

## A helyi önkormányzatok szerepe és lehetőségei a betegjogok érvényesítésében 2012-ig – és azután?

### Bevezetés

A rendszerváltoztatás alapvetően megváltoztatta az egészségügyi ágazat irányító és fenntartó szereplőinek feladatára vonatkozó elképzeléseket és elvárásokat. Míg a gazdaságban nem kérdőjeleződött meg, hogy a korábbi direkt beavatkozás és az állami tulajdonlás jogcímén gyakorolt közvetlen (utasításos) irányítás helyett a szabályozó-ellenőrző állami szerepet kell megteremteni, addig az egészségügyben az állam továbbra is intézmények tulajdonosa, ellátások közvetlen nyújtója, megmaradt az ellátás és a biztosítás megszervezéséért és finanszírozásáért szakmai felelősséggel is tartozó és szabályozó-ellenőrző szerepében.

A rendszerváltást követően soha nem merült föl, hogy az egészségügyet a szokványos szolgáltatási piac részének kellene tekinteni,<sup>1</sup> hiszen ebben a szektorban a szükséglet, a kínálat és a kereslet elsősorban a szolgáltatói kínálat által meghatározott. A piaci verseny és a fogyasztás fogalmai sem a tipikus közgazdasági logikát követik,<sup>2</sup> hanem a közszolgáltatási jelleg dominanciája érvényesül.

<sup>1</sup> Ezzel magyarázható, hogy a betegek „fogyasztói öntudata” is lassan alakult ki, illetve a betegjogok fogyasztóvédelmi megközelítése rendkívül gyenge. Ennek növekvő jelentősége az EU Betegjogi Chartájában is tükröződik. A hagyományos, paternalista felfogásban szocializálódott orvosok kifejezetten kikérik maguknak a szolgáltatási szemlélet alkalmazását.

<sup>2</sup> *The Internal Market and Health Services, Report of the High Level Committee on Health*, European Commission, Health & Consumer Protection Directorate-General, 2001.

Az 1988-ban a szaktárca reformtitkársága által kidolgozott elképzelések alapja is az a „sérthetetlen alapelv” volt, hogy a lakosság szociális és egészségi állapotáért az állam felelős, amely a működőképes intézmény- és finanszírozási rendszer kialakulásának lehetővé tételét jelenti. Ez biztosítja a hagyományos állami feladatok (közegészségügy-járványügy, katasztrófa-medicina és egészségügyi felvilágosítás) és államilag garantált feladatok (a mindenkori egészségbiztosítási törvényben keretszabályszerűen felsorolt természetbeni biztosítási ellátások) gyakorlati megvalósulását.

Lényeges változás a tulajdonosi szerkezetben sem következett be, amikor a korábbi állami tulajdonú intézményrendszer állami és önkormányzati tulajdonba került. Az önkormányzati tulajdonú intézmények ugyanúgy költségvetési gazdálkodás szerint működnek, mint az állami tulajdon, közszolgáltató közintézményként a dolgozók munkajogi státusa, felelőssége is azonos; a fejlesztés az állami döntési rendszerben, költségvetési forrásokból kerül szétosztásra.

A rendszerváltást megelőzően a tanácsi rendszerben az egészségügyi szolgáltatók kettős alárendeltsége érvényesült. Az intézmények körzeti rendben látták el a betegeket, az illetékes tanács végrehajtó bizottsága határozta meg a körzethatárokat, az intézmények szakmai profilját, igénylője és kivitelezője volt a beruházásoknak és fejlesztéseknek (az ötéves tervek keretein belül). A szakmai irányítás ezzel szemben hierarchikus rendszerben, a felettes (általában megyei) egészségügyi intézményen keresztül történt. A megyei szint közvetlenül az egészségügyért felelős minisztérium szakmai irányítása alatt állt.<sup>3</sup>

A kötelező körzeti ellátás elsősorban a szabad orvos- és intézményválasztás jogát iktatta

