



ALAPVETŐ JOGOK BIZTOSA

AZ ENSZ NEMZETI EMBERI JOGI INTÉZMÉNYE
NAIH nyilvántartási szám: 40689

Az alapvető jogok biztosának

JELENTÉSE

az AJB-1161/2019. számú ügyben

Előadó: dr. Kussinszky Anikó

Érintett szervek:

- Győri Petz Aladár
- Városmajori Érsebészeti Klinika
- Péterfy Sándor utcai kórház
- Emberi Erőforrások Minisztériuma

2019.

**Az alapvető jogok biztosának
Jelentése
az AJB-1161/2019. számú ügyben,**

Előadó: dr. Kussinszky Anikó

Az eljárás megindítása

A panaszos beadványában arról írt, hogy felesége jobb lábában 2017 májusában súlyos érszűkületet állapítottak meg. A győri kezelőorvos arról tájékoztatta őket, hogy nem lehet mit tenni, műtéti beavatkozás nem lehetséges, előbb-utóbb amputációra kerül sor, értágító infúziót és Mofetta (széndioxid száraz fürdő) kezelést javasolt. A panaszos ezt követően - az amputációba belenyugodni nem kívánva – egyéb megoldás után kutatott. A Semmelweis Egyetem Városmajori Szív- és Érgyógyászati Klinikán Budapesten megállapították, hogy az eret ki lehet tágitani és tisztítani, ami 2017. augusztusában sikeresen meg is történt, ezt követően egy utókezelést kellett volna kapnia a Péterfy Sándor utcai Kórházban, azonban ott nem kaptak a kezelésre időpontot, viszont arról tájékoztatták őket, hogy körzeten kívüli betegként beutaló nélkül nem fogadják őt. Panaszos ekkor ismét a területi ellátási kötelezettséggel bíró győri érsebészethez fordult, ahol azonban arról tájékoztatták, hogy ezt a kezelést ők nem nyújthatják, és beutalót sem tudnak adni számára a Péterfy Sándor utcai Kórházba. Ezt követően megkeresték a betegjogi képviselőt, az egészségbiztosítási pénztárat, a tisztiorvosi szolgálatot és az egészségügyi tárcát annak érdekében, hogy megtudják, hol kaphatja meg a felesége a szükséges kezelést és ki adhat erre vonatkozó orvosi beutalót neki. Érdemi, számára hasznosítható segítséget nem kapott a megkeresett szervektől így végül Hivatalom megkeresése mellett döntött annak érdekében, hogy eljussanak a javasolt kezelést nyújtó megfelelő egészségügyi szolgáltatóhoz, valamint kérte annak vizsgálatát, hogy egyenlő esélyekkel indul-e végtagja megőrzése terén egy vidéki és egy fővárosi beteg.

Tekintettel arra, hogy a panaszbeadvány nyomán a konkrét ügyben, illetve általánosságban felmerült a jogállamiság elvéből következő jogbiztonság követelményével, a tisztességes eljáráshoz való joggal, a diszkrimináció tilalmával és az esélyegyenlőség előmozdításának követelményével, valamint az emberi méltósághoz való joggal összefüggő visszásság gyanúja, az alapvető jogok biztosáról szóló 2011. évi CXI. törvény (a továbbiakban: Ajbt.) 18. § (1) bekezdése alapján vizsgálatot indítottam. A panaszbeadványban kifogásolt eljárás arra engedett következtetni, hogy a gyakorlatban nem egyértelműek a betegutak valamint felmerült a területi ellátási egyenlőtlenség lehetősége a magyarországi érsebészeti ellátás terén.

Az ombudsmani átfogó vizsgálat eredményes lefolytatása érdekében az Ajbt. 21. § (1) bekezdés a) pontja és (2) bekezdése alapján megkerestem az Emberi Erőforrások Minisztériumának egészségügyért felelős államtitkárát és az országos tisztifőorvost, valamint a Magyar Angiológiai és Érsebészeti Társaság elnökét.

Az érintett alkotmányos jogok és alapelvek

- a jogállamiság elvéből fakadó jogbiztonság követelménye [Alaptörvény B) cikk (1) bekezdés: „Magyarország független, demokratikus jogállam.”];
- az élethez és az emberi méltósághoz való jog [Alaptörvény II. cikk: „Az emberi méltóság sérthetetlen. Minden embernek joga van az élethez és az emberi méltósághoz.”];
- a diszkrimináció tilalma, az esélyegyenlőség előmozdításának követelménye: „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. Magyarország az esélyegyenlőség megvalósulását külön intézkedésekkel segíti. Magyarország külön intézkedésekkel védi a gyermekeket, a nőket, az időseket és a fogyatékkal élőket.” [Alaptörvény XV. Cikk (2), (4) bekezdés];

- a tisztességes eljáráshoz való jog [Alaptörvény XXIV. cikk (1) bekezdés: „*Mindenkinek joga van ahhoz, hogy ügyeit a hatóságok részrehajlás nélkül, tisztességes módon és ésszerű határidőn belül intézzék.*”].

Az alkalmazott jogszabályok

- az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény (a továbbiakban: Eütv.);

A megállapított tényállás

A panaszos beadványában beszámolt arról, hogy 2017. május 15-én felesége jobb lábában érszűkületet állapítottak meg. A kezelőorvosa Győrben értágító infúziót és szénsavas kezelést rendelt számára (konzervatív kezelés), és egyúttal arról tájékoztatta, hogy hosszabb távon az amputáció elkerülhetetlen, műtéti beavatkozás nem lehetséges. A panaszos ebbe nem kívánt belenyugodni, és felkereste Budapesten a Semmelweis Egyetem Városmajori Szív- és Érgyógyászati Klinikát (a továbbiakban: Városmajori Klinika), ahol az invazív megoldás mellett döntöttek. A beavatkozást követően Protavasin infúziós kezelést javasoltak neki a Péterfy Sándor utcai Kórház angiológiai osztályán. A panaszos időpont egyeztetés céljából fel is kereste az angiológiai osztályt, ahol azonban arról tájékoztatták, hogy a beteg körzeten kívüli és az ellátásához beutaló szükséges. A panaszos felkereste a lakóhelye szerint területi ellátási kötelezettséggel rendelkező győri Petz Aladár Megyei Oktatókórházat (a továbbiakban: Győri Megyei Kórház), ahol volt kezelőorvosa arról tájékoztatta, hogy Győrben nem tudják elvégezni a Protavasin kezelést, ugyanakkor kérése ellenére beutalót sem tudnak adni neki.

A panaszos ekkor – férje segítségével – több helyre fordult segítségért, többek között a betegjogi képviselőhöz, a fővárosi és megyei tisztifőorvoshoz, illetőleg az Emberi Erőforrások Minisztériumának Központi Ügyfélszolgálati Irodájához (a továbbiakban: EMMI Ügyfélszolgálati Iroda).

Az EMMI Ügyfélszolgálati Irodájának irodavezetője arról tájékoztatta, hogy a területileg illetékes Kormányhivatal Népegészségügyi Főosztályánál érdeklődhet arról, hogy melyik intézmény képes és köteles az ellátás biztosítására. Az illetékes Népegészségügyi Főosztály arról tájékoztatta őt levelében, hogy a beutaló kiállítása érdekében javasolja az előzetes kezeléseket végző szakorvosok valamelyikének megkeresését. A betegjogi képviselő felvette a kapcsolatot a Győri Megyei Kórház főigazgatójával (mint a beteg lakóhelye szerint illetékes egészségügyi szolgáltatóval), aki a kezelőorvossal egyeztetve tájékoztatta, hogy álláspontjuk szerint a Protavasin kezelés nem területi ellátási kötelezettség alapján nyújtható, így nem beutaló köteles, azonban Győrben nem tudják nyújtani.

A panaszbeadvány és a csatolt egészségügyi dokumentáció alapján a következők állapíthatóak meg:

- A betegnél 2017. május 15-én a Győri Megyei Kórház szakorvosa érszűkületet állapított meg, gyér kiáramlás mellett. Az ambulánslapon rögzítette véleményét, mely szerint műtéti beavatkozás nem lehetséges, infusios kezelésre jegyezte elő a beteget valamint Mofetta kezelés javasolt. A panaszos két alkalommal is infúziós kezelést kapott, 2017. május 22-e és 26-a között, valamint 2017. augusztus 21-e és 25-e között.
- A Városmajori Klinikán 2017. szeptember 12-én, előkészítést követően jobb oldali popliteo-cruralis PTA-t végeztek. A beavatkozást követően már egy eres artéria tibialis anetrior kiáramlás volt ábrázolható. A zárójelentésen szerepel a következő mondat: „Javasolt Protavasin infúziós kezelés alkalmazása és jobb

oldali percután kémiai lumbalis sympathectomia elvégzése a Péterfy Sándor utcai Kórház angiológiai osztályán.” .

- 2017. június 2-án panaszos felkereste a Győri Megyei Kórház Általános sebészeti szakrendelését, ahol a kezelőorvos bal láb II. ujj medialis körömszélénél üszkös hólyagot, valamint II-V. lábujjig hyperaemia-t diagnosztizált, feljegyezte továbbá, hogy panaszos ismert cukorbeteg. Kezelésként bullectomia, hyperol, Betadine-t, antibakteriális hatású fémezüsttartalmú kenőcsös sebfedőhálót és kötést jegyzett fel, és antibiotikumot rendelt. Másnap panaszos az előírtaknak megfelelően jelentkezett kontrollra, kötéscserét végeztek, terápiaként otthonában naponkénti Betadine oldatos kötéscserét javasoltak, panasz esetén kontrollt javasoltak.
- 2017. július 3-án jobb láb II-es ujj körménél hasonló probléma állt elő és a jobb sarkán seb volt észlelhető. Ezt egy móri sebészeti magánrendelésén látták el. A sebész szakorvos eltávolította a beteg körmét, Betadine kenőcsös kötést alkalmazott, otthonában rendszeres kötéscserét írt elő, a talpi fekélyre kötszert írt fel.
- 2017. július 24-én egy budapesti magán egészségközpontban a bőrgyógyász szakorvos professzor asszony vizsgálta a beteget a jobb sarkán található, fentebb már diagnosztizált nem múltó fekélyes seb okán. A vizsgálati lap rögzíti többek között, hogy a betegnek nincs speciális cipője, tovább irányította egy magánklinikára kezelésre.
- 2017. július 25-én a magánklinika bőrgyógyászatán a beteg kezelésben részesült, valamint a következő mondat található a vizsgálati lapon: „A diabeteses cipő készítésére azért van szükség, hogy a neuropathia miatti kóros nyomáspont ne terhelődjön. Ez a cipő a láb tehermentesítését szolgálja.” .

1. A panaszos beadványa

A panaszos beadványához csatolta a beteg egészségügyi dokumentációját, mely alapján a fenti tényállásban rögzített ellátási ív rajzolható fel. Leírta továbbá, hogy a betegnek nagy fájdalmi voltak a diabetesz láb okozta tünetek (sebesedés, üszkösödés) miatt, a területileg illetékes állami egészségügyi ellátóhelyeken (érsebészeti szakambulancia, általános sebészeti szakrendelés, diabetológiai belgyógyászati szakambulancia, sebészet) nem kapott az állapota javulásához vezető ellátást. Már 2017 április elején rögzíti a győri érsebészeti szakambulancia ambuláns lapja, hogy a jobb láb meleg, enyhén livid, a diabeteses angiopathia véleményezése mellett gyógyszer receptet kapott a beteg. Státusza április végére romlott, a győri érsebészeti ambulancia ambuláns lapján már az szerepel, hogy AV-i panaszai fokozódtak, dependens rubor jelent meg az ujjakon. Érstátusa megítélése érdekében CTA vizsgálatra jegyezték elő. A vizsgálat eredménye alapján 2017 májusában rögzítik, hogy műtéti beavatkozás nem lehetséges, infúziós kezelésre jegyezték elő. 2017. május 22. és 26. között a beteg keringésjavító infúziós kezelést kapott a győri érsebészeti osztályon. Ekkor is rögzítették az ujjakon található dependens rubort. 2017. június elején benőtt köröm miatt látták el a győri általános sebészeti szakrendelésén, üszkösödést diagnosztizáltak a „bal láb II. ujj medialis körömszélénél kis méretű necroticus bulla, II-V. lábujjig hyperaemia. I. ujj láb hát békés” bejegyzés szerepel. Az ambuláns lap rögzítette, hogy a páciens ismert cukorbeteg. Antibiotikumot kapott és otthonában Betadine-os kötéscserét javasoltak. 2017 július elején egy móri sebészeti magánrendelést keresett fel, benőtt körme mellett azóta is váladékozást észlelt, valamint jobb sarkán kis seb alakult ki. A júniusi kezelés és antibiotikum kúra ellenére panaszai nem csökkentek. Státusza ekkor: „Jobb láb II-es köröm mellett kis váladékozás, cseppnyi pus ürül. A köröm kb. fele alapjáról elemelkedett. Calcaneus felett a talpi felszínen kb.

