy a krónikus munkaerőhiány és a kórházak szegénysége nem teszi lehetővé, hogy minden rászoruló férfibeteget ingyen megborotváljanak, vagy minden arra rászoruló idős beteg ágya mellé leüljön a nővér, s minden étkezésnél falatonként megetesse őt. A probléma az, hogy még ebben az egyszerű esetben sincs világosan kimondva, hogy mi jár, és mi nem jár. Van tisztességszegénység is, s ha világosan deklarálva lenne, hogy például az említett ápolási funkciók ma Magyarországon a kórházak jól ismert nehézségeit figyelembe véve ingyenesen nem járhatnak, akkor a hozzátartozók tudnák, hogy ezt nekik kell megfizetniük, vagy ha erre nem képesek, akkor ezen ápolási funkciókat beteg családtagjuk részére nekik kell elvégezniük. Erről adott esetben nyilvános társadalmi vita is lehetne, hogy mi történjék azokkal, akik család híján így ellátatlanul maradnak, vagy kiknek a számára járjon ilyen esetben mégis az ápolás? Mivel azonban nálunk nincs világos, egyértelmű döntés a fenti kérdésekben, a hozzátartozók sötétben tapogatóznak. Alapvetően általában azt tételezik fel, hogy az említett ápolás benne foglaltatik a társadalombiztosítási ellátásban, vagyis az a betegnek ingyenesen jár. Mikor azonban azt tapasztalják, hogy az önállóan borotválkozni nem tudó nagypapát senki nem borotválja meg, s néhány napi kórházi bent fekvés után kezd úgy kinézni, mint egy hajléktalan, akkor kezdi a család saját maga megszervezni a nagypapa borotválását, a nővérnek pedig hálapénzt adnak, hogy figyeljen oda jobban rá. Mikor azt tapasztalják, hogy így sem etetik meg az idős embert, aki – zavartsága miatt – esetleg ki van kötve az ágyához, az ebédje pedig gondosan az éjjeliszekevényére van készítve, amit kikötött állapotában akkor sem tudna megenni, ha amúgy nem lenne zavart, akkor a család kezd arra a meggyőződésre jutni, hogy megfelelő családi közreműködés nélkül a nagypapa nem fogja túlélni a kórházi benn-

tartózkodást. Ilyenkor még több hálapénz adása a reakció, s a családtagok látogatásának gondos megszervezése, mindenkinek feladatul szabva, hogy a látogatás alatt etesse meg és borotválja meg az idős beteget, sőt lehetőleg igyekezzenek kieszközölni, hogy kötelékeit kioldva sétáltathassák. Az idős beteg kötelékeinek a kioldása az agyonterhelt nővértől nagyon sok időt vesz el, ezért nem szívesen végzi. A humánus rögzítés ugyanis azt jelenti, hogy gézzel előzőleg gondosan betekerik az idős ember csuklóit és bokáit, hogy a rögzítéshez használt géz ne vágjon azokba bele, s a kötelékeket is úgy kell elrendezni, hogy némi mozgást mégis engedjen a betegnek. Egy ilyen kikötés majd újbóli bekötés tehát jelentős többletmunka, ezért néha a hozzátartozók makacs ragaszkodása szükséges ennek eléréséhez, hiszen jól tudják, hogy a nem mozgatott betegnél radikálisan megnő a trombózis, illetve az embólia veszélye.

Talán kicsit túlzónak hatnak a fenti sorok, de aki látogatott már idős, magatehetetlen beteget hazai kórházakban, az tudja, hogy az események általában ezt a sorrendet követik.

Ha a kórházi osztály a második emeleten van, s az egyetlen liftet a liftajtó mellé helyezett felirat szerint csak a személyzet használhatja, melyhez csak a személyzetnek van kulcsa, akkor a nehezen járó, idős beteg hogyan juthat fel az osztályra vagy le az osztályról, ha hozzátartozója kíséri? Ha megkérlik a nővért, hogy engedje használni a liftet, aki ígéri, hogy segít, majd eltűnik, s többet nem látható, akkor mi a teendője a segíteni akaró hozzátartozónak? Adjon pénzt az első arra haladó műtősiútnak, hogy engedje be őket a liftbe? Vagy határozott hangon ragaszkodjon hozzá, hogy az idős betegnek jár a lift, miközben a felirat arra figyelmezteti, hogy nem jár? Mindenki hosszan tudna hasonló példákat idézni, s mindegyiknél az a probléma, hogy nincsen világos, s használható tájékoztatás az egészségügyi intézmény részéről arról, hogyan kell a fenti problémákat kezelni? A hozzátartozó vagy a beteg talpraesettségén múlik legtöbbször, hogy meg tudja-e oldani a problémát. Ha jó a kommunikációs készsége, vagy fontos ember, akiről

tudják is, hogy fontos, akkor ezek a problémák viszonylag könnyen megoldhatók. Aki a fentiek egyikével sem rendelkezik, sokszor a hálapénzt használja eszközként céljai elérésére, mely azonban – ez az esetekből jól látható – távolról sem a hála kifejezője ilyenkor, hanem a kiszolgáltatottság szüli. S a legkritikább esetben fordul ilyenkor a beteg a betegjogi képviselőhöz, már csak azért sem, mert 15 évvel a betegjogi képviselő intézményének a bevezetése után – ha az hatékonyan működne – ilyen triviális és szembeötlő problémáknak már elő sem szabadna fordulniuk, mert azokat a korábbi panaszok nyomán már régen megoldották volna. Ilyen esetben azonban a rutinos hazai beteg, illetve hozzátartozó a betegjogi képviselő helyett a hálapénzt használja mindent megoldó eszközként, mely egyben bizonyítéka a hazai betegjogi képviselők gyenge hatékonyságának. A fenti példákkal még csak a betegellátás legelemibb szintjénél, az ápolásnál tartunk. S ápolás tekintetében jóval kisebb a beteg kiszolgáltatottsága, mint például egy CT- vagy MRI-vizsgálat indikálása tekintetében, hiszen ha a beteg nem kap megfelelő ápolást, azt a hozzátartozók viszonylag könnyen tudják pótolni, akár személyes közreműködéssel is. A tényleges orvosi ellátás hiányosságai tekintetében jóval kiszolgáltatottabb a beteg, hiszen ott még kellő információval sem rendelkezik, hogy egyáltalán megkapja-e orvosilag azt, ami jár neki, s ha azt gyanítja, hogy nem, nem tudja azt pótolni, hiszen a hozzátartozó nem rendelhet el az orvos helyett a betegnek egy költséges vizsgálatot.

Egyszóval alapvető feladat lenne az ellátás tisztességes minimumának a szintjét törvényben meghatározni, majd ezt ellenőrizhetővé és megkövetelhetővé tenni. Ez nem könnyű feladat, bár történtek kísérletek nemzetközileg ennek meghatározására. Ennek hiányában a beteg nem tudja, mi jár neki, azt azonban tudja, hogy az orvos döntésén múlik, hogy a ritka, mindenki számára nem hozzáférhető ellátási formák (drága vizsgálatok, beavatkozások) számára hozzáférhetőek lesznek-e vagy sem. Mivel úgy gondolja, hogy az élete múlhat az orvos döntésén, ezért kiszolgáltatottságában a

hálapénzzel igyekszik megnyerni az orvos és az egészségügyi dolgozó jóindulatát.

Mindehhez nem kis mértékben járul hozzá az, hogy az Eütv. ott sem fogalmaz egyértelműen, ahol ezt megtehetné. Ilyen például a beteg várakoztatása. Itt lehetne világosan fogalmazni, ahogyan az más országok betegjogi chartáiban megtörténik, például lehetne 15 vagy 30 percet előírni, mint „elfogadható” várakozási időt. A törvényben azonban nem ez szerepel, hanem az, hogy a beteget „csak méltányolható okból és ideig szabad várakoztatni” (Eütv. 10. § (6)).

Ez tipikus példája az értelmezhetetlen és a gyakorlatban a beteg számára védelmet nem nyújtó jogszabálynak. Ha például a tömött váróteremben a sorban álló betegek előtt bemegy a gyógyszergyár képviselője, s 15 percen keresztül feltartja ezzel az orvost, akkor ez méltányolható ok és méltányolható idő vagy sem? Hogyan tudná ezt a beteg eldönteni és ezt a jogát érvényesíteni?

Hiányzik a betegek képviselete az egészségügyi ellátásukat érintő kérdések eldöntésekor

Ma a betegek nincsenek kollektívan képviselve az egészségügyi ellátásukat érintő kérdések eldöntésében. Ez a képviselet azt jelentené, hogy a betegeknek (képviselőik útján) betekintésük és beleszólásuk lenne a prioritások megfogalmazásába s az ezzel kapcsolatos döntések meghozatalába. Ez ma nincs az Eütv.-ben deklarálva, s nem is történik meg a gyakorlatban. Ezek ugyan részben szakmai döntések, de mindig vannak erkölcsi vonzataik, melyeket nem lehet szakmai szempontok alapján eldönteni. Ez az elv szerepel – egyebek mellett – a WHO Európai Betegjogi Deklarációjában is.⁵

5 WHO European Consultation on the Rights of Patients (Amsterdam, 18–30 March, 1994): Principles of the Rights of Patients in Europe: A common Framework. In *World Health Organization Regional Office for Europe* (1996): *Citizens' Choice and Patients' Rights*. (European Health Care Reforms.) Copenhagen. (Principle 5.2) 55. o.

Nem deklarált és nem is megoldott a minőségbiztosításért való felelősség kérdése

Ez azt jelenti, hogy nincs megoldva annak szisztematikus ellenőrzése, hogy betartják-e a szakmai protokollokat a diagnózis megalkotásakor és a terápia során. Ez legtöbbször az egyéni szakember lelkiismeretére van bízva, mely azonban nem elegendő. Olyan rendszerre lenne szükség, mely az ellátás minőségét szisztematikusán ellenőrzi, a hibákat feltárja, s azok jövőbeli előfordulásának valószínűségét csökkenti. Ennek mechanizmusa ma nincs megfelelően kidolgozva. Ez valószínűleg meg a gyakorlatban a beteg megfelelő színvonalú egészségügyi ellátáshoz való jogát, mely egyben az egészségügyi intézmény minőségbiztosításért viselt felelősségét is jelenti. Ez a jog, illetve kötelesség szerepel az Orvosok Világszövetsége revideált Lisszaboni Betegjogi Deklarációjában is.⁶

A tájékozott beleegyezés kérdése

A tájékozott beleegyezés doktrínájának a bevezetése a hazai egészségügyi jogba az 1997. évi Eütv. fontos eredménye volt. Elméletileg bármennyire fontos is ez, a gyakorlati megvalósulása azonban inkább az intézmény „műhibaperekkel” szembeni védelmét szolgálja ma Magyarországon. Tegyük fel, hogy a beteget előjegyzik 1 hónap múlva gasztroszkópiára (gyomortükrözés). A tipikus hazai eljárás ilyenkor az, hogy a vizsgálatra megjelenő, s az ajtó előtt leülő betegnek az asszisztens nő kivisz egy 1/2 oldalas tájékoztató nyomtatványt, s megmondja neki, hogy hol kell azt aláírnia. Ez teljesen formális aktus már ilyenkor, hiszen a beteg már elő volt jegyezve a gyomortükrözésre, s arra már 1 hónapja készül. Esetleg jóval előbb emiatt elkéredzkedett a munkahelyéről vagy megszervezte, hogy ki

6 World Medical Association (1995): Revised Declaration of Lisbon on the Rights of the Patient. *Bulletin of Medical Ethics*, No. 114. December 1995/ January 1996 (1.d.) 8. o.

vigyázzon az ő vizsgálata alatt a gyerekére. Egyszóval a gyomor-tükrözés elfogadása ekkor már régen eldöntött kérdés, s ilyenkor a beteg tájékoztatása üres formalitás. Nem véletlen, hogy a klinikusok annak is tekintik. Tudják, hogy aláírt beleegyező nyilatkozat nélkül, ha mégis valamilyen szövődménye lenne a vizsgálatnak, s a beteg pert indítana, jogilag bajba kerülhetnek. Így az aláírt beleegyező nyomtatványt egyfajta jogi védelemnek tekintik a „műhibaperes” fenyegetéssel szemben.

A valóságban azonban a tájékozott beleegyezés a betegellátás legfontosabb mozzanata kellene hogy legyen, s nem pusztán a jogi önvédelem része. A tájékozott beleegyezés az orvos és a beteg egyezkedése, illetve – más megfogalmazás szerint – a (diagnosztikus és kezelési) lehetőségeket kutató beszélgetés az orvos és a beteg között, mely az orvos-beteg találkozás minden elemét át kellene hogy hassa.⁷

Tehát nem egy egyszeri aktus, s nem egy tájékoztató nyomtatvány pusztá aláírása, hanem egy dialógus az orvos és a beteg között, melyben az orvos elegendő információval látja el a beteget ahhoz, hogy az felelősen tudjon dönteni saját kezeléséről abban az esetben, ha arra többféle lehetőség kínálkozik. Ilyenkor a beteg érvényesítheti saját értékrendjét – melyet az orvos általában nem ismer –, s kiválaszthatja a számára legelfogadhatóbb kezelési formát. Tehát nem arról van szó, ahogyan az ma gyakran történik, hogy az orvos tájékoztat (egyszeri alkalommal), a beteg pedig hallgat. Ez egy interaktív folyamat, egy beszélgetés kellene hogy legyen. Nem az orvosi monológ modellje a helyes, hanem a dialógus típusú modell. Néhány nagyon egyszerű szabálynak kellene érvényesülnie, azokat azonban mindenütt be kellene tartani.

Először is, minden – az adott egészségügyi intézményben végzett – beavatkozásról rendelkezésre kellene állnia egy rövid tájékoztató nyomtatványnak. Ideális esetben ez kb. négy oldal. A túl sok

7 Levine, Robert (1995): Consent Issues in Human Research. In Stephan G. Post (ed.): *Encyclopedia of Bioethics*. 3rd edition. New York – Munich: Macmillan Reference, Thomson – Gale, 2004, 1281. o.

tájékoztatók ugyanis, mint általában a gyógyszerek mellett található ismertetőik, éppúgy alulinformáltságot okoz, mint a túl szűkszavú. E nyomtatvány első oldalának röviden, lényegre törően össze kellene foglalnia a beavatkozásról szóló legfontosabb információkat azok számára, akik nem akarnak ennél részletesebb információt, vagy nem tudnak ennél többet elolvasni. A maradék három oldal pedig rajzokkal, ábrákkal részletesebb tájékoztatást nyújthatna.⁸ Mivel sok beteg nem tud olvasni (idős emberek sokszor látási problémákkal küzdenek, s becslések szerint az átlagpopuláció 10–15%-a funkcionális analfabétának tekinthető, vagyis hosszabb szöveget nem képes elolvasni) ezért hangosított formában is elérhetővé kell tenni a beteg számára az információt (audio-kazetta, CD) Jó, ha a beavatkozás fel van véve videóra, vagy DVD-re, ami – megfelelő narrációval kísérve – szemléletes tájékoztatást nyújthat a beteg számára, aki pl. a beavatkozás előtt – akár otthonában – megnézheti a rá váró gasztroszkópia kifejezetten a betegek számára készített tájékoztató filmjét, hogy pl. ne a beavatkozás alatt kelljen megkérdeznie, hogy amit érez, az normális-e? Az egészségügyi intézményekben egészségnevelőknek kellene dolgozniuk, akiknek legfőbb munkaköri kötelességük lenne a betegeket részletesen tájékoztatni, kérdéseikre válaszolni, ha azok a tájékoztató anyag elolvasása vagy meghallgatása, vagy a film megnézése után sem értenek még mindent. Az orvosnak erre általában nincsen ideje, s a betegek nem is mindig merik triviálisnak érzett kérdéseikkel az orvost zavarni.

Miután a beteg mindezen információkat megkapta az írott és kihangosított formában, illetve filmen is elérhető a tájékoztató anyag, s az egészségnevelő segítségével, a vizsgálatot közvetlenül megelőzően az orvos mintegy felteheti az „i”-re a pontot, s megkérdezheti a beteget, hogy mindent tud-e, amire kíváncsi volt, vagy maradt-e még valamilyen kérdése? Mindebből látható, hogy a beteg-tájékoztatásnak a betegellátás középpontjában kellene áll-

8 Ross, Nick: Improving surgical consent. *The Lancet*, Vol. 364. No. 9436. (August 28-Sept 3, 2004) 812–813. o.

nia, ez a betegközpontú egészségügyi ellátás alfája és ómegája. A kórház egész működését úgy kellene megszervezni, hogy ezt a funkcióját is olajozottan elláthassa. Mindezt azért fontos hangsúlyozni, mert ma senki számára nem kétséges, hogy komoly gondot kell fordítani például a CT vagy az MRI gazdaságos működésének a biztosítására, vagy a műtő eszközei sterilizálásának a megszervezésére. Nincs hasonlóan a figyelem középpontjában azonban a betegtájékoztatás, amit legtöbbször csak formálisan végeznek, azért, hogy az esetleges kártérítési perek esetén a kórház jogilag védve legyen, de legtöbbször nem gondolják, hogy ez a betegellátás minősége szempontjából fontos lenne. A tájékozott beleegyezés doktrínájának maradéktalan érvényre juttatása, annak teljes beillesztése a hazai egészségügy mindennapi működésébe a betegjogok érvényesítésének legfontosabb eleme, s minden további betegjog érvényesítésének nélkülözhetetlen feltétele.

Ez a szemlélet – bármilyen furcsa ezt kimondani 15 évvel a betegjogok törvényben történő hazai deklarálása után – nagyrészt hiányzik ma Magyarországon. A betegek nincsenek erre szocializálva, s az egészségügyi dolgozók sem. Még az egyébként korszerű Eütv. is orvosi utasításokról beszél, s ez beszédesen árulkodik a törvényben még megbúvó paternalisztikus szellemiségről.

A gyakorlatban ma még az Eütv. nagyon szolid előírásai sem valósulnak meg a tájékozott beleegyezés vonatkozásában, például hiányoznak Magyarországon ennek fentebb említett segédanyagai.

Az Eütv. elfogadása óta eltelt 15 évben sok országban már az említetteknél sokkal „kényesebb” információk közlését is előírják, olyanokét, melyek nálunk nem szerepelnek az Eütv.-ben.

Ilyen lenne például az arról való nyilvános információ, mennyire alkalmas egy egészségügyi intézmény vagy egy adott orvos egy adott beavatkozás elvégzésére. Jól ismert ezzel kapcsolatban a volumen-teljesítmény összefüggés: minél többször végez egy orvos egy adott beavatkozást (pl. műtétet), annál jobbak azzal kapcsolatban az eredményei. Mindez az egészségügyi intézményekre is igaz. Minél többször végeznek egy adott egészségügyi intéz-

ményben egy beavatkozást, annál jobbak általában annak eredményei a betegek számára (kevesebb szövődmény, kisebb halálozás, gyorsabb gyógyulás stb.) A vizsgálatok szerint mindkét tényező fontos az optimális eredményhez. Eszerint tehát, ha egy gyakorlott orvos olyan intézményben operál, melyben az adott műtétből relatíve keveset végeznek, akkor az orvos eredményessége rosszabb lesz, mintha egy olyan intézményben végezné azt, amelyben azt a műtétet gyakran végzik. Vagyis a nem összeszokott team is leronthatja az egyébként gyakorlott orvos eredményességét. Az sem mindegy, hogy az orvosnak egy adott műtéti technikában milyen a gyakorlottsága. Vizsgálatok szerint például a hagyományos (nyitott) lágyéksérvműtét esetén 10 elvégzett műtét után az orvos teljesítménye tovább már nem nő, vagyis eme műtét tekintetében maximálisan gyakorlottnak számít. Laparoscopiás lágyéksérvműtét esetén (mely ma a gyakoribb forma) 250 elvégzett műtét után jut el az orvos tanulási görbéje csúcsára. Vagyis ugyanaz az orvos, aki nyitott sérvműtét kapcsán nagyon tapasztaltnak számít, mert mondjuk már 40 ilyen műtétet végzett, laparoscopiás lágyéksérvműtét esetén ugyanilyen műtéti számmal még csak kezdő. Vagyis az orvos (és az intézmény) gyakorlottságát műtéti technika vonatkozásában is vizsgálni lehet, sőt még az is számít, nem új eszközzel történik-e a beavatkozás? Az új eszközök használatának megtanulása ugyanis sok időt igényel, s a tanulási periódus kezdetén sokkal több hiba történik, mint később. Elvileg a betegnek ezeket az információkat is joga lenne tudni. Így arról is tájékoztatni kellene a beteget, hogy ha egy adott egészségügyi intézményben egy adott technikával egy adott orvos fogja a beavatkozást elvégezni, akkor nem fenyegeti-e őt az elvárhatónál nagyobb veszély?⁹ ¹⁰ Hazánkban az ilyen információk közlését nem írja elő a törvény.

9 Birkmayer, John D. – Stukel, Theresa A. et. al.: *Surgeon Volume and Operative Mortality in the United States*. N Engl J Med 2003; 349:2117–2127. o.

10 Kizer, Kenneth W.: The Volume-Outcome Conundrum. (Editorial) *The New England Journal of Medicine*, Vol. 349. No. 22. November 27, 2003. 2159–2161. o.

A szakmai tévedésekről való tájékoztatás kötelességének a hiánya

Ez a kötelesség relatíve új keletű, s egyenesen következik a tájékozott beleegyezés kötelességéből. A betegnek joga van az ellátásával kapcsolatos minden lényeges információra, s ha ellátása során hiba történt, erről is joga van tájékoztatást kapni. Van olyan ország, ahol ez ma jogi kötelesség is, ilyen pl. Kanada. Eme kötelesség nélkül lehetetlen a hibák alapos kivizsgálása, hiszen ahhoz szükséges a beteg bevonása is. A megfelelő minőségbiztosítás lehetetlen akkor, ha a beteget nem vonják be a hibák kivizsgálásának és a tanulságok levonásának folyamatába, hiszen a legtöbb információval az elkövetett hiba körülményeiről a beteg rendelkezik. A hibák kivizsgálása pedig alapvető feltétele annak, hogy azokból – egyéni és intézményi szinten – tanulni lehessen. Noha az Eütv.-ből hiányzik, a Magyar Orvosi Kamara Etikai Kódexe már tartalmazza az orvos az irányú kötelességét, hogy a beteget tájékoztassa az ellátás során elkövetett hibákról.¹¹ Ez nagyon előremutató eleme a kódexnek, s mivel annak betartása minden gyakorló orvos számára kötelező, ezért elvben ez a problémát megoldotta. A gyakorlatban azonban a hibákról való tájékoztatás ma ritka Magyarországon. E nélkül azonban alig lehet tájékozott beleegyezésről beszélni, hiszen hibák rendszeresen előfordulnak az egészségügyben, s ezek közlésének elmaradása nem fér össze a tájékozott beleegyezés szellemiségével.

Az ezzel kapcsolatban bekövetkezett szemléletváltozást jól illusztrálja egy USA-beli –betegeknek szóló – magazin, mely arról ad tanácsokat a betegeknek, mit tehetnek ők kórházba kerülve a saját biztonságukért. Az alábbiakban néhányat kiemelek az adott tanácsok közül a szellemiség illusztrálására.

¹¹ Magyar Orvosi Kamara Etikai Kódex (2011), hatályba lépett: 2012. január 1-jén (www.mok.hu). (II. 6.)

Interneten ellenőrizze a körzetében levő kórházak biztonságát! (Ezt irányítószám alapján lehet megtenni, majd a kezelőorvos segítségét kérni, melyik a legjobb.)

Kérdezzen meg egy műhibaperes ügyvédet, melyik a biztonságos kórház!

Ellenőrizze, hogy az Önnél tervezett beavatkozást a kórház és az orvosa elég gyakran végzi-e? (Ez a már említett volumen-eredmény összefüggésről való tájékozódás része)

Kérdezze meg, használnak-e a kórházban ellenőrző listákat. (Tapasztalatok szerint ez a betegbiztonságot jelentősen növeli.)

Adja oda az Ön által szedett gyógyszerek listáját és betegségei listáját a kezelőszemélyzetnek!

Kérdezze meg, az orvos vagy a nővér megmosta-e a kezét, mielőtt Önhöz ér? (Felhívják a beteg figyelmét, hogy lehet, hogy ezt kínos megkérdeznie, de ez az ő biztonságát szolgálja.)

Ha tartós katéter vagy egyéb eszköz került Önnél bevezetésre, minden nap kérdezze meg orvosát Ön vagy a családtagja, nem lehet-e már kivenni, illetve meddig kell még bennmaradnia?

Legyen egy családtag az Ön szószólója, ő tegyen fel kérdéseket, s jegyezze le a válaszokat!

Az ellátás visszautasítása

Az Eütv. lehetővé tette életmentő, életfenntartó beavatkozások visszautasítását, s megteremtette ennek jogi mechanizmusait (élő végrendelet, tartós meghatalmazott stb.) Ez nagyon előremutató volt, hiszen korábban ezek a típusú megoldások teljesen hiányoztak az 1972. évi egészségügyi törvény előírásaiból. Jelentős probléma azonban, hogy ezek a megoldások jórészt „papíron” maradtak, azokból a gyakorlatban nagyon kevés érvényesül. Így a

mindennapokban megmaradt a régi, paternalisztikus orvos-beteg viszony, ahol mindent az orvos kénytelen eldönteni a beteg bevonása nélkül. Az elmúlt 15 évben 1 milliónál több halálozás történt hazánkban, s ezek 30–40%-ában orvosi döntésre van szükség arról, ha nem hirtelen halálról van szó, hogy mennyire agresszív kezelést alkalmazzanak a betegnél, mennyire igyekezzenek – sokszor csak a haldoklását – megnyújtani.

Az elmúlt 15 évben tehát több százezer ilyen döntést kellett hozni Magyarországon. Mégis, klinikusok alig számolnak be élő végrendelet alapján történő kezelés megszüntetéséről. A valóságban tehát maradt a régi paternalisztikus megoldás, amikor az orvos kénytelen vállalni ezeknek a döntéseknek a terheit a beteg bevonása nélkül. Ez nem jó az orvosnak sem, hiszen nem tud optimális döntést hozni, ha nem vonja be a beteget, s jogilag-etikailag sem mozog biztos talajon, amikor egyedül hoz egy olyan döntést, melyet a beteggel együtt kellene meghoznia. S mindez persze a betegnek sem jó, akinek élete egyik legfontosabb döntéséről van szó, melybe így nem vonják be, értékrendjét erről nem ismerik meg, s így nincs garancia rá, hogy az ő szempontjából a legjobb döntést tudják meghozni.

Eme helyzet oka részben az, hogy az Eütv. nem dolgozta ki ennek pontos mechanizmusait. S nincsenek felkészítve erre sem az orvosok, sem a betegek, sem a közjegyzők, akiknek az élő végrendeleteket meg kellene fogalmazniuk a hazai előírások szerint. Az USA-ban már a betegeknek is népszerű könyvek érhetők el arról, milyen döntésekről lehet ilyenkor szó,^{13 14} nálunk erről semmilyen elérhető irodalom nincs sem a betegek, sem a szakemberek számára. S hiányzik az ezzel kapcsolatos társadalmi vita, a

13 Pearlman, Robert – Starks, Helene – Cain, Kevin – Cole, William – Rosengren, David – Patrick, Donald: *Your Life, Your Choices. Planning for Future Medical Decisions: How to Prepare a Personalized Living Will*. Seattle: Brems Eastman and Partners, 2003.

14 Dunn, Hank: *Hard Choices for Loving People. CPR, Artificial Feeding, Comfort Care, and the Patient with a Life-Threatening Illness*. Fourth edition. Herndon, VA: A & A Publishers Inc., 2001.

vitához szükséges információk, s a problémák nyílt számbavétele. Nézzük meg az Eütv. ezzel kapcsolatos hiányosságait:

A hatályos szabályozás hiányosságai

Először is hiányzik annak előírása az Eütv.-ből, hogy a betegeket tájékoztatni kell arról a lehetőségről, hogy élő végrendeletet készíthet vagy tartós meghatalmazottat jelölhet ki arra az esetre, ha helyette majd döntéseket kell hozni életmentő vagy életfenntartó kezelések alkalmazásáról, mert ő már nem lesz megkérdőjelezhető állapotban. Az USA-ban 1991-től például törvény írja elő, hogy a kórházba bekerülő beteget erről tájékoztatni kell, s fel kell számára ajánlani segítséget, ha előzetes akaratnyilvánítást akar készíteni.

Hiányoznak a szakembereknek szóló formanyomtatványok is. Ezek a szakemberek (közjegyzők, orvosok) számára könnyítenék meg a részletes élő végrendelet készítését, illetve értelmezését. Az ezt végző közjegyző ugyanis általában nem rendelkezik olyan kiterjedt orvosi ismeretekkel, melyek segítségével valóban hasznos segédeszközt készíthet az orvos és a beteg számára az életvégi döntések részleteivel kapcsolatban. Csak általánosságokat tud megfogalmazni, mely igazi segítséget azonban nem jelent az orvosnak, akinek nagyon konkrét körülmények között nagyon konkrét kérdéseket kell majd megválaszolnia. Sokkal részletesebb szabályozásra lenne szükség, mint a élő végrendeletek készítésére, melyeket a gyakorlatban segítségként használni lehetne, sokféle formanyomtatvány felhasználásával, melyeket külföldön kiterjedten alkalmaznak.

A törvény nem határozza meg megfelelően a belátási képesség fogalmát sem, melynek esetről esetre, sőt, óráról órára történő megítélése az egészségügyben alapvető feladat, s nem esik feltétlenül egybe a cselekvőképesség jogban használt fogalmával. Ennek nagyon alapos tisztázása és jogi körülírása az elméleti bioetikai

szakirodalomban bőszeges figyelmet kapott,¹⁵ jogilag azonban hazai tisztázása nem történt meg kellő részletességgel.

Hiányzik a hazai szabályozásból a helyettesített döntés standardjának előírása is. Vagyis a törvény nem írja elő, hogy a helyettes döntéshozónak a beteg értékrendjét kell rekonstruálnia, amikor helyette dönt, s nem azt a döntést kell meghoznia, ami a saját értékrendje szerint a legjobb.¹⁶

Ez a különbségtétel azért fontos, mert a hozzátartozók általában jóval agresszívabb kezelést akarnak, mint amennyit a haldokló szeretne. Így a helyettesített döntés standardjának jogi megkövetelése nélkül a haldoklók sok felesleges kezelésnek vannak és lesznek kitéve.

Az alábbiakban néhány olyan gyakoribb életvégi kezelési formát sorolok fel, melyek alkalmazásával kapcsolatban haldoklók esetén rutinszerűen dönteni kell, s melyekről szóló döntésbe be kellene vonni a beteget. Ez ma hazánkban általában nem történik meg.

A gyakoribb életvégi kezelési formák

Cardiopulmonális resuscitáció (CPR = újraélesztés). Terminális betegség esetén – bármi is legyen annak oka – általában a keringés és a légzés reverzibilis leállása (az ún. klinikai halál) az a közös út, mely azután később – ha nem történik beavatkozás – a halálhoz vezet el. Itt tehát általában döntésre van szükség arról, hogy legyen-e újraélesztés, mely a beteg életét (mivel végállapotú betegről van szó) még néhány nappal vagy esetleg néhány héttel meghosszabbíthatja, vagy ne legyen, mely esetben a beteg azonnal meghal. Noha ezt orvosi kérdésnek szokták tartani, s sokszor ilyenkor nem történik újraélesztés, arra hivatkozva, hogy az már csak a beteg

15 Dr. Kovács József: *Bioetikai kérdések a pszichiátriában és a pszichoterápiában*. Budapest: Medicina Könyvkiadó, 2007, 677. o. Teljes terjedelemben ingyenesen elérhető a következő internet-címen: <http://real-d.mtak.hu/347/>

16 Veatch, Robert M.: *Death, Dying, and the Biological Revolution*. Revised edition. New Haven and London: Yale University Press, 1989, 121–122. o.

haldoklását hosszabbítaná meg, ami orvosilag értelmetlen lenne, jól látható, hogy itt valójában egy erkölcsi kérdéstről van szó. Az a kérdés ugyanis, hogy a haldokló beteg haldoklását meg kell-e nyújtani még néhány nappal, nem orvosi, hanem erkölcsi kérdés, melyet elvben csak a beteg dönthetne el. Mivel azonban hagyományosan ezekről a kérdésekről mindig az orvos döntött, s nincs kialakult gyakorlata hazánkban annak, hogy ezekbe a döntésekbe a beteget bevonják, ezért általában ilyenkor orvosi értelemben vett haszontalan kezelésre szoktak hivatkozni, amikor az újraélesztéstől eltekintenek.