<sup>3</sup> FÜLÖP Tamás: *Egészségügyi szervezés*, Budapest, Medicina Kiadó, 1978.

ki, ugyanakkor megfelelő garanciát adott arra, hogy a beteg mind az alapellátáshoz, mind pedig a járó- és fekvőbeteg ellátáshoz hozzáférhetett. Kialakult egy párhuzamos magánellátás a közszolgáltató egészségügyben a hálapénz hatására, és létrejött egy VIP ellátásra jogosult kör a biztosításon/állami ellátáson belül. Az állami és pártvezetők, valamint tanácsai funkcionáriusok, illetve a kiemelt státusú társadalmi szervezetek vezető tisztségviselői magasabb komfortfokozatú<sup>4</sup> ellátását a körzeti intézmények osztályvezető főorvosainak egy- vagy kétágyas saját rendelkezésű szobái biztosították, míg központilag az érintettek névre szóló igazolvánnyal vehették igénybe a Kútvölgyi úti kórház VIP-ellátását.<sup>5</sup> Ahogy a VIP-ellátás is megkettőzi az ellátási jogosultságot, úgy az ágazati ellátórendszer is ezt teszi: a honvéd- vagy vasutas egészségügy jogosultjai a területi intézményben is igénybe vehetik a szolgáltatásokat.<sup>6</sup> Minden más munkavállalói és lakossági cso-

port számára diszkriminatív ez a rendelkezés, hiszen mások számára nincs legálisan garantált lehetőség arra, hogy az ellátást (ide értve a nem sürgős szak-, illetve alapellátást is) valamilyen lakóhelyükön és munkavégzésük/tanulmányaik helyszínén is igénybe vegyék; aktuális tartózkodási helyük vagy tetszésük szerint. A rendszerváltással ezen kiváltságok nem kerültek megszüntetésre, a biztosítási ellátás e területen nem eredményezett „profilisztizációt”. A több-biztosítós, többpénztáros, kiegészítő magánbiztosítási modellek elvetése és elbukása továbbra is az informális, diszkriminatív ellátási jogosultságot erősíti. A párhuzamos lehetőségek megléte ugyanakkor relativizálta az önkormányzatok felelősségét az egészségügyi alapellátás (megyei szinten a szakellátás) megszervezésében, ténylegesen nincs „kötelező minimuma” az e körben nyújtandó ellátásnak. A kormányzati tervek és elfogadott törvények erre a problémára nem adnak választ.

<sup>4</sup> A magasabb komfortfokozat az egy betegre jutó orvosok és nővérek számában, az eszközfelszereltségben – különösen a legkorszerűbb diagnosztikai és terápiás eszközök, import gyógyszerek hozzáférési lehetőségében is érvényesült, azaz a szükségleten alapuló, az állapot által indokolt ellátás, mint a hozzáférési jogok alapvető követelménye, nem érvényesült.

<sup>5</sup> Jelenleg a védett személyek és állami vezetők, országgyűlési képviselők külön jogosultság szerinti ellátását az Állami Egészségügyi Központ, valamint a Semmelweis Egyetem végzi: az állami vezetők és az államigazgatási szervek köztisztviselői számára biztosított juttatásokról és azok feltételeiről szóló 192/2010. (VI. 10.) Korm. rendelet és ennek 2011. július 18-i módosító 124/2011. (VII. 18.) Korm. rendelete. Utóbbihoz tartozik a Kútvölgyi úti kórház. Ezzel – a rendszerváltást megelőzőnél szűkebb kör számára – az állam továbbra is kettős ellátási jogosultságot és az egyéb biztosítottak ellátásánál jobb feltételeket garantál. Az intézmények keretszerződésben állapodnak meg a többlétszolgáltatásról, amelyért központi kormányzati forrásból plusz ellátást kapnak. A rendelkezés diszkriminatív jellege megnyilvánul abban, hogy ez nem minősül se kiegészítő egészségbiztosításnak, se a kafeteriai szolgáltatásoknak nem része, azaz adó- és járulérendszeren kívüli személyes többlétszolgáltatást biztosít költségvetési forrásból.