0,5 cm-es necrotikus fekély, a necrosis nem demarcolódott, necrectomis még nem végezhető. Perif. pulsus nem tap.” Terápia: eltávolították a körmét, és Betadine kenőcsös kötést kapott, melynek javasolták rendszeres otthoni cseréjét. A sarok feletti sebre felírtak kötést számára, kontrollt panasz esetére javasoltak és a diabetológiai belgyógyászat szakambulanciájára küldték. Az ambuláns lap a következőt rögzítette: lábán seb, körmén benövés miatt váladékozás. Július közepére rendelik vissza HbA1c lelettel és mérésekkel, egyéb javaslat nem található a lapon. A kontrollon a lelet és a mérések alapján inzulin terápiát írtak elő, és egy tablettát.

Ezt követően 2017. július végén Budapestre utaztak egy magán egészségközpont bőrgyógyászati rendelésére. Az anamnézisében rögzítették: 44 éve ismert IDDM, idegrendszeri szövődmények, magas vérnyomás kezelt, ismert érszűkület, nem gyógyuló seb van a jobb lába sarkán, amely kb. 5 hónapja keletkezett. Rögzítették, hogy röntgen vizsgálat a sarok területéről nem készült eddig, valamint, hogy a páciensnek nincs speciális cipője. Megemlítik, hogy a szénhidrát anyagcsere évek óta nem megfelelő, súlyos szemészeti tünetek is vannak. A felvételi státusznál rögzítették: A jobb láb 2 ujjának körmét levágta és seb keletkezett, az ujjperc gyulladt. A sarok területén 1 cm tág sipolynyílás, amely alatt elhalt szövet van. A terület fájdalmas, a sipoly 2 cm mélyen szondázható. A kalibrált hangvilla 3,0 osztásnál a vibrációs érzés kiesését jelzi. Diagnózis: IDDM, gangréna a jobb sarok területén, neuropathia, kóros nyomáspontok. További kezelése a következő napon folytatódott egy szintén budapesti magánklinika bőrgyógyászatán azonos kezelőorvossal. A körömlemez maradványokat eltávolították, megfelelő kezelést alkalmaztak és annak otthoni alkalmazását is rögzítették. A Győrben megkezdett CO2 kezelés folytatását javasolják. A diagnózis megegyezik az előző napival: IDDM, gangréna a jobb sarok területén, neuropathia, kóros nyomáspontok. Ezen felül azonban rögzítették, hogy diabetes cipő készítésére van szükség, hogy a neuropathia miatti kóros nyomáspont ne terhelődjön. Szerepel továbbá, hogy ez a gyógycipő a láb tehermentesítését szolgálja. Tovább irányítják a magánklinikán egy ortopéd sebészhez, ahová javasolják, hogy a mindkét lábról két irányból készült rgt. felvétellel érkezzen. Rögzítették továbbá, hogy a vércukor értékek figyelése és diéta szükséges, valamint, hogy a cukoranyagcsere karbantartása nem megfelelő.

A magánklinika ortopéd sebésze 2017 augusztus 23-án vizsgálta, a vizsgálati eredményeket rögzítő lapon a következő vélemény került rögzítésre: súlyos érszűkület okozza a panaszokat és a fájdalmas seb meglétét. Mielőbbi érsebészeti vagy endovascularis beavatkozás mérlegelése szükséges a végtag keringésének javítása céljából. Amennyiben ez az állapot progrediálna, akkor sajnos csak major amputáció jöhet szóba. A fájdalmas seb tehermentesítésére saroktehermentesítő kezelőcipő viselése javasolt.

Ezt követően került a beteg a Semmelweis Egyetem Városmajori Szív- és Érsebészeti Klinika (a továbbiakban: Városmajori Érsebészeti Klinika) érsebészeti ambulanciájára, ahol vizsgálatát követően jobb oldali szelektív angiographiát és cruralis PTA-t¹ terveztek. A jobb sarkon lévő gangréna kezelése ebben az időszakban is magán bőrgyógyászaton folyt.

A Városmajori Érsebészeti Klinika 2017. szeptember 13-án készült zárójelentése szerint jelen felvételére a jobb talpon a sarok alatt kialakult talpi fekély miatt került sor. A korábban elvégzett CT kiáramlási zavart igazolt. Az előkészítést követően 2017. szeptember 12-én jobb oldali popliteo-cruralis PTA-t végeztek. A beavatkozást követően már gey eres artéria tibialis anetrior kiáramlás ábrázolható. A beavatkozást követően panaszmentes volt. Rögzítették továbbá, hogy Protavasin infúziós kezelés és jobb oldali percután kémiai lumbalis sympthectomia elvégzése a Péterfy Sándor utcai Kórház angiológiai osztályán. Szerepel továbbá a kontroll pontos időpontja is.

¹ artéria szűkület tágítás

Panaszos az ellátásának ebben a szakaszában küldte meg a fentebb ismertetett tartalommal beadványát Hivatalomhoz, tekintettel arra, hogy a javasolt kezelésre csak beutalóval kívánta előjegyezni a Péterfy Sándor utcai Kórház, arra hivatkozással, hogy nem ők a területileg illetékes ellátóhely.

2. Az Emberi Erőforrások Minisztériumának álláspontja

Az esettel összefüggésben megkerestem az EMMI Egészségügyért felelős államtitkárságát, az Államtitkár jogi és szakmai álláspontjának megismerése érdekében, egyúttal tájékoztatását kértem az alábbi konkrét kérdésekkel kapcsolatban:

1. Melyik egészségügyi szolgáltató (a Győri Megyei Kórház vagy a Városmajori Klinika) tért el a vonatkozó szakmai irányelvtől, illetve protokolltól a panaszos ellátása során?
2. Álláspontja szerint a vonatkozó finanszírozási szabályok kellőképpen ösztönzik-e a végtag megmentését célzó beavatkozások előnyben részesítését az amputációval szemben?
3. Szakmailag indokolt-e a panaszos esetében diabetes cipő viselése? Tájékoztatták-e a panaszost igazolhatóan betegsége kapcsán a diabetes cipő viselésének szükségességéről a kezelését eredetileg területi ellátási kötelezettség alapján végző Győri Megyei Kórházban?
4. Mi az indoka annak, hogy a panaszos a szakorvos által javallott Protavasin kezelés esetében tiszta betegút, illetve betegirányítás helyett ilyen nehézségekkel találkozott?

Kértem egyúttal, hogy az Országos Tisztifőorvosi Feladatokért Felelős Helyettes Államtitkárság, az illetékes Kormányhivatal Népegészségügyi Osztályának bevonásával szakfelüyeleti eljárás keretében vizsgálják az egészségügyi ellátás megfelelőségét.

Az Államtitkár 2018. januári válaszában a következőkről tájékoztattott:
A Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő adatai alapján a keringési zavarokkal kapcsolatos alsóvégtagi amputációk, illetve a perifériás beavatkozások az elmúlt években a következők szerint alakultak:

Műtét típus	Esetszám				
	2012. év	2013. év	2014. év	2015. év	2016. év
Végtagi rekonstrukciós műtétek	8723	8932	9195	8875	9193
Alsó végtagi amputációk	4327	4308	4148	3891	3959

Az érszűkületek okozta amputációs esetek az „egészségügyi szakellátás társadalombiztosítási finanszírozásának egyes kérdéseiről szóló 9/1993. (IV. 2.) NM rendelet (továbbiakban rendelet) 3. számú melléklete szerint a „05P 2010 Amputáció keringési zavarok miatt, kivéve a kéz-, lábujjakat” homogén betegségcsoportba (továbbiakban: HBCS) sorolódnak. Megjegyzendő, hogy ez a HBCS a felső végtagi amputációkat is tartalmazza, ezért a fenti összesítő tábla a felső végtagi beavatkozásokat tartalmazó eseteket (ezek száma évente 15 és 30 eset közé tehető) nem tartalmazza. Az adatok alapján elmondható, hogy 2012. évtől folyamatosan csökken a végtag

amputációk száma, miközben a végtagi rekonstrukciós műtéti beavatkozások száma emelkedik. A rendelet 3. számú mellékletében a 05 főcsoportban szerepelnek mind az amputációval, mind a műtéti beavatkozásokkal kapcsolatos finanszírozási súlyszámok. Egy súlyszám finanszírozási értéke 2018 januárjában 185.000.- forint volt. A perifériás műtéti beavatkozásokért minimum 1,90912 maximum 4,76794 súlyszám számolható el az intézmények részéről, míg az amputáció esetén minimum 1,29273, maximum 2,75407 súlyszám.

A kezelés formájának megválasztásánál nem a finanszírozási szempontok az elsődlegesek. Az orvos döntése során a szakmai szabályoknak megfelelően az etikai elvek betartásával köteles eljárni, mindezek figyelembevételével kell olyan terápiát választania, amely a beteg számára a legnagyobb egészségnyereséget eredményezi. Vannak olyan esetek, amikor elkerülhetetlen a beteg végtagjának amputációja, de a fenti számok is tükrözik, hogy az orvos szakma is törekszik a rekonstrukciós műtéti beavatkozások előtérbe helyezésére. A panaszos konkrét esetére vonatkoztatva a Szakmai Kollégium Érsebészeti és Angiológiai Tagozatának szakmai véleménye alapján az alábbiak mondhatók el:

A Prostanoid infúzió adása 2011. március óta finanszírozott az alábbiak szerint:

Főcsoport: 05M

Kód: 216E

Megnevezés: Kritikus végtagi ischaemia prostanoid kezelés

Súlyszám: 2,23939

Alsó nap: 21

Felső nap: 28

Diagnózisok:

17023 A végtagi ütőerek atherosclerosis Fontaine III.

17024 A végtagi ütőerek atherosclerosis Fontaine IV.

Beavatkozások: 88180 Prostanoid kezelés kritikus végtagi ischaemiában

Az alkalmazás csillagos HBCS-ként működik, azaz külön jogszabály határozta meg azokat a III. progresszivitási szintű angiológiai osztályokat, ahol fenti kezelést végezni lehet. Ennek feltétele a beteg folyamatos monitorozása (vérnyomásesést okozhat a terápia) infúziós pumpa használata a pontos és tartós adagolás céljából (napi 6 óra Ilomedin mellett, 2x infúzió Prostvasin mellett), valamint szöveti oxigénszint (TCPo2) meghatározásának lehetősége a beválasztáshoz. (Követendő a kezelés hatásossága, bizonyos érték alatt nincs értelme a kezelésnek, mert a folyamat irreverzibilis, és csak arra van lehetőség, hogy az amputáció magassága legyen ilyen módon meghatározva.)

A kezelés a hatályos ajánlások értelmében csak érsebészeti, vagy intervenciós beavatkozásra nem alkalmas „krónikus kritikus végtagischaemia” betegek bizonyos kritériumainak megfelelő válogatott eseteiben alkalmazható végső megoldás. Erről vascular team-nek kell döntenie. Ennek megfelelően országosan 10 központ lett kijelölve ennek a drága, és az ajánlások értelmében hosszú ellátást (3 hetes kezelés) és magas műszerezettséget igénylő kezelési módnak a kivitelezésére.

A mellékelt dokumentum alapján jelen esetben a Városmajori Érsebészeti Klinikáról szakmailag jogosan küldték a beteget a Péterfy Kórház Angiológiai Osztályára, mint a beavatkozásra jogosult intézménybe, az előzetes megbeszélés alapján. Ez a zárójelentésben szerepel, és a lehető legrövidebb és legésszerűbb betegút volt. Az államtitkár szerint megjegyzendő, hogy jogszabályban meghatározottan, évekkal ezelőtt országosan kialakításra került az angiológiai területi ellátási kötelezettség is, azaz a betegutak nem esetlegesek, hanem meghatározottak az államtitkár álláspontja szerint.