Etikai szempontból azonban ez a gyakorlat kifogásolható. Az USA-ban például etikátlanságnak tartják azt, ha az újraélesztésről való lemondás egyoldalú orvosi döntés eredménye. Ez az ún. DNR utasítás (DNR = nem újraélesztendő), melyet a beteg dokumentációjába előre beírnak, anélkül, hogy ezt a döntést a beteggel előzőleg megbeszéljék. Noha ez az egész világon általános gyakorlat volt – és sok helyen még ma is az – a tájékozott beleegyezés doktrínájából az következik, hogy ha a beteget kezelő orvos csoport ilyen „nem újraélesztendő” utasítást ír be a beteg dokumentációjába, akkor ezt a beteggel előzőleg beszélje meg. A beteggel való előzetes megbeszélés nélkül a „nem újraélesztendő” utasítás etikailag elfogadhatatlan. A gyakorlatban ilyenkor általában azt szokták mondani, hogy azért nincs itt etikátlanságról szó, mert az, hogy újra kell-e éleszteni a beteget vagy sem, alapvetően orvosi kérdés, melyet az orvos egyoldalúan is eldönthet. Alaposabban megvizsgálva a kérdést azonban látható, hogy itt valójában két kérdés összecsúszik. A „nem újraélesztendő” utasítás orvosi része csak az, hogy klinikai halál beállta esetén mekkora a valószínűsége annak, hogy a beteg újraélesztése orvosilag sikeres lesz-e, vagyis az orvosi beavatkozás képes lesz-e megindítani a beteg légzését és szívműködését? Ha az újraélesztés valószínűleg sikeres lenne, akkor alkalmazása orvosilag nem haszontalan, akkor sem, ha a betegnek már csak napjai vannak hátra, hiszen lehet, hogy e hátralevő napjait még meg szeretné élni. Az a kétségtelenül orvosszakmai kérdés tehát,

hogyan az újraélesztéssel meg lehet-e hosszabbítani a beteg életét (még ha csak napokkal is) nem tévesztendő össze azzal az erkölcsi kérdéssel, hogy érdemes-e a beteg életét még néhány nappal meghosszabbítani? Ez utóbbi kérdést ugyanis csak a beteg válaszolhatja meg, s az ő kihagyása ebből a döntésből nem elfogadható paternalizmus.¹⁷

Mivel a CPR általában sikertelen, s sikeressége esetén is számos káros következménye lehet a beteg számára, s sokszor csak a haldoklást hosszabbítja meg, ezért elutasítása a beteg részéről elfogadható. Az ezzel kapcsolatos döntés az életmentő kezelésről való lemondás egyik leggyakoribb módja. Az erről való megbeszélés nálunk hiányzik. Ezért feltétlenül szükséges lenne az ezzel kapcsolatos megnyugtató hazai gyakorlat kidolgozása. Ennek legfontosabb elve a DNR döntések explicitté tétele kellene legyen, s annak előírása, hogy azt előzőleg a beteggel (helyettes döntéshozójával) meg kell beszélni.

Mesterséges táplálás és folyadékpótlás. Ilyen például az intravénásan vagy nasogastricus (orr-garat) szondán keresztül történő táplálás és folyadékpótlás. Erre legtöbbször haldokló esetén kerül sor, s éppen ez a vita forrása. Szükség van-e arra, hogy a haldokló haldoklását ilyen módon meghosszabbítsák, különösen tekintetbe véve azt, hogy a haldoklás folyamatában általában megszűnik a normális éhségérzet, a haldokló szomjúságát, szájának kiszáradását pedig ajkai megnedvesítésével, jégkocka alkalmazásával és más egyéb módon is csillapítani lehet, nem meghosszabbítva így a haldoklást.

Ebben a kérdésben is két markáns álláspont létezik. A katolikus egyház állásfoglalása szerint egy súlyos betegnek (még ha haldokló is) enni és inni adni a törődés legalapvetőbb, legegyszerűbb formája, mely nem orvosi kezelés, hanem ápolás, s melyről ezért soha nem szabad lemondani. Katolikus intézményekben ezért a mesterséges

¹⁷ Kovács József: *A modern orvosi etika alapjai. Bevezetés a bioetikába.* Második, átdolgozott kiadás. Budapest: Medicina Könyvkiadó, 1999, 2006, 438. o.

táplálásról és folyadékpótlásról nem mondanak le, s azt erkölcsileg nem tartják megengedhetőnek.

Világi bíróságok azonban (főleg az USA-ban volt több ilyen per) abból indulnak ki, hogy a mesterséges táplálás és folyadékpótlás az orvosi kezelés része, s mint minden orvosi kezelésről, indokolt esetben ezekről is le lehet mondani. S akkor lehet lemondani ezekről a kezelési formákról, ha azt a beteg kéri, s az a betegnek nem okoz szenvedést, illetve inkább maga a mesterséges táplálás fokozná a beteg szenvedését. Ilyen lehet például egy súlyosan demenciás vagy deliráló haldokló beteg, akinél a mesterséges táplálás és folyadékpótlás folyamatos biztosításához a beteget rögzíteni kellene, mely számára több szenvedést jelentene (s kevesebb hasznot), mint a kezelésről való lemondás. Mindenesetre, ahogy egy cselekvőképes embernek joga van ahhoz, hogy ne részesítsék kényszer táplálásban, a beteg helyettes döntéshozójának is joga van ezt a kezelési formát is visszautasítani. Ezen döntéshez azonban ismét szükség lenne a beteg bevonására, általában az általa előzetesen elkészített előzetes akaratnyilvánítás (élő végrendelet és tartós meghatalmazott) segítségével.¹⁸

Folyamatos, mély palliatív szedáció (FMPSZ). Itt a csillapíthatatlanul szenvedő beteg szedálásáról van szó, akár az öntudatlanságig és a halál pillanatáig. Ezt sokszor összekapcsolják a táplálás, folyadékpótlás megszüntetésével. Erre szükség lehet akkor is, ha a fájdalmat csillapítani tudják, hiszen a beteg szenvedése jóval komplexebb történés, mint az általa átélt fájdalom. A hányás, a kínzó delírium-zavartság, a fulladás (dyspnoe) érzése, a kezelés értelmetlenségének a tudata, a kínzó halálfélelem mind komoly szenvedést jelentenek a betegnek, melyek pusztán fájdalomcsillapítóval nem enyhíthetők. Ilyenkor jön szóba akár a halál pillanatáig is folytatott folyamatos mély palliatív szedáció (altatás).

Természetesen ez is a beteg részletes tájékoztatását és beleegyezését igénylő döntés, melynek ma már részletes szabályai

vannak. Az FMPSZ a folyadékpótlás és mesterséges táplálás megszüntetésével csak egy hét vagy még hosszabb idő alatt vezet a beteg halálához. Ez nem eutanázia, de a külső, tájékozatlan szemlélő számára annak tűnik, különösen akkor, ha nem kíséri megfelelő tájékoztatás. Ez még a kérdésben járatlan orvos számára is azt a látszatot keltheti, hogy eutanáziában kényszerül részt venni.¹⁹ Nincsenek ma olyan fórumok Magyarországon, ahol az orvos az életvégi döntésekkel kapcsolatos erkölcsi problémáit felvethetné, illetve megvitathatná. Ezek megteremtése is alapvetően szükséges lenne a megfelelő erkölcsi klíma kialakítása szempontjából.

Az életmentő, életfenntartó kezelések megszüntetésével kapcsolatos konklúziók

Ezen kezelések megszüntetésénél az alapvető kérdés, hogy ki hozza meg a döntést. A hagyományos megoldás – mely hazánkban még ma is uralkodó – az, hogy az orvos egyoldalúan hozza meg a döntést. Ez a paternalisztikus modell ma már idejétmúlt. A megfelelő megoldás ilyen esetekben az orvos és a beteg közös döntése lenne. Ez felel meg a beteg önrendelkezési jogának. Jó döntés azonban csak a beteg informálása után lehetséges.

Az etikai konzultáció lehetősége hiányos

A fenti megoldatlanságok már átvezetnek ahhoz a kérdéshez, hogy rendelkezésre állnak-e olyan fórumok Magyarországon, ahol az erkölcsi-etikai dilemmákkal küzdő orvos vagy más egészségügyi dolgozó a betegellátás során felmerülő erkölcsi problémáit felvetheti, s azok megvitatásával segítséget kaphat. Ez az etikai konzultáció lehetősége, mely nagyon sok országban létezik már. Mint láttuk,

19 Dr. Kovács József: Szándékos morfin-túladagolás Magyarországon – Bioetikai elemzés. (Dr. Márkus Attila azonos című cikkéhez írt kommentár.) *Lege Artis Medicinae*, 21. évf., 4. szám, 2011. április, 310–314. o. (LAM 2011; 21 (4):306–320.

főleg az életvégi döntések vetnek fel olyan erkölcsi problémákat, melyekre nem lehet előre kész megoldásokat ajánlani. Sok esetben csak a beteg helyzetének konkrét ismerete teszi lehetővé a helyes döntést, de helyes erkölcsi döntést egyetlen ember egyedül ma sokszor nem tud hozni, főleg az őt körülvevő társadalom pluralizmusa miatt. Sokféle értékrend létezik, sokféle szempont, melyre csak egy szabad megbeszélés hívhatja fel a figyelmét. Ma hazánkban hiányoznak az új értelmű intézményi etikai bizottságok, melyek az említett etikai konzultációban adnának segítséget. Feladatuk lenne fórumot biztosítani az intézmény dolgozói vagy betegei által felvetett etikai problémák megvitatására. Feladatuk továbbá továbbképzést nyújtani a dolgozóknak a gyakori etikai problémák kezelése során. Ez leggyakrabban – mint láttuk – az életvégi döntésekkel, a haldokló betegek ellátásával kapcsolatos. Ma egy orvos ezekkel a kérdésekkel nem tud hová fordulni, s nemzetközi vizsgálatok szerint a megválaszolatlan etikai dilemmák komoly büntudat forrásai is lehetnek.

A betegjogi képviselői rendszer

Ez az Eütv. fontos újítása volt, és ennek jelentősége nem hangsúlyozható eléggé. Gyakorlati megvalósítása azonban sajnos szinte kizárja a betegjogok hatékony képviseletét. Ennek egyik oka, hogy a betegjogi képviselők száma kicsi, emiatt egy betegjogi képviselő több egészségügyi intézményben is dolgozik. Az eredmény így az, hogy minden egyes intézményben heti 1-2 alkalommal néhány órát tudnak csak tölteni. Ha figyelembe vesszük, hogy a kórházban napi 24 órát tartózkodik a beteg, s betegjogi problémák hirtelen, s halasztást nem tűrően is felmerülhetnek, akkor magától értetődő, hogy a betegjogi képviselőnek is hozzáférhetőnek kellene lennie személyesen vagy legalább telefonon a nap 24 órájában. Csak ekkor ismerheti meg igazán az intézményt, s csak ekkor tud olyan személyes kapcsolatokat kialakítani az orvosokkal, s más egészségügyi dolgozókkal, mely valódi segítséget jelent a betegnek.

A hazai betegjogi képviselői rendszer nem ilyen, s bármennyire is sokat dolgoznak a hazai betegjogi képviselők, mégis visszatérő panasz a betegek részéről, hogy hiába fordulnak hozzájuk, azok „semmit nem tudnak csinálni”. Sokszor – a betegek szerint – maga a betegjogi képviselő is ezt mondja bizonyos betegpanaszok hallatán. A betegjogi képviseleti rendszer gyengesége azért problematikus, mert hatékony betegjogi képviselet hiányában elmérgesednek a problémák, s végül az intézményt sokkal jobban megterhelő sajátügy vagy peres eljárás keletkezik egy eleinte triviálisnak látszó problémából. Ma hiányzik annak a mechanizmusa is, hogy egy intézmény betegjogi helyzete befolyást gyakoroljon az intézmény működésére, finanszírozására. Hiányzik a betegjogi helyzetről szóló éves jelentés megkövetelése, mint az egészségügyi minőségbiztosítás és akkreditáció része. Minden egészségügyi intézménynek évente be kellene számolnia a betegpanaszok számáról, fajtájáról, s hogy mit tett az ilyen panaszok elkerüléséért. Jeleznie kellene, hogy ezen panaszok – az előző évihez képest – csökkentek vagy növekedtek? Milyen az intézmény trendje? Ennek döntő szerepet kellene játszania az intézmény akkreditációjában, egészségbiztosítási szerződése megújításában, s az intézmény minőségbiztosításában.

A betegjogi problémák – természetüknél fogva – gyors megoldást követelnek. A betegek mai válasza jogaik biztosítására a paraszolvencia. Ez – nevével ellentétben (hálapénz) – a kiszolgáltatottság terméke. A beteg azért fizet, mert kiszolgáltattott, s csak addig fizet, amíg kiszolgáltattott. A paraszolvencia megszűnése ezért a kiszolgáltatottság megszűnését fogja jelezni. A jól működő betegjogi képviselői rendszer egyik fontos eszköze lehet a beteg kiszolgáltatottsága megszűnésének, s a paraszolvencia megszűnése vagy elterjedtségének csökkenése lehet a jól működő betegképviselői rendszer egyik mutatója.

Láposy Attila¹

Az életvégi döntések létjogosultsága – Helyzetkép az ombudsmani vizsgálat közben

Az életvégi döntések, az életfenntartó, illetve életmentő kezelések elfogadása vagy visszautasítása az ember egyik legnehezebb és legszemélyesebb döntése, amely az emberi méltósághoz és az önrendelkezéshez való jog legfontosabb aspektusa. Örök kérdés, hogy hol húzódnak a jogi határok, milyen módon szabályozhatók az állami beavatkozás keretei: milyen feltételek, garanciák mellett biztosítható a befolyásmentes és szabad életvégi döntés. Valamennyi érintett jogának egyenlő figyelembevételére és mérlegelésére esetében sem adható tökéletes recept ebben a nehéz kérdésben.

Abban ugyanakkor egyetértés van, hogy az 1998-ban kialakított magyar törvényi szabályozás és a gyakorlat egészen bizonyosan komoly felülvizsgálatra szorul. Az egyéni önrendelkezés védelme, mint alapvető szemléletmód nem vert igazán gyökeret sem a szakmai, sem pedig közgondolkodásban. Nehézséget okoz, hogy az alkotmányjogi-alapjogi megközelítés és problémafelvetés mögött megkerülhetetlenek a hatalmas etikai-morális dilemmák (az élet „szentsége”, értéke), sőt az orvostudomány fejlődésével is gyorsan változó orvosszakmai szempontok sem hagyhatóak figyelmen kívül.

A 2003-as eutanáziahatározatban az Alkotmánybíróság arra mutatott rá, hogy a gyógyíthatatlan betegek önrendelkezési jo-

¹ Dr. Láposy Attila jogi főreferens (AJBH), doktorandusz, megbízott előadó ELTE ÁJK.

gának érvényesülésére vonatkozó törvényi szabályozás területén a még alkotmányos és már alkotmányellenes szabályozás közötti határvonal nem egyszer s mindenkorra adott; az ismeretek szintje, az intézmények állapota, fejlettsége-fejletlensége és egy sor további tényező befolyással lehet e kérdés alkotmányosságának megítélésére. Az 1998-tól hatályos egészségügyi törvény betegjogi katalógusa mérföldkőnek tekinthető az életvégi döntésekkel összefüggésben, hiszen – ha számos korláttal is – de külön jogként nevesítette az életmentő, életfenntartó kezelések visszautasítását. Az Alkotmánybíróság a már említett határozatában felülvizsgálta és alkotmányosnak minősítette a törvényi szabályozást: a testület többsége szerint az állam életvédelmi kötelezettsége kellő alapot jelent ahhoz, hogy a betegek önrendelkezési jogát korlátozza, akár szigorú formai és tartalmi feltételeket is előírva.

A törvény hatálybalépése óta közel másfél évtized telt el, sőt az alkotmánybírósági határozat is közel tíz éve történt, a szabályozás ugyanakkor a lényegi elemeket tekintve nem változott. Annak ellenére maradt változatlan, hogy egyfelől folyamatos problémák merültek és merülnek fel a törvényi szabályok alkalmazása során, a szigorú korlátokat, valamint az azt megerősítő határozatot szakmai szempontból komoly kritikával illették. Az életfenntartó, életmentő beavatkozás ma csak akkor utasítható vissza, ha a beteg olyan súlyos betegségben szenved, amely az orvostudomány mindenkori állása szerint rövid időn belül – megfelelő egészségügyi ellátás mellett is – halálhoz vezet és gyógyíthatatlan. Ezen túl több, nemegyszer igen nehezen teljesíthető alaki feltételnek is meg kell felelni, a visszautasítást csak közokiratban vagy teljes bizonyító erejű magánokiratban lehet megtenni (írásképtelenség esetén két tanú igazolásával), továbbá egy háromtagú orvosi bizottság egybehangzó írásbeli nyilatkozata szükséges arról, hogy a beteg megfelelő belátó képességgel bír a döntéssel kapcsolatban, végül pedig a betegnek ismételten nyilatkoznia kell a visszautasításról.

Az alapvető jogok biztosának mint független alapjogvédő intézménynek a határozott szerepvállalása a kérdésben több szem-

pontból is előnyös lehet: a biztos a hozzá beérkező panaszokból kiindulva hivatalbóli átfogó jellegű vizsgálatot indíthat a betegek alapjogainak érvényesülésével összefüggésben. A vizsgálat pedig abból a szempontból is széles spektrumú lehet, hogy – szemben egy alkotmánybírósági felülvizsgálattal – egyszerre foglalkozhat a teljes kontextussal, azaz a jogalkalmazói gyakorlattal és az annak alapjául szolgáló szabályozással is, és ennek alapján mind a jogalkalmazók, mind a jogalkotásért felelős szervek irányába javaslatokat, ajánlásokat fogalmazhat meg a biztos.

Mindez azért is lényeges, mert egy egyébként alkotmányosan aggályokat felvető szabályozást is képes a hozzáértő és elkötelezett joggyakorlat, és fordítva: a legelőremutatóbb, legkidolgozottabb jogszabályi garanciák is kiüresedhetnek a gyakorlatban. Nyilvánvalóan az ideális és kiszámítható modellben világosak és egyértelműek a jogszabályi keretek, amelyeket a hatóságok és közszolgáltatók számon kérhető módon alkalmaznak. A beteg, egészségügyi ellátásra szoruló személyek *e helyzetüknél fogva eleve kiszolgáltatott* – nem egy esetben sajnálatos módon „alárendelt” – helyzetben vannak az egészségügyi intézményekkel, hatóságokkal szemben, jogaik különösen sérülékenyek. Mindez az állítás még fokozottan igaz a halálos, nagy szenvedéssel járó betegségekben szenvedők-nél: a döntésképeség vizsgálata esetükben nem képezheti bürokratikus akadályát a méltósághoz való joguk gyakorlásának.

2011-ben az állampolgári jogok országgyűlési biztosa a Társaság a Szabadságjogokért (TASZ) beadványa nyomán indította el átfogó vizsgálatát a betegek emberi méltósághoz való jogának és egészségügyi önrendelkezési jogának gyakorlati érvényesülésével összefüggésben. A vizsgálat elsődlegesen két kisebb, de központi kérdéskörre koncentrált, a már említett életmentő, életfenntartó ellátás visszautasításának lehetőségére, valamint az ún. „living will”, a tágabb értelemben vett előzetes nyilatkozattétel alkalmazására. Az alapvető kérdés az volt, hogy a szabályozás alapján a mindennapok gyakorlatban valóban csak a szükséges garanciák előírásáról vagy éppen hogy az emberi méltóságot és az önrendelkezési

jogot csorbító, indokolatlan „túlbiztosításról”, azaz jogkorlátozásról van-e szó. A vizsgálat keretében már 2011 második felétől kezdve egy jelentős előzetes gyűjtőmunkára és számos, részletes írásbeli megkeresés kiküldésére került sor. Kérdéseivel a biztos előzetesen tájékozódni szeretett volna a helyzetről, valamint igyekezett az érintetteket is bevonni, a szokásos körön – a jogalkotásért felelős szaktárca, az egészségügyi intézmények és szakmai kollégiumok – túl megkeresni a témakör neves szakértőit, a tudományos élet fontos képviselőit is.

Az ombudsmani vizsgálat kitér az ún. „living will” jogintézményére is. Az egészségügyi törvény ismeri a kezelés előzetes nyilatkozatban történő visszautasítását és a helyettes döntéshozó intézményét is. A csak „élő végrendeletnek” nevezett nyilatkozat a későbbi cselekvőképtelenség esetére előre visszautasíthatóak egyes életfenntartó, életmentő beavatkozások, illetve meg lehet ebben nevezni azt a cselekvőképes személyt, aki ezt a jogot helyette, az ő érdekeinek mérlegelésével gyakorolhatja. Emellett sokkal tágabb a körben tehető előzetes nyilatkozat a kezelésről, amelyben az érintett előre kifejezheti a majdani orvosi ellátással kapcsolatos szándékait, megnevezheti azokat a kezelési formákat, amelyeket nem kíván elfogadni és helyettes döntéshozót jelölhet ki. A törvény közös alaki feltételeket állapít meg a nyilatkozattal kapcsolatban: azt csak közokiratban és közjegyzőnél lehet megtenni, ehhez pedig egy hónapnál nem régebbi pszichiáter szakorvostól származó szakvélemény is szükséges. A TASZ 2009-ben folytatott felmérése, valamint a biztos saját, több intézményre kiterjedő felmérése szerint élő végrendelettel egyik intézmény sem találkozott, és mindössze néhányan számoltak be a kezelés visszautasításáról.

A vizsgálat során a biztos számos, a területet érintő gyakorlati problémáról szerzett tudomást. A gyakorló orvosok szerint a szabályozásnak jó néhány, a gyakorlatban általuk betarthatatlan eleme van. Így, egyebek mellett az *életmentő* kezelés visszautasítása esetén nem értelmezhető az, hogy 3 nap elteltével ismételten meg kell erősítenie a betegnek a szándékát. A betegjogi képviselők tapasztal-

talatai is azt mutatják, hogy a jogi szabályozás ellehetetleníti ezt az egyre markánsabban jelentkező igényt. Úgy vélik, mind a betegek, mind az egészségügyi dolgozók körében nagy az információhiány. Tapasztalataik szerint a kórházak nagy részben nem szabályozottak az e kérdéssel kapcsolatos eljárások, a háromtagú bizottságok nem, vagy nehezen működnek. További nehézséget jelent az is, hogy nincs közhiteles, központi nyilvántartás az életmentő kezelés visszautasításának igényéről.

Az átfogó vizsgálat eredményeiről és az ennek nyomán megfogalmazott javaslatokról várhatóan 2012 utolsó vagy 2013 első negyedében számol majd be az ombudsman.

**Szakmai
hozzászólások,
kiegészítések**

Csak pénz kérdése?

Az orvoslásban lassan, évtizedek alatt következtek be, és mára kritikus tömeget értek el itthon is, azok a változások (1), amelyeket a nemzetközi irodalom folyamatosan és nagy terjedelemben interpretál. Az egészségügyi konfliktusok gyakoriak, az orvosi pálya presztízsének csökkenése mindennapos tapasztalat, a hazai közlések mégis kisszámúak és „szégyenlősek” (az általános orvosképzés a karok népszerűségi listáján 2002-ben a 14. helyen, a pályaelhagyás, az elvándorlás mindennapos). Szégyenlősek a problémafelvetések abban az értelemben is, hogy az orvosi hivatásrend és a társadalom (állam) közötti „régí szerződés”-t sértő helyzeteket csak anyagi okokra igyekeznek visszavezetni, esetleg, mint nem hazai problémát azonosítják. Ugyanakkor mindennapi életben, jobb esetben szemléltői, rosszabb esetben elszenvetői vagyunk a gyógyítás során tapasztalt „változásoknak” (1) (tájékoztatáshiány, durva, személytelen hang használata az ellátás során, együttérzés hiánya, életkori diszkrimináció, az egészségügyi rendszert használók súlyos bizalomvesztése, az ellátói felelősség háraitása), amelyek talán legszemléletesebben úgy írhatók le, hogy az orvoslás a szemünk láttára szűnik meg mint „morális vállalkozás”.

1 Med. habil. Matkó Ida md. PhD (Kaposi Mór Oktató Kórház), a Szószóló Alapítvány elnöke.

A régi és az új szerződés, a változások

A klasszikus orvosi hivatás történelmi fejlődés eredményeként a 19. században alakult ki. Ennek értelmében az orvoslás olyan természet-tudományos alapokon nyugvó, speciális szakismeretet követelő tevékenység, amit csak egy adott hivatáscsoport művelhetett, s amelynek birtokába csak monopolizált oktatás keretében lehetett jutni.

Az orvoslás a hivatásrend és a társadalom közötti implicit „régí” szerződésen, hallgatólagos megállapodáson alapult. Ennek alapja a bizalom, megtartásának garanciája a hivatás szilárd etikai rendje volt. A szerződés lényege, hogy az állam (társadalom) anyagi javakat biztosít a működéshez és az orvoscépzéshez, tiszteletben tartja a hivatás szakmai és erkölcsi autonómiáját. Cserébe a professzió elfogadja a megállapított anyagi kereteket és megbízható, altruista gyógyítást gyakorol. Relatív homogén értékrendszer keretei között a régi szerződés működött, hiszen, standardizált szolgáltatás, páciensjogok figyelembevételének igénye nem merült fel (2). A modern egészségügy, az „egészséggyárak” kialakulása a 20. században kezdődött. Ipari hasonlaltal élve az egészségügy a korábbi kézműves, munkaigényes kisiparból tőkeigényes egészségügyi-ipari komplexummá alakult, sőt mára a gyógyszergyárakkal, ipari cégekkel szorosan együttműködve képzelheti el működését.

A modern biotechnológia, az egészségnek mint árucikknek és az egészségügyi szolgáltatásoknak, az ún. egészségbiznisznek a megjelenése nyilvánvalóvá tették, hogy az egészségügy is csak egy, a profitorientált piaci szektorok közül. A medicina oldaláról szemlélve a változásokat, a gazdaságossági és piaci szempontok figyelembevétele elterjedt, manapság dominál. Mindez a régi szerződés felbomlásában döntő szerepet játszott. A töréspontot a hivatásrend önérdeke és a társadalom felé vállalt kötelezettsége (altruizmus) között találták a vizsgálók. A folyamat lényege, hogy a hivatásrend, részben maga is profitálni igyekszik a piacodásból, részben érdekei védelmét fontosabbnak tartja, mint a társadalom iránt vállalt kötelezettségének teljesítését (1, 2).

Pellegrino (3) nyomán a szakirodalom deprofesszionizációnak nevezi azt a folyamatot, amelynek lényege az orvosi hivatás hagyományos formájának (egyszemélyes gyógyítás) alapvető megváltozása és a hivatás klasszikus értékeinek feladása. Irvine (4) szerint a professzió három pillére: a szakértelem, az etika és a szolgálat. A szakértelem speciális orvosi tudás és készségek együttesét, az etikus viselkedés értékek és normák gyakorlatban alkalmazott kombinációját, a szolgálat hivatásbeli elkötelezettséget jelent. A szolgálat fogalma (altruizmus) talán némi magyarázatra szorul a hivatásrend vonatkozásában. Az orvos szolgálata egy társadalmilag szentesített és elismert tevékenység, amelynek elsődleges tárgya mások jólléte, s ez fontosabb, mint a hivatást művelő egyéni, személyes haszna. A régi szerződést „megkötő” mindkét fél ezt úgy értelmezte, és jobbra ma is szívesen úgy értelmezné, hogy a páciens érdeke megelőz mindenki másét, így az orvosét is. Egyáltalán nem melléleg, a hivatásrend szakmai és etikai autonómiájának legitimációját a hivatás szolgálat mivolta adja. Kovács (8) a professzionizációs modell kulcselemei felsorolásakor „intézményesített altruizmust” említ a szakértelmiséggel kapcsolatban, ami azt jelenti, hogy az említett, saját belső etikai normarendszer betartása és betartatása az egész szakmai közösség jól felfogott érdeke. Világosan kell tehát látni, hogy ha az orvosi munka altruista, azaz szolgálatjellege gyengül vagy elvész, az a szakmai és etikai autonómia csorbulását vagy elvesztését jelenti.

A fent leírtak értelmében a biológiai tudományok és az orvosi technológia robbanásszerű fejlődése maga után vonta a hivatás egyre fokozódó specializálódását. A tömeges egészségügyi ellátás a kórházi, klinikai „nagyüzemek” kialakulásához vezetett. A hatékonyság és költséghatékonyság jegyében a futószalagszerű, standardizált gyógyítás megjelenése visszavonhatatlan tények.

Tapasztalat szerint az orvoslásban kinyilvánított hivatásbeli céloknak, nyíltan felvállalt humanisztikus értékeknek ellentmondó atti-

tűdők, normák, viselkedésformák már a II. világháború után megjelentek, majd a 20. század hatvanas éveire terjedtek el (1). Az angol és amerikai szerzők a deprofesszionalizációt és következményeit a hivatás válságaként azonosították.

A hazai szakmai irodalom (2, 6) szinte visszhangtalanul foglalkozott a jelenséggel, anélkül, hogy a hivatásrend felfigyelt volna az említett válság jelenségeire, és a következményeivel számolt volna. Mára a bizalomvesztés nemcsak orvos és beteg vonatkozásában generál komoly és drága konfliktusokat, hanem a hivatásrenden belül is mély szakadékok azonosíthatók, ami hathatós mértékben hozzájárul a képzett orvosok különböző generációinak gyors elvándorlásához.

A deprofesszionalizáció, amely a technicizálódás, a gyógyítás kommercializálódása/iparszerűvé válásának következménye azért is figyelmet érdemelt volna, mert szinte törvényszerűen bekövetkezett az orvosi hivatás autonómiájának megingása és a hivatásbeli erkölcsi értékek folyamatos devalválódása.

A jelenlegi ismeretek és az irodalom adatai szerint az a kérdés még nem dőlt el, hogy a kialakuló új típusú orvosi hivatásrend megtartja a „morális vállalkozás” tradicionális hármását vagy sem. Az egyik alternatíva, hogy az orvosok egyszerű munkavállalók lesznek, mint egészségügyi intézmények, biztosítótársaságok alkalmazottai. A kihívásokra adott másik lehetséges válasz, a hivatás súlypontjának eltolódása a tudományos és technikai szakértelem felé. Ez utóbbi helyzetben az orvos magasan kvalifikált „biotechnikus”, „biométernök” lesz a klasszikus hivatás szigorú etikai szabályai nélkül.

Válaszként a változásokra (1), az 1990-es évekre sürgetően jelentkezett az orvosi hivatás megújításának igénye: „Egy jól informált társadalom igényt tart elszámolhatóságra, átláthatóságra és megbízható szakmai standardokra, míg a medicina képviselői úgy érzik, hogy a hivatásbeli autonómiát korlátozza a büdzsé, a bürokrácia, a különféle irányelvek és szakmai felügyelet” (1, 2).

A nyugati szakirodalom egységes abban, hogy változás, új exp-

licit szerződés szükséges, melynek alapja a professzió lehet (klaszszikus). Az új szerződésben a minőség, az átláthatóság, az explicit standardok iránti igény, az orvosok személyes felelősségvállalásának követelménye, a páciensjogok integrálása és a civil kontroll biztosítása bírnak kiemelkedő jelentőséggel (8).

A megállapítás (5, 6) nemcsak az orvostanhallgatókra, hanem a gyakorló orvos pályán maradására is igaz: „Nem számít, hogy milyen sikeresek vagyunk idealisztikus és megfelelően motivált hallgatók medicinához vonzásában most vagy a jövőben, ha nem tudjuk betemetni a szakadékot a retorika és realitás között, kevés reményünk van arra, hogy azonos számú idealisztikus, megfelelően motivált orvost adjunk a társadalomnak.”.