<sup>6</sup> A honvéd- és vasútegészségügyi intézmények többsége területi ellátási kötelezettséggel a biztosítottak széles körének is nyújt ellátást. 2005. évi CLXXXIII. törvény a vasúti közlekedésről, 68. § (4) bekezdés, 2001. évi XCV. törvény a Magyar Honvédség hivatásos és szerződéses állományú katonáinak jogállásáról, 200. §-a.

### Önkormányzati és egészségügyi átalakítás 2011-ben

*Sem az új önkormányzati törvény nem foglalkozik a területi ellátási felelősség elvi kérdéseivel, sem a Semmelweis-terv nem tartalmaz ezzel kapcsolatos elképzeléseket.<sup>7</sup> Ugyanakkor*

<sup>7</sup> A 2011. évi CLXXXIX. törvény Magyarország helyi önkormányzatairól, a 2011. évi CLIV. törvény a megyei önkormányzatok konszolidációjáról, a megyei önkormányzati intézmények és a Fővárosi Önkormányzat egyes egészségügyi intézményeinek átvételéről, az eredeti helyi önkormányzati törvény (1990. évi LXV. törvény), az egészségügyi törvény (1997. évi CLIV. törvény) és az Alaptörvény összeolvasásából a következőkre juthatunk: az alapellátás továbbra is a települési önkormányzatok felelőssége mind elvi, mind intézményszervezési szempontból. A szakellátási feladat nincs telepítve, az ellátási felelősség címzettje a szabályozásban nem kerül elő. Az állam szerepe megjelenik az ellátás megszervezéséért való általános (alkotmányos) kötelezettség formájában, és az állam szervező, intézményfenntartó is. Ez tehát nem zárja ki a teljes szakellátás állami fenntartású ellátását, de számon kérhető ellátási felelősség, illetve területi ellátási kötelezettség közvetlenül nem vagy nehezen eredhet belőle, az alap- és szakellátás koordinált és integrált rendszerének működésére pedig nincs szabály.

a közmunkaprogrammal kapcsolatban megismert tervek szerint a munkavégzésre alkalmas egészségkárosodott személyek lakóhelyük térségétől (a garantált területi ellátási jogosultságtól) tartósan távol dolgozhatnak majd, ahol alapbetegségük okán a sürgősségi ellátást meghaladó ellátásokra vagy táppénzre szorulnak, amely intézésére csak a választott háziorvos jogosult, aki általában lakóhelyhez kötött. Egyelőre nincs javaslat a tekintetben, hogy a munkavégzés helye szerinti települési önkormányzat köteles-e ennek a tömegesen jelentkező, de csak átmenetileg ott élő személyi körnek alapellátást szervezni, köteles-e ezt az egészségbiztosító finanszírozni, vagy az állam átveszi ennek szervezését, ami a hatályos (2011. decemberi) szabályoktól eltér.<sup>8</sup>

*A rendszerváltást követően a tanácsi igazgatás megszűnt, de a helyi önkormányzat igazgatási jogkörei az egészségügyben lényegében változatlanok maradtak.* Az önkormányzati autonómia nyilvánvalóan nem érvényesülhet a gyógyító ellátás szakmai tartalmában, sem az egységes társadalombiztosítási jogviszony tartalmában. Mivel az önkormányzatok folyó finanszírozási szempontból nem működtetői az egészségügyi intézményeknek, így meglehetősen szűk tere marad az önkormányzati egészségügy-politika kialakításának és érvényesítésének.<sup>9</sup>