A beutalási rendet jogszabály határozza meg, azaz beutaló nélkül kórházi osztályra felvétel nem történhet. A zárójelentésben pontosan megjelölt kezelés és ugyancsak pontosan megjelölt erre alkalmas, jogszabályban felhatalmazott ellátó került. A kapcsolatfelvétel mikéntjét az államtitkárság pontosan megvizsgálta, melyből az derült ki, hogy előzetesen telefon egyeztetés történt a kezeléssel. Ez a két intézmény között több évtizedre visszatekintő jól működő gyakorlat. Az államtitkári tájékoztatás szerint egyértelműbb lett volna, ha a zárójelentésben a pontos időpont is szerepel, de ezt feltehetően csak szóban közölhették a beteggel. Másrészt, az államtitkár álláspontja szerint egy ilyen régi kapcsolatot ápoló két intézmény között a fogadó részéről eltúlzott adminisztratív megközelítés volt, hogy ennek hiányában egy klinikai zárójelentést nem fogadtak el beutalónak. XY szerint tehát a Városmajori Érsebészeti Klinika zárójelentése, mint beutaló adott helyzetben elfogadható tekintettel arra, hogy azon a további kezelés célja és a helyszíne egyértelműen megtalálható.

Fentiek alapján az államtitkár véleménye szerint megállapítható, hogy szerencsésebb lett volna, ha a küldő intézmény zárójelentésében szerepel az egyeztetett felvételi időpont, és az orvos neve, akivel az átvételt egyeztették. Levelében az államtitkár megjegyezte, hogy *az egész körülményes küldözgetés elkerülhető lett volna, ha a beteg a klinikának jelzi, hogy adminisztratív akadályba ütközött, akkor azt egy második telefonnal azonnal el lehetett volna intézni.*

Mindezzel együtt nem életszerű, hogy olyan intézménytől (győri Petz Aladár Kórház) kérjenek beutalót, amely a tevékenység indikációjában nem volt meghatározó szereplő. Ugyancsak életszerűtlen az államtitkár szerint ilyen esetben a háziorvos beutalóját kérni. Ugyanakkor álláspontja szerint *a Petz Aladár Megyei Oktató Kórház nem finanszírozott, nem jogosult Protavasin infúziós kezelésre, tehát nem követett el mulasztást.* A Protavasin infúziós kezelés folytatásához szükséges III. progresszivitási szintű angiológiai osztályos háttér, ezen kezelést az országban 10 központban lehetséges jelenleg alkalmazni.

A mellékelt dokumentumok alapján megállapítható, hogy a betegnek neuro-ischémias jellegű, sebképződéssel járó ún. diabeteses lába van. Az ilyen jellegű betegség a világon, így hazánkban is magas amputációs rátával jár, egy éven belül. Ellátása igen komplex, a szoros diabeteses anyagcsere kontroll, egyéb kardiovaszkuláris rizikók (hypertónia, cardialis eltérések, életmód: dohányzás elhagyása, étrend, mozgásterápia stb.) mellett az elhalt területek eltávolítása, feltárása, intelligens kötszer használata, antibiotikum alkalmazása, végtag megfelelő orthesissel, illetve gyógycipővel történő tehermentesítése, konzervatív és lehetőség szerint érrekonstrukciós beavatkozásokat jelent. Ellátásában belgyógyász, diabetológus, angiológus, sebész, érsebész, intervenciós radiológus, radiológus, ortopédsebész, bőrgyógyász, háziorvos, rehabilitációs szakorvos szoros együttműködése szükséges.

Ezen szakemberek ideálisan diabeteses láb centrumokban állnak rendelkezésre, azonban ez hazánkban még nem épült ki. Nemzetközileg sincs elegendő evidencia a különböző beavatkozások hatékonyságáról, tartósságáról. Ennek megfelelően sok szempontból személyes tapasztalatokon és lehetőségeken is múlik az ellátás jellege (ún. Evidencia B, C szint).

A győri Petz Aladár Megyei Oktató Kórházban széleskörű kapcsolat szerint ezen kezelési sor számos részét végezték nagyon helyesen. Az érsebész elvégezte a kötelező angiographiát is, mely az alapja annak, hogy angiológiai beavatkozásról dönteni lehessen. A klinikum és a látott angiographiás kép illetve egyéb non invazív vizsgálatok alapján jogosan világosították fel a beteget arról, hogy a rendelkezésre álló leletek alapján a végtag hosszú távú esélye az amputáció elkerülése szempontjából rossz, amiről kötelező a beteget tájékoztatni.

A Petz Aladár Kórházban úgy ítélték meg, hogy a rekonstrukciós műtetre nincs esély, melyet a Városmajori Érsebészeti Klinikán sem végeztek el. A legújabb magyar irányelv (Eü. Közl. LXVII. évf. 3. szám 2017.II.20.) 9.3 fejezetének 80. ajánlásában az található, hogy

angioplastica akkor ajánlott, ha az előzetes angiographián egy, a lábfejjig egyenes lefutású rekonstruálható ér ábrázolódik. Az evidenciaszint C IIa. Mivel a beteg győri angiographiáján az említett ér nem ábrázolódik, ezért joggal mondhatták, hogy sem műtéti, sem intervenciós kezelés nem végezhető. A C típusú ajánlás gyenge ajánlásnak minősül, azt mutatja, hogy a beteg individuális megítélése megengedett. Ezen elv alapján döntöttek úgy a Városmajori Klinikán, hogy mégis megpróbálják az angioplasticat. A döntés a beteg szempontjából szerencsésnek minősült, mert egy lábfejjig vezető ér megnyitható volt.

Fentiek alapján az államtitkár véleménye szerint a Petz Aladár Kórház nem hibáztatható, mert az ajánlásnak megfelelően járt el, és természetesen a Városmajori Érsebészeti Klinika sem, azért mert eltért egy gyenge ajánlástól. Az „egyeres kiáramlás” biztosítása révén szerencsére ezzel egyelőre el lehet kerülni az amputációt, azonban ezen terület nyitva maradása ilyen beavatkozások után sokszor csak átmeneti eredménnyel jár, ezért vetették fel itt is a Prostanoid infúzió adását.

Az egészségügyi államtitkár összefoglalója szerint a diabeteses láb multidiszciplinális feladat. Komplex, a többféle szakterületet is összefoglaló részletes ajánlás aktuálisan az USA-ban 2016-ban, Európában 2017-ben jelent meg, de az evidencia szintek sok esetben még most sem megfelelőek, sokszor csak szakértői vélemények döntenek a vascularis beavatkozást illetően is. Hazánkban a diabeteses láb ellátásáról szóló – a nemzetközi ajánlásokat is figyelembe vevő – irányelv az elmúlt évben már elkészült².

Mindezek alapján a tájékoztatás szerint mindkét intézmény igyekezett komplex szakmai segítséget nyújtani, igénybe véve az elérhető lehetőségeket a sokszor „A szintű” evidenciák hiányában, legjobb tapasztalatuk és megítélésük szerint.

Érműtét nem történhetett, az intervenciós beavatkozást illetően álláspontjuk ugyan nem egyezett meg, de a Városmajori Érsebészeti Klinikán a beteg szempontjából helyesen tértek el a vonatkozó ajánlástól.

A Szakmai Kollégium tagozatvezetőjének beszámolója alapján a 2017. szeptember 12-én elvégzett sikeres perifériás intervenciót követően a betegnél 2 héttel később október 2-20 között, az előírt Protavasin infúziós kezelés a szakma szabályainak megfelelően a Péterfy Kórház Angiológiai Osztályán megtörtént.

Az államtitkár levelében egyúttal kifejtette, hogy álláspontja szerint a panaszosnak szükséges lett volna a hatóságoknál történő személyes panasztétel az ombudsmanhoz való fordulását megelőzően.

3. A Magyar Angiológiai és Érsebészeti Társaság álláspontja

A Magyar Angiológiai és Érsebészeti Társaság elnökét megkeresésemben arra kértem, hogy a panaszolt esettel és a rendszerszintű helyzettel kapcsolatos szakmai álláspontjáról, valamint az alábbi konkrét kérdésekkel összefüggésben tájékoztasson:

1. Álláspontja szerint a vonatkozó irányelv³ 80. C IIa evidenciaszintű és besorolási osztályú ajánlása valóban eredményezheti-e azt, hogy ugyanazon beteg lábát Győrben menthetetlennek ítélik, és nem tesznek erőfeszítést a végtagmentésre, míg a fővárosban sikeresen megteremtik a végtagmentő beavatkozás előfeltételeit?
2. Amennyiben valóban ilyen szabadságot jelent a C evidenciaszintű ajánlás a beavatkozás tekintetében, álláspontja szerint a beteg tájékoztatáshoz való jogába beletartozik-e az, hogy az orvos – különösen az ilyen drasztikus

² Egészségügyi szakmai irányelv – A diabeteses láb szindrómában szenvedő cukorbetegség ellátása felnőttkorban (klinikai kép, diagnosztika, terápia, megelőzés), érvényes 2018.03.01-2021.03.01-ig.

³ A perifériás verőér megbetegedések ellátásáról szóló klinikai egészségügyi szakmai irányelv (azonosító: 001472)

következményekkel járó esetekben - a döntésével kapcsolatban felhívja az érintett beteg figyelmét arra, hogy más szakorvos szakmai álláspontja az övétől eltérő lehet, melyre a vonatkozó szakmai irányelv lehetőséget is ad.

3. Álláspontja szerint a vonatkozó finanszírozási szabályok kellőképpen ösztönzik-e a végtag megmentését célzó beavatkozások előnyben részesítését az amputációval szemben?

Válaszában az elnök a következőkről tájékoztatót:

- A kapott tájékoztatás szerint a betegnek krónikus kritikus alsó végtagi ischaemiája állt fenn a diagnózis felállításakor, azaz súlyos vérellátási zavar, mely kezelés nélkül, vagy további állapotromlás esetén a végtag elvesztéséhez, amputációhoz vezethet. A szóba jöhető invazív megoldások (bypass műtét, vagy katéteres tágitás) mindegyike szövődmények lehetőségét hordozza magában, ezek akár a végtag elvesztésének idejét előre hozhatják, illetve más súlyos egészségkárosodáshoz vezethetnek (pl. szívinfarktus, veseelégtelenség). A konzervatív kezelések (amelyet a győri Petz Aladár Kórház szakorvosa is javasolt), kevesebb szövődménnyel járnak, bár várható keringésjavítási hatásuk is csekélyebb. Ezeket a körülményeket minden kezelőorvos mérlegeli egy beteg gyógyítása során.
- A konkrét esetben a tünetek, a fizikális status és az angiographiás kép alapján több döntést is lehetett hozni. A szakmai ajánlás (EMMI szakmai irányelve a perifériás verőér megbetegedések ellátásáról, Eü.Közlöny LXVII. évf. 3. szám 2017.02.20., Ajánlás 80.: IIa erősségű, C evidencia szint alapján) erre vonatkozóan nem egyértelmű, mert nem áll rendelkezésre elegendő magas szintű bizonyíték arra, hogy az invazív, vagy konzervatív kezelés adja-e a jobb eredményt (a hazai ajánlás egyezik a nemzetközi ajánlásokkal is), tehát *a kezelőorvos és a beteg megbeszélése alapján lehet és kell dönteni*. Eszerint lehet különbség a kezelőorvosok döntésében és javaslatában. Jelen esetben megfelelő végső döntés született, de a nemzetközi összevetésben is jól látszóan elkeserítően magas (levelében is idézett) magyar amputációs arány szerint sokszor nem így van. A megkereső levelében idézett NEAK adatok ismertek, nem kellően pontosak, lényeges változást nem tükröznek.
- A katéteres, éren belüli beavatkozásokban eltérő tapasztalatú szakemberek (radiológusok, érsebészek) eltérő felszereltségű kórházakban dolgoznak az országban. A Petz Aladár Megyei Oktatókórház III. progresszivitású érsebészeti centrum, ahol a katéteres műtétek feltételei adottak; kérdéses, hogy a kezelőorvos referálta-e az esetet invazív radiológusnak, azaz, hogy közösen vagy egyedül döntött úgy, hogy nem tartja indokoltnak/elvégezhetőnek a beavatkozást. A mindennapi gyakorlat az, hogy ha egy kezelőorvos tud a beteg számára jobb megoldást, mint ami a saját kórházában elérhető, akkor jelzi ezt a beavatkozás végzésére alkalmas kórházban és a beteget oda irányítja. Jelen esetben erre kötelező ajánlás nincs, *a Városmajori Érsebészeti Klinika ugyanúgy III. szintű centrum, mint a győri, bár a tapasztalat és az eszközellátás kétségtelenül nem egyenlő. Nem egyértelmű a szabályozás, hogy amennyiben nem a lakhely szerinti szakorvos kezeli a beteget, akkor az utókezelést, kontrollt ki véggezze.*
- A katéteres beavatkozás utáni kezelés (protavasin infúzió) angiológiai osztályra tartozik, nem érsebészetre. Ezért irányították a Péterfy Sándor utcai Kórház Angiológiai Osztályára a beteget a Városmajori Érsebészeti Klinikáról. Hivatalos betegként a győri beteg II. progresszivitási angiológiai szinten a szombathelyi Markusovszky Kórházhoz tartozik a jelenleg érvényes Területi Ellátási Kötelezettség Nyilvántartás szerint (ÁNTSZ X TEK honlap). A Péterfy Sándor utcai Kórház nem fogadta azonnal a beteget (erre szakmailag nem is volt szükség, a beteget emiatt egészségkárosodás nem érte). Lakhely szerint a szombathelyi kórház angiológiai osztálya a kijelölt ellátó hely. Ha ott a kezelést nem