Az orvoslás humán oldala jelenleg is „árnyékban” van a gyógyítás és az oktatás területén egyaránt, azaz ellentét feszül (6) a rejtett curriculum (dehumanizáció, deprofesszionalizáció) és a hivatalos curriculum (empátia, bizalom) között. Következmény „háború sajátos hadszíntéren” (7), amely nemcsak a betegek és ellátásra szorulóknak számára, de az orvos számára is stresszt és súlyos frusztrációt jelent.

Következtetések

1. A bizalomvesztés a késő modern társadalmakban világjelenség.
2. A gyógyítás körülményeiről új, explicit szerződés a társadalom (állam) és az orvosi szakértelmiség között nem halasztható, kimunkálása hosszú, fáradságos, többszereplős folyamat, ami hazai viszonyok között el sem kezdődött.

1. Publikációk sora jelzi, hogy szakadék támadt a társadalom és az orvosi hivatást gyakorlók között. Az orvosok közül sokan gondolják, hogy a „hivatás” ködös fogalom, amelynek nincs átlátható tartalma, sőt más foglalkozásoktól semmiben sem különbözik. Cruess RL, Cruess SR, Johnston SE *Lancet* 2000; 356:156–159. o.
2. Kapocsi E.: Válság vagy megújulás? Válaszúton az orvosi hivatás. *LAM*, 14. évf., 2004/1. 72–75. o.
3. Pellegrino ED. Die medizinische Ethik in den USA – Die Situation heute und die Aussichten für morgen. In Sass HM.(ed.): *Bioethik in den USA. Methoden, Themen, Positionen*. Berlin – Heidelberg: Springer-Verlag; 1988. 2–6. o.
4. Irvine, D.: The performance of doctors I: professionalism and self regulation in changing world. *BMJ*, 1997; 314:1613.
5. Az amerikai orvosképzés vezetője szerint a képzés eltérő, sőt ellentétes értékeket jelenít meg, ez a negatív élmény a hallgató számára feszültséget generál, ami végeredményben a hallgatók számának csökkenésében, mint tünetben válik nyilvánvalóvá. Jordan J. Cohen: Amerikai Orvosi Fakultások Szövetsége elnökének beszédéből <http://www.aamc.org/newroom/pressrel/2001/011104a.htm>
6. A hallgató mást hall a hivatalos órákon és mást tapasztal a gyakorlati teendői, klinikai, kórházi gyakorlata során. „A hetvenes években azonosították az oktatási rendszerek sajátos kétszínűségét”. Bánfalvi A.: Az orvostanhallgató fehér köpenye és a rejtett curriculum. *LAM*, 2003; 13 (1):73–75.
7. „Az orvostanhallgató a képzését, a gyakorló orvos napi munkáját olyan konfliktusok között végzi, hogy sajátos hadszíntéren érzi magát, mert a hirdített, nyíltan felvállalt humanisztikus értékek helyett ellentétes attitűdök, normák, viselkedésformák között kényszerül élni. Úgy érzem, hogy egy háborúban harcolok, melynek létezéséről mások még csak nem is tudnak.” Harrison, Michelle: *A Woman in Residence*. New York: Random House, 1982, 233. o.
8. A múlt század negyvenes éveiben született a szakértelmiség sajátos problémáival, a professzionalizációval foglalkozó szociológiai iskola, amely Parsons, T., Marshall, T. H. és Merton R. nevéhez fűződik. Az

iskola szerint a professzionalizáció strukturális elemei: az autonómia, a szakmai hozzáértés, az etikai normarendszer, a versengés korlátozása és a részleges monopólium. Merton kifejezése az „intézményesített altruizmus”. Kovács M. Mária: Értelmiség és hatalom. *Világosság*, Vol. 32. no. 6 1991:426–433.

9. A hivatás jövőjével foglalkozó charta lehetségesnek tartja a szakmai és etikai értékek közös alapját meghatározni. Szimultán közlés. Medical Professionalism Project. Medical professionalism in the new millennium: a physicians' CarterLancet 2002; 359:520–522.; Ann Intern Med 2002; 136:243–246.

Az Országos Gyermekegészségügyi Intézet (OGYEI) gyermek betegjogok és gyermekbántalmazás területén kifejtett tevékenysége

Az OGYEI elmúlt években végzett, gyermekjogokkal kapcsolatos munkája szorosan kapcsolódik nemzetközi szervezetek (HPH-CA: Health Promoting Hospitals – Child and Adolescent, EACH: European Association for Children in Hospital, ESSOP: European Society for Social Pediatrics and Child Health) tevékenységéhez.

- Az Intézet közreműködésével elkészültek, a Nemzeti Csecsemő- és Gyermekegészségügyi Program keretében nemzetközileg terjesztett gyermekjogokat érintő szakmai anyagok (European Association of Children in Hospitals Charta, Health Promoting Hospitals for Children and Adolescents ajánlásai a gyermekjogokról az egészségfejlesztésről) magyar nyelvű változatai. Az ajánlásokat kiegészítve a hazai joganyaggal és egyéb hazai vonatkozásokkal CD formájában szakmai körökben került terjesztésre, valamint az intézet honlapjáról (<http://www.ogyei.hu/hu/files/download.php?id=382>) is letölthető.
- Lefordítottuk és szintén szakmai körben terjesztettük a HPH-CA munkacsoport kórházak számára készített „Gyermekjogok a kórházban” önrétékelő modelljét, mely intézetünk honlapjáról szintén letölthető. E modell felhasználásával nemzetközi vizsgálat történt, melybe két hazai kórház (Heim Pál–Madarász Kórház és Jávorszky Ödön Kórház) is bekapcsolódott.

1 Dr. Scheiber Dóra (OGYEI), gyermekorvos, nemzetközi ügyvivő. Az anyag összeállításában közreműködött Dr. Kovács Zsuzsanna, Dr. Árki Ildikó, Toma Andrea, Asbóth Katalin az OGYEI munkatársai.

- Elkészült az EACH Charta laikusoknak szóló változata leporelló és plakát formában. Egy szülői megelégedettségi kérdőív kidolgozásával felmérés készült a hazai fekvőbeteg gyógyintézményekben a gyermekek jogainak érvényesüléséről. Hat gyermekórház, ill. gyermekosztály kapcsolódott be az EACH Charta terjesztésébe és a betegjogokkal kapcsolatos megelégedettségi vizsgálatba. Az eredmények hazai és nemzetközi bemutatása megtörtént. Ezzel a vizsgálattal egy nemzetközi vizsgálatot indítottunk el. Az OGYEI által összeállított kérdőívet vette át a Health Promoting Hospitals and Health Services nemzetközi szervezet, serdülő és gyermek munkacsoportja (HPH-CA).
- Az OGYEI nemzetközi kapcsolatainak köszönhetően került nyomtatásra a „Hogyan értsük meg gyermekünket” c. angol kiadvány magyar nyelven. A kiadvány segíti a szülőket az értő kommunikáció és a gyermek lelki érése szempontjából lényeges folyamatok megértésében. A jó kommunikáció a gyermekbántalmazás megelőzésének fontos feltétele. A gyermekek önértékelésének fejlesztésében nagy szerepe van az agressziómentes értékeknek. A kiadvány célpontjai a védőnői körzetek, nevelési tanácsadók és ezen túl az érdeklődő társzszakmák és rajtuk keresztül az érintett fiatal szülők.

Gyermekbántalmazás felismerése, megelőzése, kezelése

- Intézetünk 2004-ben készítette el a „Gyermekbántalmazás felismerése, megelőzése, kezelése” c. módszertani ajánlást orvosok, védőnők számára. A 2005-ben készült oktató DVD-re alapozva a Nemzeti Csecsemő- és Gyermekegészségügyi Program keretében az elmúlt évek folyamán számos interdiszciplináris konferenciát szerveztünk (orvosok, védőnők, szociális munkások, gyámügyi szakemberek, rendőrök stb. számára).

- 2009-ben elkészült a „KamaszOK vagyunk” oktató DVD, mely a kamaszokat érintő problémákon belül kitér a bántalmazás témájára is. Az oktató DVD alkalmazására pedagógiai módszertani anyagot is kidolgoztunk. Ehhez kapcsolódva 2 alkalommal 1 napos konferenciát szerveztünk az „Iskola szerepe a gyermekbántalmazás megelőzésében” címmel pedagógusok, iskolai védőnők, iskolaorvosok, szociális munkások számára.
- 2010-ben indult a „Sose rázd a kisbabádat” oktató program azzal a céllal, hogy a szakemberek és rajtuk keresztül a szülők figyelmét felhívjuk arra, hogy a csecsemők és kisgyermekek rázásának milyen súlyos szövődményei lehetnek. A program segédanyaga egy oktató DVD és szóróanyag, melyeket egy ausztrál szervezet bocsátott szabad felhasználásra. Konferencia sorozatot szerveztünk szakemberek számára. Az OGYEI honlapján megtalálhatóak mind az elhangzott előadások prezentációi, mind a szülőknek szóló szóróanyag, valamint néhány részlet az oktató DVD-ből. Az oktatási anyag kb. 4000 szakemberhez jutott el különböző formában (gyakorlati szakmai bemutatók, felkérések, konferenciák, írott és elektronikus sajtón keresztül).
- 2011. július 6-tól elérhető a (www.gyermekebantalmazas.hu) honlap, mely szintén a Nemzeti Csecsemő- és Gyermekegészségügyi Program révén valósulhatott meg. Számos országban, állami és civil szervezetek által működtetett honlap foglalkozik a gyermekbántalmazással. Ezek a honlapok elsősorban angol nyelvűek. Ez az első magyar nyelvű honlap, ebben a témában. A honlapot szakemberek és laikusok, felnőttek, kamaszok és gyerekek egyaránt használhatják, ezáltal a gyermekbántalmazás témája külön cél- és korcsoportokra bontva, a társadalom széles rétegeihez eljuthat. Számos közösségi oldal szolgáltatását igénybe véve a fiatal korosztályt is el kívánja érni. A szakemberek számára pedig újabb lehetőséget nyújt a kapcsolatfelvételre, a közös gondolkodásra. A honlapon belül számos különösen fontos területekkel foglalkozó aloldal található. Így

külön oldal a „Sose rázd a kisbabádat” című, mely kapcsolódik az azonos nevű programunkhoz is.

- Az ombudsman vizsgálata szerint a jelzésre kötelezett szakemberek, ezen belül az egészségügyben dolgozók nem mindig éltek a törvény által előírt jelzési kötelezettségükkel. Ezért elhatároztuk, hogy aktualizáljuk a 2004-ben kiadott módszertani levelet. A munkát számos, különböző társszakmákat képviselő kiváló szakember és civil szervezetek szakembereinek bevonásával végeztük el. Javaslatot teszünk az anyag protokollá alakítására is.
- Az OGYEI a gyermekbarát igazságszolgáltatás keretében születő törvényjavaslatokkal kapcsolatban számos észrevételt tett, melyek közül a legfontosabbak:
 1. Javasoltuk, hogy a kiskorú veszélyeztetése fogalom kapjon kiterjesztést a kiskorúval külön háztartásban élő személyre is.
 2. Kezdeményeztük, hogy amennyiben a kapcsolattartás korlátozásnak büntethetősége bevezetésre kerül, úgy az ne terjedjen ki olyan esetekre, ahol az a kiskorút veszélyeztető személyre irányul.
 3. Ismeretes, hogy a jogi eljárások időben általában elhúzódnak, amely a kiskorúak esetében különösen aggályos. Kiskorú veszélyeztetése esetén a veszélyeztető élethelyzet mielőbbi lezárására van szükség, hogy ezzel a további viktimizáció megelőzhető legyen. Ezért intézetünk javasolja, hogy az eljárások ügyrendjében a kiskorúakat érintő ügyek még nagyobb elsőbbséget élvezzenek azzal, hogy legyen limitálva az ilyen ügyek lezárásának időpontja.
 4. A kiskorúakat érintő peres eljárások jelentős része nem büntető eljárás miatt zajlik. Polgári peres ügyekben is traumatizálódhat a gyermek, ezért a polgári peres eljárások során is kívánatos gyermekbarát körülményeket kialakítani.
 5. Javasoltuk a szexuális bántalmazás elévülésének idejét 5

évnél hosszabb időben meghatározni, tekintve, hogy ennek sok esetben életre szóló hatása van a sértett számára.

6. A gyermekbarát igazságszolgáltatás nemcsak a peres eljárásokat foglalja magába, hanem az igazságszolgáltatás sokkal bővebben értelmezendő. Pl. a gyermekvédelmi eljárások, egészségügyi ellátás jogi háttere is áttekintésre érdemes a gyermekek jogai szempontjából (pl. látélet fotódokumentációval való kiegészítése abban az esetben is, mikor a bántalmazó szülő nem érdekelt ehhez hozzájárulását adni, kábító fájdalomcsillapító adagolás szülői elutasítása végstádiumú beteg gyermekeknél stb.).
- 2012. május 23-án az Országos Gyermekegészségügyi Intézet a Nemzeti Köszolgálati Egyetem Rendészettudományi Kara közös konferenciát szervezett, mely rendezvénynek az Országos Rendőr Főkapitányság adott helyett „Lyukak a védőhálón” címmel. Az interdiszciplináris konferencián számos javaslat hangzott el a szakemberek részéről, melyek több tárcát is érintenek. Ezeket a javaslatokat a döntéshozók felé is továbbítjuk.

Az egészségügyet érintő javaslatok:

- Az OGYEI elkészített egy új módszertani ajánlástervezetet egészségügyi dolgozók számára a gyermekbántalmazás és elhanyagolás tárgyában, szükség lenne protokoll kialakítására is.
- Az egészségügyi törvényben is legyen megfogalmazva, hogy bántalmazás esetén szülői beleegyezés hiányában is legyen kötelező a fotódokumentáció.
- Szükség lenne közös adatbázis létrehozására, ahol a bántalmazott esetek nyomon követhetők, ezzel több esély lenne az ismétlődések megelőzésére. (Fontos lenne az anya nevével való visszakeresés lehetősége.)
- Kívánatos lenne szorosabb együttműködés a szülészet és az egészségügyi alapellátás között.

Igazságügyet, rendészetet érintő javaslatok:

- A gyermekmeghallgató szoba használata indokolt lehet bizonyos esetekben 14 év felettiek meghallgatásakor (pl. szexuális abúzus, értelmi fogyatékkal élők) is. 2014. januártól legyen kötelező e helyiségek használata, és helyes lenne szaktanácsadó (pszichológus, szociális munkás, óvodapedagógus stb.) jelenléte is a gyermekek meghallgatásakor.
- Polgári peres bírósági eljárás esetén is álljanak rendelkezésre a gyermekmeghallgató szobák.
- A gyermek meghallgató szobák nyugat-európai országokban nem a rendőrség kezelésében vannak, hanem semleges helyen, ahol nemcsak a rendőrség és az igazságszolgáltatás használhatja ezeket, hanem valamennyi gyermekekkel foglalkozó segítő szakember. Kiemelhető az izlandi minta, melynek alkalmazására EU-s forrás is beszerezhető.
- Szükség lenne, hogy a gyermek elhagyásának fogalma kerüljön törvényi bevezetésre.
- Szükség lenne a megrázott gyermek szindróma bővebb ismeretére a jogászok körében.
- Bírósági eljárások elhúzódása közvetve hozzájárul a gyermek bántalmazásához.
- Szükség lenne a fiatalkorúak bíróságára.

Szociális szférát érintő javaslatok:

- Szükség lenne a gyermekjóléti szolgálatok megerősítésére, az ágazatban dolgozók túlterheltek, ami akadályozza az érdemi munkát.
- A jelzések még mindig nem kielégítően érkeznek a szolgálatokhoz.
- Meg kellene fogalmazni a gyermekvédelmi törvényben, hogy a gyermekjóléti szolgálatok is jelezzenek vissza a társszaktörvények felé.
- Szükség lenne az időskorúakra vonatkozó jelzőrendszer kialakítására, hiszen közülük is sokan veszélyeztetettek.

- Szükség van a fogyatékosokkal foglalkozó személyzet speciális képzésére. (Az ÉFOÉSZ tart ilyen képzéseket, tréningeket.)
- Szükség lenne a fizikailag, valamint a szexuálisan abuzált emberek ellátását segítő protokoll kidolgozására. Ehhez az OGYEI partnerséget nyújt.
- A nevelőotthonban élő sokszor folyton megszökő, prostituált életmódot folytató, drogozó kamaszok elhelyezésének körülményeivel többet kellene foglalkozni.

Interdiszciplináris együttműködést segítő javaslatok:

- Legyenek valamennyi érintett szakma számára akkreditált közös továbbképzések
- Valamennyi halált okozó bántalmazási ügyet komplex szakértői bizottság vizsgáljon ki, és évente értékeljék ki az eseteket.
- Legalább évente egyszer szükség lenne hasonló interdiszciplináris fórum szervezésére, az OGYEI készséggel lenne e rendezvények a házigazdája.

Beteg- vagy jogvédelem?

Szeretettel köszöntöm a konferencia résztvevőit, és köszönöm a felkérést véleményem kifejtésére ebben a fontos és aktuális kérdéskörben!

Szűkül a terápiás tartomány

A betegjogok védelme nehéz időket él. Úgy is fogalmazhatunk, hogy szűkül a betegjogvédelem „terápiás tartománya”, mivel egyfelől a betegek már nem elégszenek meg az évtizedekkel ezelőtti utasításokkal, a mindentudás magabiztosságával beszélő orvosok atyai leereszkedésével, másfelől az egészségügyi személyzet türelme véges, és feszültségeiket gyakran – emberi gyengeségként – a betegekkel való kommunikációba is átültetik. Vagyis a betegek által szükségesnek tartott minimum sokszor úgy tűnik, hogy meghaladja a dolgozók által nyújtható maximumot.

Ennek a problémakörnek fontos, de nem kizárólagos okozója a forráshiány, a gyógyítás nyomorúságos körülményei, a megalázó bérhelyzet, melyek nagyon megnehezítik az ügyfélbarát megközelítésmódok népszerűsítését. Onnan tudjuk, hogy vannak más, sokkal mélyebben a társadalomba, a kultúrába beivódott tényezők is, hogy magánintézmények jól fizetett orvosai körében sem ritka

1 Dr. Kovácsy Zsombor PhD (ügyvéd, egészségügyi szakjogász).

(bár az állami szférában tapasztaltakhoz képest nyilvánvalóan ritkább) az emberi elvárások mellett elfogadhatatlan beszéd- és bánásmód.

Az egészségügyi társadalom részéről nem a betegjogok védelmének erősítése merül fel elsődleges igényként, hanem sajnos továbbra is a betegek megregulázása, az egészségügyi dolgozó, elsősorban is az orvos pozíciójának erősítése. Mindez persze abból a sündisznóállásból is fakad, amelyet a dolgozók által érzett társadalmi elhanyagoltság, a hálapénzzel kapcsolatos megvetés, ugyanakkor az arra való erős igény együtt alakít ki.

Vad ötletek

Olyan elképzelések jelennek meg évről évre, mint például az egészségügyi kártérítési felelősség limitálása. Ez azt jelentené, hogy bármilyen (bármeekkora) kár éri a beteget a hibás ellátás kapcsán, csak bizonyos – jellemzően a felelősségbiztosítók által szokás szerint lefedett – összeghatárig lehessen kártérítést követelnie. Abból a téves szemléletből fakad az elképzelés, amely a károsult beteget ellenségnek, nyereszkeskedő ügyvédekkel szimbiózisban az egészségügy vérét szívó parazitának tekinti, és nem érti meg, hogy ha valakit kár ér, és a kár okozása valakinek felróható, akkor a jog azt megtéríteni rendeli – még az egészségügyben is.

Persze ne legyünk igazságtalanok: az intézményvezetők részéről természetes, ha nem akarják a gyógyítás helyett jogi eljárásokra költeni a pénzt – kártérítésre ugyanis senki nem tervez finanszírozási, támogatási összeget. A hiba egyszerűen nincs belekalkulálva a magyar egészségügy működésébe, pedig az szükségszerűen bekövetkezik.

Ha az egészségügyben limitáljuk a kártérítési összegeket, akkor az a visszás helyzet áll elő, hogy ha a villamos vágja le a lábam a villamosvezető hibájából, akkor akár 100 millió forint károm is származhat ebből, ha viszont az orvos teszi ugyanezt nemtö-

rődömségből, akkor mondjuk csak 5 millió. Ez nyilvánvalóan nem állná meg a helyét – legfeljebb akkor, ha az Alaptörvénybe kerülne, hogy Magyarországon nincs műhiba, vagy ha van, akkor az csak bizonyos összegű kárt okozhat. Persze nem akarok ötleteket adni senkinek...

A másik vad gondolat az, hogy büntessük meg azt, aki kártérítést követel, és a végén mégsem lesz igaza. Az egészségügyi személyzet oldaláról a megközelítés az, hogy alaptalanul vádaskodnak rosszindulatú betegek, hozzátartozók. Ebben olyanformán van némi igazság, hogy különösen a válság kezdete óta megemelkedett azok száma, akik nem elsősorban sérelmeik, sokkal inkább anyagi nehézségeik miatt fordulnak ügyvédhez, bírósághoz egészségügyi kártérítési ügyben. Elfelejtjük viszont azt, hogy a kártérítési igény megalapozottságának a bizonyítása egyáltalán nem garantálható még akkor sem, ha a műhiba, a mulasztás valóban megtörtént, hiszen a bizonyítékok – dokumentáció, tanúk, az összefüggések szakértői megítélése – egyáltalán nem biztos, hogy a bíróság számára elegendőek a követelést jogosnak minősítő ítélet kimondásához. Megint csak az egészségügy különállását hirdető ötlet ez, kifejezetten a panaszkodó betegek megregulázását, az érdemtelenül hibával vádolt intézmény, orvos védelmét szolgáló elképzelés. Persze ez sem véletlen: nálunk a hibát elkövetőt azonnal keresztre akarja feszíteni az egész társadalom, akkor is, ha valójában életünk, munkánk során valamennyien hibázunk. Azok a szerencsések, akik hibáikért elkerülik a felelősségre vonást, sokszor elvtelenül megkövezik társaikat, akik valahol helyettük is elviszik a balhét, hiszen az ő felelősségre vonásukban ölt testet a társadalom hárító magatartása mindannyiunk esendőségét illetően.

Egyesek szerint a felelősség kérdésének megoldása az objektív alapon nyugvó, a tényleges felróhatóságot nem firtató, szerényebb összegű kompenzáció volna – ahogyan azt egyes országokban bevezették. A magam részéről úgy gondolom, hogy ez a rendszer, ha legalábbis elfogadható mértékű összegeket szeretnénk juttatni az ellátási károk elszenvedőinek, jóval drágább lenne, mint a mostani.

Ha csak azt nézzük, hogy a műhibaperek jelentős része kártérítés megítélésével zárul, persze hihetnénk azt, hogy ha mondjuk csak 20% mértékű kompenzációt felajánlva kiváltanánk e bírósági eljárások nagy részét, akkor jól járnánk, viszont azt is figyelembe kell venni, hogy az intézményi panaszkezelés, a betegjogi képviselők, az ügyvédek felvilágosító ténykedése, no meg az érintettek ódzkodása évekig tartó, esetleg jelentős költségekkel járó eljárásoktól eleve jelentős mértékben megszűri az ügyeket, így valójában sokkal több kár éri a betegeket az ellátás során, mint amennyi esetben ezeket a károkat a felelősség firtatásával jogi úton érvényesítik.

Tökéletlen keretek

A betegjogvédelem törvényi megalapozottsága a 20. század végének megfelelő, a világon mindenütt vállalható színvonalat képviseli, ma is megfelelő alapot nyújt.

A probléma – mint az élet más területein is – abban rejlik, hogy Magyarországon egyszerre van jelen több „világ”: egy az, amely a törvényekből olvasható ki, egy egész más karakterű a hétköznapi valóság, és megint másik kép rajzolódik ki a politikusok, szakpolitikusok elképzeléseiből, ígéreteiből.

A betegjogok védelmére jóformán semmi energia nem jut az intézményekben, ez afféle szükséges rossz sokak szemében. Örülnek, ha a gyógyításra jut pénz, idő, szakember, a betegek tájékoztatásának szakszerű és a törvényben foglaltaknak megfelelő érvényesítése az amúgy is szűk keretek között nyújtott betegellátástól venné el a lehetőséget.

Így aztán a betegnek marad a bizalom a szakmai minőségben, azonban itt is hibádzik a rendszer: lényegében semmit nem tudunk arról, hogy melyik intézményben mi vár ránk. A 2007-ben elkezdett minőségi indikátor program folytatása várat magára, csakúgy, mint a betegjogok védelme terén valamilyen előrelépés elérése.

A 2012 az államosítás, a központosítás éve az egészségügyi ellátó-rendszerben. Ez a folyamat a nyilvánvalóan meglévő hatékonysági tartalékok kiaknázásának lehetősége, az egységes gyakorlatok kialakításának esélye mellett több kockázatot hordoz magában – betegjogi szempontból is.

Ahol az állam tulajdonol, finanszíroz, fenntart, ellenőriz, fejleszt, biztosítja a minőséget, ráadásul e feladatokat többnyire egyazon intézményen keresztül, ott eltűnnek az ellensúlyok, senki nem érdekelt a hibák feltárásában.

Nincsenek alternatív gyakorlatok, megoldások, melyek közül a legjobbakat átveszik mások, evolutív fejlődést eredményezve a panaszkezelésben, a betegellátás nem szakmai vonatkozásaiban. Persze az államosítás egyben lehetőség is a jelenleg szerteágazóan meglévő gyakorlatok közül a legjobbak kiválasztására, azonban amennyire meg lehet ítélni, a betegjogok az államosítás folyamatában is a prioritási lista végén kullognak a kapkodásban, a kellő felkészülési idő és szakemberállomány hiánya miatt.

Tennivalók

Az új egészségügyi kormányzat 2010-ben nagy önbizalommal jelentette ki, hogy az igazi betegjogvédelem ideje most jött el, a korábbi szervezetek, így az általam vezetett Egészségbiztosítási Felügyelet, álláspontjuk szerint nem megfelelően végezték feladatukat. A létrehozni tervezett Országos Betegjogi és Dokumentációs Központ immár második éve a tervezés fázisában van. Csábító szerep számomra az összehasonlítás azzal a helyzettel, amikor a tervezett új intézménynél jóval szélesebb hatáskörű EbF létrehozásakor a kinevezésem kézhezvételét követő ötödik napon – ha nem is teljes gőzzel – megkezdte működését a betegjogok védelme terén kiemelt hatáskörrel felruházott szervezet, de a nosztalgizálás

helyett Barack Obamára hivatkozom, aki úgy véli, hogy nincs munka elégedetlenség nélkül. A fentiek azt bizonyítják, hogy az elégedetlenség a korábbi betegjogvédelmi vívmányokkal kapcsolatban igen erősen jelen van az egészségpolitika jelenlegi irányítóiban. Ez tehát azt a reményt adja, hogy két év elégedetlenség után talán két év munka kezdődhet.

Még egyszer köszönöm a lehetőséget!

Betegjogi adatvédelem

A személyes adatok védelméhez való jogon belül az ún. szektorális adatkezelések sorában az egészségügyi adatok kezelésének kérdései az egész világon kiemelt jelentőségűek. Az adott személy egészségi állapotára vonatkozó adatok (leletek, vélemények, környezettanulmányok stb. formájában) minden esetben különleges, szenzitív adatoknak minősülnek. Itt különösen erős az elvárás, hogy az adatalany (aki lehet beteg vagy egyébként teljesen egészséges ember is) rendelkezhessen a rá vonatkozó adatok sorsáról, tájékozott legyen arról, hogy adatait ki és milyen felhatalmazással kezeli, hasznosítja, az adatokkal való műveletek során pedig lehetőleg ne történhessen hiba. Összefoglalva: az egészségügyi információk semmi esetre se kerüljenek illetéktelenekhez, hiszen az adatkezelési elvek és szabályok megszegésének esetleges következményei a beteg magánszférájára (és így a betegjogokra) nézve beláthatatlanul súlyosak lehetnek. Az említett negatív következmények „skálája” igen széles: a kellemetlenségektől kezdve (például a falusi háziorvos doktornő korai vetélésének tényéről a védőnő tudomást szerez), az életet ellehetetlenítő (gondoljunk csak arra, ha a pozitív eredményű HIV-szűrésről a postás, a szomszéd vagy a munkatárs tudomást szerez) vagy tragikus következmények egyaránt előfordulhatnak (egy megtörtént eset szerint a börtön-

1 Dr. Sziklay Júlia PhD (Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatóság, főosztályvezető).

büntetését megkezdő asszony terhességi vizsgálatánál azért nem mutatták ki az egyébként nem kívánt terhességet, mert a városi kórházban kiállított leleten névelírás történt és a leletet az asszony a börtönben nem volt jogosult kézhez kapni).

A személyes adatok védelméhez való jog „anyajoga” az emberi méltósághoz való jog, mely korlátozhatatlan. Abszolút tisztelete erkölcsi és jogi parancs. A betegjogok is minden esetben az emberi méltóság talaján állnak, így a kapcsolat és közös értelmezés lehetősége egyértelműen adott. Előfordult mégis olyan helyzet, mikor a két alapjogokat védő ombudsman „betegjogi” érvelése egymásnak feszült: az egységes, a beteg teljes nevét szerepeltető betegazonosító karszalag ügyében 2004-ben az általános biztos a beteg biztonságára hivatkozva támogatta, míg az adatvédelmi biztos a beteg magánszférájának védelmére apellálva elutasította a bevezetést. Azonban, ha az alapügy részleteit is megvizsgáljuk, az ellentét korántsem bizonyul feloldhatatlannak. A tragikus szegedi betegcsere során a hasonló korú, hasonló tüneteket produkáló összecserélt két idősebb beteg végig képes volt arra, hogy nevét megmondja és – ha nehezen is, de – kommunikáljon, a probléma csak az, hogy erre nem került sor. Ugyanígy a szerencsére ritkán előforduló egyéb botrányos esetek (pl. azonosító karszalagot viselő csecsemők elcserélése) oka is mindig emberi mulasztás, melyet semmilyen technikai adatkezelési művelet nem pótolhat.

Az Egészségügyi Minisztériummal történt egyeztetés során „karszalag-ügyben” példás kompromisszum született:

- az ön maga azonosítására vagy kommunikációra képtelen beteg kötelezően viselje, egyéb esetekben a használat legyen önkéntes és

- személyes adatot csak a legszűkebb körben tartalmazhat úgy, hogy az adatkezelési cél (betegazonosítás) teljesüljön, de illetéktelen személyek (pl. látogatók) ne tudják meg a beteg nevét, TAJ számát vagy betegségét.

Az új alkotmánnyal és az ombudsmani rendszer reformjával összefüggésben 2012. január 1-jén létrejött Nemzeti Adatvédelmi és

Információszabadság Hatóság mandátuma a személyes adatok védelméhez való jog (és az információszabadság) magyarországi érvényesülésének ellenőrzésére és elősegítésre irányul. Az adatvédelmi biztos gyakorlatának és a nemzetközi trendnek megfelelően az egészségügyi adatkezelések ügyére a Hatóság kiemelt figyelmet fordít, ezt az elmúlt hónapokban beérkezett nagyszámú panasz is indokolja. Néhány érdekesebb példa az elmúlt hónapok terméséből:

– Kérdésként felmerült, hogy a betegjogi képviselők keresztül indított kórházi belső vizsgálat anyagaiba a panasztevő vajon betekinthe-e? Az egészségügyi törvény ebben az esetben azonban csak a vizsgálat eredményéről való tájékoztatást teszi lehetővé, a kórházi belső vizsgálat adatai pedig belső keletkezésű iratoknak minősülnek.

– Az átalakuló egészségügy rendszerében sok zavart okoz a privát egészségügyi szolgáltatók (kft-k, bt.-k) átalakulásával-megszűnésével összefüggésben az egészségügyi dokumentációk feltehetőleg, ezzel kapcsolatban talán legbiztosabb pont a kezelő orvos, ugyanakkor az egészségügyi szolgáltató felelőssége ebben a kérdésben sem mellőzhető. Szintén egy vidéki járóbeteg centrum teljes átalakításának velejárója volt, hogy leselejtezésre váró oltási könyveket, terhes törzslapokat egy orvosi váróban gondatlanul „köszemlére” tették, de ebben az esetben elég volt a hatóság figyelemfelhívása és a megsemmisítés gyorsan megtörtént.