Jogszabály határozta meg azokat a lehetőségeket és kötelezettségeket, amelyek alapján ellátási kötelezettségét teljesítette az intézménytulajdonosá vált önkormányzat, amelynek *a napi működőképesség biztosításában nem volt szerepe.* Feladataik komplex áttekintése alapján azonban fel lehet tárni

azokat a lehetőségeket, amelyek kihatással vannak az egészségügyi ellátás körülményeire, ezen keresztül a betegellátás minőségét, az ellátáshoz való hozzáférés lehetőségét vagy más betegjogok érvényesülését segítik. Az önkormányzati eszközök, amelyek a betegjogok megvalósításában szerepet játszanak, jórészt nem az ellátórendszer belső, szakmai szabályozásából erednek, ezen eszközöket kizárólag vagy jellemzően az önkormányzatok alkalmazhatják.<sup>10</sup>

Nagyobb változás történt *az állami irányításban, hiszen a direkt, egyedi utasítás lehetősége az intézményi hierarchia megszűnésével együtt – a 2012-es állami visszavételig – véget ért.* Az egyedi és normatív utasításos irányítást fokozatosan felváltotta a normatív szabályozás és a hatósági ellenőrzés, amelynek helyébe ismét a nem nyilvános irányítási eszközök léphetnek.<sup>11</sup> Az önkormányzat mint tulajdonos és az ellátási felelősség címzettje a szakmai standardok, a minőségi előírások, az ellátáshoz való hozzáférés tekintetében nem autonóm döntéshozó, mind a kötelező, mind az önként vállalt ellátási feladatok szempontjából az egészségügyi ágazati jogszabályoknak alárendelten gyakorolja jogait. Döntései azonban jelentős kihatással vannak a betegek jogainak gyakorlati érvényesülésére.

2011 első felében létrejött a „Semmelweis-terv az egészségügy megmentésére”<sup>12</sup>, valamint az új önkormányzati törvény koncepciója.<sup>13</sup> A tervezetek társadalmi vitára kerültek, deklaráltan minisztériumi szakapparátus előkészítő munkája eredményeképpen születtek. *A két koncepció között azonban a helyi önkormányzatok egészségügyi szerepét illetően nemcsak összhang nem volt, hanem kifejezett ellentmondások is felfedezhetők voltak.*

<sup>8</sup> Két további jelentős csoportot érint a probléma megoldatlansága: a nyugdíjasokat, akik az év egyik felét állandó lakhelyükön, másik felét a telkükön, üdülőjükben töltik, illetve a lakóhelyüktől távoli településen tanulmányokat folytatókat. A sürgős ellátását megkapják bármely helyszínen, de egyéb társadalombiztosítási vagy egészségügyi közigazgatási jogosultságaikat nem tudják érvényesíteni.

<sup>9</sup> Az 54/1996. (XI. 30.) AB-határozat részletesen elemzi ezt a kérdést az „első kapacitástörvény” 1996. évi LXIII. törvény vizsgálata kapcsán, továbbiak lásd: KERESZTY ÉVA: *A helyi önkormányzatok és az egészségügyi szolgáltatók kapcsolata*, Magyar Közigazgatás, 11(1991), 609–630. p.

<sup>10</sup> Az egészségügyben általában a szolgáltató és a tulajdonos/fenntartó dichotómiájában vizsgáljuk az ellátási felelősséget. Jelen esetben ettől térünk el.

<sup>11</sup> 2011. évi CLIV. törvény a megyei önkormányzatok konszolidációjáról, a megyei önkormányzati intézmények és a Fővárosi Önkormányzat egyes egészségügyi intézményeinek átvételéről.