tudják elvégezni, akkor III. szinten a budapesti Szent Imre Kórház Angiológiai Osztálya az illetékes.

- A végtagmentésre vonatkozó finanszírozási szabályok megfelelősége intenzív szakmai és egészségpolitikai tárgyalások témáját képezik évek óta. Szakmai részről (Magyar Angiológiai és Érsebészeti Társaság, Egészségügyi Szakmai Kollégium Érsebészeti és Angiológiai Tagozata) többször kezdeményeztük a finanszírozás (HBCS módosítás, garanciaszabály eltörlése, TVK mentesség) revízióját. Intézkedés eddig (2018 szeptember) nem történt. *A katéteres technikák fejlődésével a finanszírozási rendszer nem tart lépést, ezért a kórház menedzsmentek nem érdekeltek a korszerű, de drága technikák alkalmazásában. A kezelőorvos döntésében a finanszírozási szempontok nem játszanak szerepet, célja a beteg egészségének megőrzése legjobb tudása (pl. szakmai irányelvek) alapján. A betegek egészségnyeresége nem egyetlen kórházi kezelés alkalmával, hanem hosszabb távon jelentkezik. A sokszor egynapos kórházi kezelést igénylő „drágább” katéteres műtét a kevesebb kórházi ápolás és kevesebb munkából kiesés miatt térül meg. Megjegyezte, hogy az amputáció költségei esetén sem csak a műtéttel kapcsolatos hospitalizációt kell figyelembe venni, hanem a sokszor hosszú rehabilitációs kezelést is.*

Álláspontját a következőkben összegezte:

- jelen esetben a kezelőorvosok döntése között lehetett eltérés az érvényes szakmai ajánlások alapján;
- a beteg protavasin infúziós kezelését a területileg illetékes angiológiai osztály jogosult folytatni,
- a betegutak nem kellően tisztázottak (a progresszivitási szintek nem tükrözik a valós helyzetet, a betegek nem területi alapon történő ellátásának folyamata nem egyértelmű: területi ellátási kötelezettség – szabad orvosválasztás – ellátási kapacitások),
- a jelen finanszírozási szabályok nem ösztönöznek kellően a végtagmegtartásra,
- hazánkban a betegek esélyei végtagmentésre nem egyenlők,
- a beteg megfelelő felvilágosítása minden esetben kötelező.

A vizsgálat megállapításai

I. A hatáskör tekintetében

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

Az Ajbt. 18. § (1) bekezdés l) pontja és a 18. § (2) bekezdésének e) pontja alapján az alapvető jogok biztosá által vizsgálható *hatóságnak*, ezen belül *közszolgáltatást végző szervnek* minősül – függetlenül attól, hogy milyen szervezeti formában működik – *a jogszabályban közszolgáltatásként megjelölt tevékenységet végző szervezet*. Az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről szóló 2006. évi CXXXII. törvény 1. § (2) bekezdés b) pontja szerint egészségügyi közszolgáltatásnak minősül a részben vagy egészben a központi költségvetés és az Egészségbiztosítási Alap terhére finanszírozott egészségügyi szolgáltatás. A fentiek alapján a korábbi ombudsmani gyakorlattal

összhangban *közszolgáltatást végző szervek körébe tartoznak az egészségügyi intézmények*, amelyekre az ombudsman *vizsgálati jogosultsága* – az Ajbt. hatásköri szabályai értelmében – *egyértelműen kiterjed*.

II. Az alapvető jogok és alkotmányos elvek tekintetében

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

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

Ha összevetjük az Alaptörvény B) cikk (1) bekezdésében, az Alaptörvény II. cikkében, IV. cikkében foglaltakat a korábbi Alkotmány 2. § (1) bekezdésének, 54. § (1) bekezdésének, 56. § (1) bekezdésének a szövegével, akkor az állapítható meg, hogy a jelen vizsgálat tárgyát képező *jogállamiság elve és az érintett alapjogok* tekintetében nem hoz olyan változást az Alaptörvény szövege, amely a korábbi alkotmánybírósági gyakorlat elvetését, tartalmi átértékelését alátámasztaná. Így elvi megállapításaim megfogalmazása, az alapjogok és az alkotmányos elvek értelmezése során irányadónak tekintem az Alkotmánybíróság által az Alaptörvény hatályba lépését megelőzően és az azt követően meghozott határozataiban, azok indoklásában kifejtett megállapításokat. A tisztességes eljárás jogának érvényesülése kapcsán annyi változást érdemes még ebben a körben kiemelni, hogy immár külön alkotmányi rendelkezés nevesíti *a tisztességes hatósági eljáráshoz való jogot*.

1. Az Alaptörvény B) cikk (1) bekezdése alapján Magyarország független, demokratikus jogállam. Az Alkotmánybíróság korábbi töretlen gyakorlata alapján ennek a jogállami minőségnek nélkülözhetetlen eleme a jogbiztonság. Ahogy pedig arra az Alkotmánybíróság felhívta a figyelmet a 30/2012. (VI. 27.) AB határozatában, az Alaptörvény B) cikk (1) bekezdése és az Alkotmány 2. § (1) bekezdése azonosan deklarálja a jogállami klauzulát, tehát az eddig kialakított alkotmánybírósági gyakorlat relevánsnak tekinthető a vizsgálat során. Az Alkotmánybíróság korábbi töretlen gyakorlata alapján ennek a jogállami minőségnek nélkülözhetetlen eleme a közhatalom gyakorlásának szabályokhoz kötöttsége. A jogállamiság elvéből folyó követelmény a közhatalom, a közigazgatás törvény alá rendeltsége: a közhatalommal rendelkező szervek a jog

által megállapított működési rendben, a polgárok számára megismerhető és kiszámítható módon szabályozott korlátok között fejtik ki tevékenységüket. Nem hagyható figyelmen kívül, hogy a kiszámíthatóság – beleértve az egységes jogalkalmazást – és az eljárási garanciák biztosítása szorosan összekapcsolódik az egyes alanyi alapjogok védelmével, mintegy kölcsönösen feltételezik egymást. A jogállamiság az állam működési alapelve, a *közhatalom joghoz kööttségét jelenti*, azaz az államnak csak azt szabad megtennie, amit számára a jog kifejezetten megenged. A jog uralma azt jelenti, hogy nem a hatalom eseti döntései, önkénye, akarata érvényesül, hanem a jog uralkodik: a hatalom csak a jogszabályi alapokon, a szabályok tiszteletben tartásával érvényesítheti akaratát.

Az Alkotmánybíróság által gyakran hivatkozott tétel, hogy a jogbiztonság az állam – s elsősorban a jogalkotó – köteletségévé teszi annak biztosítását, hogy a jog egésze, egyes részterületei és az egyes jogszabályok is világosak, egyértelműek, működésüket tekintve kiszámíthatóak és előreláthatóak legyenek a norma címzettjei számára. A jogbiztonság nem csupán az egyes normák egyértelműségét követeli meg, de az egyes jogintézmények működésének kiszámíthatóságát is. A jogállamiság elvéből folyó követelmény a közhatalom, a közigazgatás törvény alá rendeltsége: a közhatalommal rendelkező szervek a jog által megállapított működési rendben, a polgárok számára megismerhető és kiszámítható módon szabályozott korlátok között fejtik ki tevékenységüket. Nem hagyható figyelmen kívül, hogy a kiszámíthatóság – beleértve az egységes jogalkalmazást – és az eljárási garanciák biztosítása szorosan összekapcsolódik az egyes alanyi alapjogok védelmével, mintegy kölcsönösen feltételezik egymást.

2. Az Alaptörvény II. cikke alapján *az emberi méltóság sérthetetlen*, minden embernek joga van az élethez és az emberi méltósághoz. Az Alaptörvény hatályba lépését 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 érinthetetlen, aki ember, függetlenül fizikai és szellemi fejlettségétől, illetve állapotától, és attól, hogy emberi lehetőségéből mennyit valósított meg, és miért annyit. 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.

2.1 Az Alkotmánybíróság az ember életét és méltóságát egységben szemlélte, ezek nem választhatóak külön az ember társadalmi és biológiai dimenziójához fűzhető jogok. Az emberi méltósághoz fűződő jog az alkotmánybíróság gyakorlatában nem a személy szubjektumától függő méltóságérzethez kapcsolódott, hanem azt jelentette, hogy a jog az életet az emberi minőséggel együtt ismeri el, és kapcsol ahhoz elidegeníthetetlen jogokat. Az emberi méltósághoz való jog a természetes személyek autonómiáját jelenti, az önrendelkezésüknek egy olyan, mindenki más rendelkezése alól kivont magja van, amelynél fogva az ember alany marad, s nem válhat eszközzé vagy tárggyá. A méltósághoz való jognak ez a felfogása különbözteti meg az embert a jogi személyektől, amelyek teljesen szabályozás alá vonhatók, nincs érinthetetlen lényegük.

Az Alkotmánybíróság már az egyik első, 1990-ben hozott döntésében kimondta, hogy az emberi méltósághoz való jog általános személyiségi jog, amelynek egyes fontos eleme az önrendelkezés szabadsága. Ugyanezen határozatban hívta fel a figyelmet arra az Alkotmánybíróság, hogy az önrendelkezési jog – mint az összes különös személyiségi jog – az egyén autonómiáját, az egyéni döntés szabadságát védi. Az Alkotmánybíróság 2000-ben foglalkozott először az egészségügyi önrendelkezési jog kérdéskörével, a betegek jogainak tartalmával, a beteg önrendelkezési jogát pedig különös személyiségi jogként vezetett le az Alkotmány szövegéből. Az Alaptörvény külön nem nevesíti a betegek jogait, de ezek a speciális jogosítványok – álláspontom szerint továbbra is – levezethetőek az emberi méltósághoz való jogból, és az önrendelkezési jogból. A betegek jogainak fokozott állami védelmi kötelezettségekből adódó egyes alanyi jogokat törvényi szinten rögzítették: az Eütv. betegjogi

katalógusa nevesíti a beteg emberi méltósághoz való jogát, tájékoztatásához való jogát, önrendelkezési jogát, és a gyógyintézet elhagyásának jogát.