– Egy egészségtudományi centrum vezetője állásfoglalást kért arról, hogy orvostanhallgatók teljes jogú felhasználóként hozzáférhetnek-e a betegadatok elektronikus rendszeréhez. Az egészségügyi szakemberképzés minősége fontos társadalmi érdek, de ez nem írhatja felül a beteg információs önrendelkezéshez kapcsolódó jogát. A törvény csak a gyógykezelésnél történő orvostanhallgatói jelenlétet engedi meg (egyetemi klinikáknál vélelmezik a beteg hozzájárulását, egyébként erről külön meg kell kérdezni a beteget), de azt nem, hogy saját jogon az elektronikus betegnyilvántartást használják (természetesen más a jogi helyzet, hogy ha a medikus

megfelelő kutatási engedély birtokában tudományos kutatóként akar meghatározott betegadatokat feldolgozni).

– A betegjogi érdekek védelme miatt csak a bírósági igazságügyi szakértő tekinthet bele a betegadatokba, az egészségügyi szolgáltató által felkért magánszakértő kizárólag anonimizált adatokra alapozhatja szakértői véleményét.

– Végül folyamatban van még a vizsgálat arról a kérdésről, vajon megengedhető-e, hogy a pszichológus szakértő a másik féllel egyébként nem közölhető véleményeket vizsgálata során idézet formájában mégis az ellenérdekű fél tudomására hozza?

Az esetcsokorból is látható, hogy a betegjogoknak komoly adatvédelmi vetülete és vonzata van, melyre az erre hivatott jogvédő szerv folyamatosan nagy figyelmet fordít.

Betegjogok a gyakorlatban – szakértői és oktatói tapasztalatok

Az Alapjogok Országgyűlési Biztosa betegjogi tevékenysége, a 2012-ben elkészült összefoglaló és a kapcsolódó konferencia apropóján és részben az elhangzott előadásokra reflektálva a következőkben röviden összefoglalom, hogy milyen hiányosságokat érzek a betegjogok érvényesítése és fejlesztése, gyakorlati alkalmazása terén, milyen okokat látok meghúzódní annak hátterében, hogy az orvosok személete és ismeretei nem érik el a kívánatos szintet e kérdésekben. Igyekszem értékelni a jelenleg zajló változásokat, különös tekintettel az ágazati átalakítás betegjogi hatásaira.

A példák és a hivatkozott problémák tükrözik gyakorlati tapasztalataimat, amelyet gyakorló orvosszakértőként és egészségbiztosítási szakértőként nap mint nap gyűjtök, illetve egyetemi oktatói tapasztalataimat is, amelyekben tolmácsolom az alternatív kurzus keretében nálam betegjogi és az orvosi hibákkal, tévedésekkel kapcsolatos ismeretek megszerzését vállaló orvostanhallgatók kérdéseit, észrevételeit is.

A betegjogok témája a rendszerváltást követően lett népszerű hazánkban, párhuzamosan az egyéb szabadságjogokkal. Pontosan nem definiált tartalommal indult el az információs szabadság jegyében a betegtájékoztató kikövetelése, az önrendelkezés részeként a beleegyezés korábbi elnagyolt formái helyett a részlete-

1 Dr. med. jur. habil. Kereszty Éva PhD (SZTE Általános Orvostudományi Kar, Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ, Igazságügyi Orvostani Intézet).

ző írásos beleegyezés elterjedése. A szabadság szót ízelgetve a szabad orvosválasztás (amelynek korlátozott voltával a jogászok egy része sincs tisztában) feletti öröm, és mindezekkel megjelentek azok a kártérítési perek, amelyek korábban ritkán fordultak elő, és amelyhez a nem vagyoni kártalanítás Alkotmánybíróság által kiterjesztett fogalma is szélesebb alapot teremtett.²

A korábbi, szocialista egészségügyből megmaradt a szinte minden ellátáshoz való korlátlan jog, és a biztosítás valójában nem jelentett valódi társadalombiztosítási rendszert, hiszen a járulékfizetési fegyelem rossz volt, de ennek következményeit a beteg nem érezte. Az ágazat pénzügyi forrásai szűkek maradtak, szerkezet korszerűtlen és túlzottan nagy, a reformok viszont erős ellenállást váltottak ki a betegekben és az ellátókban egyaránt, hiszen a korábbi korlátlansághoz képest a racionalizálás is „jogfosztásnak” tűnt.³

A peres tapasztalatok, más országok gyakorlatának megismerése és – nem utolsósorban – az Egészségügyi Világszervezet 1994-es Betegjogi Deklarációja⁴ nagyot lendített a betegjogok hazai értékelésén, majd megalapozta az új szabályozást, illetve a joggyakorlás is egy új szakaszba léphetett át. A betegjogi civilszervezetek és a betegek érdekvédelmi szervezetei, néhány egészségügyi jogász (köztük magam is) szívügyünknek tekintettük a korszerű, tisztességes betegjogi szabályozást, amely a gyógyítást segíti mindkét fél részéről, nem csupán a pereskedés meglapozását szolgálja.

A 2011-ben elfogadott Alaptörvény megfogalmazza az egész-

- 2 A korábbi kárfogalom a társadalmi életben való részvétel tartós és súlyos elnehezülésének felelt meg, köznapi értelemben a rokkantság mértékét elérő egészségkárosodás esetén volt megállapítható.
- 3 Kereszty Éva: Legislative Reform in the Hungarian Health Care System. In *Annales* (ed.: Prof. Dr. M. Dezső) *Annales Universitatis Scientiarum Budapestiensis de Rolando Eötvös Nominatae, Sectio Iuridica*, Tomus XLIX, Budapest, 2008, 215–258. o.
- 4 A Declaration On The Promotion Of Patients' Rights In Europe. WHO Regional Office for Europe, 1994. on-line: http://www.who.int/genomics/public/eu_declaration1994.pdf.

séghez való jogot, az ellátórendszer megszervezéséért való állami felelősséget, ezzel a betegek ellátási hozzáférési jogosultságát.⁵ Az Alaptörvény a testi és lelki egészséghez való jogot nevezi meg, ezzel szűkíti az Egészségügyi Világszervezet (továbbiakban WHO) egészségdefinícióját, ami a szociális integrációt is az egészségfogalom részének tekinti.⁶ A szűkebb értelmezés ellenére az ellátórendszer, az ágazati jogszabályalkotás és betegjogi szabályozás szempontjából praktikus keretet teremt, elvileg nem rontja le a korábbi alkotmányos betegellátási és betegjogi jogosultsági rendszert.

Konkrét betegjogi szabályozást tartalmaz az Alaptörvény az emberen végzett orvostudományi kísérletek feltételeire⁷ és szerveskedelem tilalmára, klónozásra vonatkozóan is.⁸ Ezen jogok nevesített, más jogok említése nélküli kiemelését már nem lehet következetesen indokolni, hiszen a közvetlen alkotmányos jogvédelem csak a kísérleteknél érhető tetten, a többi probléma a modern bioetika néhány aktuális slágertémája.

Az orvos-beteg kapcsolat szinte kimeríthetetlen téma, amelyben az ember mint biológiai rendszer meglehetősen esendő. Társadalmi lényként azonban ebben a helyzetben is meg kívánja őrizni méltóságát és egyéb emberi jogait, ami a betegség jellege miatt, sokszor alig biztosítható. Az orvostudomány fejlődése és technikaivá válása, a tömeges ellátás ma már fenntarthatatlanná teszi azokat az elvárásokat, amelyek a „család doktor bácsijával” szemben fogalmazódtak meg. Mindezek és a fogyasztói társadalmak fogyasztói szemlélete egyre nagyobb nyomást gyakorolnak az egészség-

5 Alaptörvény XX. cikk.

6 Eredeti WHO-definíció (1946): „Az egészség nem csupán a betegség hiánya, hanem a teljes testi, lelki és szociális jóllét állapota”. A Koppenhágai Nyilatkozat szerinti WHO-definíció (1984): „Az egészség annak a foka, amennyire az egyének és közösségek képesek önmaguk kiteljesítésére és szükségleteik kielégítésére, valamint megbirkózni a környezet kihívásaival”.

7 Ezt az Alkotmány is tartalmazza, az élethez, emberi méltósághoz való joggal egy szakaszban – 54. §.

8 Alaptörvény III. cikk.

ügyre, hogy még részletesebb, teljesebb szabályozásban rögzítse a gyógyító kapcsolatokat.

A betegjogok éppolyan kevésbé statikusak, mint maga az orvostudomány. Nemcsak az új eljárások miatti kihívások, hanem egyéb emberjogi, társadalmi problémák is lecsapódnak az ellátásban és a betegségekben is. Az emberek jövőjének meghatározásában az orvoslás csak az egyik tényező, ezért nem is vállalhatja magára a teljes felelősséget,⁹ de kérdéses, hogy az ágazati működés mennyire képes érvényre juttatni és elősegíteni a betegek társadalmilag változó betegjogi elvárásait.

A magyar szabályozás fő vonalaiban megfelel az európai elvárásoknak, a magyar gyakorlat azonban saját szabályozásától is jelentősen elmarad, ami – a közhiedelemmel ellentétben – csak részben anyagi kérdés. Az egészségügyi törvény 1997-es elfogadása óta sokan foglalkoznak a betegjogok érvényre juttatásával, a betegek ilyen tárgyú felvilágosításával. Több, mélyebb ismeretet kellene biztosítani az ellátóknak is, ez azonban – az orvosok között¹⁰ – még nem valósult meg. A magyar orvostársadalom jelentős része, az elmúlt két évtized véleményvezér klinikusainak legnagyobb hányada nem kívánt változtatni a korábban kialakított hatalmi elemekre épülő orvos-beteg kapcsolaton, ezért a betegjogokat mint orvosellenes jogokat utasította el.

Még most sem ismertek eléggé a betegjogok és betegek felelőssége az ellátórendszer igénybevétele során, bár nagyszámú betegtájékoztató könyv és egyéb kiadvány született.¹¹ Ami ennél is szomorúbb, hogy az ellátás mindennapi gyakorlatában valahol a sor végén kullog a betegjogok érvényesítésének szükségességé-

9 Vö. Opinion of the European Economic and Social Committee on Patients' rights (own-initiative opinion) SOC/221 Patients' rights, Brussels, 2007. on-line: <http://www.eesc.europa.eu>

10 Az egyetemek egészségtudományi karain (korábban egészségügyi főiskola) sokkal nagyobb hangsúlyt kap a kurrikulumban ezen ismeretek oktatása.

11 Vö. *A felnőttkorú magyar lakosság betegjogi ismeretei*. A Betegjogi, Ellátottjogi és Gyermekjogi Közalapítvány felmérése, 2007, on-line: http://www.szoszolo.hu/06tanulmanyaink/280611betegjogi_ismeretek.pdf

ge. Az orvosképzésben és a továbbképzésben kivételes, ritka jelenség, hogy betegjogi, vagy akár egyszerű szakmaszervezési, a szakmai jogszabályok megismerésével és értelmezésével kapcsolatos ismereteket is beépítenek. A képzésben az ilyen ismeretanyag – beleértve az etika oktatását is – az orvosegyetemi óraszámokban csökkent. Nyilvánvalóan nem az alapjogi biztos feladata vizsgálni, hogy elégséges-e az orvostanhallgatók, rezidensek és szakorvosok ilyen irányú képzése és folyamatos továbbképzése, de e területen az ismerethiány önmagában veszélyezteti a jogok érvényesíthetőségét.

Megítélésem szerint a következő időszakban nemcsak általában kellene erősíteni az orvosok képzését e területen, hanem annak érdekében, hogy szűkebben vett szakterületükön, a sajátosságokra tekintettel alakíthassák ki betegjogi politikájukat, etikai kódexeiket. Oktatói és szakdolgozatokkal, kutatásokkal kapcsolatos tapasztalatom, hogy a betegjogokat az orvosok zöme leszűkíti az egészségügyi törvény betegjogi fejezetére, az azon túli szabályokat ne ismerik és összefüggéseiben sem látják, és az egyes jogok értelmezése nem lép túl a törvényi szakasz „paragrafus jel nélküli” megisméltésén. E területen szinte egyetlen kivétel a pszichiátria, ahol a pszichiátriai betegek pszichiátriai osztályon történő ellátásával kapcsolatban rendszeres értelmező, továbbképző munka is zajlik.

A hazai szemléletből hiányzik annak hangsúlyozása, hogy a betegjogok nem általánosan érvényesülnek, hanem mindig az adott betegség, adott szolgáltatás, adott szakterület jellegzetességei adják meg valódi arculatukat. A betegjogi tájékoztatók és ismeretterjesztő munkák általában mutatják be a törvényben megjelenő jogokat. Nem kap kellő figyelmet, hogy egyes szakterületek és egyes betegcsoportok sajátos igényei a joggyakorlásra is hatással vannak. A sürgősségi helyzet, a krónikus betegek rendszeres gondozása során „átalakuló” betegjogok, a fogyatékkal élők speciális igényei, a speciális vallási előírások vagy kulturális tradíciók mind meghatározóak a betegjogok érvényesítésében, amelyhez orvosok és betegek sem kapnak kellő segítséget.

Az ellátásban az ismeretek másodlagos forrásokon keresztül terjednek, illetve az osztályos gyakorlat megváltoztatása a betegekkel való bánás során csak a szakmai vezető jóváhagyásával lehetséges.¹² Tapasztalatom szerint az egészségügyben dolgozók töredéke olvassa csak el a jogszabályokat. Mivel az orvosi munkában a jogszabályok nyomon követése nem történik meg, így egy-egy új szabály lassan épül be a napi gyakorlatba.¹³ A szakmai folyóiratokban is viszonylag csekély teret kap az orvos-beteg kapcsolatot jogi tartalmának elemzése, a bírói és hatósági gyakorlat precedensként történő feldolgozása sem jellemző, ez is szóbeszéd útján történik.¹⁴ A betegjogokkal foglalkozó jogi munkák jelentős része az egészségügyi törvény bemutatására és a szöveg elsődleges nyelvi értelmezésére szorítkozik.¹⁵

- 12 Az ezredforduló időszakában volt olyan gyermekgyógyász főorvos, aki azzal utasította el az újszülöttek anyával együttes elhelyezését, hogy „Csak nem képzelik, hogy átjárak a másik emeletre, egy másik osztályra vitzitelni!” Valóban nem tette, továbbra is a frissen szült vagy császármetszés után lévő anyáknak kellett átjárni, hogy a hatalmi viszonyok érintetlenek maradjanak.
- 13 Kivételnek tekinthető a finanszírozási szabályváltozás, amelyet az intézmények azonnal minden érintett orvos számára utasításokkal kiegészítve továbbbíttanak. Az egyéb szabályok hagyományként, szokásjogként hatják át az egészségügyi napi gyakorlatát. A jogszabályváltozások száma, tempója egyébként lehetetlenné teszi, hogy nem jogi területen dolgozók napi szinten kövessék ezeket, az ágazat vezetése pedig semmilyen formában nem segíti az ismeretek megszerzését.
- 14 A szisztematikus feldolgozás akadálya, hogy ezen ügyek nyilvánossága, kutathatósága alig megoldott. Az orvosi működéssel kapcsolatos kártérítési perekről célirányos „műhiba” statisztika nincsen, a Legfelsőbb Bíróság 2009-es összegző tanulmánya nem nyilvános, az ügyek töredéke található meg az internetes vagy más módon nyilvános bírósági határozatok között. Az Egészségbiztosítási Felügyelet határozatai a szervezet működése során nyilvánosak voltak, de a 2010-es megszüntetést követően a honlap és teljes tartalma megszüntetésre, törlésre került, sem a konkrét ellátási ügyekben hozott határozatok, sem az egészségügyi szolgáltatók által megadott adatok alapján készült panaszügyekkel kapcsolatos nyilvántartás nem hozzáférhető. A betegpanaszok és a bonyolult kivizsgálási rendszer olyan összesítő nyilvántartásba vagy statisztikai rendszerbe nem kerül bele, amely alapján pontos képet lehetne e területről adni.
- 15 Az egészségügyi törvény megjelenése előtt áttekintő elméleti munkák is születtek, de ezek a kevésbé szabályozott környezetben, kevésbé elismert betegautómia mellett születtek, amikor a nemzetközi szabályozás és elvá-

A permanens egészségügyi reformok és azok elhalása felvet egy másik, az országgyűlési biztosi gyakorlatban is többször vizsgált problémát. Szűkítő értelemben a betegjogokat csak az egészségügyi szolgáltató és a beteg konkrét, eseti kapcsolatában értelmezik. Így azonban alapvető alkotmányos jogok betegjogi vetületei maradnak értékelés nélkül, pl. a hozzáférési jogok. A betegjogok vizsgálata a nélkül, hogy ellátáshoz való hozzáférés körülményeit is vizsgálnánk nem lehetséges, hiszen az orvos és szolgáltató választás csak ennek talaján lehetséges, a beteg ellátásának megtagadása is csak akkor értelmezhető, ha az ellátáshoz történő jogszerű hozzáférést ez nem veszélyezteti.

Az ellátórendszer megszervezésének, szabályozásának is vannak közvetlen, gyakorlati hatásai, amelyek alapjog védelmi szempontból azért is hangsúlyosak, mert a jelenlegi jogi környezetben a beutalási rend esetleges alkotmányosértő jellege az egyes beteg szintjén nehezen bizonyítható sérelem, de az alapjogi biztos a szabályrendszer alkotmányosságának vizsgálata érdekében is jogosult eljárni.

Elméleti szempontból kevésbé kidolgozott, hogy a hazai jogszabályi keretek milyen korlátozást engednek meg – elsősorban a költséghatékony közpénzkezelésre tekintettel – a szabad intézményválasztásban, szabad orvosválasztásban, az előjegyzési időtartam alakításában, a beteg egyes konkrét ellátási formáival kapcsolatban, illetve milyen formában és tartalommal lehet a beteget együttműködésre vagy egészséges életmódra „kényszeríteni”. Az indokolt és szükséges ellátás megvonása, mint szankciós lehetőség, a többletdíj büntető jellege, orvosszakmailag kevésbé hatékony ellátás nyújtása, konfliktusos és a bizalmat nélkülöző orvos-beteg viszony megváltoztatásának tiltása bizonyos mértékig lehet a közfinanszírozott ellátás racionális betegjogi korlátozása, de

rások is messze kevesebb problémára adtak választ, mint most. Ilyen munkák voltak pl. Dr. Törő Károly: *Az orvosi jogviszony*. Budapest: Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, 1986; Sándor Judit: *Gyógyítás és ítélkezés*. Budapest: Medicina, 1997.

meghatározott határig lehet indokolt. Ezen túl akár az egészséghez és az ellátáshoz való jog is sérülhet. Álláspontom szerint az utóbbit meríti ki, a véralkohol vizsgálatot a biztosító az egészségügyi intézménynek nem finanszírozza, így a legális keretek között, mérsékelt mennyiségű alkoholt fogyasztó személy, amennyiben baleset véten áldoztatásává, úgy kerülhet műtőasztalra, hogy altatásának és ellátásnak ezt a lényeges körülményét nem volt mód tisztázni. A beutalási rend szükséges szabályozó rendszer az erőforrások arányos felosztása érdekében, de ha a beteg kizárólag egyetlen intézményt vehet igénybe, akkor ez – az irracionálitáson túl – aránytalan és az ellátást indokolatlanul korlátozó szabállyá válhat. A magyar ellátás nemzetközi összehasonlításban is rövid várakozási idővel történik. Számos vizsgálat és ellátás tekintetében azonban olyan hosszúságú előjegyzés alakult ki, amely már a megfelelő ellátást veszélyezteti, és amelyet nem lehet a beteg egyéni jogséremlékeként orvosolni, nem lehet azonnali intézkedéssel korigálni, csak tervezett, sokszor több éves előkészítést követő, tulajdonosi és finanszírozói beavatkozással (pl. amilyen az ezredfordulós sugárterápiás fejlesztés volt, amely 40%-kal növelte az ellátási kapacitást).

A társadalombiztosítás alkotmányos alapjainak megszüntetése és az ellátások jelentős részének nem biztosítási alapú megszüntetése a betegjogok területén a hozzáférés és az elvárható szolgáltatás tekintetében rejti magában a közeljövőben a jogosultságok csökkenését és gyengülését. A közterhek nem járulékjellegű érvényesítése, hanem adóbevételként kezelése megszünteti a célhoz kötött felhasználás korábbi kötelezettségét, ezzel megszünteti a befizetés és az ezzel megalapozott szolgáltatási váromány kapcsolatát.

A rendszerváltozást követően hazánkban nem épült ki valódi társadalombiztosítási egészségügyi ellátási rendszer, helyette döntően a korábbi állami rendszer jellemzői érvényesültek. Az azonban alapvető változás, hogy a természetbeni egészségügyi ellátás fedezeteként fizették a biztosítottak a járulékot, amellyel nem az állam karitatív juttatásaként, mintegy természetbeni segélyként

kaptak ellátást, hanem garantált szolgáltatási csomagra váltak jogosulttá. A jelenlegi folyamat, amely az egészségügyi ellátórendszer totális (szervezési, tulajdoni és gazdálkodási) államosítása és államosítása, az ellátás minőségét ellenőrző, a konkrét panaszok kivizsgálásának lehetőségét szűkítő intézkedésekkel járt együtt. A két folyamat együttesen veszélyt jelent a betegjogok érvényesülésére mind az általános hozzáférési jogok, mind pedig a konkrét orvos-beteg kapcsolatra és gyógyító ellátások során.

Az egészségügyi ellátás minőségének felügyelete és a panaszolt ellátások kivizsgálása már-már túlburjánzó, helyenként párhuzamos eljárások során volt lehetséges a közelmúltig. Politikai szándék szintjén megfogalmazódott, hogy ezt a betegjogi jogérvényesítést, az orvosok és intézmények számonkérését a kormányzat meg kívánja szüntetni. Az Egészségbiztosítási Felügyelet megszüntetése, a betegjogi képviselő mozgóterének szűkítése, az ÁNTSZ intézményellenőrzési és felügyeleti jogának meggyengítése a szakfelügyelet átszervezésével lényegében két útra terelte a betegek panaszlehetőségeit: vagy az ombudsmanhoz fordulnak, vagy bírósághoz. Megítélésem szerint ez rossz irányú változás. A korrekciós, egyeztetésen, tanulságokon alapuló, a feleket az együttműködésre serkentő, relatíve olcsó – de szakmailag szakszerű – megoldások helyett csak a szembenállásra, büntetésre épülő, az ágazat szakmai ismereteivel kevésbé rendelkező és relatíve költséges eljárás áll rendelkezésre. Ez mindazokat a konfliktuskezelési megoldásokat lehetetleníti el, amelyekre azért van szükség, mert az adott betegnek később is szüksége lesz ellátásra, és az orvos-beteg kapcsolatban kölcsönös bizalmi alapon kellene eljárni. Az ombudsman – legtisztább szándéka mellett is – kisebb hatékonysággal tud eljárni, mint a szolgáltatás közeli jogérvényesítő intézmények.

További gyengülést jelenthet a participációs jogok gyengülése. Ennek eddigi fóruma a Nemzeti Egészségügyi Tanács volt, amelyben a betegszervezetek is részt vettek, és az egészségpolitika, a betegjogi politika formálásában a szolgáltatók képviselőivel és a kormányzattal tripartit tárgyalási lehetőségük volt. Ennek megszünt-

tesét követően egy csak a betegszervezetek részvételével működő (érdemi egyeztetésre nem alkalmas) Nemzeti Betegforum létrehozásának terve fogalmazódott meg, de ez idáig ez sem jött létre.

Az Országos Betegjogi, Ellátottjogi, Gyermekjogi és Dokumentációs Központ (OBDK) formális megalakulása¹⁶ 2012. szeptember 1-jével nem oldja meg a betegjogok érvényesítésének beszűkülésével kapcsolatos problémákat, hiszen valós ellenőrzési jogai és kötelezettségei nincsenek, egyedi ügyekben is csak szűk körben járhat el, a szabályozás pedig az egyéni panaszok kivizsgálására vonatkozó kötelező eljárást nem ír elő. Az intézmény betegjogi szempontú előnye, hogy befogadója a betegjogi képviselőnek, amely tartalmi és szervezeti szempontból is talajt veszített a korábbi közalapítvány megszüntetésével. Ugyanakkor aggályos, hogy a betegjogi képviselő központi hivatal, azaz a végrehajtó hatalom (ágazati minisztérium) közvetlen és direkt irányítási rendszerébe tartozik, ugyanazon irányítási mechanizmusba, amely tulajdonosa és közvetlen irányítója, valamint szabályozója az ellenőrzendő egészségügyi szolgáltatóknak. Független betegjogvédelmi rendszerről tehát nem beszélhetünk, a betegjogok érvényesítésével kapcsolatos hatósági jogkörök hiánya mellett az OBDK ténylegesen legfőbb jószolgálati szerepet tölthet be, de az is hasznos lenne, ha a korábbiakban hiányolt képzési, továbbképzési programokat indítana és a betegjogi kultúra ágazati fejlesztését magára vállalná.

Az eddigiekben kifejtetteken túl a betegjogok érvényesülésében az ellátással kapcsolatos új szakmai jelenségek értékelése is elmaradhatatlan. Már utaltam arra, hogy a korábbi orvos-beteg kapcsolat, amely az egy orvos – egy beteg kapcsolatra épült, alapvetően átalakult. Orvosteamek és a hozzájuk kapcsolódó ápolási, szerve-

16 214/2012. (VII.30) Korm. rendelet az Országos Betegjogi, Ellátottjogi, Gyermekjogi és Dokumentációs Központtól.

zési, finanszírozási szervezetek felelnek a beteg megfelelő ellátásáért, de a beteg is hozzátartozói vagy érdekeltek csoportjával válik az ellátási folyamat alanyává. Kérdések sora merül fel ilyenkor: ki kit tájékoztat, melyik orvos felelőssége, hogy a résztvevőkenységekről felvilágosítást adjon, azt adminisztrálja, az egy sorban álló hozzátartozók vagy törvényes képviselők nem egyező nyilatkozatai közül melyiket kell irányadónak tekinteni, stb. Az esetek zömében jogászi értelmezéssel megválaszolhatók a kérdések, de jogban járatlan orvosnak az adott helyzetben azonnal kellene jó megoldást találnia. Eredendően a betegjogi képviselő számára az orvosok ilyen területen való képzése és segítése is feladata lett volna, de mind létszámában elégtelen erre a szervezet, mind pedig a szolgáltatókkal való kapcsolatában gyenge ez a szerep.

Az asszisztált humán reprodukció szükségképpen többszereplős betegfogalmat feltételez, mint ahogy az élődonoros transzplantáció, a járványügyi érdekből egymásra tekintettel zárlat alá helyezett csoportja, a párterápiák résztvevői is ugyanannak az ellátási folyamatnak és esetnek a résztvevői akkor is, ha nem egyforma beavatkozást végeznek rajtuk. Az esetleges öröklött betegséggel érintettek, a veszélyeztetett családtagok ugyancsak betegcsoportot jelentenek.

Az önrendelkezés területén csak a szubszidiaritás elvén, más területeken azonban saját jogukon a betegjogi kapcsolatok aktív résztvevői a beteg hozzátartozói is, bár nem minősülnek betegnek a törvényi definíció szerint. Tájékoztatáshoz való joguk, a kapcsolattartás joga, a szülésnél történő jelenlét joga önmagában csökkenti a beteg kiszolgáltatottságát, hiszen civil kontrollt jelentenek a szolgáltató működése felett.

Orvosi oldalon a diagnosztikus szakmák, a konziliárusok, a rehabilitációs szakemberek és – otthonába bocsátásakor – a beteg háziórvosa, mint „csapat” állnak kapcsolatban a beteggel.

A „beteg mint csoport”, az egy beteg esetében felismert betegséggel érintettek köre adatvédelmi szempontból is kinyitja a titoktartás és kapcsolódó betegjogok problematikáját, az orvoscsoport

esetében pedig a beteg jogait és biztonságát éppen az adatok nem továbbítása veszélyeztetheti. A személyes adatok védelméről rendelkező törvényünk¹⁷ definiálta az egészségi állapottal kapcsolatos adatokat különleges adatként, s ez írta elő az ágazati szabályozás kialakítását, amellyel új alapokra került az orvosi titoktartás elvárásrendszere. Az adatvédelem területén részletesen kiépített jogvédelmi jellegű garanciák érvényesülnek, amelyekhez képest azonban a humángenetikai törvény¹⁸ eltérő adatvédelmi szabályokat épít ki. Utóbbi gondos előkészítő munka után született meg, de jogpropaganda hiányában se az egészségügyi ágazatot, se a lakosságot „nem érintette meg”, a féltékeny partnerek aggály nélkül, az érintett beleegyezése nélkül küldhetik közvetítő cégeken keresztül külföldi laborokba genetikai vizsgálatra hűtlennek¹⁹ vélt társaik mintáit, vagy az ellenőrizetlenül nyert, ismeretlen eredetű mintákat,²⁰ esetleg az érintett alsóneműjét.

Az ágazaton belülről tekintve, ezek sokszor túlzóak, a beteg érdekeivel ellentétesek. A kilencjegyű taj szám egyidejűleg minősül egészségügyi és személyes adatnak, ugyanakkor az Országos Egészségbiztosítási Pénztár a taj szám mellett egyéb adatok sokaságát várja el a személyazonosításhoz az ellátóktól, és az ellátások kifizetését megtagadja, ha a beteg lakcímében a házzám elütésre kerül, bár minden más adat (köztük a taj) helyesen került jelentésre. A beteg dokumentációja – különösen bárki által olvashatóan – nem lehet a kórteremben, azonban egy hirtelen rosszulleté alkalmával így nincs esély pl. az allergia, gyógyszerérzékenység ellenőrzésére, azaz a beteg ellátása több perces idővesztéssel történik, amíg

17 1992. évi LXIII. törvény a személyes adatok védelméről és a közérdekű adatok nyilvánosságáról.

18 2008. évi XXI. törvény a humángenetikai adatok védelméről, a humángenetikai vizsgálatok és kutatások, valamint a biobankok működésének szabályairól.

19 Lásd az általános szerződésben a kizárólag az 1992-es általános adatvédelmi törvényre hivatkozó GENETECH „hűtlenségi teszt”-jét. <http://www.genetech.hu>

20 Ilyen tartalmú hirdetésként lásd DDC, <http://www.dnszokpont.hu/>

a dokumentációt a védett tárolási helyről elhozzák. A kórház dolgozói és a többi beteg számára a beteg személyének ismerete is jogsérelmet jelentene, ezért korlátozott a hatékony betegazonosító rendszerek alkalmazása, ami adatvédelmi szempontból aggálytalan, de megbiztonságot, azaz egyéb betegjogokat jelentősen veszélyeztet.

Gyakorlati tapasztalatom, hogy az egészségügyi adatvédelem jelenleg az ágazaton belüli, kívánatos adatáramlás és csere akadályát is jelenti, míg az ágazaton kívül az egyébként védett adatok szinte szabadon áramolnak. Nincs kidolgozva a betegek felelőssége az általuk tárolt vagy kezelt adatok tekintetében, különösen pedig a nem papír alapú dokumentációt illetően.

A kifejtett adatvédelmi problémákat is érinti általánosságban, hogy a versengő, egyidejűleg konfliktusba kerülő betegjogok esetében milyen elvek érvényesülhetnek, mely betegjogok, milyen mértékben korlátozhatóak. (Pszichiátriai betegeknél a lekötés, mint az emberi méltóság sérelmének lehetősége részletes szabályozást kapott, mivel a pszichiátriai betegek emberi méltósága reflektorfényben álló betegjogi ügy. Mit értünk elégséges tájékoztatáson és a beleegyezés megszerzésén, amikor relatíve sürgős, de nem életveszélyes állapot miatti ellátást igénylő beteg tájékoztatása és az írásos beleegyezés megszerzése akkor, amikor az idővesztéség a sikeres ellátást veszélyeztető állapotot eredményezhet). Érdemi jogalkalmazási elvárást e tekintetben a bírói gyakorlat sem ad, legföljebb a sikeres ellátással „igazolja” az orvos eljárását, illetve önmagában ilyen betegjogi sérelemért nem állapít meg kártérítési felelősséget.