<sup>12</sup> Lásd: [www.kormany.hu](http://www.kormany.hu)

<sup>13</sup> Az önkormányzati törvény koncepcióját lásd: [www.onkornet.hu](http://www.onkornet.hu)

Az elfogadott törvények pedig ehhez képest egy harmadik utat választottak. A megyei tulajdonú intézmények és a fővárosi szolgáltatói kör teljes egészében az állam tulajdonába, centrális irányításába került. Várható, hogy a városi intézményi körrel is ez történik második lépcsőben, de jogszabály erről nem szól. Az önkormányzatok ellátási kötelezettsége mindkét esetben megszűnt, csak az alapellátásban maradt meg. A városi intézmények az önként vállalt feladatokkal exlex helyzetbe kerültek, mivel nem tudni kitől vállalják át jelenlegi szolgáltatási feladatukat. Az állam számára új kötelezettséget a törvények nem rögzítenek.<sup>14</sup>

### Betegjogok – helyi szinten

*Jelen dolgozatban kizárólag a betegjogok szempontjából vizsgáljuk a hatályos szabályokban és a koncepciókban felvázoltakat. A Semmelweis-terv nem szól a tulajdonviszonyok megváltoztatásáról, az „államosításról”, de az államtitkárság szóbeli megnyilvánulásai szerint, amennyiben az önkormányzatok át kívánják adni egészségügyi intézménytulajdonukat, azt az állam átveszi. A főváros esetében ez az önkormányzati egészségügyi intézményhálózat egészére vonatkozik, és egy sok telephelyes megaindított intézmény kialakítását jelenti, míg másutt (az egyintézményes településeken) nem fogalmazódott meg működtetési terv. Az ellátási felelősség fogalmát a terv és az elfogadott törvény nem tartalmazza, a területi elv a beutalás szigorításában (térségi ellátás mint kötelező beteg-üzemelési alap) mutatkozik meg, de az egyes progresszivitási szintek nem feltétlenül kötődnek a területi közigazgatási egységekhez.*

Az önkormányzati törvény koncepciója határozottabb volt, a fekvőbeteg-ellátást

„nyilvánvalóan” állami feladatként definiálja, míg az alapellátást és járóbeteg-szakellátást az önkormányzatok felelősségébe és tulajdonába utalta.<sup>15</sup> A megyei szakellátási feladatok<sup>16</sup> helyett a megyei jogú városok számára adott egészségügyi feladatokat, de ez utóbbi területi illetékességéről nem szólt. A törvénykoncepció továbbra sem rendelt pénzügyi forrásokat az intézmény-fenntartási és -fejlesztési (kötelező) feladatokhoz, a Semmelweis-terv pedig általánosságban rögzíti, hogy szükséges lenne az amortizáció beépítése az egészségügyi működési finanszírozásba.<sup>17</sup> Mindezekből semmi sem valósult meg, a megyei intézmények – mérettől, feladattól függetlenül – automatikusan állami tulajdonba kerültek. Ez a megoldás a jelenleg is erőltet tulajdonosi irányítást tovább fogja gyengíteni. Várható továbbá, hogy az állami tulajdonú intézményi körre nézve a kormány alá rendelt egészségügyi hatóságok felügyeleti (megfelelőség, minimum feltételek tényleges teljesülése) szigorúsága is gyengül, amennyiben a költségvetési forrásokra tekintettel elnézik az intézményi hiányosságokat,<sup>18</sup> illetve nem szankcionálják azokat.<sup>19</sup>

<sup>15</sup> Az intézményrendszer funkcióit, progresszivitását, az ellátórendszer integráltságának rendszerét ez az elképzelés a szakmai ismeretek teljes figyelmen kívül hagyása mellett tördeli szét, míg a Semmelweis-terv intézményrendszeri része egy lényegesen korrektebb, a '90-es évek közepétől kialakított, de végrehajtásában rendre elakadt rendszert vázol fel.

<sup>16</sup> Ez egyidejűleg területi ellátási kötelezettséget és progresszivitási szintet is megjelölt, és a szakellátásban a hozzáférési garanciát jelentette.

<sup>17</sup> A tulajdonos önkormányzatok helyzete tehát vagy nem változik, vagy tényleges fenntartó helyett politikai tulajdonosi szerepük marad meg, míg az egészségügyi tényleges, teljes körű irányítása közvetlen állami kézbe kerül.