A beteg jogvédelmi rendszer központjában az *egészségügyi önrendelkezési jog biztosítása*, valamint az *„informed consent”*, azaz a *tájékozott beleegyezés elve áll*, ennek megfelelően széles körű alkotmányos védelemben részesül a szabad, tájékozott és felelősségteljes döntésre képes ember saját teste, sorsa feletti rendelkezési joga. Az Alkotmánybíróság 36/2000. (X. 27.) AB határozata szerint az egészségügyi ellátás során szükséges beavatkozásokba való beleegyezés, illetve annak visszautasítása a személyiségi jogok gyakorlásától elválaszthatatlan. Számos korábbi ombudsmani jelentés kiemeli azt, hogy a beteg, egészségügyi ellátásra szoruló személyek e helyzetüknél fogva eleve *kiszolgáltatott*, nem egyszer „alárendelt” *helyzetben vannak* az egészségügyi intézményekkel szemben, így jogaik különösen sérülékenyek. Mindebből következően az államtól nemcsak az egészségügyi intézményrendszer fenntartása és működtetése várható el, hanem alkotmányos kötelezettségre kiterjed az egészségügyi ellátásra szoruló személyek alapvető jogai védelmére.

3. Az Alaptörvény XV. cikk (2) bekezdése alapján 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 egyenlő bánásmóddhoz való jog a jogegyenlőség kifejeződése, melynek megfelelően megkülönböztetés tilalma arra vonatkozik, hogy a jognak mindenkit egyenlőként (egyenlő méltóságú személyként) kell kezelnie, azaz 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. (IV.25.) AB hat.]

A hátrányos megkülönböztetés tilalma és az esélyegyenlőség biztosítása, előmozdítása az állam számára eltérő jellegű, de szorosan összekapcsolódó feladatot, kötelezettséget jelent. A jogegyenlőség megteremtése, az egyenlő méltóságú személyként kezelés biztosítása elsődleges állami kötelezettség, míg az esélyegyenlőség elősegítése az állam részéről egy jogi lehetőséget biztosít. Lehetőséget, ugyanakkor bizonyos, valamely tulajdonságukból, állapotukból – így különösen az életkorukból, egészségi állapotukból, betegségükből, testi vagy szellemi fogyatékoságukból – adódó sajátos, kiszolgáltatott helyzetük miatt objektíve hátrányba kerülő személyek csoportjainál az állami beavatkozás nem fakultatív feladat: az állam itt köteles hatékony lépéseket tenni az eredendően és súlyosan egyenlőtlen helyzet felszámolására.

3.1 Az egészség-egyenlőtlenségek kapcsán érdemes megvizsgáljuk az Alaptörvény XV. cikkének, azaz az esélyegyenlőség biztosítása és a hátrányos megkülönböztetés tilalma valamint az Alaptörvény XX. cikkében meghatározott egészséghez való jog együttes értelmezését. A XX. cikk szerint az államnak e jog megvalósulása érdekében meghatározott, az egészségügyi intézmények és orvosi ellátás megszervezésére irányuló kötelezettsége annyit feltétlenül jelent, hogy az állam köteles megteremteni egy olyan intézményrendszer működésének a garanciáit, amely *mindenki számára* biztosítja az egészségügyi szolgáltatások igénybevételi lehetőségét: vagyis a szolgáltató intézmények hiánya miatt senki ne maradjon ellátatlanul. A hátrányos megkülönböztetés tilalma alapján pedig Magyarország az alapvető jogokat – így az egészséghez való jogot is – mindenkinek bármilyen megkülönböztetés nélkül kell, hogy biztosítsa.

Az állam szabadságot élvez abban, hogy milyen módon, milyen jogi, normatív és anyagi eszközökkel teljesíti az esélyegyenlőség előmozdítására vonatkozó alkotmányos kötelezettségét, mint államcél: figyelembe kell venni és mérlegelni lehet az eszközök megválasztásában az állam teherbíró képességét. Nem vitatható ugyanakkor, hogy az esélyegyenlőség megvalósításának – az Alaptörvény által is nyomatékosítva – a legmesszebbmenőkig eleget kell tenni a betegek esetében. Az egészségügyi szolgáltatások igénybevételi lehetőségének a hátrányos megkülönböztetés tilalma alapján azonos lehetőségeket kell eredményeznie az ellátással összefüggésben.

4. Az Alaptörvény XX. cikk (1) és (2) bekezdése alapján mindenkinek joga van a testi és lelki egészséghez, amelynek érvényesülését Magyarország – mások mellett – az egészségügyi ellátás megszervezésével segíti elő. Az Alaptörvény rendszerében az egészségügyi ellátás olyan intézményvédelmi kötelezettség, amelyből konkrét, alkotmányi szintű, kikényszeríthető alanyi jogok jellemzően nem vezethetők le. Az Alkotmánybíróság a 3132/2013. (VII. 2.) AB határozatában kifejtett értelmezésekor abból indult ki, hogy az Alaptörvény XX. cikk (1) bekezdése az egészséghez való jognak az alanyi oldalát, a XX. cikk (2) bekezdése pedig annak objektív, intézményvédelmi oldalát határozza meg. Az Alkotmánybíróság gyakorlata szerint a korábbi Alkotmányban elismert testi és lelki egészséghez való jog szoros összefüggésben állt a korábbi az élet és emberi méltóság jogával: az alapjog alanyi oldalát a személyiség testi-lelki integritásához való jogként határozta meg, amely az emberi méltósághoz való jogból következik. Az Alkotmánybíróság gyakorlatában eszerint “az emberi méltóság lényeges tartalma” töltötte meg az egészséghez való jognak az alanyi oldalát tartalommal. Az Alkotmánybíróság ennek alapján továbbra is fenntarthatónak tartotta az egészséghez való jog korábbi alkotmánybírósági értelmezését. (Az AB egészséghez való joggal kapcsolatos gyakorlatát összegzi a 109/2008. (IX. 26.) AB határozat, emellett lásd különösen 56/1995. (IX. 15.) AB határozat, 37/2000. (X. 31.) AB határozat indokolását)

Az Alkotmánybíróság több határozatában értelmezte a testi és lelki egészséghez való jog tartalmát és korlátozhatóságát és kimondta, hogy alapvetően nem alanyi jogként, hanem alkotmányi követelményként értelmezendő: az államnak azt az alkotmányos kötelezettségét jelenti, hogy a nemzetgazdaság teherbíró képességéhez, az állam és a társadalom lehetőségeihez igazodva olyan gazdasági és jogi környezetet teremtsen, amely a legkedvezőbb feltételeket biztosítja a polgárok egészséges életmódjához, életviteléhez. Az AB gyakorlata utal arra is, hogy az államnak e jog megvalósulása érdekében meghatározott, *az egészségügyi intézmények és orvosi ellátás megszervezésére irányuló kötelezettsége annyit feltétlenül jelent, hogy az állam köteles megteremteni egy olyan intézményrendszer működésének a garanciáit, amely mindenki számára biztosítja az egészségügyi szolgáltatások igénybevételi lehetőségét: vagyis a szolgáltató intézmények hiánya miatt senki ne maradjon ellátatlanul.*

Az alkotmánybírósági gyakorlat ugyanakkor utalt arra is, hogy az egészségügyi intézményhálózat és az orvosi ellátás körében elvontan, általános ismérvekkel csak egészen szélső esetekre korlátozottan határozhatja meg az állami kötelezettség kritikus nagyságát, vagyis azt a szükséges minimumot, amelynek hiánya már alkotmányellenességhez vezet. Ilyennek volna minősíthető például, *ha az ország egyes területein az egészségügyi intézményrendszer és az orvosi ellátás teljesen hiányozna. Az Alkotmánybíróság olvasatában az ilyen szélső eseteken túl azonban az Alkotmányban meghatározott állami kötelezettségnek nincs alkotmányos mércéje. Az egészséghez való jog tehát önmagában alanyi jogként értelmezhetetlen, az az Alkotmányban foglalt állami kötelezettségként fogalmazódik meg, amely magában foglalja azt a kötelezettséget, hogy a törvényhozó a testi és lelki egészség bizonyos területein alanyi jogokat határozzon meg. Az egészségvédelmi kötelezettség, mint az életvédelmi kötelezettségből levezetett, „közvetett” intézményvédelmi kötelezettség határozottan az államcél minőség felé mutat.*

5. Az Alaptörvény XXIV. cikk (1) bekezdése tartalmazza *a tisztességes hatósági eljárás*hoz való jogot, eszerint mindenkinek joga van ahhoz, hogy ügyeit a hatóságok – ide értve a közszolgáltatást végző szerveket – részrehajlás nélkül, tisztességes módon és ésszerű határidőn belül intézzék, illetve a döntéseiket a törvényben meghatározottak szerint indokolják. Az Alkotmánybíróság szerint a közigazgatás törvényessége akkor valósul meg, ha jogilag szabályozott eljárási keretek között működik. Nem hagyható figyelmen kívül továbbá, hogy a kiszámíthatóság – beleértve az egységes jogalkalmazást – és az eljárási garanciák biztosítása szorosan összekapcsolódik az egyes alanyi alapjogok, szabadságjogok védelmével, mintegy kölcsönösen feltételezik egymást. Az Alkotmánybíróság elvi élel mutatott rá arra, hogy az *alanyi jogok érvényesítésére szolgáló eljárási garanciák* a jogbiztonság követelményéből erednek, de szoros kapcsolatban állnak a *jogegyenlőséggel* is. A megfelelő eljárási garanciák nélküli eljárásban a jogbiztonság szenved sérelmet. A tisztességes

eljárás követelménye olyan minőség, amelyet az eljárás egészének és körülményeinek figyelembevételével lehet megítélni. A tisztességes eljáráshoz való jog abszolút jog, vele szemben nem létezik mérlegelhető más alapvető jog vagy alkotmányos cél, mert maga is mérlegelés eredménye.

III. Az ügy érdeme tekintetében

Amint azt a 2018 márciusában kiadott vonatkozó szakmai irányelv⁴ tartalmazza, a diabetes mellitus a XXI. század elejének egyik legjelentősebb népegészségügyi problémájává vált és előkelő helyet foglal el a nem fertőző ún. „civilizációs” betegségek sorában. Az ENSZ véleménye szerint világméretben a 4 egészségügyi „közellenség” egyike. Az előfordulási adatok továbbra is növekvő tendenciájúak. Magyarországon a felnőttkorban előforduló cukorbetegség gyakoriságáról – központi regiszter hiányában – pontos adatokkal nem rendelkezünk, csaknem másfél-kétfélmillió ember szenved ismert vagy ismeretlen módon diabetesben, illetve kórmegelőző állapotában. A diabeteses láb szindróma hazai előfordulási gyakoriságáról megbízható adatokkal szintén nem rendelkezünk, a klinikai gyakorlatban a cukorbeteg kb. 1/3-ánál számíthatunk a kialakulásának alapját megteremtő, panaszokat okozó neuropathia diabetica előfordulására. A nagy amputációk száma ötször-tízszer nagyobb a diabeteses érbeteg-csoportnál, mely összefügg azzal is, hogy az állapotot gyakran sensoros neuropathia és a fertőzésekkel szembeni csökkent ellenállóképesség kíséri. Napjainkban a nem traumás eredetű alsó végtagi amputációk 50-70%-át a diabeteses láb következményeként cukorbetegeken végzik, ezzel összefüggően valahol a világon húsz másodpercenként amputációra kerül egy alsó végtag. Ötéves követés alatt az amputált diabeteses betegek 28-49%-ában kerül sor az azonos oldali végtag újabb amputációjára, az amputációt követő ötéves halálozás eléri az 50-68%-ot.

Magyarországon két és félszeres a boka feletti amputációk száma az Unió átlaghoz képest⁵, a Magyar Angiológiai és Érsebészeti Társaság pedig közleményben hívta fel a figyelmet arra, hogy a világ legjelentősebb érsebészeti folyóirata, a *European Journal of Vascular and Endovascular Surgery* legfrissebb elemzése szerint Európában még mindig nálunk a legtöbb az érszűkület miatt végzett major amputáció.