Az orvos kollégák minden betegjogi képzés vagy munka megjelenésekor azonnal felvetik, hogy az ő jogaikkal mi lesz. A bérezéssel, az ágazat elégtelen fejlesztésével, a rossz munkakörülményekkel, az elégtelen kutatási lehetőségekkel kapcsolatos elégedetlenség akként jelenik meg a gyakorlatban, hogy – erre tekintettel – számonkérés, ellenőrzés ne történjen, kötelezettségeik minimális

körben kerüljenek meghatározásra, ezen belül a beteg se érvényesíthessen elvárás. Ez esetben az orvos-beteg kapcsolat jellemzőit keverik az orvosi munka foglalkozási és foglalkoztatási szabályaival, a munkavállalói jogokkal.

Nem jellemző, hogy az orvosok fordulnának panasszal az ombudsmanhoz, egyedül az orvosok munkaideje, túlmunkája és ennek díjazása jelentett olyan problémát, amely betegjogi vetülete miatt e helyen is említésre méltó. Itt ugyanis a megfelelő pihenőidő biztosítása nemcsak, mint az orvos munkavállalói joga, hanem mint „a beteg pihent orvoshoz való joga” jelent meg.²¹ Ez esetben is a jogok ütközésével találkozunk. Mivel nincs elegendő számú orvos, különösen minden szakterületen rendelkezésre álló szakorvos az ország minden egészségügyi szolgáltatójánál, ezért vagy centralizált, a beteg otthonától távolabbi ellátást lehet biztosítani a megfelelő színvonalon, vagy pedig „valamilyen” ellátás, bizonytalan színvonalú és szakszerűségű ellátás nyújtható a túlmunka miatti fáradtságtól rosszabb teljesítményű, de a beteg számára könnyen elérhető orvosnál.

Orvosszakértői tapasztalatom, hogy az egészségügyi ellátással kapcsolatos panaszügyek, az ún. műhiba miatti kártérítési igények mindegyike igyekszik mintegy „oldalvágásként” betegjogi panaszt is megfogalmazni. Lehetséges, hogy ennek egyik oka az, hogy ezen alapjogias és személyiségi jogokat érintő kérdésekben az ügyvédek otthonosabban mozognak, mint az orvosszakmai kérdésekben, ezért hozzáértőként jelennek az ügy ezen vonatkozásaiban. Másrésztől ez jelenti a menekülési útvonalat az esetben, ha a szakmai hiba felrhatóan nem állapítható meg. A teljes körű, a betegre egyéniesített, adekvát tájékoztatás követelménye kellően tág ahhoz, hogy valamilyen hibát mindig lehessen benne találni. Sokszor a betegjogi kifogás csak a peres eljárás során merül föl, az ellátás során a beteg és hozzátartozója nem tett lépéseket azért,

21 Dr. Lenkovics Barnabás megfogalmazása az állampolgári jogok országgyűlési biztosaként.

hogy jogaival éljen vagy azt érvényesítse. Szakértői szempontból felmerül, hogy vagy nem volt tisztában jogaival az ellátás idején, vagy pedig utólagosan részben rosszhiszeműen történik a panasz megfogalmazása. Sajnos legalább ilyen arányban találkozom az az orvosi szemlélettel, amely megsértődik a beteg kérdésein, „kötözködésén”, mert a betegjogok érvényesítését a feltétlenül megkívánt bizalom hiányának tekinti.

A fenti példák is mutatják, hogy az eddigi igen erőteljes ombudsmani aktivitás mellett is számos átfogó betegjogi probléma érdemes a részletes elemzésre és átfogó vizsgálatra, s az egészségügy technológiai és tudományos fejlődése is kitermeli az új betegjogi és orvosjogi konfliktusokat. Az eddig elvégzett munka alapján az alapjogi biztos továbbra is pillére lehet nemcsak a konkrét ügyek vizsgálatának, hanem az ezen alapuló jogfejlesztő tevékenységnek is.

Kapcsolódó tanulmányok

Az orvosi tevékenységgel okozott károk miatt beálló polgári jogi kártérítési felelősség alkotmányos alapja és társadalmi funkciója, különös tekintettel az „elvárható gondosság” problémájára

Felelősség, erkölcsi felelősség és polgári jogi felelősség

A felelősség fogalma egy másik fogalommal áll szoros kapcsolatban, ez pedig a kötelezettség vagy kötelesség, ami egy normán alapul. Ez a norma lehet például jogi, erkölcsi vagy vallási szabály. A felelősséggel akkor találkozunk, ha valaki megszegi ezt a normát, elmulasztja ebből fakadó kötelességét. Ilyenkor az ehhez kapcsolt hátrányos következményekkel kerül szembe a szabályszegő. Röviden tehát: akkor keletkezik felelősség, ha valamely kötelesség elmulasztása, megszegése miatti következményeket kell rendezni.²

A felelősség intézménye általános, minden társadalomban ismert és használt kategória, mely a társadalmi élet legkülönbözőbb vonatkozásait érinti. A felelősség tulajdonképpen a társadalom védekezése a társadalmi érdekekkel ellentétes helyzetekkel, magatartásokkal szemben, és ennek keretében a társadalom ezekről olyan, rendszerint negatív értékelést fogalmaz meg, amely céljában és eredményében vagy a társadalomellenes magatartás megelőzését vagy a megsértett társadalmi érdekek jóvátételét célozza.³ Természetesen különbséget kell tenni az eltérő felelősségfajták között,

1 Dr. Juhász Zoltán PhD, jogi főreferens (AJBH), megbízott oktató (ELTE ÁJK).

2 Marton Géza: *A polgári jogi felelősség*. Budapest: TRIORG, 1992, 14. o.

3 Gellért György (szerk.): *A Polgári Törvénykönyv magyarázata*. Budapest: KJK, 2002, 1103. o.

így például az erkölcsi és a jogi felelősség elhatárolásának kérdése kiemelkedően lényeges.⁴ A kezdetben diffúz módon együtt jelentkező normák és hozzájuk fűződő felelősségi rendszerek fokozatosan differenciálódtak az idők során, és ennek a folyamatnak az eredményeképpen alakult ki a jogi felelősség, azon belül a polgári jogi kártérítési felelősség.

Eörsi Gyula nézeteire utalhatok itt, amely tulajdonképpen uralodónak mondható napjainkban is.⁵ Az ő négy lépcsőből álló áttekintő fejlődési sémája szerint a differenciálatlan társadalmi felelősségi rendből kifejlődik a jogi jellegű egyéni felelősség, ami azonban jogágilag differenciálatlan még és nem ismeri a vétkesség elvét, a bosszúállás uralja, és az adott viszonyok keretei között korlátlan, azaz a tethöz és következményeihez hozzá nem mért felelősség. Ez a korlátlanság viszonylag hamar megszűnik, és lassan tért nyer benne a vétkességi gondolat. A második lépcsőben elválik egymástól a büntetőjogi és a polgári jogi felelősség, a harmadikban pedig kialakul az általános civiljogi delictum és bekövetkezik „a vétkesség majdnem egyeduralmának rövid epizódja”.⁶ Végül a negyedik stációban, az objektív felelősség általánossá tételére irányuló program intermezzója után a társadalmi kárelosztás gondolata kerül előtérbe. A végső dilemma ebben a szakaszban Eörsi alapján az, hogy kire hárítsa a jog a kárt, illetve hogyan ossza el a jog a kárt a társadalomban?⁷ Eörsi Gyula erre a negyedik szakaszra koncentrálna klasszikus összehasonlító polgári jogi alpművében, és széles körű nemzetközi áttekintés alapján tárgyalja ezt a fordulópontot, amit tulajdonképpen saját korával azonosít.

A polgári jog a bekövetkező kár kiegyenlítését vagyoni alapon tudja megragadni. Történelmi szempontból megközelítve Eörsi

4 Gellért: uo.

5 Eörsi Gyula: *Összehasonlító polgári jog. Jogtípusok, jogcsoportok, a jogfejlődés útjai*. Budapest: Akadémiai Kiadó, 1975, 318–339. o. (Marton Géza ettől eltérő, alapvetően objektív alapú fejlődésként írja le a polgári jogi kártérítési felelősség kialakulását és történelmi változásait. Lásd Marton: i. m.)

6 Eörsi: i. m. 318. o.

7 Eörsi: i. m. 331. o.

nyomán a kérdést, a szankciók, azaz a büntetés (elrettetés) és az okozott hátrány kiegyenlítése (kárpótlás) gondolata összefonódva, egyszerre jelenik meg már az archaikus korban, majd hosszú időn át együttesen és egyszerre, differenciálatlanul van jelen a büntetőjogi és a polgári jogi felelősség. Jól jellemzik ezt a helyzetet az adott károkozó tényállásra nézve megfogalmazott szabályok, amelyeknek egyszerre van kompenzációs és büntető célja. Csak a középkorban kezdett lassan kialakulni a polgári jogi és büntetőjogi felelősség szétválása, amennyiben a magánelcímek represszív jellegű magánbüntetése helyébe fokozatosan az okozott kárnak megfelelő reparatív szankció, a kártérítés lépett. A jogtudomány az újkorban szakadt el a római jogi deliktuális szemlélettől, és önállósította a kártérítési kötelmet. Ezt már a minden jogellenes és vétkes károkozást magában foglaló általános „polgári jogi deliktum” keletkezett, és ez alapján a károkozó immár nem kárpótló büntetést, hanem a kárnak megfelelő összegű kártérítést köteles fizetni. Az így kialakult polgári jogi felelősség szabályai kerültek be a Code Civilbe és a később keletkezett polgári törvénykönyvekbe.⁸

A bekövetkezett kár a polgári jog sajátos rendszerében meghatározott fogalommal bír: vagyoni, anyagi szempontból megfogalmazott. Az ilyen módon megközelített és kifejezett hátrány kiegyenlítése tulajdonképpen a kártérítés.

A polgári jogi kártérítési felelősség funkciója és rendszere

Mi minősül a polgári jogi felelősség vezérlő elvének, milyen alapokon épül fel rendszere? Marton Géza szerint a prevenció elve, az érdekelv, valamint két „segédelv” mint a „túlnyomó érdek elve” és a kárfelosztás minősülnek a polgári jogi kártérítési felelősség alapelveinek.⁹ Az 1945 utáni jogi szakirodalom döntően a preven-

8 Földi András – Hamza Gábor: *A római jog története és institúciói*. Budapest: Nemzeti Tankönyvkiadó, 1996, 575. o.

9 Marton: i. m. 100–102. o.

ció elvének fontosságát hangsúlyozta, így például Eörsi Gyula tan-könyvében úgy vélte, hogy a polgári jogi kártérítési felelősségnek kettős rendeltetése van: megelőzés, prevenció; és másodsorban a jóvátétel, reparáció.¹⁰

A károsult szempontjából nyilván a kár megtérítése az elsődleges, míg társadalmi nézőpontból valóban a prevenció, illetve a kárelosztás gondolata tűnik kiemelkedően fontosnak. Valójában a bekövetkezett kár reparációja során mindhárom elv (vagy cél) szerepet játszik: a kár megtérítése szolgálja a károsult érdekét, de, hogy ezt milyen módon és mértékben teszi lehetővé a jog, azt befolyásolja a társadalmi érdek, a prevenció és a kárelosztás elve. Ugyanakkor az a tendencia, mely olyanokat is felelősséggel terhel, akiknek köznap értelemben nincs köze a kárhoz (például objektív felelősség esetén), a jogi és az erkölcsi felelősség elválását okozhatja ezen a területen is, ami a jog hatékonyságának csökkenéséhez vezethet.¹¹ Mindezeket a tényezőket szem előtt kell tartani a polgári jogi kártérítési felelősség szabályozása során, és a megfelelő jogalkalmazás érdekében is.

Más szempontból tekintve a kérdést, a kártelepítés kiindulópontját valójában a kárveszély viselésének alapvető szabálya adja meg, mely szerint a tulajdonosnak kell viselnie azt a kárt, amelynek megtérítésére mást nem lehet kötelezni (*casus nocet domino*). Akkor lehetséges kötelezni mást a bekövetkezett kár viselésére, ha azt a jogellenesen okozott károkért való felelősség vagy a jogszerűen okozott károk esetében előírt kártalanítás körében a jogi szabályozás előírja, „*azt más szerződés alapján átvállalta (biztosítás) vagy a megtérítésre a biztosításhoz hasonló alap terhére köteles*”.¹²

A polgári jogi felelősség jelenleg hatályos alapvető jogi szabályozását a Polgári Törvénykönyvről szóló 1959. évi IV. törvény (a

10 Eörsi Gyula: *Kötelmi jog. Általános rész.* Budapest: Tankönyvkiadó, 1970, 208. o.

11 Lásd részletesen H. L. A. Hart: „Felelősség”. In Krokovay Zsolt (szerk.): *Felelősség.* Budapest: L'Harmattan, 2006, 51–70. o.

12 Menyhárd Attila: *Dologi jog.* Budapest: Osiris Kiadó, 2007, 175. o.

továbbiakban: Ptk.) tartalmazza Magyarországon. A polgári jogi kártérítési felelősség fennállhat szerződéses jogviszony keretében okozott kárért (kontraktuális felelősség) és szerződésen kívül okozott kárért (deliktuális felelősség). A Ptk. egy utaló szabály segítségével – néhány eltéréssel – a deliktuális felelősségre vonatkozó szabályokat rendeli alkalmazni kontraktuális felelősség esetén is [lásd Ptk. 318. § (1) bekezdés].

A Ptk. III. Részének II. Címe három fejezetben a polgári jogi kártérítési felelősséget és egy fejezetben a jogalap nélküli gazdagságot szabályozza. Ennek értelmében áttekintve az egyes fejezeteket, a XXIX. fejezetnek kettős funkciója van: megadja a deliktuális és egyúttal a kontraktuális felelősség általános szabályait, valamint szabályozza a felelősség általánosnak tekinthető felróhatósági alakzatát (Ptk. 339. §). A XXX. fejezet szabályozza a deliktuális felelősség egyes kiemelt speciális alakzatait, például a veszélyes üzem működéséből eredő károkat. Azonban ez nem öleli fel a deliktuális felelősség teljes területét, és vannak ezeken kívül más speciális deliktuális felelősségi esetek, amelyeket külön jogszabályok tartalmaznak. A kialakult különböző jogági felelősségi típusokat felelősségi rendszereknek, míg az ezeken belül létező eltérő felelősségi eseteket felelősségi alakzatoknak nevezzük.¹³

A XXXI. fejezet a felelősségi szankciókra koncentrál, mely szabályok mind a deliktuális, mind a kontraktuális felelősségre kiterjednek.

Figyelemmel kell lenni arra is, hogy a szerződésszegés és a szerződésen kívüli károkozás általános tényállása a különös és az általános viszonyában vannak egymással, ezért szerződésszegési ügyekben a szerződésen kívüli felelősség általános szabályai mindaddig nem alkalmazhatóak, amíg a szerződésszegés körében – akár a szerződésszegés általános szabályai sorában, akár az egyes szerződésekre vonatkozó szabályozásban – van a tény-

¹³ Lásd részletesen Eörsi Gyula: *Elhatárolási problémák az anyagi felelősség körében*. Budapest: KJK, 1962.

állításra illő speciális szabály. A Ptk. 318. § tehát csak akkor kerülhet alkalmazásra, ha sem a szerződésszegés általános szabályai, sem az egyes szerződések szabályozása mást nem mond, és ez a szakasz csak a Ptk. XXIX. és XXXI. fejezetére utal, a XXX. fejezetre azonban nem.¹⁴

Ezt a rendszert egészítik ki – ahogy majd látható lesz – a speciális ágazati szabályok, amelyek sok esetben közjogi jellegűek. Ezekre a speciális rendelkezésekre is tekintettel kell lenni a jogalkalmazás során.

A személyiséget ért sérelem miatti anyagi kárpótlás a polgári jogban és annak alapjogi kapcsolódása

A casus nocet domino elve és az ezen alapuló kártelepítés (azaz annak meghatározása, hogy különböző tényállások megvalósulása esetén ki viselje a kárt) a dolgokban bekövetkezett károkra koncentrált, ettől eltérő azonban a helyzet, ha az emberi személyiséget éri „kár”, azaz valamilyen formában megnyilvánuló jogellenes hátrány, amelyet a polgári jog lényegénél fogva – ahogy erről már említést tettem – vagyoni, anyagi alapon tud megragadni. Bár az tény, hogy amennyiben nincs senki, akire a kártérítési kötelezettség teletéríthető, akkor azt ebben az esetben a károsult viseli.

Személyiségi jogot ért sérelem esetén felmerül: milyen jogellenes módon okozott hátrányok tartozhatnak ebbe a körbe, az emberi személyiséget ért hátrányért milyen „elégtételt” tud nyújtani a polgári jog, mi lehet a mérce, ha a polgári jog – természeténél fogva erre rendelve – anyagi kárpótlást nyújt főszabályként (bár természetesen a Ptk. 84. § (1) bekezdés a)–d) pontjai által biztosított további jogkövetkezmények is rendelkezésre állnak)? A személyiségi jogok sérelme esetén a hatályos Ptk. – az előforduló vagyoni károkon túl – lehetőséget ad az úgynevezett nem vagyoni károk,

¹⁴ Eörsi 1962, 33–47. o.

azaz önmagában az emberi személyiséget ért hátrányok, nem dologi, nem vagyoni negatív hatások (például: fájdalom, lelki sérülés, negatív társadalmi megítélés) miatti kárpótlásra is a Ptk. 355. § (1) bekezdése alapján. Ez a kárpótlás paradox módon a nem vagyoni jellegű hátrányokat, sérelmeket vagyoni alapon igyekszik reparálni. Ahogy a felvetett kérdések erre utalnak, éppen ez okozza az ezzel a jogintézménnyel összefüggő valamennyi nehézséget.

A nem vagyoni kártérítés intézményének történetét, valamint a személyiségi jogok elméletének részletes elemzését, amelyek önmagukban is önálló kötetek¹⁵ megírását igényelték és igényelik, mellőznöm kell, csak a legalapvetőbb alkotmányjogi alapvetésekre utalok, amelyek viszont fontosak abból a szempontból, hogy az orvosi tevékenységgel okozott személyiségi jogi jogsértések miatt beálló polgári jogi kártérítési felelősség alkotmányos alapjait megvilágítsák. Mindez hozzásegít annak jobb megértéséhez is, hogy a jogrendszerben és a vele szimbiózisban létező társadalmi rendszerben milyen szerepet tölt be a polgári jogi felelősség.

A magyar jogrendszerben alapvető kiinduló pont az Alkotmánybíróságnak az emberi élethez és méltósághoz való jogról kialakított álláspontja.

Az Alkotmánybíróság 8/1990. (IV. 23.) AB határozatában fejtette ki, hogy az emberi méltósághoz való jog lényegében azonos az általános személyiségi joggal („annak egyik megfogalmazása”). A határozat szerint: „...Az Alkotmánybíróság az emberi méltósághoz való jogot az ún. „általános személyiségi jog” egyik megfogalmazásának tekinti. A modern alkotmányok, illetve alkotmánybírósági gyakorlat az általános személyiségi jogot különféle aspektusaival nevezik meg: pl. a személyiség szabad kibontakoztatásához való jogként, az önrendelkezés szabadságához való jogként, általános cselekvési szabadságként, avagy a magánszférához való jogként. Az általános személyiségi jog „anyajog”, azaz olyan szubszidiárius

15 Lásd például Sólyom László: *A személyiségi jogok elmélete*. Budapest: KJK, 1983; Köles Tibor: *A nem vagyoni kár*. Budapest: HVG-Orac Lap- és Könyvkiadó, 1997.

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."

Az Alkotmánybíróság megközelítésében az általános személyiségi jog az egyén önmeghatározásának, jogilag releváns „aspektusainak” nevesítése, amelyek megkívánják az alkotmányjogi garanciák kiépítését az állammal szemben, és egyben az állam által biztosítottan. Az absztrakt általános személyiségi jog tartalma az Alkotmánybíróság határozataiban kap alkotmányjogi meghatározást. Ebben a vonatkozásban a testület gyakorlata úgy tekinthető, mint az általános személyiségi jog szubszidiárius jellegéből következő értelmező tevékenység. Az Alkotmánybíróság ezek szerint nem új alapjogokat határozott meg, amikor az absztrakt általános személyiségi jog elvéből konkrét jogosultságokat vezetett le, hanem kibontotta az emberi méltósághoz való jognak, mint az általános személyiségi jog egyik megfogalmazásának az adott tényállásra vonatkoztatható (nevesíthető) aspektusát (részaspektusát), másképpen szólva a szubszidiárius alapjog tartalmát bontotta ki olyan ügyekben, ahol a nevesített alapjogok egyike sem alkalmazható.¹⁶

Ez a folyamat más szempontból nézve több, mint kreatív alkotmányértelmezés, azonban következményeit tekintve pozitív megerősítése az emberi személyiség védelmének.

Az emberi méltósághoz való jog ugyanakkor a testület gyakorlatából kiűnően „kétarcú”, hiszen csak az élethez való joggal összekapcsolva korlátozhatatlan alapjog, a belőle kibontott konkrét alapjogok alkotmányosan korlátozhatók.¹⁷

Az Alkotmánybíróság a halálbüntetés alkotmányellenességét kimondó 23/1990. (X. 31.) AB határozata indokolásában kifejtette, hogy az emberi élet és az emberi méltóság elválaszthatatlan

16 Holló András – Balogh Zsolt: *Az értelmezett alkotmány*. Budapest: Magyar Hivatalos Közlönykiadó, 2005, 701–702. o.

17 Holló – Balogh: i. m. 703. o.

egységet alkot és minden mást megelőző legnagyobb érték. Az emberi élethez és méltósághoz való jog ugyancsak egységet alkotó olyan oszthatatlan és korlátozhatatlan alapjog, amely számos egyéb alapjognak forrása és feltétele. Az emberi élethez és méltósághoz mint abszolút értékhez való jog korlátot jelent az állam büntetőhatalmával szemben.

Figyelemre méltó Sólyom László e határozathoz fűzött párhuzamos véleménye, amely érvelésének kiindulópontjául visszautal a 18. századi természetjogra.¹⁸ Ezek szerint szokásos volt a természetes jogokat néhány ős- vagy alapjogra visszavezetni: *„Ilyen kiindulópont volt az élethez való jog. Ma hasonló alapnorma-szerepet játszik az emberi méltóság, alkotmányokban és nemzetközi egyezményekben egyaránt. E funkciójában a természetjogi 'természetes szabadság' örököse. Az emberi méltósághoz való jog a német, az amerikai és a magyar alkotmánybírósi gyakorlatban kifejezetten 'anyajog'; a bíróság a cselekvési szabadság és az önmeghatározás védelmére új és új szabadságjogokat vezet le belőle. Mindemellett az élethez való jog sem vesztette el kitüntetett szerepét. Vannak nézetek, amelyek továbbra is ezt tartják a többi jog alapjának. Elterjedtebb, hogy az élethez való jog a méltósághoz való jogot követi az alapjogok katalógusának élén, s előfordul, mint a magyar Alkotmányban, hogy ugyanabban a szakaszban szerepelnek. Ma az a szokásos, hogy az élethez való jogot egyrészt a testi épséghez és egészséghez való joggal kapcsolják össze, másrészt pedig a nemzetközi jog hatására a kínzás és a kegyetlen, illetve megalázó büntetések tilalmával. Úgy tűnik tehát, hogy fontosságát megtartva külön életet él a két jog. Közlebbi vizsgálat azonban kimutathatja lényegi összefüggésüket; azt, hogy csakis egységükben adhatják meg az ember jogi státusát, s lehetnek így valóban az alapjogok alapjai. Az élethez és méltósághoz való jog egysége különbözteti meg az embert egyrészt a többi*

18 Tanulságos lehet megismerni Helmut Coing mérsékelt természetjogi elméletét, amelyet a „modern társadalom” körülményei között is érvényesnek tekintett kidolgozója. Lásd Helmut Coing: *A jogfilozófia alapjai*. Budapest: Osiris Kiadó, 1996.

személytől, másrészt a többi élőlénytől. Az ember jogi státusa e két aspektusának külön-külön történelmi szerepe nem mond ellen annak, hogy a mai történelmi pillanat, s különösen az élet feletti idegen rendelkezés kiéleződött kérdése, az élethez és méltósághoz való jog egységes szemléletét követelik meg. Mindennek bizonyításához részletesen meg kell vizsgálni e két jog sajátosságait;...”

Sólyom László szerint az emberi méltósághoz való jognak két funkciója van. Egyrészt azt fejezi ki, hogy van egy abszolút határ, amelyen sem az állam, sem más emberek kényszerítő hatalma nem terjedhet túl, vagyis az autonómiának, az egyéni önrendelkezésnek egy mindenki más rendelkezése alól kivont magja, amelynél fogva – a klasszikus megfogalmazás szerint – az ember alany maradhat és nem válik eszközzé vagy tárggyá. Ezt fejezi ki az – az Alkotmánybíróság által is osztott felfogás –, hogy az emberi méltósághoz való jog „anyajog”, mindig újabb szabadságjogok forrása, amelyekkel az önrendelkezés szféráját folyamatosan biztosítjuk az (állami) szabályozással szemben. A méltósághoz való jognak ez a felfogása különbözteti meg az embert a jogi személyektől, amelyek teljesen szabályozás alá vonhatók, nincs „érinthetetlen” lényegük. (Ez az elvi különbség az ember és a jogi személy között, nem pedig az, hogy egyes jogok „jellegüknél fogva csak emberhez fűződhetnek”. Az utóbbiak mintájára ugyanis mindig képezhetők analóg jogok a jogi személyek számára.) Az emberi méltósághoz való jog ezt a funkcióját csak akkor tölti be, ha az egyes emberek élethez való jogával egységben értelmezzük; míg ha attól elvonatkoztatunk, az absztrakt méltóság megengedi a konkrét egyén tárgyként való kezelését. A méltósághoz való jog másik funkciója az egyenlőség biztosítása. A „minden ember egyenlő méltósága” történelmi vívmánya az egyenlő jogképességet jelentette; azaz a formálisan egyenlő esélyt. Az egyenlő méltósághoz való jognak az élethez való joggal való egységében kell azt biztosítania, hogy ne lehessen különbözően „értékes” pusztá életeket jogilag másként kezelni. Nincs az életre méltóbb és méltatlanabb. Az egyenlő méltóság miatt egyaránt érintetetlen a nyomorék és az erkölcsi szörnyeteg

bűnöző élete és méltósága is. Az emberi méltóságban mindenki osztozik, aki ember, függetlenül attól, hogy mennyit valósított meg az emberi lehetőségből és miért annyit. Az élethez és méltósághoz való jog egysége következtében nemcsak a halálban egyenlő mindenki: az életek egyenlőségét a méltóság garantálja.

Hangsúlyoznom kell, hogy ennek a felfogásnak a gyakorlati alkalmazása több nehézséget is jelent, és ez tetten érhető az Alkotmánybíróság későbbi határozataiban is (például az abortusz vagy az eutanázia kérdéskörében született határozatokban), míg figyelemmel kell lenni arra is, hogy az emberi élethez és méltósághoz való jog „csak” egységében tekintve nem korlátozható.

Az Alkotmánybíróság nem vagyoni kártérítéssel kapcsolatos 34/1992. (VI. 1.) AB határozatában is kitért az emberi méltósághoz való alapjog értelmezésére, ezek szerint:

„Az Alkotmánybíróság gyakorlata szerint az Alkotmány 70/A. § (1) bekezdésében megfogalmazott diszkrimináció tilalma arra vonatkozik, hogy a jognak mindenkit egyenlőként, azaz egyenlő méltóságú személyként kell kezelnie, vagyis az emberi méltóság alapjogán nem eshet csorba, azonos tisztelettel és körültekintéssel, az egyéni szempontok azonos mértékű figyelembevételével kell a jogosultságok és a kedvezmények elosztásának szempontjait meghatározni [9/1990. (V. 25.) AB határozat]. Más helyen az Alkotmánybíróság kifejtette, hogy az emberi méltósághoz való, az Alkotmány 54. § (1) bekezdésében deklarált jogot az Alkotmánybíróság az ún. 'általános személyiségi jog' egyik megfogalmazásának tekinti. Rámutatott arra, hogy az általános személyiségi jog 'anyajog', amely forrása az egyéb, nevesített és nem nevesített személyiségi jogoknak [8/1990. (IV. 23.) AB, 23/1990. (X. 31.) AB határozatok].

4.1. Az általános személyiségi jog alkotmányos összefüggésében a jognak (így a polgári jognak is) nemcsak az egyes (egyedi) személyeket kell egyenlő méltóságú személynek tekinteni és kezelni, hanem magának a személyiségnek a különböző szintjeit és tartalmi vonatkozásait tekintve sem lehet különbséget tenni.

A személy általános személyiségi joggal védett meghatározott

dimenzióit illetően sem nyugodhat tehát a jogok elosztása olyan szempontokon, amelyek a személyeket mint tulajdonosokat, mint vagyoni jogok alanyait, mint névvel, küllemmel, személyes adatokkal, nem nevesített személyiségi jogokkal stb. rendelkező személyeket nem egyenlőként kezelik. Az egyenlő méltóság alapjogán esik csorba, s ezért alkotmányellenes, ha a jog (itt a polgári jog) a személyiség valamely (jogi értelemben strukturált) rétegét, tartalmi vonatkozását kedvezményezi, fölébe helyezi egy másikkal, illetőleg, ha egyes személyhez fűződő jogok tekintetében tartalmilag ki-
rekesztő szabályozással él.

4.2. Az azonos személyi méltóság alkotmányos jogából az következne, hogy a polgári jog a személyek személyhez fűződő jogait a személyek tulajdonosi és egyéb vagyoni jogaival egy sorban (egyenlő súllyal) védje, mert a Ptk. 75. § (1) bekezdése mindenkit arra kötelez, hogy a személyhez fűződő jogokat tiszteletben tartsa, s kimondja, hogy e jogok a törvény védelme alatt állnak. A Ptk. 2. § (1) bekezdése pedig a generálklauzula szintjén határozza meg, hogy a törvény védi a személyek vagyoni és személyhez fűződő jogait, továbbá törvényes érdekeit.

A támadott törvényi szabályozásból azonban az egyenlő súlyú védelem nem következik. A tulajdonosi és egyéb vagyoni jogokat ugyanis a polgári jog azzal, hogy minden jogellenes károkozást szankcionál – azaz a károkozás általános tilalmát mondja ki – a teljes kártérítés elvével védi (és nem különböztet aszerint, hogy a kár jelentős, avagy bagatell összegű).

A nem vagyoni kártérítés intézményénél viszont a helyzet egészen más, ez a jogintézmény a kártérítési jogon belül nem értelmezhető. Itt ugyanis nincs vagyoni kár, és ezért nem lehet szó „teljes”, illetőleg „nem teljes” kártérítésről sem. A jogellenesség alapja ennél fogva itt nem is a károkozás, hanem a személyhez fűződő jogsértés. A nem vagyoni kártérítés követelhetőségét ugyanakkor a polgári jog a jogsértés következményei szerint differenciálja, azaz a személyek személyhez fűződő jogait csak a jogsértés hatása szerint részesíti vagyoni védelemben, s a nem vagyoni kártérítést a jogi szabályozásban

– a következményeket tekintve – a súlyosabb esetekre korlátozza. Ez a szabályozás az egyenlő méltóságra vonatkozó megkülönböztetés tilalmába ütközik, azaz személyek közötti egyéb helyzet szerinti diszkriminációt valósít meg azáltal, hogy az általános személyiségi joggal védett személyek között olyan ismérvek alapján differenciál, amelyek a személyiségi jogsértésnek nem szükségszerű feltételei.

A társadalmi életben való részvétel, vagy egyébként az élet tartós vagy súlyos megnehezülésének a nem vagyoni kártérítés alapjakénti feltétele önkényes határvonal. Mivel a nem vagyoni kártérítés a személyiség megsértését hivatott szankcionálni, azok az ismérvek, amelyek alkalmazhatóságát külső jelekhez kapcsolják, a személyiségvédelem alkalmatlan kritériumai és szükségtelen korlátai. Ezek a törvényi feltételek olyan látszólagos külső jelek, amelyek nem alkalmasak az intézményt objektívnak megtartani; ezek alapján tehát nem lehet a nem vagyoni sérelem fennállása vagy elutasítása között alkotmányosan különböztetni. Ha a polgári jog elismeri a nem vagyoni kártérítést a személyiségvédelem eszközeként – mivel annak alkalmazásához objektív kritériumokat nem lehet felállítani -, azt nem kötheti olyan külső feltételekhez, amelyek szükségtelenek és önkényesek. Nemcsak a kár nagysága, de maga a személyi kár bekövetkezése is becslésen alapul, amelynek objektív mércéje nincs, s amelyet éppen ezért a jogi szabályozásban alkotmányosan nem lehet a következményekhez igazítani. Ebben egyedül a bíróságok józanságának, személyes elkötelezettségének és mértéktartásának lehet meghatározó szerepe.