<sup>18</sup> A működés kötelező minimumát forráshiány miatt teljesíteni nem tudó állami/önkormányzati intézmények pozitív diszkriminációja 2004-ig jogszabályban is megfogalmazódott.

<sup>19</sup> A kormány első lépései között megszüntette az Egészségbiztosítási Felügyeletet, és ennek szóbeli kommentálásakor hivatkoztak az intézmények „főlősleges zaklatására”. Jelenleg az egészségügy szakmai felügyeletét összefogó és alkalmazó Országos Szakfelügyeleti és Módszertani Központ az állami tulajdonba és irányításba vett intézmények tulajdonosi jogait ellátó GYEMSZI része, azaz külső, független felügyelete az intézményeknek nincs. Lásd GYEMSZI honlap: [www.gyemshi.hu](http://www.gyemshi.hu)

<sup>14</sup> A 2011. évi CLXXXIX. törvény Magyarország helyi önkormányzatairól, és a 2011. évi CLIV. törvény a megyei önkormányzatok konszolidációjáról, a megyei önkormányzati intézmények és a Fővárosi Önkormányzat egyes egészségügyi intézményeinek átvételéről.



*Az önkormányzatok egészségügyi szerepvál-tása alapvetően kihat a területükön élők és dolgozók betegjogainak gyakorlati érvényesítésére, illetve a joggyakorlás feltételeinek fejlesztésére. Az alapellátáson kívül az egészségügyi szolgáltatók jelenleg is a közigazgatási területhatárokon túlnyúló ellátási illetékességgel látják el a betegeket, ebben az önkormányzatok együttműködési kötelezettsége szabályozatlan. A kistérségi koordinációval az ágazat vezetése jobb szervezettséget ígér.<sup>20</sup> Az 1990-es önkormányzati törvény sem ösztönzi kellően a minőségi, megbízottsági és betegjogi szemléletű önkormányzati döntéseket, hiszen a megváltozott szabályok ilyen hatású elemet nem tartalmaznak.*

### ***Önkormányzati feladatok a betegjogok érvényesítésében***

A következőkben az önkormányzati betegjog-érvényesítés területeit és módszereit tekintem át. Megítélésem szerint az *önkormányzatok betegjogi felelőssége* a következő jogok területén követhető nyomon a gyakorlatban is:

1. az ellátáshoz való hozzáférés;
2. az egészségbiztosításhoz való jog megteremtése;
3. a kapcsolattartás joga;
4. az önrendelkezési jog gyakorlása egyes speciális esetekben (haláleseti rendelkezések)
5. a tájékoztatás joga – az intézetből történő elbocsátásról történő tájékoztatás;
6. panaszjog, a betegjogok sérelme és/vagy az ellátás miatt bekövetkezett egészségkárosodás és egyéb kár kivizsgálása, szankcionálása, a beteg számára elégtétel adása.

<sup>20</sup> A kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvényben megállapított (2011. évi CLXXVI. törvénnyel beiktatott) 18. § (1) és (2) bekezdése.

Fentiek némelyike a tételes jogi szabályozásban megjelenik, míg mások a szabályozás jellegéből és a szabályok összességéből absztrakt módon, alapelvi jelleggel vezethetők le.