1. Általános helyzetkép

1.1 A gondozás fontossága

A hazai szakmai álláspont szerint „Az érbeteg ellátás az egészségügyünk egyik, ha nem legnagyobb feladata, ami csak jól szervezett multidiszciplináris megközelítésben szoros kollaborációban javítható, illetve oldható meg. (...) A nem inzulin dependens, 2-es típusú diabetes mellitus köztudottan egyre növekvő populációt érint. Ismert az is, hogy ennek a komplex metabolikus megbetegedésnek az alsó végtagi perifériás érbetegség súlyos szövődménye, és ez manapság az amputációk több mint felének okozója. (...)E betegcsoport szoros gondozása különösen fontos, hiszen az amputációhoz vezető folyamat komplex, nem csupán nagyérszűkület, de érintett a mikrocirkuláció, kóros a gyulladásos reakció, neuropathia, osteopathia alakul ki, melynek végeredménye a nehezen gyógyítható diabeteses láb.”⁶

Ugyancsak az idézett szakmai tanulmány szerzője szerint a manifeszt érbetegség meghatározásának legfontosabb módszere a boka/kar index mérése folyamatos hullámú (kézi)

⁴ A diabeteses láb szindrómában szenvedő cukorbeteg ellátása felnőttkorban (klinikai kép, diagnosztika, terápia, megelőzés), 002065 azonosító számú Klinikai szakmai irányelv

⁵ http://medicalonline.hu/gyogyitas/cikk/nekem_az_faj_hogy_amputalunk_amikor_nem_kellene

⁶ Dr. Pécsvárad Zsolt: Az angiológia szerepe az érbetegellátásban, in.: Orvosok Lapja 2019/1.

Doppler-készülékkel. A könnyen elvégezhető mérés globális rizikót tud meghatározni, előre jelezve a 10 éves kardiovaszkuláris mortalitást. Annak ellenére, hogy jelenleg a műszer minden családorvosnak kötelező felszerelése, a kardiovaszkuláris prevenció program az érték meghatározását elő is írja, és az eredmény tükrében határozza meg a további gyógyszeres és életmódi teendőket, ez az olcsó szűrővizsgálat nem része a mindennapos gyakorlatnak (részben a hiányos/túlterhelt családorvosi rendszer miatt). A cikk rögzíti azt is, hogy a vaszkuláris területen még lehetőségként sem merült fel *országos szűrőhálózat kialakítása*, ellentétben más kisebb mortalitású kórképpel, jóllehet a *komplex szűrések* segíthetnék a rizikók eliminációját.

A diabéteszes láb szindróma ellátásában szerepet kapó szakterületek⁷ sorának (házi orvos, belgyógyász-diabetológus, belgyógyász-angiológus, radiológus, intervenció radiológus, rehabilitációban jártos sebész, érsebész, mozgásszervi rehabilitációs szakorvos, ortopéd szakorvos, traumatológus, bőrgyógyász, infektológus, podiáter, sebkezelést végző szakápoló) együttműködése és összehangolt munkája szükséges a betegek sikeres ellátása, gondozása során. Ezen munka jelentősen elmarad akár a környező országok aktivitásától, holott egyes számítások szerint akár felére lehetne csökkenteni az amputációkat, vagy annak mértékét. Nemzetközi tapasztalatok alapján drámai módon lehet csökkenteni az amputációk számát megfelelő számú diabéteszes láb ambulanciák és hozzájuk csatlakozó speciális központok jól szervezett együttműködésével, így az angiológus szerző⁸ álláspontja szerint elodázhatatlan feladat ennek személyi és pénzügyi hátterét megteremtteni.⁹

1.2 Területi egyenlőtlenségek

Magyar Angiológiai és Érsebészeti Társaság elnöke megkeresésemre többek között arról tájékoztatót, hogy *házánkban a betegek esélyei a végtagmentésre nem egyenlők.*

Az Egészségügyi Szakmai Kollégium Érsebészeti és Angiológiai Tagozatának vezetője és a Magyar Angiológiai és Érsebészeti Társaság elnökének egy korábbi közös publikációja¹⁰ szerint az érsebészeti ellátás jelenlegi helyzetét az *országos széttagoltság* jellemzi. Ez kedvezőtlen az ellátás egészét illetően, hiszen a *kisebb ellátóknál a személyi és tárgyi feltételek nem, vagy csak hiányosan teljesülnek.* Az amputációkat is megelőző stratégiát alapvetően három szakma összefogására kell alapozni: *belgyógyászat-angiológia, érsebészet és radiológiai vaszkuláris intervenció.* Magyarországon ezen három szakma ereje szétaprózódott, *kevés helyen valósul meg az egy földrajzi helyen való jelenlét.*

A Nemzeti Népegészségügyi Stratégiában (NNS) részletesen is felvázolt vaszkuláris centrumokat kb. 15-16 helyen lehetne megvalósítani, 8-9 II-es progresszivitási, 5-6 III-as progresszivitási szinten és 1-2 IV-es szinten, a jelenlegi 29 szolgáltatóval szemben.

Az Eütv. 2. § (2) bekezdése értelmében az egészségügyi szolgáltatások igénybevétele során érvényesülnie kell az esélyegyenlőségnek. Az egyenlő bánásmódról és az esélyegyenlőség előmozdításáról szóló 2003. évi CXXV. tv. kifejezetten az egészségügyre vonatkozóan is alkalmazni rendeli az egyenlő bánásmód követelményét, (25. §.) egyrészt felsorolva az érvényesítés területeit, továbbá általános jelleggel megengedve a pozitív diszkriminációt (többségtüntetést) törvényi és Korm. rendeleti szintű jogszabály útján az egészségügyben.¹¹

⁷ Jermendy Gy: LAM 2012; 22: 249-256

⁸ Dr. Pécsvárady Zsolt c. egyetemi tanár, Szakmai Kollégium Angiológiai és Érsebészeti Tanácsának elnöke, Flór Ferenc Kórház, Kistarcsa angiológiai osztályvezetője

⁹ Dr. Pécsvárady Zsolt: Az angiológia szerepe az érbetegellátásban, in.: Orvosok Lapja 2019/1.

¹⁰ Dr. Entz László – Dr. Szeberin Zoltán: Az érbetegellátás magyarországi helyzete 2019. elején és annak érsebészeti vonatkozásai, in.: Orvosok Lapja 2019/1.

¹¹ 25. § (1) Az egyenlő bánásmód követelményét az egészségügyi ellátással összefüggésben érvényesíteni kell különösen az egészségügyi szolgáltatásnyújtás, ezen belül

1.3 Az érsebészek számának alakulása

A megfelelő szakmai színvonalú betegellátás biztosításához elengedhetetlen az, hogy rendelkezésre álljon az ehhez szükséges számú szakember.

Az Egészségügyi Szakmai Kollégium Érsebészeti és Angiológiai Tagozata 2018-ban felmérést készített az egyes szolgáltatók személyi helyzetéről és az alábbiakat találta¹²:

Hazánkban összesen 119 sebész végez valamilyen szintű érsebészeti tevékenységet. 100%-os munkaidőben csak 71 fő foglalkozik érsebészettel, a többiek általános sebészeti műtétet is végeznek. Az európai átlagnak megfelelő lakosságárányos érsebész szám 180 fő lenne. Évi 9.500 rekonstruktív érműtét történik az országban, de hozzávetőleg 15.000-re lenne szükség az amputációs helyzet jelentős javításához.

Az érsebészek átlagéletkora 53,5 év, a kor megoszlás: 30-40 év között 16 fő dolgozik, 40-60 év között 67 fő, 60-70 év között 32 fő, 70 év fölött 5 fő érsebész tevékenykedik. Az utánpótlást jelentő szakvizsga előtt állók száma 33 fő. Az elkövetkező 6 évben 33 szakorvos lesz és a 60-70 közöttiek ez idő alatt mennek nyugdíjba, tehát az összlétszám még úgy sem emelkedik, hogy ha azt feltételezzük, hogy a 33 fő végzős fiatal orvos közül senki nem megy majd külföldre vagy a magánszférába dolgozni.

1.4 Finanszírozási problémák

További problémát jelent a szerzők¹³ szerint az, hogy a jelenlegi érbeteg ellátási HBCS elavult és nem fedezi a valós költségeket, ezek részletes revíziója, és ahol szükséges korrekciója elengedhetetlen a gazdaságos működés kialakításához. A korszerű érbeteg ellátásban szükséges egyes ellátások nem élveznek társadalombiztosítási támogatást, így pl. a fertőzött sebek modern kezeléséhez hozzátartozó vákuum kezelés, és az érbetegek szakszerű mozgásterápiája nem támogatott ellátás.

A katasztrofális hazai amputációs helyzet javítását a szakma véleménye szerint mindenképpen a kritikus végtag ischaemia (1-2 napon belül sürgős műtétet vagy radiológiai intervenciót kíván, ellenkező esetben menthetetlen a végtag) TVK¹⁴-mentesítése és garanciaszabály alóli felmentése szolgálná, valamint az itt szükséges beavatkozások HBCS-jének emelése.

A Magyar Angiológiai és Érsebészeti Társaság elnökének levele továbbá arról is beszámolt, hogy a katéteres technikák fejlődésével a finanszírozási rendszer nem tart lépést, ezért a kórház menedzsmentek nem érdekeltek a korszerű, de drága technikák alkalmazásában.

2. A konkrét eset értékelése: gondozási folyamat, a tájékoztatáshoz való jog és az egészségügyi önrendelkezési jog érvényesülése, a betegutak

A jelentésem alapjául szolgált konkrét eset tehát egy igen jelentős (és egyre növekvő) méretű betegkör általános helyzetére és problémáira irányítja rá a figyelmet. A panaszolt esettel

-
- a) a betegségmegelőző programokban és a szűrővizsgálatokon való részvétel,
 - b) a gyógyító-megelőző ellátás,

¹² Dr. Entz László – Dr. Szeberin Zoltán: Az érbetegellátás magyarországi helyzete 2019. elején és annak érsebészeti vonatkozásai, in.: Orvosok Lapja 2019/1.

¹³ Dr. Entz László – Dr. Szeberin Zoltán: Az érbetegellátás magyarországi helyzete 2019. elején és annak érsebészeti vonatkozásai, in.: Orvosok Lapja 2019/1.

¹⁴ Vö. teljesítmény volumen korlát: Magyarországon a finanszírozás tarthatósága érdekében került bevezetésre 2004-ben. A járóbeteg-szakellátásra és az aktív fekvőbeteg-szakellátásra vonatkozóan szolgáltatóként, éves szinten, havi bontásban meghatározott elszámolható teljesítmény mennyiség. A finanszírozást a NEAK az ellátóknak kizárólag a volumenkorlát keretein belül nyújtja.

kapcsolatban joggal merült fel a kérdés: hogyan lehetséges az, hogy míg Győrben az a szakmai álláspontja az érsebészeti osztálynak, hogy nem lehetséges esetben műtéti beavatkozás és a hosszú távú kilátások az amputáció felé mutatnak, addig Budapesten lehetségesnek találták az intervenciók kezelést, amely sikeresnek is bizonyult így lépések történtek az amputációhoz vezető folyamat megfordítására.

2.1 Gondozási folyamat

A beteg a fenti tényállásban rögzítettek alapján tehát 2017 áprilisától 2017 júliusáig állapota folyamatos romlásával szembesült, bár rendszeresen felkereste a területileg illetékes érsebészeti ambulanciát és érsebészeti osztályt, járt az általános sebészetben és a diabetológiai belgyógyászat szakambulancián is, javulást nem tapasztalt, erős fájdalmai voltak. 2017 májusában az érsebészeten azt közölték vele, hogy műtéti beavatkozás nem lehetséges és a hosszú távú kilátások az amputáció felé mutatnak. Ezt követően, bár a rendelt infúziós kezelésem részt vett, állapota egyre romlott, helyzete kilátástalannak tűnt. Mindennapjai fájdalomban és bizonytalanságban teltek, nem tudta pontosan mi történik, de minden nemű beavatkozás hiányában úgy érezte lába elvesztése felé halad. Ekkor döntöttek úgy férjével, hogy felkeresnek egy budapesti magán egészségügyi szolgáltatót. Itt több olyan vizsgálatot elvégeztek, javasoltak, amelyre eddig nem került sor, valamint a nyomáspontok tehermentesítésére szolgáló speciális diabétesz cipő készítését is javasolták számára. Ezen vizsgálatok és eszköz alkalmazása szerepel is a később 2018 márciusában életbe lépett diabéteszes láb szindrómában szenvedő cukorbeteg ellátása felnőttkorban c. klinikai szakmai irányelvben, de már ezt megelőzően is megtalálható volt pl. a diabétes mellitus kórismézéséről, a cukorbeteg antihyperglykaemiás kezeléséről és gondozásáról felnőttkorban c. klinikai szakmai irányelvben, illetve a 2013. december 31-én ugyan hatályát veszített, de tartalmában vonatkozó a felnőttkori diabétes mellitus háziorvosi ellátása c. szakmai protokollban. (Az Eütv. 77. §-a értelmében a beteg ellátásakor nem csak a szakmai irányelveket kell betartani, hanem az egyéb szakmai és etikai szabályokat is.¹⁵)

A gondozási tevékenység multidiszciplinális tevékenység, számos szakterület összehangolt munkájának összessége¹⁶. Kell tehát valaki, aki ezeket a tevékenységeket összehangolja, aki a személyre szabott gondozási folyamat felelőse, aki közben tartja azt, tisztában van a beteg kórtörténetével, átlátja és menedzseli a beteg ellátásának folyamatát, valamint teljesíti a beteg tájékoztatáshoz való jogával összefüggő feladatokat.