A jognak azonban egyenlően – és nem a jogsértés súlya szerint – kell minden személyiségi jogot védelmeznie, s ha a személyiséget a kártérítés szankciójával védi, akkor annak a következményekhez igazodó megszorításával a személyeket már nem egyenlő méltóságú személyként kezeli, következésképpen az ilyen önkényes határvonal az Alkotmány 54. § (1) bekezdésében deklarált 'általános személyiségi jog' alkotmányos értékét sérti. A jogkorlátozás egyben ellentetes az Alkotmánynak a jogok egyenlő elosztását rendelő 70/A. § (1) bekezdésében írt rendelkezésével és ezért is alkotmányellenes.”

Az alkotmányos alapjogok Alkotmánybíróság által kifejtett tartalmának megfelelően több jogág is védelemben részesíti az ember személyiségi jogát, amelynek integráns része a testi épséghez, egészséghez fűződő jog. Az Alkotmánybíróság előbb idézett határozatában arról ír, hogy jogösszehasonlító vizsgálatok igazolják a polgári jog, mint a polgárok autonómiájának elsődleges jogága szerepének növekedését, mely egyre inkább túlmegy a tiszta vagyoni viszonyok szabályozásán és a személyek személyhez fűződő jogait is – vagyoni jogaikkal egy sorban – védelem alá helyezi. A nem vagyoni kártérítés jogintézményében, amely a polgári jogi jogellenes cselekményekért való helytállás körébe tartozik, a felelősség a személyiségi jogok megsértésére reagál. Az autonómia biztosítását szolgáló személyiségi jogok viszont elválaszthatatlanok az alkotmányos szabadságjogoktól – hangsúlyozta a testület.

A határozat ugyanakkor azt is kiemeli, hogy a nem vagyoni kártérítés jogintézménye olyan belső ellentmondásoktól és feszültségektől terhes, hogy az alkotmányossági kérdések a polgári jogi felelősségi rendszerrel összefüggésben csak kevésbé vizsgálhatók. A nem vagyoni károk ugyanis vagyoni mércével megmérhetetlenek, így a polgári jogi védelem módja – a kártérítés – a sérelemhez képest valójában inadekvát. A nem vagyoni károknak pénzbeli egyenértékük voltaképpen nincs is, így azok szoros értelemben vett megtérítéséről nem is lehet szó. Ezekhez az ellentmondásokhoz járul az a körülmény, hogy az intézmény történetileg büntetőjogi gyökerű, ahogy erre írásom elején már utaltam. A pénzbeli kártérítésnek a nem vagyoni károknál az a funkciója, hogy az elszenvedett sérelem hozzávetőleges kiegyensúlyozásáról olyan vagyoni szolgáltatás nyújtásával gondoskodjon, amely az elszenvedett sérelemért körülbelül egyenértékű másnemű előnyt nyújt. Így a polgári jogi felelősség szempontjából a nem vagyoni kártérítés legfeljebb a vagyoni kár fikciós esete.

Az Alkotmánybíróság szerint így a nem vagyoni kártérítés jogintézményének meghatározásában – mindezekre a szempontokra figyelemmel – a jogalkotó nagyfokú szabadsággal rendelkezik. E sza-

badság alkotmányos határait csak az jelenti, hogy a felelősségi szabály nem vezethet személyek közötti megkülönböztetésre. Az ezen belül maradó célszerűségi-méltányossági, vagy szakmai-technikai megoldások nem vetnek fel alkotmányossági kérdéseket. Felelősségi szabályként nem alkotmányellenes tehát önmagában egy olyan konstrukció, amely – a jogintézmény szerkezeti ellentmondásaira is figyelemmel – a károsultnál jelentkező következményeket írja elő a nem vagyoni kártérítés feltételül.

A testület megállapítása szerint a nemzetközi jogösszehasonlítás is azt mutatja, hogy a modern jogokban a nem vagyoni kártérítés a személyiség növekvő jogi (polgári jogi) elismerésén nyugszik, s hogy a jogintézmény az általános személyiségvédelem eszköze. A személyiség ellen elkövetett sérelemokozások történetileg is a bíró szabad belátásán alapuló, becsült összegű „büntetést” vontak maguk után a modern jogokat megelőző abban a korban, amikor a büntetés és a kártérítés éles megkülönböztetése még hiányzott. A klasszikus liberális kor a polgári jogot tiszta vagyoni jognak fogta ugyan föl, de már a századforduló idején a polgári jogban az autonómia biztosítását egyre erőteljesebben látták el a személyiségjogok is. Az ezekkel általánosodott személyiségvédelem a személyiség sérelmére a polgári jogon belül az erkölcsi kártérítéssel reagált, s ma már az egész világon megfigyelhető, hogy a nem vagyoni kártérítés a személyiségvédelmet szolgálja.

A klasszikus orvosi tevékenységgel okozott károkért való polgári jogi kártérítési felelősség

Nizsalovszky Endre a második világháborút követően úttörőként foglalkozott az orvos és páciense közötti polgári jogi viszony sajátos jellemzőivel Magyarországon. Csoportosításában megkülönböztette az orvos és páciense klasszikus jogviszonyát (melynek alakulását azonban „rendhagyónak” tartotta, főleg az individualitás fokozatos háttérbe szorulása miatt), valamint a rendhagyó orvosi kapcsolatok eseteit (mint például: terhesség megszakítása, mes-

terséges megtermékenyítés, élők közötti szövet- és szervátengedések). Külön területnek tekintette az emberi holttesttel összefüggő jogviszonyokat, beleértve a holttestből történő szervátültetést.¹⁹

Ezt a csoportosítást követve jelen írásban az orvos és páciense közötti klasszikus polgári jogi jogviszonyt tartom szem előtt, ennek keretében vizsgálom a polgári jogi kártérítési felelősség néhány vonatkozó kulcskérdését.

Nizsalovszky is kiemeli, hogy az orvosi beavatkozás elvileg mindig érinti az ember életéhez, testi épségéhez való jogát, amely a személyhez fűződő jogok egyikeként a törvény polgári jogi védelme alatt áll (Ptk. 76. §). E védelem oly erőteljes, hogy a személyhez fűződő jogokat korlátozó szerződés vagy egyoldalú nyilatkozat semmis, hacsak nem olyan magatartásról van szó, amelyhez a jogosult hozzájárult, feltéve, hogy a hozzájárulás megadása társadalmi érdeket nem sért vagy veszélyeztet [Ptk. 75. § (3) bekezdés].²⁰ Tehát – Nizsalovszky Endrét idézve ismét – a semmisséget kimondó rendelkezés alól tett kivételként kell felfogni az orvosi tevékenységet körülhatároló szabályokat.²¹ Az orvosi hivatás betöltésére, az ember életének meghosszabbítására és sohasem a károsítására irányuló orvosi tevékenység nem minősül a személyi jogok sérelmének, de ez éppen a szoros értelemben vett hippokratészi eskü keretei közt áll.²²

A polgári jogi felelősség alapvető hatályos szabályait a Ptk. tartalmazza Magyarországon.²³ A Ptk. 339. §-ának (1) bekezdése szerint: „*Aki másnak jogellenesen kárt okoz, köteles azt megtéríteni.*

19 Nizsalovszky Endre: A biológia és az orvostudomány hatása a polgári jogra és a családi jogra. In Nizsalovszky Endre: *Tanulmányok a jogról*. Budapest: Akadémiai Kiadó, 1984, 261–278. o.

20 Nizsalovszky: i. m. 261. o.

21 Uo.

22 Uo.

23 A polgári jogi felelősség szabályainak minden részletre kiterjedő tárgyalására nincs lehetőségem itt. A polgári jogi felelősség kérdéseiről lásd például Eörsi Gyula: *A polgári jogi kártérítési felelősség kézikönyve*. Budapest: KJK, 1966; Gellért: i. m. 1103–1254. o. és Bárdos Péter: *Kárfelelősség a polgári törvénykönyv rendszerében*. Budapest: HvgOrac Lap- és Könyvkiadó, 2001.

Mentesül a felelősség alól, ha bizonyítja, hogy úgy járt el, ahogy az az adott helyzetben általában elvárható."²⁴ Ez az általános felelősségi alakzat, amelyet megfelelően alkalmazni kell az orvosi tevékenységgel összefüggésben okozott kár esetén.²⁵

Ez a szabály pedig a Ptk. 318. §-a értelmében – ahogy erre korábban utaltam – arra az esetre is irányadó, ha az orvosnak vagy a gyógyítási kötelezettséget az ő szolgálata útján teljesítő intézménynek a károkozásért szerződészegés címén való felelősségéről van szó.²⁶ Felmerül ugyanakkor éppen annak a kérdése, hogy az orvosi tevékenység során okozott károkat kontraktuális vagy deliktuális alapon kell-e megítélni, illetve, hogy amennyiben szerződéses jogviszonyról van szó, akkor minek minősül az adott jogviszony, eredmény vagy gondossági kötelemről van-e szó? Ami az első kérdést illeti, ez a magyar bírói gyakorlatban nem okozott problémát éppen a polgári jogi kártérítési felelősség ismertetett szabályozási rendszere miatt ugyanis ez a különbségtétel nem befolyásolja az eljárás végkimenetelét. Az utóbbi időben azonban a bíróságok szükségét érezték, hogy ebben a kérdésben állást foglaljanak, és egyértelműen kontraktuális viszonynak minősítik az orvos (egészségügyi szolgáltató)-beteg jogviszonyt, így kontraktuális felelősségnek az e jogviszonyban beálló polgári jogi kártérítési felelősséget.²⁷

E folyamat eredményeképpen az egészségügyről szóló 1997. évi

24 Ami az új Ptk. tervezetét illeti, az utolsó közzétett szöveg az általános felróhatósági szabályt lényegében változatlan formában tartalmazza, bár a felróhatóság fogalmát, mint a törvény egészén végighúzódo zsinórmértéket a Ptk. legelején, a bevezető rendelkezések között helyezték el a tervezetben, a 1.4. §-ban. <http://www.kormany.hu/download/0/d7/70000/%C3%9Aj%20Polg%C3%A1ri%20T%C3%B6rv%C3%A9ny%C3%B6nyv%20-%20a%20Kodifik%C3%A1ci%C3%B3s%20F%C5%91bizotts%C3%A1g%20Javaslat%20-%20k%C3%B6zz%C3%A9t%C3%A9telre.pdf> (2012. 07. 02.)

25 Az orvosi kártérítési felelősségről szóló alapvető szakirodalom Dósa Ágnes: *Az orvos kártérítési felelőssége*. Budapest: HvgOrac Lap- és Könyvkiadó, 2010; Sándor Judit: *Gyógyítás és ítékezés. Orvosi „műhiba-perek” Magyarországon*. Budapest: Medicina, 1997; Köles Tibor: *Orvosi műhibaperek*. Budapest: HvgOrac Lap- és Könyvkiadó, 1999.

26 Nizsalovszky: i. m. 262. o.

27 Dósa: i. m. 68–71. o.

CLIV. törvény (a továbbiakban: Eütv.) 2010. január 1. napjától hatályos 244. §-a rögzítette, hogy az egészségügyi szolgáltatásokkal összefüggésben keletkezett kárigények tekintetében a szerződésszegéssel okozott károkért való felelősség polgári jogi szabályait kell megfelelően alkalmazni. E rendelkezés szerencsétlen módon az Eütv. záró rendelkezései között került megfogalmazásra, de a kialakult bírói gyakorlatot foglalta törvénybe.²⁸

Ismételten meg kell jegyeznem, hogy az orvos (egészségügyi szolgáltató)-beteg közötti jogviszony ilyen tekintetben történő minősítése tulajdonképpen nem befolyásolja a kártérítési joggyakorlatot, mivel a Ptk. 318. §-ának utaló szabálya szerint ugyanazon szabályokat kell alkalmazni kontraktuális felelősség alapján beálló kártérítési felelősség esetében, mint deliktuális felelősség esetén.²⁹ Eörsi idézett gondolatmenetét követve azonban speciális, az adott szerződéstípusra vonatkozó szabályokra is tekintettel kell lenni, ez azonban a gyakorlatban, a jogviszony speciális jellege, a jogviszonyra vonatkozó közjogi szabályok, így a polgári jogi jogviszony „közjogiasodása” miatt a részletszabályok tekintetében nem okoz problémát.

28 Például: BDT 2009. 1945. (Szegedi Ítéltábla Pf. III. 20 329/2007.), BDT 2009. 1944. (Szegedi Ítéltábla: Pf. III. 20 308/2007, BDT 2008. 1755. (Csongrád Megyei Bíróság 2. Pf. 22 340/2007).

29 A Ptk. 318. §-a szerint: „(1) A szerződésszegésért való felelősségre, valamint a kártérítés mértékére a szerződésen kívül okozott károkért való felelősség szabályait kell alkalmazni azzal az eltéréssel, hogy a kártérítés mérséklésének – ha a jogszabály kivételt nem tesz – nincs helye.

(2) A szerződésszegésen alapuló igények érvényesítése kötelező, ha a szerződésben kikötött ellenszolgáltatás teljesítése egészben vagy részben az állami költségvetésből történik. A jogosult az igény érvényesítésétől – jogszabály eltérő rendelkezése hiányában – eltekinthet, ha a rendelkezésre álló adatok alapján meggyőződést szerzett arról, hogy a szerződésszegés olyan körülményekre vezethető vissza, amelyekért a kötelezett nem felel, vagy ha a szerződésszegés a nemzetgazdaság, továbbá a felek együttműködése szempontjából jelentéktelen.

(3) Ha a szerződésszegésen alapuló igények érvényesítése kötelező, és a jogosult e kötelezettségének indokolatlanul nem tesz eleget, a pénzkövetelésre (kártérítés, kötbér, árleszállítás) irányuló igényt a kifizetéseket a költségvetésből teljesítő pénzügyi szerv az állam javára érvényesítheti.”

Ennél fontosabb – a tanúsított magatartásnak a gondossági mérce szempontjából való megítélése miatt – az előzőekben feltett második kérdés, mely az eredménykötelem (vállalkozási szerződés) vagy gondossági kötelem (megbízási szerződés) közötti választásra vonatkozik a minősítésben. Nem mindegy ugyanis, hogy az orvos mit vállal, azt, hogy a legnagyobb gondossággal jár el, avagy azt, hogy egy bizonyos meghatározott eredményt hoz létre. Főszabályként gondossági kötelemnek (megbízási szerződésnek) minősítik az ilyen jogviszonyokat, az esetek kisebb részében eredménykötelemnek (vállalkozási szerződésnek) – például fogpótlás esetén, illetve vegyes, atipikus szerződésnek – például látásjavító műtét esetében.³⁰ A gondosság (az adott helyzetben általában elvárható magatartás) kérdésével még részletesen fogok foglalkozni.

Érinteni kell röviden a jogviszony alanyainak problémáját. Hosszú ideig ez nem volt problematikus a magyar joggyakorlatban, a Ptk. 348. §-a, az alkalmazottért való felelősség szabálya minden helyzetre megoldást adott. E szerint, ha alkalmazott a munkaviszonyával összefüggésben harmadik személynek kárt okoz, jogszabály eltérő rendelkezése hiányában a károsulttal szemben a munkáltató felelős. E szabályt kell alkalmazni akkor is, ha szövetkezet tagja okoz a tagsági viszonyával összefüggésben harmadik személynek kárt. Így egészségügyi szolgáltatás nyújtásával kapcsolatos jogviszonyban az egészségügyi szolgáltató felelősségét vizsgálta a bíróság. Az ellátórendszer átalakulásával változott a helyzet, sok szolgáltatást (tevékenységet) nem alkalmazottként nyújtanak (végeznek), hanem eltérő jogviszonyban, például megbízási szerződéssel, vállalkozóként vagy gazdasági társaság tagjaként. Ez bonyolultabb szerződéses kapcsolati hálót alakíthat ki, és a felelősség megállapítását is megnehezítheti elvileg. A gyakorlatban volt rá példa, hogy a tartós megbízási jogviszony keretében ellátott tevékenységet a Ptk. 352. § (2) bekezdése alapján a Ptk. 348. §-a szerint bírálta el a bíróság, azaz az alkalmazottért való felelősségre

vonatkozó szabály szerint. A jogszabályi rendelkezések is ebbe az irányba hatnak, az egészségügyi tevékenység végzésének egyes kérdéseiről szóló 2003. évi LXXXIV. törvény 19/A. §-a alapján a beteg, illetve hozzátartozója az egészségügyi szolgáltatás során vagy az azzal összefüggésben keletkezett kára megtérítésére vonatkozó igényét közvetlenül a közszolgáltatást nyújtó egészségügyi szolgáltatóval szemben érvényesítheti, függetlenül attól, hogy az egészségügyi közszolgáltató milyen jogviszonyban foglalkoztatta a kárt okozó egészségügyi dolgozót. Ez a károsult érdekeit előmozdító szabály, amely megkönnyíti a perelést is, hiszen az egészségügyi szolgáltatót lehet közvetlenül perelni, nem az igen sokfajta lehetséges jogviszony szerint tevékenységet végző egészségügyi dolgozót. Az egészségügyi szolgáltató e „belső” jogviszonyok szerint, azok keretei között azonban továbbháríthatja kárát.³¹ Elvileg a közfinanszírozott egészségügyi szolgáltató nagyobb helyállási képességgel is rendelkezik, bár a képet árnyalja a biztosítási jogviszonya. Magán egészségügyi szolgáltató esetén pedig egyértelműen a szolgáltató perelendő.

Ezek után érdemes szemügyre venni a polgári jogi kártérítési felelősségi tényállás megvalósulása során figyelembe veendő főbb elemeket, amelyek a következők:

- *A jogellenesség:* A törvény a jelenlegi rendszerben vélelmezi a károkozó magatartás jogellenességét, azaz minden károkozó magatartás jogellenes, hacsak más jogszabály az adott károkozást jogszerűnek nem minősíti. Mindez azzal a következménnyel jár, hogy a jogellenességet a károsultnak az eljárás során nem kell külön bizonyítania. A károkozó bizonyíthatja, hogy az adott károkozás nem minősül jogellenesnek, erre azonban csak jogszabály kifejezett rendelkezése esetén van lehetőség.
- *A kár:* A kár szintén szükséges eleme a kártérítési felelősség megállapításának. Ha tehát nincs kár, akkor kártérítési fele-

31 Dósa: i. m. 77–79. o.

lősségről sem lehet szó, függetlenül attól, hogy a kérdéses magatartás esetlegesen társadalmilag elítélendő vagy akár jogellenes volt-e. Az ún. teljes kártérítés elve alapján a kártérítés mértéke a kár nagyságához igazodik. Ez alapján a polgári jog a következő elemeket tekinti a kár részének, amelyeknek megtérítését írja elő: a ténylegesen felmerült kár (*damnum emergens*), az elmaradt haszon (*lucrum cessans*), valamint a kár elhárítása, enyhítése stb. körében esetlegesen felmerült költségek.

- *Az okozati összefüggés*: Szükségszerű elem az okozatosság, amely szerint a jogellenes magatartás és a bekövetkezett kár között okozati összefüggésnek kell fennállnia. Ezt akár aktív, vagyis tevőleges, akár passzív magatartás, vagyis mulasztás is megalapozhatja. Az okozatosság megállapításánál alapvetően két szempontot kell figyelembe venni, nevezetesen: a) a magatartás nélkül a kár nem következett volna be, továbbá b) a károkozó magatartása kártérítési szankció alkalmazásával befolyásolható, és a reparációs cél megvalósítható.
- *A kimentés*: A polgári jogi kártérítési felelősség általános – felróhatósági – alakzatában a fenti három elem együttes megléte esetén sem feltétlenül van helye a kártérítési felelősség megállapításának. Menteseül ugyanis a felelősség alól az, aki bizonyítja, hogy úgy járt el, ahogy az az adott helyzetben általában elvárható, vagyis magatartása nem volt felróható. Az elvárhatóság kérdésének elbírálásánál abból kell kiindulni, hogy mindenkinek úgy kell eljárnia, hogy a kár bekövetkezése megelőzhető legyen. Erről a kiemelkedően fontos tényezőről a későbbiekben bővebben is szó lesz.

Összességében: A kártérítés sikerességéhez a károsultnak azt kell bizonyítania, hogy kára következett be, a kárt a károkozó tevése (cselekvése) vagy mulasztása okozta (másképp: a magatartás és a kár bekövetkezése között fennállt az okozati kapcsolat). A károkozó menteseül a felelősség alól, ha bizonyítja, hogy a károkozás jogsza-

bályi rendelkezés alapján nem volt jogellenes, vagy kimenti magát a felelősség alól azzal, hogy bizonyítja: úgy járt el, ahogy az az adott helyzetben általában elvárható.³²

A személyiségi jogot ért sérelem esetén megítélhető nem vagyoni kár néhány pontos eltérő megítélést kíván. Ahogy erről már írtam korábban, a nem vagyoni kártérítés jogintézménye az általános személyiségvédelem eszköze, a megfizetésére vonatkozó igény jogalapja valamely személyiségi jog megsértése. A nem vagyoni kár esetében az alapvető nehézséget az okozza, hogy egyfelől nagyon nehezen körülhatárolható azon események köre, amely okot ad a nem vagyoni kárpótlás megítélésére, másfelől a kár természetéből fakadóan annak mértéke – különösen pénzüsszegben kifejezve – nem bizonyítható. A személyhez és a szellemi alkotásokhoz fűződő jogokkal kapcsolatos szabályokat a Ptk. VII. fejezete tartalmazza. A törvény felsorolása azonban nem taxatív, ebből tehát az következik, hogy – az idézett alkotmánybíróági határozatban kifejtetteknek megfelelően – léteznek nem nevesített személyhez fűződő jogok is. Akár a törvényben nevesített, akár a törvényben nem nevesített személyhez fűződő jogot sértenek, e jogsértés alapot adhat a nem vagyoni kártérítés követelésére. Tekintettel arra, hogy a nem vagyoni kártérítés személyiségvédelmi eszköz, így személyhez kötött jellegéből adódóan csak személyesen érvényesíthető. Figyelemmel arra, hogy a nem vagyoni hátrányok igen sokfélék lehetnek és a konkrét tényállásokban változatos formákban és összefüggésekben jelennek meg, nem lehet általános iránymutatást adni az összegszerűség meghatározásához. A kártérítés összegének meghatározása során tekintettel kell lenni a jogsértés súlyára és annak tartósságára is.

A szabályozás módjából következően a nem vagyoni kártérítés megállapításának feltételei – az értelemszerű eltérések mellett – több tekintetben azonosak a vagyoni kártérítéssel. Azonban ebben az esetben az szükséges, hogy a kárt okozó magatartás valamely

32 Lásd részletesen az egyes tényállási elemekről is Gellért: i. m. 1110–1116. o.

személyhez fűződő jogot sértsen. A jogellenesség alapja ennél fogva itt a személyhez fűződő jogsértés [lásd az idézett AB határozat III. rész 4.2. pontját]. A jogellenesség tehát a Ptk. 75. § (1) bekezdéséből következik: nevezetesen abból, hogy a személyhez fűződő jogok a törvény védelme alatt állnak, s azt mindenki köteles tiszteletben tartani. A személyiségi jog bármely tartalmú sérelme megalapozza a kárpótlást. A nem vagyoni kártérítés igénylése független attól is, hogy a személyhez fűződő jogsértés a tárgyra vagy az elkövetés módjára figyelemmel milyen súlyú sérülést eredményezett. Ettől függetlenül ugyanazon személyiségi jogot sértő magatartás eredményeképpen természetesen vagyoni és nem vagyoni kár egyaránt bekövetkezhet.

A kártérítés általános feltételei között nélkülözhetetlen elem a kár bekövetkezése. A hivatkozott alkotmánybírói határozat megfogalmazásában a nem vagyoni kártérítés alkalmazásához objektív kritériumokat nem lehet felállítani. Ebben egyedül a bíróságok józanságának, személyes elkötelezettségének és mértéktartásának lehet meghatározó szerepe. Ez az álláspont az ítékezésben egy olyan gyakorlatnak adott teret, mely a személyhez fűződő jogsértés megállapítása esetén a nem vagyoni kárpótlás iránti kérelemnek minden további vizsgálódás nélkül helyt adott, mégpedig a jogsértés mérlegelésen alapuló súlyához igazodó mértékben, abból kiindulva, hogy a személyhez fűződő jogsértés feltétlenül immateriális károkozással jár. Egyszerűbben szólva: a személyiségi jog megsértésével önmagában bekövetkezett az a hátrány, amelynek anyagi alapon megragadott reparációja a nem vagyoni kártérítés (Paradox módon nem vagyoni jellegű sérelemért járó vagyoni kárpótlás.)

A bírói gyakorlatban azonban egy másik irány is kibontakozott: a nem vagyoni kár bekövetkeztének vizsgálatára is sor kerülhet a bírói gyakorlatban, ami arra ad választ, hogy a felrótt magatartás eredményeként – adott esetben a külvilágban is észlelhető módon – csökkent-e a személy testi vagy lelki életminősége, illetve hátrányosan változott-e a jogi személy autonómiája, értékelése. Amennyiben igen, tehát a személyhez fűződő jog megsértése nyomán

valamilyen pótolandó hiány keletkezett, úgy megállapítható a nem vagyoni kár, és megalapozott az e tárgyú igény.³³ Önmagában egy ilyen felfogás – legalábbis az Alkotmánybíróság idézett határozatában kifejtett álláspontja szerint – nem sérti az alkotmányosságot.

A nem vagyoni kártérítés lényegében nem más, mint kárpótlás az elszenvedett sérelemért. Mértéke ekként a jogsértés súlyához igazodik, melyről a bíróság mérlegeléssel dönt. Ennek során értékelni kell – egyebek mellett – a jogsértő magatartás módját, annak hatását, eredményét egyaránt, továbbá a felróhatóság súlyát, valamint az érintett esetleges közrehatását is.

Az elvárható gondosság és a szakmai elem

Amennyiben orvosi tevékenység során következik be a személyiségi jog sérelme (leggyakrabban a testi épséghez és egészséghez való jog sérülésével), tulajdonképpen nem okozhat túl nagy problémát a bekövetkezett hátrány, sérelem bizonyítása, illetve megítélése. Annak mértéke már nehezebben állapítható meg, a személyiségi jog viszont mindenképpen érintett, ennél sokkal nagyobb nehézséget jelent az elvárhatósági (gondossági) szint megítélése, figyelemmel arra is, hogy az orvos(szolgáltató)-beteg jogviszony tipikusan gondossági kötelem. A beteg beleegyezik a személyiségi jogi sérelemmel járó orvosi beavatkozásba, így annak vizsgálata döntő, hogy az adott helyzetben általában elvárható magatartást tanúsította-e az eljáró orvos (egészségügyi személyzet). Bár adott esetben a bekövetkezett személyiségi jogot sértő hátrány abból a szempontból is vizsgálendő, hogy az szükségszerűen együtt jár-e

33 Lásd ehhez a felfogáshoz például: BH 2006. 318. (Legf. Bír. Pfv. IV. 20.419/2006. sz.), EBH 2002. 626. (Legf. Bír. Pfv. IV. 21.910/2001. sz.), az 1995. 273. (Legf. Bír. Pfv. IV. 20. 529/1994. sz.) számú esetben elvi jelleggel mondta ki a Legfelsőbb Bíróság: *„Személyiségi jog megsértésével összefüggő nem vagyoni hátrányok bekövetkeztét a felperesnek kell bizonyítania, a bíróság azonban a köztudomású tényeket akkor is figyelembe veszi, ha arra a felek nem hivatkoztak.”*

az orvosi kezeléssel, beavatkozással, ám a gondossági elem itt is megjelenik, mert a kérdés másik oldala az, hogy az adott hátrány megfelelő gondosság esetén elkerülhető lett volna-e? Mindehhez persze a kellő gondossági szint megállapítása is szükséges.

A felelősség alóli mentesülés, a kimentés annak bizonyítása, hogy a károkozó az adott helyzetben általában elvárható magatartást tanúsította. Ennek szabályaival összefüggésben érdemes Marton Géza véleményére kitérni, aki szerint ilyen értelemben tulajdonképpen a polgári jogi vétkes felelősség (a hatályos Ptk. általános felróhatósági alakzata) is objektív felelősséget jelent, hiszen nem egyéni adottságokat vesz az értékelés alapjául, hanem objektív zsinórmértéket alkalmaz az ismertetett szabályok szerint, azaz a társadalom tagjai által általában kifejtett magatartás jelenti a mércét.³⁴

Az adott helyzetben kitétel pedig azt jelenti, hogy a törvény egyediesíti is a társadalmi mércét, és azt vizsgálja, hogy az adott helyzetben, a konkrét tényállás mellett mi tekintendő általában véve elvárhatónak. Ez az elvileg objektív zsinórmérték relatívvá válását eredményezi, és adott helyzetben az elvárhatósági szintet magasabbra emelheti.

Más szempontból az adott élethelyzettől függő tipikusan elvárható magatartásról van tehát szó. Másképpen fogalmazva: az adott tényállás mellett ésszerűen elvárható gondosságot írja elő ez a szabály. Ez magában foglalja a szándékos károkozástól való tartózkodást, valamint az olyan magatartást, mely az adott körülmények között elvárható annak érdekében, hogy ne történjen károkozás. Tulajdonképpen azt a konkrét körülmények között megkívánható (a tényállástól függő) lehető legmagasabb szintű gondosságot várhatjuk el, amit egy ésszerűen gondolkodó ember tanúsítana annak érdekében, hogy ne forduljon elő károkozás.

A gondossági szint megállapítása azonban nagyon nagymér-

34 Gellért: i. m. 1115. o. és Marton: i. m. 54. o. és 66. o., részletesen: 57–116. o. Vö. Lábady Tamás: *A magyar magánjog (polgári jog) általános része*. Budapest – Pécs: Dialóg Campus, 2000, 308–309. o.

tékben egészségügyi szakkérdés, így az Eütv., valamint szakmai tartalmú joganyagok, továbbá olyan szakmai protokollok is meghatározóak, amelyek jogi formát sem öltöttek.

Ebben a tekintetben irányadó az Eütv. 77. §-ának hatályos szövege, ezen a szakaszon belül a (3) bekezdés, amely szerint minden beteget – az ellátás igénybevételének jogcímére tekintet nélkül – az ellátásában résztvevőktől elvárható gondossággal, valamint a szakmai és etikai szabályok, illetve irányelvek betartásával kell ellátni.

Megjegyzem, az adott helyzetben általában elvárható magatartás egy, az adott tényállás esetében követendő tipikus magatartást vár el (amit egy ésszerűen gondolkodó ember adott körülmények között tett vagy nem tett volna), melynek tanúsításakor a kártérítési felelősség alól mentesül a károkozó. Az idézett Eütv. 77. § (3) bekezdése az „*ellátásban részt vevő személyektől elvárható gondosság*” megfogalmazással is tipikus magatartásra utal, az egészségügyi ellátást nyújtó szakemberek gondosságára, így kap további jelentőséget az ugyanezen bekezdésben is meghatározott szakmai szabályok és irányelvek tartalma, illetve annak vizsgálata, hogy a magatartás azoknak megfelelt-e. Ezt a szakaszt tekintik az elvárható gondosság tekintetében hivatkozási alapnak a bíróságok is.³⁵

Az elvárhatósági szint azonban összetettebb, mivel az orvosszakmai szabályokon kívül egyéb elvárásoknak is meg kell felelni, amelyek adott esetben nevesítetten is megjelennek jogszabályokban, ilyen kiemelkedő fontosságú elvárás az Eütv.-ben rögzített betegjogok érvényesülése érdekében tanúsítandó magatartás. Ilyen például a beteg tájékoztatáshoz való jogának érvényesüléséhez szükséges információadási kötelezettség, amelynek elmulasztása a bíróság szerint az orvosszakmai szabályok betartásának esetében is megalapozhatja a felróhatóságot, azaz ilyen esetben az elvárható gondosságnak nem megfelelő magatartás valósul meg.³⁶

35 Lásd például: EBH 2005. 1306. (Legf. Bír. Pfv. III. 21.029/2005. sz.), EBH 2008. 1867. (Legf. Bír. Pfv. III. 20.761/2008.), BH 2009. 358. (Legf. Bír. Pfv. III. 20.125/2009.), BH 2009. 208. (Legf. Bír. Pfv. III. 21.212/2008.)