*Ad 1. és 2. Hozzáférés az ellátáshoz általában, valamint a konkrét ellátásokhoz, a társadalombiztosítási egészségbiztosítási ellátásokhoz való hozzáférés megteremtése*

A korábbi állami feladatként definiált *ellátási felelősség* az önkormányzati törvénnyel került a helyi önkormányzatok kompetenciájába. Önkormányzati feladattá azt lehet tenni, ami a helyi közügyek körébe tartozik, és az egészségügyi ellátásról való gondoskodást ebbe a körbe sorolták. Az alapellátás feladata a helyben, rövid időtartamot igénybe vevő vizsgálat vagy ellenőrzéssel ellátható, rendszeres ellenőrzést, de nem nagy beavatkozást igénylő beteg ellátása.<sup>21</sup> A ma *alapellátásként, települési kötelező feladatként definiált ellátások kétségtelenül megfelelnek a helyi közügy fogalmának.*

A hozzáférési jogok szempontjából a rendszerváltást követően kialakított jogi környezet garantálta a betegek alapellátáshoz való hozzáféréseinek jogát, az ellátással kapcsolatos alkotmányos jogok feltétlen gyakorolhatóságát. Az önkormányzatok kötelesek az alapellátást megszervezni, körzeteiket kijelölni. *Ennek megfelelően az ország teljes területe lefedett alapellátási körzetekkel, ahol az önkormányzattal szerződött alapellátási orvos (házi orvos)<sup>22</sup> köteles a körzetben lakhellyel rendelkező betegek bejelentkezését elfogadni.* Az

<sup>21</sup> Ez függ a korösszetételtől, a település gazdasági profiljától, hiszen egy nagy helyi munkáltató befolyással lehet egyes munkavégzéssel járó megbetegedésekre (allergia, mozgásszervi kopásos kórképek), de meghatározhatják a környezeti-termeszeti hatások (ivóvíz minősége, allergén növények stb.), a helyben terjedő járványok és egyéb tényezők sokasága, pl. egyes genetikai tulajdonságok nagyobb arányú megjelenése.

<sup>22</sup> Az orvos oldaláról ez a területi ellátási kötelezettség (TEK), amelynek fennállása esetén az Országos Egészségbiztosítási Pénztár köteles szerződést kötni az érintett háziorvossal, aki a kijelölt körzethatáron kívülről is fogadhat beteget, bár ez utóbbiak bejelentkezését nem köteles elfogadni.

orvos vállalja, hogy betegének folyamatosan rendelkezésére áll, ennek keretében felelős az eseti ellátásért, a krónikus betegség gondozásáért, a beteg szakellátásba irányításáért,<sup>23</sup> a keresőképtelen állományba vételéért, egyes társadalombiztosítási és szociális juttatások megállapításáért, az egészségi állapot igazolásáért és egyes alkalmassági vizsgálatok elvégzéséért is. *Így tehát minden Magyarországon élő személynek<sup>24</sup> van egy olyan alapellátó orvosa, aki köteles elvállalni az ellátását.*<sup>25</sup>

A más úton, saját jogon biztosítással vagy ellátásra való egyéb jogosultsággal nem rendelkezők a lakóhelyük jegyzője által kiadott hatósági bizonyítvány mellett „kvázi biztosítottá” válnak, *ellátási jogosultságot szereznek.*<sup>26</sup> A bizonyítvány jövedelemfüggő, az önkormányzati szociális ellátások egyéb jogosultságai közül több ugyanezen jövedelmi helyzethez kapcsolódik.<sup>27</sup> Ezen személyek után

2006 óta a központi költségvetés fizet egészségbiztosítási járulékot, amelynek összege jelenleg 4350 forint/hó.

*Nem egyértelmű az értelmezés a szakellátás, a magasabb progresszivitási szinten lévő, bonyolultabb, az orvosi specializáció magasabb fokát, több szakterület szervezett együttműködését igénylő ellátások helyi közügy jellegét illetően, illetve akkor, amikor a kifejezetten ritka kórképek ellátása jelent szervezési feladatot, amely még egy térség, megye vagy régió szintjén sem értelmezhető helyi problémának. A helyi önkormányzat fogalma ugyan magába foglalja a települési és a megyei szintű önkormányzatokat is, de ebből még nem következik, hogy a helyi közügy is ugyanilyen többszintű lenne. Az egészségügyben a progresszivitási szintek nem követik a területi önkormányzás szintjeit, az ellátások egy része természetes regionalizáció révén szerveződött meg az elmúlt másfél évszázadban, az ellátás racionális szervezése pedig nem közigazgatási egységek, hanem lakosság vagy betegszám alapján teremtenek szükségletet egy-egy nagy értékű ellátási formára.*<sup>28</sup>