A panasz alapjául szolgált esetben éppen ezen multidiszciplinális, az érintett szakmák összehangolt munkáján alapuló gondozás nem valósult meg. A beteg nem tapasztalhatott egyénre szabott, individualizált, összehangolt kezelést a területileg illetékes ellátók között ingázva. Hiába járt az érsebészeti ambulancián, az általános sebészetben, a diabetológiai belgyógyászat szakambulanciáján, állapota nem javult, komoly fájdalmai voltak, a végtag tehermentesítésére szolgáló speciális diabétesz cipő, illetve radiológus bevonásának hiánya egyik ellátóhelyen sem tűnt fel, azt nem javasolták/rendelték a beteg számára, a fentebb idézett szakmai javallatok

¹⁵ Eütv. 77. § (3) Minden beteget - az ellátás igénybevételének jogcímére tekintet nélkül - az ellátásában résztvevőktől elvárható gondossággal, valamint a szakmai és etikai szabályok, illetve irányelvek betartásával kell ellátni.

¹⁶ Számos cikk és tanulmány jelent meg szakmai lapokban a témában már jóval a konkrét esetet megelőzően. Így pl. Prof. Dr. Daróczy Judit és Rédling Marianna a *Diabéteszes lábon kialakult bőrgyógyászati szövődmények* című írásában (Hippocrates 2011/2.) már 2011-ben nevesítette a diabéteszes láb komplex ellátásának elemeiként többek között a láb tehermentesítését, amely elsődleges szerepet játszik a sebgyógyulás feltételeinek biztosításában és a prevencióban egyaránt (pl. diabéteszes védőcipő/terápiás cipő vagy egyéni/előre gyártott ortézis), valamint az artériás keringés biztosítása során.

ellenére. (Az egészségügyért felelős államtitkárság úgy fogalmazott válaszelevelében¹⁷, hogy a kezelési sor *számos részét* elvégezték)

Az Eütv. 2. §-a rögzíti, hogy az *egészségi állapot javításának elsődleges eszköze az egészség fejlesztése, védelme és a betegségek megelőzése*. A prevenciónak hatalmas szerepe volna a diabéteszes betegek állapotromlásának megelőzése területén. A hagyományos Wagner féle klasszifikáció hat fokozata szerint a diabéteszes láb 0. fokozata a veszélyeztetett láb, a megfelelő tehermentesítésnek az azóta életbelépett szakmai irányelv szerint már ebben a stádiumban meg kell kezdődnie. A beteg számára ennek ellenére az utolsó előtti 4. stádiumban (lokalizált gangraena előláb vagy sarok tájékon) javasoltak tehermentesítő cipőt – azt is a magánszférában, holott az Eütv. 2. § azt is rögzíti, hogy az egészségügyi szolgáltatások *alapvető szakmai feltételrendszere tulajdon- és működtetési formától független, kizárólag a szolgáltatás szakmai tartalmán alapul*. Mindezekre figyelemmel megállapítható, hogy nem szerepelt a terápiás sorban egy nevesíthető személy sem, aki az egyéni gondozás folyamatát egészében menedzselte volna, aki az egyes szakmák munkáját összehangolta volna. *Minden szakterület végezte a maga dolgát, azonban az nem állt össze egy komplex, egyénre szabott gondozási folyamattá (egyes szükséges ellátások javallata ki is maradt) noha ez az összehangolt szakmai munka a diabéteszes láb kórkép sikeres kezelésének előfeltétele.*

Az egészségügyért felelős államtitkárság is rögzítette válaszában, hogy a diabéteszes láb kórkép kezeléséhez számos szakorvos szoros együttműködése szükséges, amely ideális esetben ún. diabéteszes láb centrumokban áll rendelkezésre, amely azonban Magyarországon még nem épült ki.

2.2 A tájékoztatáshoz való jog

Az Eütv. 5. §-a értelmében mindenkinek joga van olyan ismeretek megszerzéséhez, amelyek lehetővé teszik számára az egészsége védelmével és fejlesztésével kapcsolatos lehetőségek megismerését, valamint megfelelő tájékoztatáson alapuló döntését az egészséggel kapcsolatos kérdésekben. Joga van továbbá *tájékoztatást kapni az egészségügyi szolgáltatók által nyújtott egészségügyi ellátások jellemzőiről, azok elérhetőségéről és az igénybevétel rendjéről*, továbbá a betegeket megillető jogokról és azok érvényesíthetőségéről.

Az Eütv. 7. §-a alapján továbbá minden betegnek joga van - jogszabályban meghatározott keretek között - az egészségi állapota által *indokolt, megfelelő, folyamatosan hozzáférhető és az egyenlő bánásmód követelményének megfelelő* egészségügyi ellátáshoz. Megfelelő az ellátás, ha az az adott egészségügyi szolgáltatásra vonatkozó *szakmai és etikai szabályok, illetve irányelvek megtartásával* történik.

A beteg területileg illetékes érsebészeti ellátója a konzervatív kezelés mellett döntött. A vonatkozó szakmai irányelv szerint erre lehetősége volt, ugyanakkor a szakmai irányelv lehetővé teszi az eltérést és intervenciók kezelés alkalmazását.¹⁸ Ezen elv alapján döntöttek úgy a fővárosi Városmajori Klinikán, hogy mégis megpróbálják az angioplastica-t.

Amint arra a Magyar Angiológiai és Érsebészeti Társaság elnöke válaszában rámutatott, a konkrét esetben a tünetek, a fizikális status és az angiographiás kép alapján *több döntést is lehetett hozni*. A szakmai ajánlás (EMMI szakmai irányelve a perifériás verőér megbetegedések ellátásáról, Eü.Közlöny LXVII. évf. 3. szám 2017.02.20., Ajánlás 80.: IIa erősségű, C evidencia szint alapján) erre vonatkozóan nem egyértelmű, mert nem áll rendelkezésre elegendő magas szintű bizonyíték

¹⁷ Iktatószám: 3641/2018/EÜIG, 4.o.

¹⁸ Ahogyan azt az egészségügyért felelős államtitkár a vizsgálatát követő tájékoztatásában leírta, a C típusú ajánlás gyenge ajánlásnak minősül, azt mutatja, hogy a beteg individuális megítélése megengedett.

arra, hogy az invazív, vagy konzervatív kezelés adja-e a jobb eredményt (a hazai ajánlás egyezik a nemzetközi ajánlásokkal is). A szóba jöhető invazív megoldások (bypass műtét, vagy katéteres tágítás) mindegyike szövődmények lehetőségét hordozza magában, ezek a végtag elvesztésének idejét is előrehozhatják, illetve más súlyos egészségkárosodáshoz vezethetnek (pl. szívinfarktus, veseelégtelenség). A győri kezelőorvos által javasolt konzervatív kezelések kevesebb szövődménnyel járnak, ugyanakkor várható keringésjavítási hatásuk is csekélyebb. Ezeket a körülményeket minden kezelőorvos mérlegeli a beteg gyógyítása során. A tájékoztatás is kitér azonban arra, hogy a *kezelőorvos és a beteg megbeszélése alapján lehet és kell dönteni*. Álláspontja egybe esik az Eütv. 2. § (1) bekezdésének azon szabályával is, mely szerint a beteg önrendelkezési joga kizárólag az egészségi állapota által indokolt esetekben korlátozható. Eszerint lehet különbség a kezelőorvosok döntésében és javaslatában.

Az Eütv. 13. §-a szerint a beteg jogosult a számára egyéniesített formában megadott *teljes körű tájékoztatásra*. Így a betegnek joga van arra, hogy részletes tájékoztatást kapjon az egészségi állapotáról, beleértve ennek orvosi megítélését is; a javasolt vizsgálatokról, beavatkozásokról; a javasolt vizsgálatok, beavatkozások elvégzésének, illetve elmaradásának lehetséges előnyeiről és kockázatairól; a *lehetséges alternatív eljárásokról, módszerekről*; az ellátás folyamatáról és várható kimeneteléről; a *további ellátásokról*, valamint a *javasolt életmódról*.

A kezelőorvos szakmai meggyőződése szerint dönthetett úgy a szakmai irányelv vonatkozó ajánlása alapján, hogy a rosszabb keringésjavító hatással bíró konzervatív terápiát választja, azonban ebben az esetben is joga van tudni a betegnek arról, hogy léteznek invazív megoldások is. Azt is joga van tudni a betegnek, hogy az Eütv. 8. § (3) bekezdése értelmében bármely, a kezelőorvos által megállapított diagnózissal, illetőleg javasolt terápiával, valamint fekvőbeteg-gyógyintézetből történő tervezett elbocsátásával vagy más egészségügyi szolgáltatóhoz történő beutalásával kapcsolatban kezdeményezheti más orvos által történő vizsgálatát, azaz ún. második véleményt kérhet, amelyre a társadalombiztosítás egy alkalommal biztosít lehetőséget¹⁹.

Jelen ügy panaszosának álláspontja szerint ez a tájékoztatás az ellátás során nem történt meg, az alkalmazott terápiáról a döntést a kezelőorvos egyedül hozta meg, mivel pedig ő maga betegként éppen a lába megmentését szerette volna elérni, ezért is fordult végül a budapesti egészségügyi szolgáltatóhoz.

Mindezekre figyelemmel megállapítom, hogy a panasz alapjául szolgált esetben a beteg tájékoztatáshoz való jogával összefüggésben az egyenlő emberi méltósághoz való jogból levezethető egészségügyi önrendelkezési jog tekintetében visszás helyzetet idézett elő az a tény, hogy az egyes szóba jöhető alternatív kezelési módszerekről (azok előnyeiről és veszélyeiről) nem kapott megfelelő tájékoztatást, amelynek alapján a lehető legrövidebb időn belül felelős döntést hozhatott volna arról, hogy mely, az egészségi állapota által indokolt terápiát választja.

2.3 Területi egyenlőtlenségek, finanszírozási problémák

Az egészségügyért felelős államtitkárság által közölt NEAK adatokkal összefüggésben a Magyar Angiológiai és Érsebészeti Társaság elnöke kifejtette, hogy az adatok ismertek voltak, azonban a szakma álláspontja szerint azok nem kellően pontosak, a lényeges változást nem tükrözik.

Az elnök a továbbiakban azt is kifejtette, hogy jelen esetben a panaszos számára megfelelő végső döntés született, de a nemzetközi összevetésben is jól kimutatható elkeserítően

¹⁹ A biztosított, amennyiben a vizsgálatok eredményét vitatja, vagy a *javasolt vizsgálati, illetve terápiás módszerrel nem ért egyet*, egy további orvosi szakvéleményre és javaslatra jogosult. Ebtv. 19. § (4) bekezdése

magas magyar amputációs arány²⁰ azt jelzi, hogy számos alkalommal ez nem így történik. Ennek okaként a következőket jelölte meg:

A katéteres, éren belüli beavatkozásokban *eltérő tapasztalatú szakemberek* (radiológusok, érsebészek) *eltérő felszereltségű kórházakban dolgoznak az országban*. A Petz Aladár Megyei Oktatókórház III. progresszivitású érsebészeti centrum, ahol a katéteres műtétek feltételei adottak; kérdéses, hogy a kezelőorvos referálta-e az esetet invazív radiológusnak, azaz, hogy közösen vagy egyedül döntött úgy, hogy nem tartja indokoltnak/elvégezhetőnek a beavatkozást. A mindennapi gyakorlat az, hogy ha egy kezelőorvos tud a beteg számára jobb megoldást, mint ami a saját kórházában elérhető, akkor jelzi ezt a beavatkozás végzésére alkalmas kórház számára és a beteget oda irányítja. Jelen pillanatban erre kötelező ajánlás nincs, *a Városmajori Érsebészeti Klinika ugyanolyan III. szintű centrum, mint a győri, bár a szakmai tapasztalat és az eszközellátás kétségtelenül nem egyenlő*.