36 EBH 2010. 2229. (Legf. Bír. Pfv. III. 20.805/2010.)

Ezt a kötelezettséget – a beteg megfelelő tájékoztatáshoz való jogát – egyébként a német bírói gyakorlat is nagyon komolyan veszi a vonatkozó kártérítési ügyek elbírálása során.³⁷

Dósa Ágnes szerint az elvárható gondosság és a szakmai szabályok elválasztása veszélyes, mert ezzel a bírói gyakorlat olyan követelményrendszert állapít meg, amely előre nem ismerhető meg, így felkészülni sem lehet rá. A szakmai szabályok többé-kevésbé megismerhetők, megtanulhatók, betarthatók, számonkérhetők – az ettől független, a társadalmi elvárhatóságot közvetítő gondossági mércéről viszont ez nem mondható el.³⁸

Valójában a bíróság nem is tekinthet el annak vizsgálatától, hogy mi volt az adott helyzetben általában elvárható magatartás, amelynek csak egyik – bár legfontosabb – része a speciális szakmai szabályok betartása, az annak megfelelő magatartás. A magatartás teljességének értékelése szükséges, hiszen ezen alapul a Ptk.-ban szabályozott általános felelősségi alakzatban a korábbiakban ismertetett kimentés lehetősége. A gondossági mérce felőlel minden olyan magatartást, melyet alappal várhatunk el az adott helyzetben.³⁹ Tehát minden vonatkozásban olyan magatartást kell tanúsítani, mely az adott helyzetben általában elvárható, ez nemcsak a szakmai szabályok betartásának kötelezettségét jelenti, hanem azt, hogy az adott körülményeknek, tényállásnak megfelelően észszerű magatartás szerint járjon el a károkozó. Ekkor mentesülhet a felelősség alól.

Ennek megfelelően a magyar polgári jogban érvényesülő mérce adott esetben, a körülményektől függően, az objektív irányban is elmozdulhat, azaz akár a kisebb hibákért, a véletlen határát sűro-

37 Markesinis, Basil S. – Unberath, Hannes: *The German Law of Torts. A Comparative Treatise*. Oxford and Portland Oregon: Hart Publishing, 2002, 80. o. (Az 1126 oldalas könyv 85%-a bírósági eseteket mutat be a kártérítési jog német bírói gyakorlatából.)

38 Dósa: i. m. 104. o.

39 Erre utal például a BH 2006. 400. (Legf. Bír. Pfv. III. 22.090/2005. sz.) vagy az EBH 2010. 2229. (Legf. Bír. Pfv. III. 20.805/2010.) és a BDT 2008. 1755. (Csongrád Megyei Bíróság 2. Pf. 22 340/2007.)

ló casus minor-ért való felelősséget is magában foglalhatja anélkül, hogy kifejezetten a fokozott veszélyért való felelősség alakzatának alkalmazására kerülne sor. Ezzel kapcsolatosan értékelendő az orvosi kezelés kockázatának kérdése. Minden orvosi beavatkozás jár kockázattal, azok, amelyek tipikusan bekövetkezhetnek, előre felmérhetőek, azon érvek szerint minősíthetőek, hogy bekövetkezésük valószínűsége mennyire távoli avagy közeli az adott orvosi kezeléshez képest. Továbbá vizsgálandó, hogy az összetett elvárhatósági követelménynek megfelelt-e a tanúsított magatartás. Amennyiben az adott kezeléshez adekvát magatartást tanúsította az eljáró orvos, egészségügyi dolgozó, ebbe beleértve a szakma szabályainak betartását és az adott helyzetben követendő általános emberi magatartást, akkor nem róható fel a károkozás terhére.

Az összehasonlítás eleme is megjelenik itt, hiszen az adott helyzetben követett magatartás összevethető a más hasonló helyzetben követett magatartásokkal, az ott tanúsított gondossággal, eljárással.

Természetesnek vehetjük tehát, hogy egy káreset bekövetkeztekor a károkozó magatartásának egészét mérlegeli a bíróság, bár az tény, hogy általában – az eset jellegétől függően – az orvosszakmai elem dominál.

A szakértő részvétele egy peres eljárásban olyan elem megjelenése, mely nem közvetlenül jogi jellegű. Speciális szakmai megítélést kívánó tény bizonyítása miatt van rá szükség. A Polgári Perrendtartásról szóló 1952. évi III. törvény (a továbbiakban: Pp.) 177. § (1) bekezdése szerint, ha a perben jelentős tény vagy egyéb körülmény megállapításához vagy megítéléséhez olyan különleges szakértelem szükséges, amellyel a bíróság nem rendelkezik, a bíróság szakértőt rendel ki. Ennek értelmében két feltétele van a szakértő kirendelésének: különleges szakértelemre van szükség (objektív feltétel) és a szakértelemmel az eljáró bíró nem rendelkezik (szubjektív feltétel).⁴⁰

⁴⁰ A szakértő szerepéhez lásd például Grósz Tamás: Szakértői bizonyítás a pol-

A szakértői bizonyítás szabályozására, annak részletes elemzésére itt nem térek ki. Amit hangsúlyozni szeretnék, az annak a problémája, hogy a szakmai elem döntő hangsúlyúvá válhat az orvosi tevékenységgel összefüggő polgári jogi kártérítési ügyekben.

A szakértői vélemény a bíróság szabad mérlegelésének tárgya, azaz a bíróság a meggyőződése szerint ítéli meg a szakvélemény bizonyító erejét, a per egyéb adataival, más szakértői véleménnyel való összehangját vagy ellentmondását. A bíróságnak joga van a szakvéleménytől eltérni, de azt az ítéletében meg kell indokolnia.⁴¹

Ugyanakkor a per meghatározó elemévé válik a szakértő eljárásán és a szakértői véleményen keresztül a szakkérdés. Az egymásnak nyilvánvalóan ellentmondó állításokon, a nem érthető, homályos, esetleg abszurd eredményre vezető megfogalmazásokon túl elég nehéz elképzelni, hogy a jogász szakképzettségű bíró megkérdőjelezen egészségügyi kezelési módokra, eljárásokra vonatkozó szakértői megállapításokat. Itt sokkal inkább arra van szükség, hogy a relevánsnak tekintett orvosszakmai kérdésekre nézve kapjon meggyőző, a per egyéb adataival összehangban álló szakmai véleményt a bíró.

Mindez összefüggésben áll azzal a folyamattal, amely a bírói hivatással szemben komplex követelményrendszert támaszt. Kérdés, hogy az ennek való megfeleléshez elegendő-e a jogi képzés?

A szakértő, akinek a szaktudását felhasználhatják az eljárás során, egy eltérő „szociális valóságot” konstruál, melynek jellege az adott szaktudomány természetétől függ. A szakértő és a bíró által konstruált valóság eltérő, a legtöbb esetben a bírák csak egy erősen redukált információ-csoportot használnak fel a szakértői véleményből. Az etikai és módszertani szabályok nyújtanak legitimációt a szakvéleményekhez, de a tudományos eredmények nagymértékben függenek az adott szakterület aktuális, domináns tudományos

gári peres eljárásban. *Debreceni Jogi Műhely*, VIII. évf., 2011/4. szám.http://www.debrecenijogimuhely.hu/archivum/4_2011/szakertoi_bizonyitas_a_polgari_peres_eljarasban/ (2012. 06. 11.)

⁴¹ EBH 2006. 1419. (Legf. Bír. Pfv. III. 20.028/2006. sz.)

paradigmájától. Ennek megfelelő értékeléséhez a bírónak tudnia kellene valamit az adott tudományos módszerekről és szabályokról, valamint a paradigmáról és annak alternatíváiról, különben a tudományos semlegesség és objektivitás csak névlegesen adott.⁴²

Azonban ennek megvalósítása éppen az orvosi szakma területén nagy nehézségekbe ütközik. Bár például az anatómiai ismeretek jó szolgálatot tehetnek egy bíró esetében, aki ilyen jellegű ügyekben ítélezik, adott esetben még egy orvosi diploma (amelyet nem egészít ki gyakorlat, és nem támogat állandó továbbképzés) sem feltétlenül jelent elegendő szaktudást egy bonyolult orvosszakmai kérdés megítéléséhez, különösen, ha a specializálódást is számításba vesszük.

Megoldás lehet a képzés, valamint az orvosi szakma – az orvosszakmai kamarákon keresztül érvényesülő – önkontrollja, amit az állam mint jogalkotó, továbbá felügyelő hatóságainak ellenőrzése egészít ki.

Megoldást jelenthet az alternatív vitamegoldó mechanizmusok eddigieknél hangsúlyosabb alkalmazása, az ehhez szükséges feltételek megteremtése is. Ilyen módszerrel bevonható a vita rendezésébe orvos, jogász, külön képzésben részesült közvetítő, és együttes segítségükkel összetettebb módon lehet kezelni az egészségügy területén megvalósuló károkozás következményeit. Így – adott esetben a bocsánatkérés és megbocsátás gesztusait gyakorolva – nemcsak anyagi, de erkölcsi jóvátételt is kaphat a károsult. Az elszemélytelenedő orvos-beteg viszony így újra igazán bizalmi jellegűvé válhatna, ez a módszer adott esetben a lelki megbékélést is elősegíthetné. Ehhez szükség lenne egy adekvát betegjog-védelmi rendszer kialakítására, mely működése során valódi segítséget tud nyújtani az egyedi (jog)vitás ügyek elintézésében is.

Hasonló irányban mozdult el például a jogi szabályozás Nagy-Britanniában. Az egészségügyi kártérítési perek számának emel-

⁴² Zoltán Fleck: Changing character of requirements towards judges. In *Annales Universitatis Scientiarum Budapestinensis de Rolando Eötvös Nominatae Sectio Iuridica*. Tomus LI. Annus 2011. 194–195. o.

kedése, és a kötelező egészségügyi felelősségbiztosítások díjának emelése indította el a változást az 1990-es években. Kiépült egy sajátos kárjótételi rendszer, melyet a National Health Service (Nemzeti Egészségügyi Szolgálat, NHS) szervez, mögöttes felelősséget vállal az intézményeiben alkalmazottak munkavégzésével összefüggésben gondatlanul okozott károk megtérítésére. Mindennek során jött létre a National Health Service Litigation Authority (NHS Jogviták Hatósága, NHSLA), mely tulajdonképpen közvetítői, vitafeloldó tevékenységet végez egészségügyi kártérítési ügyekben, továbbá működteti a kockázati közösséget létrehozó rendszereket az NHS-en belül.⁴³

A rendszerbe nem tartozik bele mindenki, kimaradnak például a háziorvosok és alkalmazottaik, a magánkórházak és alkalmazottaik stb. Számukra kötelező a felelősségbiztosítás, amelyet sajátos módon az érdekvédelmi szerepet is ellátó Egészségügyi Érdekvédelmi Szervezetek (Medical Defence Union, MDU) nyújtanak.⁴⁴

Speciális szerepet tölt be az egészségügyi ombudsman is Nagy-Britanniában. Az ombudsman ingyenesen nyújt magas szintű vizsgálati lehetőséget, javasolhat a jövőre nézve intézkedéseket, valamint anyagi kompenzáció nyújtását a károsult számára.⁴⁵ Az egészségügyi ombudsmani intézmény az általános ombudsmannal összevonva működik, elnevezése: Parliamentary and Health Service Ombudsman.⁴⁶

Magyarországon az egészségügyi közvetítői szolgálatról szól a 2000. évi CXVI. törvény. Ez részletesen szabályozza az igénybe vehető eljárást. A probléma azonban az, hogy ez az eljárás nem tudott a gyakorlatban elterjedni, 2001-től 2006 végéig mindössze-

43 Zákány Judit: Az egészségügyi szolgáltatók kártérítési felelősségének alapvonásai Angliában. In P. Szabó Béla-Szemesi Sándor (szerk.): *Profectus in Litteris III. Előadások a 8. debreceni állam- és jogtudományi doktorandusz-konferencián (2011. június 3.)*. Debrecen: Licium-Art, 2011, 349–351. o.

44 Zákány: i. m. 351. o.

45 Zákány: i. m. 352. o. és Provision 2 Health Service Commissioners Act 1993.

46 www.ombudsman.org.uk. (2012. 06. 27.)

sen 182 ilyen eljárást kezdeményeztek az országban, ebből 55-öt Budapesten.⁴⁷

Magyarországon is adott az ombudsmanhoz fordulás lehetősége, bár anyagi kárpótlás nyújtására ezen az úton nincs mód. Példaként idézhető azonban a Nizsalovszky Endre által megadott orvos-páciens közötti klasszikus polgári jogi jogviszonyon kívüli speciális jogi helyzetként kezelt kórbonctani vizsgálat során felmerülő szerv-, illetve szöveteltávolítással összefüggésben AJB-2936/2010. számon végzett ombudsmani vizsgálat.⁴⁸ Ez megállapította, hogy a boncolás során történő szövet- és szervkivétel elleni tiltakozások (transzplantációs nyilvántartáshoz hasonló) nyilvántartásának hiánya az egyén önrendelkezéshez való jogával összefüggő visszásság közvetlen veszélyét idézi elő. A vizsgálat során feltárt visszásságok orvoslása, valamint az ilyen visszásságok közvetlen veszélyének elkerülése érdekében pedig az ombudsman kezdeményezte a jogalkotónál, hogy módosítsa az Eütv. szerv- és szövetátültetésre, valamint -tárolásra és egyes kórszövetteni vizsgálatokra vonatkozó rendelkezései végrehajtásáról szóló 18/1998. (XII. 27.) EüM rendeletet. A módosítás révén tegye lehetővé a boncolás során történő szövet- és szervkivétel elleni tiltakozás Országos Transzplantációs Nyilvántartáshoz (OTNY) hasonló nyilvántartásban történő rögzítését.

Az ombudsmani rendszer is képes Magyarországon egyedi panaszok orvoslására, de anyagi kárpótlást nem tud nyújtani. Különösen hatékonyan tud azonban rendszerszintű problémákra rámutatni. Az egyik legjobb példa erre, ahol a betegek jogai és érdekei is közvetlenül érintettek voltak, az Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet (OPNI) bezárása kapcsán kialakult helyzet vizsgálata az AJB-3536/2009. számú jelentésben.

A korlátozott terjedelem nem teszi lehetővé egy átfogó jog-összehasonlítás elvégzését, de Európában számos irányban próbál-

⁴⁷ Dósa: i. m. 47. o.

⁴⁸ A hivatkozott jelentések elérhetők a www.ajbh.hu honlapon.

ják fejleszteni az orvosi tevékenységgel okozott károk megtérítésére, és az ezzel együtt járó etikai kérdések kezelésére alkalmas intézményeket.⁴⁹

Összegzés

Összegzésképpen utalhatok arra, hogy a polgári jogi kártérítési felelősség Eörsi Gyula által vázolt története az orvosi tevékenységgel okozott károk területén is felmutatta azt a jellegzetességet, mely a biztosítás általánossá válásának folyamatában alakult ki. A felelősség átadta helyét a kárelosztásnak. A jogi szabályozás rendelkezik a károk viselésének megosztásáról a társadalomban. Ebben jelentős szerepet játszik a biztosítás, akár mint kötelező felelősségbiztosítás, akár mint baleseti biztosítás, akár mint közjogi elemekkel átszőtt egészségbiztosítás (bár a biztosítási jogviszonyt is nagymértékben meghatározzák közjogi szabályok ezzel is hozzájárulva a közjog-magánjog megkülönböztetés viszonylagosságához). Az egészségügyi intézmények mellett megjelennek a biztosítók, amelyek a jogi szabályozásnak megfelelően nyújtanak az egészségügyi intézmény helyett reparációt az egészségügyi intézmény kötelező felelősségbiztosítása alapján.⁵⁰ E rendszer működésének azonban vannak anomáliái, mint például a biztosítási piacon megjelenő monopolhelyzet e szolgáltatásra.⁵¹

49 Lásd ehhez Dósa: i. m. 35–64. o.

50 Az Eütv. 108. § (2) bekezdése alapján az egészségügyi szolgáltatás nyújtásához szükséges működési engedély csak abban az esetben adható ki, ha a kérelmezőnek az egészségügyi szolgáltatás során okozott kár megtérítésére van felelősségbiztosítása. A felelősségbiztosítási szerződés megszűnése esetén a biztosító ennek tényét haladéktalanul köteles bejelenteni az engedélyező szervnek, amely a működési engedélyt visszavonja, amennyiben az egészségügyi szolgáltató nem rendelkezik más biztosítónál felelősségbiztosítással.

51 Lásd ehhez Zákány Judit: Az egészségügyi szolgáltatók kötelező szakmai felelősségbiztosításának aktuális kérdéseiről. *Debreceni Jogi Műhely*, VIII. évf., 2007/4. szám http://www.debrecenijogimuhely.hu/archivum/4_2007/az_egeszsegugyi_szolgáltatok_kotelezo_szakmai_felelossegbiztositanak_aktualis_keerdeseirol/ (2012. 07. 02.)

Ugyancsak problémás az a jelenség, amely már az 1970-es években kialakult. A társadalmi kárelosztás rendszere a biztosítás intézményével együtt a polgári jogi kártérítési felelősség preventív funkcióját kikapcsolja, így morális alapját meggyengíti. Az egyéni károkozó helyett adott esetben a munkaviszony alapján helytáll az egészségügyi intézmény, aki helyett helytáll a biztosító, így a károkozó személye „eltűnik” a háttérben a biztosítási jogviszonnyal összefüggő egyes nehézségek ellenére.⁵²

A károsult számára az anyagi kárpótlás fontos, de a morális elégtétel gyakran elmarad. Ezt adott esetben még a büntetőjogi felelősségre vonás sem tudja pótolni. Ezért lenne kiemelkedő szerepe a mediációnak, amely lehetőséget biztosítana a személyes elem kidomborítására és a morális elégtételre is, és hozzájárulhatna a megnyugváshoz a károsult és a károkozó oldalán is. Bár ehhez a társadalmi környezetnek is meg kellene változnia.

Az anyagi reparációt elősegíthetné a brit rendszerhez hasonló működése, amely segíthetne a peres eljárás – és az összes vele járó és ismertetett probléma – mellőzésében is, nagyobb biztonságot nyújtva mindegyik félnek. Bár ne feledjük: minél személytelenebb a kárpótlás rendszere a sok közvetítő alrendszeren keresztül, annál nagyobb az igény a közvetítői eljárás személyességére.

Mindennek alkotmányjogi megalapozása az Alkotmánybíróság emberi méltósághoz való joggal és az általános személyiségi jog elméletével kapcsolatos gyakorlata.

Az új Ptk. rendelkezéseinek részletes elemzésére itt nincs mód, de utalnom kell a személyiségi jogot ért sérelem esetén követelhető sérelemdíj,⁵³ valamint az előreláthatósági klauzula⁵⁴ intézményei-

52 Sólyom László: *A polgári jogi felelősség hanyatlása*. Budapest: Akadémiai Kiadó, 1977, 37–38. o.

53 Lásd ehhez Vékás Lajos: Sérelemdíj-fájdalomdíj: gondolatok az új Ptk. reformjavaslatáról a német jog újabb fejleményei tükrében. *Magyar Jog*, 2005/4. szám, 193–207. o.

54 Lásd ehhez Menyhárd Attila – Mike Károly – Szalai Ákos: Az előreláthatósági klauzula előre látható problémái. *Kormányzás, Közpénzügyek, Szabályozás*,

nek bevezetésére. A sérelemdíj törvénybe iktatása a tanulmányban is érintett, a nem vagyoni kárral összefüggő elméleti és gyakorlati nehézségekre való reakcióként is felfogható.

III. évf., 2008/2. szám, 199–233. o. és Farkas Balázs: Ésszerű előreláthatóság az új Ptk. felelősségi rendszerében. Elemzés az angol jog tükrében. *Iustum, Aequum, Salutare*, V. 2009/4. szám 189–203. o.

A szentgotthárdi pszichiátriai intézetben végzett vizsgálatokról, avagy paradigmaváltás egy totális intézményben

Helyszíni vizsgálat – 2009

2009. október 21-én, a fogyatékossgal élők jogainak érvényesülését vizsgáló „Méltóképpen másképp” elnevezésű éves projekt keretében ombudsmani vizsgálatot végeztünk a Fővárosi Önkormányzat fenntartásában működő Szentgotthárdi Pszichiátriai Betegtek Otthonában (a továbbiakban: Intézmény). Mivel a látogatás tapasztalatai, valamint a bekért dokumentumok alapján az Intézményben található „speciális részleg” működésével összefüggésben alapvető joggal összefüggő visszasság gyanúja merült fel, a hatályos ombudsmani törvény² felhatalmazása alapján hivatalból folytattuk az ellenőrzést.

Az Intézményben 2009-ben 720 férőhely volt, további 14 fő elhelyezésére van lehetőség az Intézményhez tartozó lakóotthonban. 2009. október 21-én az ellátotti összlétszám 733 fő volt. Az Intézménybe való bekerülésre 3-4 év a várakozási idő, míg a soron kívüli várakozási idő 2-3 év. Az Intézményben 371 főt foglalkoztatnak, a látogatás időpontjában 20 státusz volt betöltetlen. A dolgozók 92%-a szakképzettséggel rendelkezik. Az ellátottak közül 402 fő áll cselekvőképességet kizáró gondnokság alatt, 321 fő áll cselekvőképességet korlátozó, 1 fő ideiglenes gondnokság alatt. Kilencen egyáltalán nincsenek gondnokság alá helyezve. A szentgotthárdi

1 Dr. Csikós Tímea jogi főreferens, civil koordinátor, helyettes szóvivő (AJBH).

2 Az állampolgári jogok országgyűlési biztosáról szóló 1993. évi LIX. törvény (Obtv.) 16. § (2) bek., 2012. január 1-jétől az alapvető jogok biztosáról szóló 2012. évi CXI. törvény (Ajbt.) 18. §.

hivatásos gondnokoknak – az intézményvezető elmondása alapján – átlagosan 80–90 gondnokoltjuk van. *A főváros fenntartásában működő, az osztrák határ menti kisvárosban található intézmény Európa egyik legnagyobb bentlakásos, zárt intézménye.*

A vizsgálat megállapította, hogy az Intézmény területén létrehozott speciális részleg nem felel meg az Alkotmányból, a Fogyatékos-sággal Élő Személyek Emberi Jogairól szóló ENSZ Egyezményből, az irányadó jogszabályokból, valamint a speciális részlegek kialakítására kiírt pályázat feltételeiből következőknek, így ez alkotmányos visszásságot idézett elő az emberi méltósághoz való alapjog tekintetében. Ezen felül a biztos a pénzkezelés körülményeivel és az intézmény alkalmi elhagyásának lehetőségeivel összefüggésben is visszásságot állapított meg, mégpedig a jogállamiságból levezethető jogbiztonsághoz való jog, valamint tulajdonhoz és a szabad mozgáshoz való jog tekintetében.³

Mindezekre figyelemmel a biztos felkérte az Intézmény vezetőjét, hogy a fenntartóval együttműködve módosítsa az Intézmény Speciális Részlegének Működési Rendjét, egyebekben pedig tegyen lépéseket az alapjogi aggályok megszüntetésére a többi kérdésben is.

A jelentésben megfogalmazott ajánlásokkal kapcsolatban az Intézmény vezetője egyet nem értéséről tájékoztatta a biztost, és a jelentésben részletesen feltárt körülményekre, valamint szakmai megfontolásokra hivatkozva azokat elutasította. Az Intézmény élén történt vezetőváltást követően 2011 őszén zajlott levélváltás során az új igazgató arról tájékoztattott, hogy 2011 júliusában történt kinevezése óta, az intézményvezetői feladatok átvételétől eltelt viszonylag rövid idő alatt még nem nyílt lehetősége az intézmény ún. Speciális Részlegének létjogosultságát, létrehozásának indokoltságát, annak körülményeit és mindennapi működését kellő alaposággal

3 Lásd AJB-228/2010. számú jelentés.

áttekinteni, így még nem áll módjában mindenre kiterjedő, részletesen indokolt, teljes körű választ adni. Hozzátette azonban, hogy egy, az intézmény valamennyi érintett szakemberének részvételével rendezett megbeszélést követően azonnali hatállyal módosították a Speciális Részleg Működési Rendjének, a jelentésben kifogásolt 13. pontját. Jelezte ugyanakkor, hogy kollégái az említett megbeszélésen ismételten megerősítették mindazon szakmai érveket, amelyeket az előző intézményvezető a válaszelevelében felsorolt, így továbbra is fenntartják azokat a szakmai észrevételeket, hogy a többi ellátott érdekében a veszélyeztető állapotú lakók valamifajta időleges elkülönítése szükséges. Ugyanakkor az intézmény igazgatója megköszönte, hogy a jelentéssel, illetve a későbbi levélváltás során felhívtuk figyelmét néhány kérdéses, adott esetben visszás jelenségre, illetve, hangsúlyozva a következményes változtatások jogszerűsége mellett azok szakszerű, humánus és betartható voltának szükségességét is, a szakmai álláspontok megvitatására, közös vélemény kialakítására alkalmat teremtő, személyes konzultációt kezdeményezett.

Az intézkedéseket illetően a következő tényeket osztotta meg a biztossal az igazgató. A Speciális Részlegen történt elhelyezésről és az elhelyezés megszüntetéséről az intézmény pszichiáter szakorvosa dönt. Döntésénél figyelembe veszi az intézmény nem pszichiáter szakorvosainak, a lakó elhelyezésére szolgáló osztály osztályvezető főnővérének, a Mentálhigiénés Részleg osztályos szakemberének, a speciális részleg napi feladatait ellátó egészségügyi szakdolgozók, valamint a Speciális Részleg speciális egyéni és csoport foglalkoztatását végző mentálhigiénés szakemberek véleményét. A Speciális Részlegbe való elhelyezésre csak súlyos magatartászavarokban szenvedők jelentős normasértő megnyilvánulásai (pl. lopás, üzletelés, zsarolás, élvezeti szerekkel való visszaélés, játékszenvedély, szándékos rongálás, agresszió, testi sértés) esetén kerülhet sor. Az elhelyezés időtartama a normasértés súlyától, esetlegesen az ismétlődésétől és az ellátott mindenkori magatartásától függ. A körülményeket figyelembe véve az

elhelyezés ideje lerövidíthető, illetve az szükség szerint – de csak a maximális ideig – meghosszabbítható. A Speciális Részleg az Intézmény jelenlegi legkorszerűbb részlege, valamennyi kényelmi eszköz igénybe vehető és a munka, sport, kreatív foglalkozások is elérhetőek a benne lakók számára, valamint speciális team gondoskodik egyéniesített módon az ott időlegesen elhelyezett lakók reszocializációjának elősegítéséről. Ez döntő többségük esetében sikerrel jár, ők az osztályukra visszahelyezve be tudnak illeszkedni az otthon lakóinak közösségébe, az otthon mindennapi rendjébe.

A lakók jövedelemkezelési lehetőségeivel, az intézmény pénzkezelési szabályaival kapcsolatos tájékoztatás módszereire vonatkozó kérdésre adott válasz szerint: a szociális törvény 94/E. § (3) bekezdése alapján az intézményi működési, gazdálkodási adatokat a költségvetési beszámolóval egyidejűleg kifüggesztik a lakók tájékoztatására, illetve a lakó-önkormányzati fórumokon ismertetik. A tájékoztató az intézmény működési költségeinek összegét, az intézményi térítési díj havi összegét, és az egy ellátottra jutó havi önköltség összegét is tartalmazza. A szociális törvény 96. § (1) bekezdés g) pontja szerint az intézménybe történő felvételkor az intézmény írásban tájékoztatja a jogosultat, illetőleg a gondnokát a térítési díjról, a teljesítés feltételeiről, illetve a mulasztás következményeiről. Az éves térítési díj felülvizsgálata során minden gondozott – a gondnokság fokától függetlenül – írásban kap tájékoztatót a jövedelméről és az abból fizetendő térítési díjról. Az év közben bekövetkezett változásokról szintén írásban kap a lakó információkat, sőt az Otthon gondnoksága bármikor szóbeli, illetve nyomtatványi („személyes térítési díj kárton”) tájékoztatót is nyújt az érintettnek. A jövedelmükről és a fizetendő térítési díjról a számítógépes hálózat minden egyes munkaállomásán a rendszer kezelésére jogosult személy bármikor tájékoztatást tud adni kérés esetén. A lakó költségkezelése az 1/2000. (1.7) SzCsM rendelet 61. § (1) bekezdés értelmében személyes nyilvántartású letét formájában történik, a törvényes képviselő nyilatkozata alapján. A Gondozotti Pénzkezelési Szabályzat szerint a pénzfelvétel időpontjában a pénztáros a

letéti kartonról tájékoztatja a lakót aktuális készpénz-egyenlegéről, aki döntése szerint vesz fel ebből. A Gondozotti Pénztárban, illetve a Gondnokságon a lakó bármikor szóbeli, illetve számítógépes személyes nyilvántartású letéti karton formájában írásbeli tájékoztatást kérhet.”

Az intézményvezető arról is beszámolt, hogy a Speciális Részlegben elhelyezett lakók költőpénzének felvehető maximális összegét korlátozó szabályt a már említett módosítással hatályon kívül helyezte. Az ott lakók is az érvényben lévő Gondozotti Pénzkezelési Szabályzat szerint kapják költőpénzüket, és a gazdasági nővér felügyeli a rendelkezésre álló zsebpénz felhasználását.

Emellett a Speciális Részleg Működési Rendjének – az ombudsmani ajánlást is figyelembe vevő – módosítása szerint a részlegen történő átmeneti elhelyezés ideje maximum három hónap.

Levele mellékleteként az intézményvezető a Speciális Részleg Működési Rendjének 4. sz. módosítását, illetve a Speciális Részleg Működési Rendje hatályos változatát is megküldte.

Helyszíni vizsgálat – 2012

2012. március 19-én és 20-án, kétnapos szakmai látogatást tettünk Szentgotthárdon és környékén, melynek keretében, egyéb témájú vizsgálatok, szakmai találkozók mellett helyszíni vizsgálatot folytattunk a pszichiátriai intézményben.

Ezúttal a közel másfél órás szakmai konzultáción és az azt követő intézménybejáráson az intézményvezető mellett a gazdasági vezető, a vezető ápoló és az osztályvezető orvosok, valamint segítő (pszichiáter, pszichológus) szakemberek és a foglalkoztatási csoport vezetője (az intézmény teljes vezetői stábjja) vett részt, illetve valamennyi intézményegység képviseltette magát.

A vezetői tájékoztatón elhangzott, hogy az intézeten belül több száz ember dolgozik, él együtt, s ahhoz, hogy ez működőképes legyen, a dolgozóknak is jól kell érezniük magukat, vagyis az intézet

működésének vizsgálata esetén a dolgozók helyzetének górcső alá vétele is kiemelten fontos. *„Tisztán alapjogi vázra lehet ugyan épületet tervezni, de, hogy az lakható is legyen, ahhoz a lakóinak (a működtetőinek, alkalmazóinak) a megfelelő attitűdje is szükséges”* – vélekedett az intézmény igazgatója. A jó példákat és rossz gyakorlatokat felvető gondolattal összefüggésben pedig felvetette a kérdést, hogy *„Vajon a gyakorlat a rossz, vagy a jogszabályi környezet, amely a gyakorlatot (ki)alakítja?!”*

Az intézményvezetői tájékoztatás szerint az aktuális beteglétszám 734 fő, a dolgozói létszám pedig 350 fő, utóbbiak közül, kb. 200 fő több évtizede (van, aki 20-30 éve) dolgozik az otthonban.

A lakók 72%-a skizofrén beteg, a kor és állapot szerinti összetétel legújabb tendenciája szerint egyre több a fiatal, szenvedélybeteg (alkoholista, drogfüggő), valamint a hajléktalanlétből ide bekerülő beteg. Az egyik kezelőorvos elmondása szerint az agresszív, aktív ellátottak az „átlagbetegek”-nél jobb állapotuk miatt jelentenek sok problémát, illetve a hivatalos szervekkel levelező betegek ugyancsak.