A végtagmentésre vonatkozó finanszírozási szabályok megfeleltetése intenzív szakmai és egészségpolitikai tárgyalások témáját képezik évek óta. Szakmai részről (Magyar Angiológiai és Érsebészeti Társaság, Egészségügyi Szakmai Kollégium Érsebészeti és Angiológiai Tagozata) többször kezdeményezték a finanszírozás (HBCS módosítás, garanciaszabály eltörlése, TVK mentesség) revízióját. Intézkedés azonban 2018. szeptemberéig nem történt. *A katéteres technikák fejlődésével a finanszírozási rendszer nem tart lépést, ezért a kórház menedzsmentek nem érdekeltek a korszerű, de drága technikák alkalmazásában*. A kezelőorvos döntésében a finanszírozási szempontok nem játszanak szerepet, célja a beteg egészségének megőrzése legjobb tudása (pl. szakmai irányelvek) alapján. A betegek egészségnyeresége nem egyetlen kórházi kezelés alkalmával, hanem hosszabb távon jelentkezik. A sokszor egynapos kórházi kezelést igénylő „drágább” katéteres műtét a kevesebb kórházi ápolás és kevesebb munkából kiesés miatt térül meg. Az elnök azt is megjegyezte, hogy az amputáció költség számításai esetén sem csak a műtéttel kapcsolatos hospitalizációt kell figyelembe venni, hanem a sokszor hosszú rehabilitációs kezelést is.

2.4 A betegutak kérdése, a területi ellátási kötelezettség

Az egészségügyért felelős államtitkárság tájékoztatása szerint – amint azt a jelentés 2. fejezetében (8.o.) részletesen ismertettem – jelen esetben a fővárosi Városmajori Érsebészeti Klinikáról szakmailag jogosan küldték a beteget a Péterfy Kórház Angiológiai Osztályára, mint a beavatkozásra jogosult intézménybe, az előzetes megbeszélés alapján. Ez a zárójelentésben szerepelt, ami a lehető legrövidebb és legésszerűbb betegút volt. A tájékoztatás szerint évekkal ezelőtt országos szinten kialakították az angiológiai területi ellátási kötelezettségű ellátó helyeket is, azaz *a betegutak az államtitkár álláspontja szerint nem esetlegesek, hanem jogszabályban meghatározottak*.

A beutalási rend is jogszabályban meghatározott, azaz beutaló nélkül kórházi osztályra felvétel nem történhet. A zárójelentésbe pontosan megjelölt kezelés és ugyancsak pontosan megjelölt erre alkalmas, jogszabályban felhatalmazott ellátó került. A kapcsolatfelvétel mikéntjét az államtitkárság pontosan megvizsgálta, melyből az derült ki, hogy előzetesen telefonnegyeztetés történt a kezelésről. Ez a két intézmény között több évtizedre visszatekintően jól működő gyakorlat. Az államtitkár tájékoztatásában végül megállapította, hogy szerencsésebb lett volna, ha a küldő intézmény zárójelentésén szerepel az egyeztetett felvételi időpont, és annak az orvosnak a

²⁰ Magyarország a 100,000 lakosra jutó major és minor amputációkban Európában élen jár, a 41,4/100,000 lakos major amputáció két és félszerese az európai átlagnak, az utánunk következő Szlovákia esetében ez a mutató 29,1/100,000 lakos, az EU átlag pedig 18/100,000 lakos. (Dr. Entz László – Dr. Szeberin Zoltán: Az érbetegellátás magyarországi helyzete 2019. elején és annak érsebészeti vonatkozásai, in.: Orvosok Lapja 2019/1.)

neve, akivel az átvételt egyeztették. „Az egész körülményes küldözgetés elkerülhető lett volna, ha a beteg a klinikának jelzi, hogy adminisztratív akadályba ütközött, akkor azt egy második telefonnal azonnal el lehetett volna intézni.”

Álláspontom szerint a zavart önmagában nem az idézte elő, hogy a Városmajori Érsebészeti Klinika nem állított ki külön beutalót a beteg számára, és a beutalási javaslatot a zárójelentésben szerepeltette. Vélhetően inkább az jelent(het)ett kérdést a Péterfy Sándor utcai Kórház számára, hogy fogadhatja-e a győri beteget, akire nem terjed ki területi ellátás kötelezettsége.

A betegnek az Eütv. 8. § (1) bekezdése értelmében joga van az állapota által szakmailag indokolt szintű egészségügyi szolgáltató megválasztásához, amennyiben azt az egészségi állapota által indokolt ellátás szakmai tartalma, az ellátás sürgőssége vagy az ellátás igénybevételének alapjául szolgáló jogviszony nem zárja ki.

E jogszabályhely alapján tehát a beteg akár egy, a területi ellátási kötelezettségen kívüli szolgáltatóhoz is kerülhet, amelyből azonban adódhatnak problémák: ezt támasztja alá a Magyar Angiológiai és Érsebészeti Társaság elnökének azon álláspontja, mely szerint *nem egyértelmű a szabályozás a tekintetben, hogy ha nem a lakhely szerinti szakorvos kezeli a beteget, akkor az utókezelést, kontrollt mely szolgáltató végezze.*

Ezzel összefüggésben tájékoztatásában az elnök egy egészen más betegutat vázolt: a katéteres beavatkozás utáni kezelés (protavasin infúzió) angiológiai osztályra tartozik, nem érsebészetre. Ezért irányították a Péterfy Sándor utcai Kórház Angiológiai Osztályára a beteget a Városmajori Érsebészeti Klinikáról. Hivatalos betegútként a győri beteg II. progresszivitási angiológiai szinten a szombathelyi Markusovszky Kórházhoz tartozik a jelenleg érvényes Területi Ellátási Kötelezettség Nyilvántartás szerint (ÁNTSZ X TEK honlap). A Péterfy Sándor utcai Kórház nem fogadta azonnal a beteget, amire szakmailag nem is volt szükség, a beteget emiatt egészségkárosodás nem érte számára. A lakhely szerint kijelölt ellátó hely a szombathelyi kórház angiológiai osztálya, a területi ellátási kötelezettség szempontjából. Ha Szombathelyen a kezelést nem tudták volna elvégezni, akkor III. szinten a budapesti Szent Imre Kórház Angiológiai Osztálya lett volna az illetékes.

A szabad intézményválasztást korlátozó tényező az, hogy az egészségbiztosítási szabályrendszer a területi ellátási kötelezettség teljesítésének érdekében lehetővé teszi a területen kívüli páciensek ellátásának elutasítását. Ezért lehet kérdéses, hogy az utókezelést ki végezze: hiába vállalta ugyanis a Városmajori Érsebészeti Klinika a területen kívüli beteg ellátását, és küldte volna tovább a megszokott saját területi ellátási kötelezettségi köréhez tartozó utógondozó helyre a beteget, ha az (területi ellátási kötelezettségének teljesítésére hivatkozással) nem fogadja/nem tudja fogadni a beteget. Ezért is szükséges minden ilyen esetben az előzetes egyeztetés a küldő és fogadó ellátó hely között azzal összefüggésben, hogy az utógondozást végző egészségügyi szolgáltató tudja-e fogadni a területen kívüli beteget.

Ennek a „betegút egyeztetési” folyamatnak ugyanakkor nincs kidolgozott, egyértelmű eljárásrendje, szabályozása, amely önmagában elegendő ok arra, hogy a betegek számára a konkrét esetben is felmerült nehézségeket okozzon, átláthatatlan, és bizonytalan helyzeteket teremtsen, melynek súlyosabb hatásai is lehetnek.

Összegzés

Fentiekre tekintettel megállapítom, hogy a magyarországi egészségügyi rendszerben az érbeteg ellátás jelenlegi működése során (az egyes akár azonos progresszivitási szintű ellátóhelyek tapasztalata és eszközellátottságának eltérései okán, valamint annak köszönhetően, hogy a sikeres beavatkozásokhoz szükséges, legalább három

szakma szétaprózódott, kevés helyen valósul meg az egy földrajzi helyen való jelenlétük²¹) a betegek esélyei a végtagmentésre nem egyenlők, amely a hátrányos megkülönböztetés tilalmának alkotmányos elvébe ütközik és az egyenlő bánásmód követelményével összefüggő súlyos alapjogi sérelmet idéz elő, és tart fent.

Megállapítom továbbá, hogy az érsebészek alacsony száma és ebből eredően az elvégezhető rekonstrukív érműtétek számának elmaradása a szakma által indokoltak vélt mértéktől²², valamint az amputációk európai viszonylatban is igen magas száma²³ az Eütv. 7. §-ában megfogalmazott, és az önrendelkezési jogból levezetett egészségügyi állapot által indokolt megfelelő, folyamatosan hozzáférhető és az egyenlő bánásmód követelményének megfelelő egészségügyi ellátáshoz való joggal összefüggő visszásságot valósít meg, mely felveti az Alaptörvény XX. cikkében megfogalmazott, az egészséghez való joggal összefüggő visszásság gyanúját.

Ugyancsak megállapítom, hogy noha az Eütv. megteremti az ellátó intézmény megválasztásának szabadságát, azonban ennek részletszabályai nem állnak rendelkezésre. Ez, valamint az a tény, hogy az ország egyes területein egyenetlenek az ellátás színvonalát biztosító tárgyi és személyi feltételek, olyan bizonytalan működési struktúrát eredményez, amelyben nem transzparens és így ellenőrizhetetlen az, hogy egy intézmény milyen feltételrendszer mentén dönt a területen kívüli betegek fogadásáról, ez pedig további súlyos esélyegyenlőtlenséghez vezethet.


Intézkedéseim

A jelentésben feltárt alapvető jogokkal összefüggő visszásság bekövetkezése miatt és a jövőbeli jogszérum lehetőségének elkerülése érdekében az Ajbt. 32. § (1) alapján felkérem az emberi erőforrások miniszterét, hogy – szakértők bevonásával

- a) tegyen lépéseket annak érdekében, hogy a jelentésben tárgyalt betegcsoportok esetében az egészségügyegyenlőtlenségek megszűnjenek
- b) fontolja meg a jelentésben vizsgált hatályos jogi szabályozási környezet célzott felülvizsgálatát a tekintetben, hogy a területen kívüli betegek fogadásának/elutasításának eljárásrendje és naplózása átlátható módon legyen szabályozott és eleget tegyen a hátrányos megkülönböztetés tilalmában foglalt alapjogi elvárásoknak is.

Budapest, 2019. június 26.

Székelv László



²¹ Dr. Entz László – Dr. Szeberin Zoltán: Az érbetegellátás magyarországi helyzete 2019. elején és annak érsebészeti vonatkozásai, in.: Orvosok Lapja 2019/1.

²² Hazánkban összesen 119 sebész végez valamilyen szintű érsebészeti tevékenységet. 100%-os munkaidőben csak 71 fő foglalkozik érsebészettel, a többi általános sebészeti műtéteket is végez. Az európai átlagnak megfelelő lakosságáramnyos érsebész szám 180 fő lenne. Évi 9,500 rekonstrukív érműtét történik az országban, de hozzávetőleg 15,000-re lenne szükség az amputációs helyzet jelentős javításához.

²³ Magyarország a 100,000 lakosra jutó major és minor amputációkban Európában élen jár, a 41,4/100,000 lakos major amputáció két és félszerese az európai átlagnak, az utánunk következő Szlovákia esetében ez a mutató 29,1/100,000 lakos, az EU átlag pedig 18/100,000 lakos. (Dr. Entz László – Dr. Szeberin Zoltán: Az érbetegellátás magyarországi helyzete 2019. elején és annak érsebészeti vonatkozásai, in.: Orvosok Lapja 2019/1.)