Több szakember kiemelte, hogy a személyiségzavar és bármely szenvedélybetegség együttes jelenléte adott betegeknél súlyos, kifejezetten problémás kombináció, amely egyrészt megnehezíti a kezelésüket, másrészt az esetleges konfliktusok kiéleződését erősíti. Különös gondot jelent a drogos betegek számának növekedése, ezzel együtt a betegek egymás közötti, de a beteg és dolgozó között is előforduló, fizikai és verbális formában is jelentkező agresszió kezelése. További gond ezzel összefüggésben a minderre eredményes megoldást nyújtó módszer hiánya.

Az intézmény főnövére hozzátette, hogy bár a betegek állapotával együtt hullámoznak, és bizonyára latens, lappangó esetek is léteznek, de az intézmény méretéhez, a gondozottak állapotának súlyosságához képest még így is alacsony az agresszióráta. A vezetők, dolgozók egybehangzó véleménye szerint a beteg-dolgozó kapcsolatok kifejezetten jók, amit az intézménybejárás tapasztalhattunk is.

A korábban alapjogi érvekkel alátámasztott kifogások a Speciális Részleg működését illetően ezúttal már komoly lépésekre késztették az intézmény vezetését. *Kellő szakmai alappal rendelkező szakemberek segítségét igénybe vevő, alternatív terápiás módszerek bevezetésével a speciális részleg mind formai, mind tartalmi szempontból megszűnt.* Nyilvánvalóan a nehezen kezelhető vagy akut állapotú lakók esetében továbbra is szükséges az adekvát szakmai válasz, melyet azonban a részleg teljes átalakításával, korszerű terápiás eszközök segítségével valósítanak meg.

További kérdés persze – ami a bentlakásos intézményi struktúra anomáliáinak egyike –, hogy az emberi jogok érvényesítése, ezen belül a mozgásszabadság és az önrendelkezési jog szempontjaira (is) tekintettel, megengedhető-e a szabad ki-, bejárás, illetve az, hogy milyen eszközzel tartás bent, illetve állandó felügyelet alatt azokat a betegeket, akiknek állapotuknál fogva kifejezetten erre szükség van. Például, ha egy alkoholbeteg lakó a kimenőjéről részegen jön vissza, agresszíven viselkedik, veszélyezteti a környezetét, és (már) nincs Speciális Részleg – ilyen, vagy hasonló helyzetben az ápoló a problémás lakót, vagy a többieket (és önmagát) védje-e?

A 2004-ben létrehozott *Speciális Részleg tehát 2012. március 1-jével megszűnt, helyén a pszichoterápiás csoport rehabilitációs foglalkozásainak helyet adó, csoportos és egyéni foglalkoztató szobákat alakítottak ki*, melyek átalakítása, berendezése a helyszíni vizsgálat idején folyamatban volt.

A Speciális Részlegre való elzárás helyett „esetvezetési team”-eket alakítottak, amelyekben szakértő segítők: pszichológusok, ápolók és orvosok, a beteg(ek) bevonásával, együttműködésben kerestek (és zömmel találtak, találnak is) megoldásokat azokra a problémákra, melyek „megoldását”, kezelését korábban az elzárás jelentette. A dolgozók többsége örömmel nyugtázza a Speciális Részleg megszűnését, tapasztalataik szerint ez egyrészt a lakókkal való kapcsolataikban is pozitív változást eredményezett, másrészt a helyette alkalmazott pszichoterápiás eszközök (munka- és/vagy

művészetterápiás foglalkozások) a betegek állapotára is lényegesen jobb hatással vannak.

Az intézmény működési kereteit jelentő dokumentumokból, az évenkénti értékelő beszámolókból szereplő adatok, információk közül a legjelentősebbek kiemelése e helyütt elkerülhetetlen.

A *gazdálkodási, költségvetési beszámoló számadatai* viszonylag konstans, elhanyagolható mértékben változó arányú, stabilnak mondható anyagi keretrendszer tükröznek, az feltüntetett adatok szerint a kiadások és a bevételek összege és aránya kb. ugyanakkora volt a legutóbbi 3 lezárt gazdasági évben. Megjegyzendő ugyanakkor a 2011. évi kiadások összegének az előző évihez viszonyított jelentősebb csökkenése, valamint a személyi juttatások csökkenésének tendenciája.

A 2011. évi *Gondozási beszámoló* szerint fokozott figyelmet fordított az intézmény a megfelelő higiénés körülmények biztosítására, amit kiterjesztett a személyi és környezet higiénéire egyaránt. A személyi higiénéről 170 szakdolgozó, a környezet higiénéről 47 kisegítő dolgozó gondoskodik. A gondozottak közül 90 fő teljes, 482 fő részleges ellátásra szorul, míg 162 fő önálló.

A statisztikai adatok is mutatják, hogy a kliensek pszichiátriai alapbetegségük alapján heterogén képet alkotnak. A beszámolóból kitűnik, hogy a lakók döntő többsége skizofréniában szenved (71,8%) számuk évről évre nő; látható továbbá, hogy a tavalyi évhez képest stagnál az affektív zavarban és személyiségzavarban szenvedők aránya, az alkoholfüggő ellátottak száma azonban 5 év alatt alig változott.

A *mentálhigiénés tevékenység összefoglalójában* olvasható, hogy a korszerű terápiás módszerek alkalmazásának keretét és legfőbb biztosítékát a terápiás közösség(ek) kialakítása, működtetése jelenti. Ennek központi fóruma a nagycsoport, amelynek osztályonként havi rendszerességgel megtartott ülésein részt vesznek az adott osztály lakói és dolgozói, illetve a mentálhigiénés csoport képviselői, valamint a pszichiáter, az adott osztály orvosa, a főnővér vagy a főnővér helyettese. Ebben a körben a közösség egészét

érintő mindennapos problémákat vetnek fel, tárgyalnak meg és próbálnak megoldani.

A nagycsoportot egészíti ki a *személyzeti csoport*, amelynek célja a mindennapi terápiás munka során felmerült problémák, konfliktusok feldolgozása, a személyzet mentálhigiénéjének a megóvását (is) célozva. Az intézményi Lakóbizottság és Élelmezési Bizottság ülésén az ápolószemélyzet is képviselteti magát.

Az intézményi elhelyezésből adódó izoláció elkerülése érdekében a hozzátartozókkal és a külvilággal való kapcsolattartást illetően biztosított a szabadságra utazás, levelezés, telefon, városi kimező, városi séta, intézményen kívüli rendezvényeken való részvétel, lakó-hozzátartozó találkozó. A gondozó-ápoló és mentálhigiénés személyzet igyekszik segítséget nyújtani a kapcsolat felvételben és kapcsolat fenntartásban egyaránt.

A *személyi feltételekkel kapcsolatosan a beszámoló* rögzíti, hogy a lakók ápolását-gondozását 170 egészségügyi dolgozó biztosította. A szakmai ellátás feltételeinek biztosítását szolgálja a munkamegosztás, a munkaidő-beosztás és a feladatarányos létszámelosztás. 2006. január 1-jétől a kisebb osztályok kialakításával 10 osztályon 12 gondozási egységben folyik az ápolási, gondozási tevékenység; a kis osztályok külön vezetővel és szintenként egy megbízott helytesszel önállóan működnek, de számos ponton együttműködve, egymásra utalva kell dolgozniuk. A struktúra átszervezésével fő cél a gondozási munka színvonalának emelése, a lakók biztonságos ellátása, a személyre szabott, individuális ápolás, gondoskodás magas szintű megvalósítása. 2011 második félévében intézményi szintű átcsoportosítás történt, mely érintette az ápolószemélyzetet, valamint a kiegészítőket is. Az átszervezés elsődleges célja az ápolási-gondozási tevékenység színvonalának további emelése.

A *mentálhigiénés csoport beszámolójából* kiténik, hogy feladatköréből adódóan komplex szolgáltatást kínál, mely a különböző szakmacsoportok együttműködése révén valósul meg; úgyelve arra, hogy az egyéni szükségletekhez igazodóan segítsék, támo-

gassák a lakókat. A csoportos foglalkozások, valamint a közösségi programok tervezése során az aktivitást segítő fizikai, szellemi és szórakoztató, valamint kulturális tevékenységek biztosítására törekszenek. A 13 felsőfokú egészségügyi és/vagy szociális végzettségű munkatárs napi tevékenységének nagy része a részlegeken történik, azaz fizikailag is jelen vannak a lakók mindennapjaiban. A foglalkozások megtervezése éves, havi, illetve heti terv szerint készül, melynek megvalósítása napi terv szerint zajlik az igények figyelembevételével.

Az ellátottak foglalkoztatásával összefüggésben a beszámolókból kiderül, hogy jelenleg az intézményben 278 lakó dolgozik különböző foglalkoztatási formában: a Kézmű Nonprofit Kft által biztosított fejlesztő-felkészítő foglalkoztatásban 108 fő, munkarehabilitációban 73 fő és munkajutalmas foglalkoztatásban 97 fő.

Az intézményvezető által 2011 novemberében létrehozott *psicho-, művészet- és mozgásterápiás csoport éves szakmai beszámolója* szerint „a csoport szakmai működésének célja az Intézményben működő terápiás spektrum bővítése, bizonyítékon alapuló pszichoterápiás, művészetterápiás és mozgásterápiás eszköztárral. A munkát átható szemlélet rehabilitációs irányú, valamint az életminőség javítását szolgálja, továbbá mentálhigiénés módszerekkel dolgozók testi és lelki egészségének támogatására is törekszik.

A szocioterápiás módszerek a személyiség kibontakoztatását, differenciálódását, társas viszonyainak dinamizálását, valamint a gyógyszeres és pszichoterápiás hatások elmélyítését szolgálják. *A művészetterápia során* pedig a művészet valamely ágának alkalmazásával segítjük a lakók pszichés konfliktusainak feltárását, személyiségük újjárendeződését, fejlődését. A művészetterápiás formák az egyéni igényekhez, a lakók pszichés állapotához, állapotváltozásaihoz igazodva egyéni és csoportos formában kerülnek alkalmazásra.

Az intézmény épületeinek bejárása közben személyesen is meggyőződhattünk az akadálymentes (látás-, és hallássérült-barát) tá-

jékoztatási módszerek alkalmazásáról, az ütemezetten kivitelezett kisebb felújítási, átalakítási munkálatokról, az ellátotti önkormányzat aktív működéséről, illetve az ellátottjogi képviselő elérhetőségeinek nyilvánosságáról, a panaszláda kihelyezéséről is.

A legnagyobb épülettömb I. emelete a női, II. emelete a férfi demens osztálynak ad helyet. Ezen a részlegben zsúfolt, 10 és 6-8 ágyas szobákban élnek a lakók, melynek ismert körülményeit/következményeit/veszélyeit folyamatos nővéri, ápolói jelenléttel kompenzálja az Intézmény. Az enyhébb tünetekkel kezelt, jó állapotú betegek 3-4 ágyas lakószobáikban élnek.

Valamennyi lakó számára elérhető az új könyvtárhelyiség, a kulturális és művészeti sarok, az ún. harmóniaszoba; valamint a speciális részleg megszűnésével és a könyvtár áthelyezésével bővülő számú és méretű foglalkoztató szobák. Utóbbiakban a helyszíni vizsgálat idején is alkotó munka folyt, szövéssel, vattatépéssel, hungarocell-darabolással, festéssel, kerámiázással tölthetik, töltik idejüket az erre alkalmas állapotú betegek, folyamatos szakmai segítség mellett, ellenőrzött keretek között, az Intézmény által biztosított eszközökkel, munka- és/vagy művészetterápia keretében. Mindemellett az Intézmény tervezi az önálló kertészet újbóli létrehozását is.

A lakók által készített termékeket helyi fesztiválok alkalmával, vásári bódékban árusítják, illetve állandó felvásárlóik is vannak (pl. az Opel gyár). Állandó saját üzlethelyiségben történő árusításra a jelenlegi jogszabályi környezet (főként az engedélyeztetési kötelezettségek) és a jelentős anyagi ráfordítások szükségessége miatt nincs ugyan lehetőségük, de miután állandósulni látszik a termékek iránti kereslet, az intézmény távlati tervei között szerepel egy kiállító-galériának is helyet adó saját kisbolt megnyitása (is).

Az intézményben 2012. március eleje óta folyó, nemcsak strukturális, hanem módszertani, szellemiségbeli változtatásokra is törekvő, hosszú távon megvalósítandó, nagyszabású átalakítások keretében új dolgozók is érkeztek: főállású státusban tevékenykedő fiatal, lendületes, kreatív pszichiáterek, pszichológusok, álta-

lános orvos és ápolók, illetve a rehabilitációs jellegű tevékenység hangsúlyosabbá tételének szellemében rehabilitációs koordinátor is segíti az intézeti tevékenység reformjának kiteljesedését.

Összességében megállapítható, hogy az intézmény vezetője és vezető munkatársai azt a paradigmaváltást demonstrálják, amelynek érdekében az ENSZ égisze alatt a Fogyatékossgal Élő Személyek Jogairól szóló egyezmény (CRPD) megszületett, illetve amely egy vállalható bentlakásos intézmény működésének körvonalait engedi erősödni az optimális kitagolási (intézménytelenítési) lépések megkezdéséhez.

Az alkotmányos alapjogok és alapelvek összefüggései

Az alapvető jogok biztosja 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 alapjog-korlátozás alkotmányosságát megítélni hivatott egyes alapjogi tesztek.

Magyarország Alaptörvényének és az Ajbt.-nek a hatálybalépésével az alapvető jogok biztosaként is követni kívánom a fenti gyakorlatot, így míg az Alkotmánybíróság eltérő álláspontokat nem fogalmaz meg, eljárásom során irányadónak tekintem a testület eddigi megállapításait.

Az országgyűlési biztosok az ombudsmanintézmény megalakulásától kezdődően minden rendelkezésre álló eszközzel – helyszíni ellenőrzések, hivatalból elindított vizsgálatok, jogalkotási kezdeményezések révén – igyekeztek fellépni a *fogyatékossgal élő személyek vagy bármely más módon kiszolgáltatott emberek alapjoga-*

inak, egyenlő méltóságának védelmében. A biztosok a kezdetektől fogva egyértelművé tették, hogy a jogvédelem és az egyenlő méltóság szempontjából nincs jelentősége annak, hogy az érintettek a jelenlegi egzisztenciális kiszolgáltatott helyzetbe önhibájukból vagy önhibájukon kívül kerültek.

A 2009-es projekt⁴ keretében és a korábbi ombudsmani jelentésekben is többször szerepelt, hogy – a nemzetközi egyezményben vállalt kötelezettségeinkre is tekintettel –, elfogadhatatlannak, az érintettek emberi méltósághoz való jogával összefüggő visszásság veszélyét jelentheti minden olyan megoldás, vagy arra irányuló javaslat, amely nem vagy nem kellő mértékben a fogyatékosággal élő személyek emberi méltóságának maximális tiszteletben tartására, hátrányos helyzetének csökkentésére, esélyegyenlőségének megteremtése törekszik.

Az Ajbt. 1. § (2) bekezdésének *d)* pontja és a (3) bekezdése értelmében 2012. január 1-je óta az alapvető jogok biztosának törvényi kötelezettsége megkülönböztetett figyelmet fordítani a leginkább veszélyeztetett társadalmi csoportok jogainak a védelmére, valamint – különösen hivatalból indított eljárások lefolytatásával –, a fogyatékosággal élő személyek jogairól szóló egyezmény végrehajtásának segítésére, védelmére és ellenőrzésére.

Az Alaptörvény II. cikke alapján az emberi méltóság sérthetetlen, *minden embernek joga van az élethez és az emberi méltósághoz*. A korábban irányadó és az Alaptörvény hatálybalépését követően is hivatkozási pontot jelentő alkotmánybírósági gyakorlat az emberi méltósághoz való joggal kapcsolatosan arra hívja fel a figyelmet, hogy a méltóság az emberi élettel eleve együtt járó minőség, amely oszthatatlan és korlátozhatatlan, s ezért minden emberre nézve egyenlő. Az egyenlő méltósághoz való jog az élethez való joggal egységben azt biztosítja, hogy ne lehessen emberi életek értéke között jogilag különbséget tenni. Emberi méltósága és élete mindenkinek érthetetlen, aki ember, függetlenül fizikai és szellemi

4 „Méltóképpen másképp” – Fogyatékosügyi projekt, 2009

fejlettségétől, illetve állapotától, és attól is, hogy emberi lehetőségől mennyit valósított meg, és miért annyit.⁵ A méltósághoz való jognak részét képezi az is, hogy minden embert másokkal egyenlő méltóságú személyként kell kezelni, vagyis az egyes emberek és embercsoportok között tilos indokolatlan, ésszerűtlen különbséget tenni.⁶ Az I. cikk (3) bekezdése határozza meg az alapjog-korlátozás kritériumait, amely szerint arra csak más alapvető jog érvényesülése vagy valamely alkotmányos érték védelme érdekében, a feltétlenül szükséges mértékben, az elérni kívánt céllal arányosan, az alapvető jog lényeges tartalmának tiszteletben tartásával kerülhet sor.

Az Alaptörvény XV. cikkének (2) bekezdése tartalmazza a *díszkrimináció tilalmát*, mely szerint Magyarország az alapvető jogokat mindenkinek bármely megkülönböztetés, nevezetesen faj, szín, nem, fogyatékoság, nyelv, vallás, politikai vagy más vélemény, nemzeti vagy társadalmi származás, vagyoni, születési vagy egyéb helyzet szerinti különbségtétel nélkül biztosítja. Az Alaptörvény XV. cikk (4) bekezdése továbbá előírja, hogy Magyarország az *esélyegyenlőség megvalósulását* külön intézkedésekkel segíti, a XV. cikk (5) bekezdése emellett külön is kiemeli, hogy Magyarország *külön intézkedésekkel védi a gyermekeket, a nőket, az időseket és a fogyatékkal élőket*.

A két évtizedes, töretlen, az Alaptörvény fenti rendelkezése alapján továbbra is irányadónak tekinthető alkotmánybírói gyakorlat rögzíti, hogy a *hátrányos megkülönböztetés tilalma* arra vonatkozik, hogy a jognak mindenkit egyenlőként, egyenlő méltóságú személyként kell kezelnie, az egyéni szempontok azonos mértékű figyelembevételével kell a jogosultságok és kedvezmények elosztásának szempontjait meghatározni. A megkülönböztetés alkotmányossága tekintetében az Alkotmánybíróság két mércét alkalmazott. Az alkotmányos alapjogok tekintetében megvalósuló egyenlőtlen bá-

5 64/1991. (XII. 17.) AB határozat

6 Halmai Gábor – Tóth Gábor Attila (szerk.): i. m. 269. o.; Sári János: *Alapjogok, Alkotmánytan*. II. Budapest: Osiris Kiadó, 2004, 94. o.

násmód esetén annak alkotmányossága az alapvető jogok korlátozására irányadó szükségességi-arányossági teszt alapján ítélnélhető meg. Bár az Alkotmány – ahogyan az Alaptörvény is – szövegszerűen csak az alapvető jogok tekintetében tiltotta a hátrányos megkülönböztetést, az Alkotmánybíróság szerint e tilalom, ha a megkülönböztetés sérti az emberi méltósághoz való alapvető jogot, kiterjed az egész jogrendszerre.

Az egyenlő bánásmóddal és az esélyegyenlőséggel összefüggésben érdemes arra is utalni, hogy az alapvető jogok biztosa számára az ombudsmantörvény immár fontos célként fogalmazza meg a *leginkább veszélyeztetett társadalmi csoportokhoz tartozó személyek jogainak fokozott védelmét*, ugyanakkor eddig az országgyűlési biztosok – külön törvényi felhívás nélkül is – kiemelt figyelmet fordítottak az ebbe a csoportba tartozók alapvető jogainak a védelmére. A töretlen ombudsmani gyakorlat alapján nyilvánvalóan e személyi körbe tartoznak – különböző okok miatt – a *hajléktalanok, a fogyatékossgal élő személyek, az idősek, a betegek*, ezen belül pedig kiemelten a *pszichiátriai betegek, a fogvatartottak*, továbbá ide sorolhatóak a 18 év alatti *gyermekek*, sőt a 18 év feletti *fiatal felnőttek* is. A felsorolt egyes társadalmi csoportok más és más okokból (például az egzisztenciális helyzetük, életkoruk, egészségi vagy mentális állapotuk miatt) minősülhetnek veszélyeztetettnek. Közös bennük, hogy helyzetük miatt egyfelől kiszolgáltatottak valamennyi állami, közhatalmi beavatkozással szemben. Másfelől esetükben súlyos és közvetlen következményekkel járhat az is, ha az állam nem tesz eleget egyes alkotmányos feladatainak, a speciális, rászorultakat segítő szabályozás és gyakorlat kialakításával, fenntartásával kapcsolatos kötelezettségeit nem vagy nem megfelelően látja el. Legyen szó ugyanakkor indokolatlan közhatalmi beavatkozásról, vagy éppen állami feladat, kötelezettség elmulasztásáról, az érintettek jog-, illetve érdekérvényesítő képessége minimális.

A jogegyenlőség, az egyenlő bánásmód követelményének érvényesülése és az esélyegyenlőség előmozdításának kötelezett-

sége, az egyes, védett csoportok jogainak megfelelő biztosítása kiemelt fontosságú a foglalkoztatás területén, a munka világában. Az alapvető jogok biztosja minderre, valamint a vizsgálati hatáskör terjedelmére tekintettel az egyenlő bánásmód követelményének előmozdítása érdekében, az egyes védett csoportba tartozó személyek munkavállalásával, munkáltatásával összefüggésben több irányban folytat átfogó jellegű vizsgálatokat.

Az Intézmény működésének érdemi képe

A 2012-es jelentés alapjául szolgáló tények elsődleges megállapításaként rögzíthető, hogy a korábbiakban kifogásolt, az összefehetetlen ellátottakat elkülönítő speciális részleg megszűnt, így az ennek nyomán feltárt, alapjogi sérelmeket okozó visszásságokat előidéző helyzet a továbbiakban már nem áll fenn.

Ugyanakkor azt is fontos leszögezni, hogy a speciális részleg kialakítását és működtetését megalapozó korábbi intézményvezetői érvelés több eleme, a kifogásolt pontokon felmerülő alapjogi visszásságok problematikája, nem csupán orvosszakmai vagy szociális-szakmai kérdésekre, hanem a vonatkozó jogszabályi háttér hiányosságaira vezethető vissza.

Az intézmény jelenlegi működése, az intézmény vezetőjének az eddigiekben megtett, és a továbbiakban tenni tervezett intézkedései, valamint hosszú távú átalakítási terveinek megvalósítása révén, lehetőség szerint a fenntartóval és az érintettek érdekképviseleti szerveivel is együttműködve, sikerrel törekedhet a szakosított szociális intézmények adott keretek közötti, speciális igényeknek és feltételeknek is megfelelő, mindenki által elfogadható működési modelljének kialakítására.

A jogszabályi háttér e tekintetben felmerülő – ti. a veszélyeztető vagy a közvetlen veszélyeztető állapotú betegek akut ellátásának jogszabályi rendezése – kérdésére ezúttal nem tértünk ki, ezzel kapcsolatban több ombudsmani jelentés állapított meg alapjo-

gokkal összefüggő visszasságot.⁷ Tekintettel arra, hogy nemcsak Magyarország, hanem Európa legnagyobb tartós bentlakást nyújtó pszichiátriai intézményéről van szó, az alapvető jogok biztosa kiemelt figyelemmel kíséri az intézményrendszer szerkezetének átalakítására, a kitagolás ütemtervének⁸ lépcsőzetes megvalósítására a Szentgotthárdi Pszichiátriai Betegek Otthonának struktúraváltását, amelyet alapjogi szemléletű észrevételeivel folyamatosan segít.

A jelentés a fogyatékossgal élő személyek alapvető jogainak érvényesülését monitorozó folyamatos ombudsmani szerepvállalás keretében, a tapasztalt jó gyakorlatok elismerése mellett, az esetlegesen továbbra is fennálló vagy ismételten felmerülő problémák minél hatékonyabb megoldása érdekében figyelemfelhívás volt.

7 Lásd az AJB-3330/2010.; AJB-4304/2010.; AJB-4906/2010.; AJB-3167/2010. számú jelentéseket

8 Részleteit lásd a „Fogyatékos személyek számára ápolást-gondozást nyújtó szociális intézményi férőhelyek kiváltásának stratégiájáról és a végrehajtásával kapcsolatos kormányzati feladatokról” szóló 52133-6/2011_NEFMI(SZ) számú előterjesztésben.

Függelék

A szentgotthárdi pszichiátriai otthon kiállításának megnyitója¹

Tisztelt Szabó Professor Úr! Tisztelt Kapócs Igazgató Úr! Hölgyeim és uraim!

Freud szerint a kép ősbibb, mint a szó. Erre nem csupán a legrégebbi művészi megnyilvánulások utalnak, hanem az írás fejlődése is. A közlés első eszköze a kép volt, ahogyan ezt a 10 000–20 000 éves barlangrajzok is mutatják. Az írás folyamatosan fejlődött hangot és fogalmat kifejező grafikus eszközzé. Az egyiptomi hieroglifek titkának megfejtése (Jean-François Champollion 1822) nyomán kiderült, hogy az írásban együtt fordultak elő a kép-, a hang-, és a fogalom jelei. Érdemes mindezt gondolni, amikor lelkiileg sérült emberek vizuális művészetének kiállítását nyitjuk meg. Sokszor még az egészséges embereknek is nehéz kimondani, „ami a szívüket” vagy „lelküket nyomja”. Néha még nehezebb szóra bírni sérült lelkű embereket. Másfelől a képekben olyasmik is megjelennek, amit az egyén nem képes elmondani. Sőt, szakavatott szem sok mindent megláthat a képek tartalmában, formájában, amiről az egyén nem is tud, ami benne *tudattalan*. Itt azonban nem csupán a festmények, rajzok, kerámiák közlést elősegítő – diagnosztikus értékéről van szó. Beszélhetünk *gyógyító képekről* is! Ismert: a kimondott szó gyógyít, amikor a páciens elmondja orvosának panaszait, baját, bűját azaz „könnyít a lelkén”. Miként egy-egy értékesebb mozi vagy színházi előadás után „megkönnyebbülten”, bánatosan vagy vidá-

1 Prof. Dr. Hárdi István pszichiáter, kandidátus, címzetes főiskolai tanár, a Magyar Pszichiátriai Társaság Kifejezés-pszichopatológiai és Művészetterápiás Szekció elnöke. A konferencia időpontjában nyílt meg az Alapvető Jogok Biztosa Hivatalában a „Művészet a terápiában, terápia a művészetben” címmel a szentgotthárdi pszichiátriai otthon lakóinak munkáiból válogatott kiállítás, mely 2012. május 31-ig volt látogatható.

man hagyjuk el a nézőteret, amit Arisztotelész érzelmi „megtisztulásnak”, katarzisznak nevezett. Joggal beszélhetünk arról, hogy a mai modern pszichiátriában az értékes gyógyszereken kívül, a színjátszás, a zene és a vizuális tevékenység – vagyis – a művészet gyógyít.

Ha a betegeink rajzolnak, festenek, e sokrétű tevékenységükkel – megfelelő szakember irányításával – gyógyulásukhoz járulnak hozzá. Elsősorban maga a tevékenység is gyógyhatású lehet. Nem csupán a károsító semmittevés helyett „időtöltés”, hanem az aktivitás öröme az, amelyet Carl Bühler „Functionslust”-nak, a „működés örömeinek” mondott. Itt még többről van szó. Az előzőekben már említettem, hogy a képek milyen sokféle nyílt és rejtett üzenetet tartalmazhatnak. Fokozottan vonatkozik ez pszichiátriai pácienseinkre, akiknek a megalkotott kép kifejezheti gondolataikat, fantáziáikat, vágyaikat és félelmeiket. Mondhatjuk, nyugodtan „fessék falra az ördögöt”, mert ezáltal enyhülhetnek panaszai, megszabadulhatnak félelmeik, feszültségeik „ördögeitől.” Sok minden növelheti még a gyógyhatást: csoportban megbeszélhetik munkájukat, „szóvá tehetnek” jelenségeket, konfliktusokat, amelyekkel így jobban megbirkózhatnak. Ehhez járul az eredmény, az elkészült mű, az alkotás öröme: a siker élménye. Nagy szerepe van ebben e kiállításnak is.

A pszichiátria pácienseinek képi munkáit régóta értéklik, diagnosztikusan és terápiásan egyaránt. alkalmazták. Régen „pszichiátriai művészet”, „pszichopatológiai művészet” szavakkal foglalták össze e műveket. Helyükbe most egy új fogalom került, ami a művészettörténetben adott helyet e műveknek. Pszichiátriai gyűjtemények látogatása után egy francia festőművész Jean Dubuffet 1947-ben „art brut”-nek, „faragatlan művészetnek” nevezte el az alkotásokat. Ide sorolta mindazon pácienseket, akik nem a hagyományos, professzionális és akadémikus művészetet művelik, akik semmilyen hivatalos képzésben nem vettek részt, spontánul, őszintén fejezik ki önmagukat, s nem piacra vagy megrendelésre dolgoznak. Idetartoznak még a társdalom periferiáján élők, hajlék-

talanok munkái is, ezért használják a „faragatlan” tulajdonképpen iskolázatlan művekre a „perifériás művészet” kifejezést is. Az új fogalom jelentősége, hogy ezek a művek értékeikkel túllépnek a pszichiátriai szakmai határokon, s bizonyítják, hogy szerzőik a társadalomnak értékes és hasznos tagjai. Segíti a károsodottak rehabilitációját, visszatérését az emberi közösségbe.

A Szentgotthárdi Pszichiátriai Otthonban sokféle művészeti terápiát alkalmaznak: zene, színjáték és irodalom szolgálja a rehabilitációt. Lakóinak műveiből egy csokrot nyújt át e kiállítás a látogatóknak. Több mint 70 festményt, rajzot és kerámiát tekinthetnek meg. A gazdag látnivalókból emeljünk ki röviden néhány példát:

Az *1. és 2. ábrán* egy lakóval ismerkedhetünk meg, aki személyes találkozásnál visszahúzódo, zárkózott fiatalember. Rajzaiban mutatkozik valódi személyisége: tehetséges, gazdag fantáziájú egyéniség. Különös profilja betekintést nyújt arról, ami „az agyban játszódik” (*1. ábra*): egész testében és az agyában jelentkező különös fonák érzésekről. Második rajza a külvilágra vonatkozó fantáziáira, elgondolásaira utal (*2. ábra*).

A *3. ábra* nem teljesen illik az „art brut” fogalmába, mert szerzője betegsége előtt másfél évig tanult rajzolni. Festménye élénk színekkel mutatja be Mózeset, a gondolkodó, töprengő profétát. A szenvedélybeteg férfinak kirobbanó indulataival, impulzivitásával volt baja, s éppen nem volt „töprengő, gondolkodó”.

Bár a rajzolóktól általában spontán, eredeti képeket várunk, de a másolás is lehet kifejező. A választás – mit akar másolni, mi a téma, abból mennyit vesz át, végül a stílus, hogyan készíti el művét: elárulja a festő tehetségét, személyiségét. Ezt látjuk a *4. ábrán*, amelyen egy női lakó Dali: „Szent Antal kísértését” másolta le. Az eredetiből csak a Remete alakját és egy ágaskodó lovat vett át (elmaradt négy elefánt s azok terhei stb.). Viszont hozzátesz sok mindent, ami az eredetin nincs: a ló feje körül különös karika, mellette apró kis alakzatok, „törmelékek”. A képpel időnkénti izgalmait, feszültségét, s a néha megjelenő szétszórtságát is kifejezi.

Ez a kiállítás is tanúsítja a Szentgotthárdi Intézetben zajló sokré-

tű rehabilitációs munkát, s a művészeti terápia értékes alkotásait. Remélem, ez is segít lebontani azt a falat, melyet az előítéletek állítanak a társadalomba visszatérők köré. Ezért is érdemes gondosan megtekinteni a kiállított, gazdag műveket.

Engedjék meg, hogy megköszönjem Szabó professzor úrnak, hogy helyet adott ennek a kiállításnak, s lehetővé tette, hogy bárki megismerkedjen a hétköznapi ritkán látható képekkel. Ugyancsak megköszönöm Kapócs igazgató úrnak, hogy a művészeti terápiát felkarolta, s a kiállítás létrejöttét elősegítette. Köszönet illeti meg Takács Mariannát, aki évek óta kitartóan és lelkesen vezeti az intézeti művészetterápiát. Végül – de nem utolsósorban – az otthon lakóinak, akik ezt a szép kiállítást létrehozták.