*A Semmelweis-terv a progresszivitás szakmai fogalmát a fentieknek megfelelően használja, elszakad a közigazgatási beosztástól, és egészségügyi szervezési szinteket határoz meg. E tekintetben – a megyénél nagyobb egységeket lefedő szolgáltatásokat illetően – nem kifogásolható, hogy a helyi önkormányzatok ellátási kötelezettsége helyett a tárca nagyobb szerepet szán az állami irányításnak és fenntartásnak.*

*Az alapellátás esetében egyértelmű és relatíve egyszerű a területi ellátás elve, a körzetek önkormányzati kialakítása utca-házzám szinten megoldható. A szakellátás nagyobb területi egységeket (térség) foglal magában, tipikusan az önkormányzat közigazgatási határain kívül eső, más települések egy részét vagy egészét jelentő területet, és ennek lakosságát is. Jogi értelemben eddig a települési önkormányzat önként*

<sup>23</sup> A háziorvosi szolgálat székhelye meghatározza a szakellátó helyeket, amelyek ugyancsak körzeti elven, mostantól térségek szerint, területi ellátási kötelezettség alapján fogadják a betegeket. A betegirányítás eszköze a beutaló. A háziorvos ún. kapuőr funkciója, hogy a beteg számára a szakorvosi ellátások zöme csak beutalóval, azaz a háziorvos útján vehető igénybe.

<sup>24</sup> Figyelemmel arra, hogy a társadalombiztosítási egészségbiztosítás kötelező.

<sup>25</sup> Másrésztől a háziorvos szabad megválasztása alapján a beteg más alapellátó orvost is felkérhet háziorvosául, amennyiben az hajlandó ezt elfogadni. A háziorvosok OEP finanszírozása úgy került kialakításra, hogy az ellátott betegszám szakmailag megfelelő színvonalat garantálhasson a betegek számára, azaz bizonyos betegszám felett ne legyen érdekelt további betegek jelentkezésének elfogadására. Ez a finanszírozási eszközökkel kialakított „optimális betegszám” az önkormányzatok körzethatár-kijelölésének is vezető elve. Akkor területet kell körzetenként kialakítani, hogy az meghatározott minimális és maximális betegszám közötti méretű területi lakosság ellátását tudja lefedni. A finanszírozás egyes kiegészítő szabályai kivételes körülmények esetén az eltérő meghatározást is lehetővé teszik.

<sup>26</sup> 1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról 54. §: Egészségügyi szolgáltatásra való jogosultság.

<sup>27</sup> A jegyző közigazgatási eljárásban vizsgálja a jövedelmi helyzetet, de ez a vizsgálat, és ennek eredménye az önkormányzati juttatásokban is felhasználható. Amennyiben megvalósul – a tervek és sajtóinformációk szerinti – a közigazgatási és önkormányzati ügyek teljes szétválasztása, akkor a jövedelemigazolási eljárást többször is le kell folytatni egy-egy személy esetében, ami az eljárást, így a juttatáshoz való hozzáférést is lelassítja és magasabb eljárési költségeket is gerjeszt.

<sup>28</sup> Régió vagy régió fölötti szinten is, illetve a szükséges eszközök és tudás optimális „üzemgazdaságossági” felhasználásával.

vállalt feladata volt a szakellátás, de a feladat tartalmát tekintve ténylegesen nem beszélhetünk önkéntességről. Az önkormányzati törvény 1990-ben (ellentmondásos módon) az átmeneti időszak ellátási folyamatosságának érdekében „befagyasztotta” az ellátórendszert, a települések számára kötelezővé tette, hogy a korábbi mennyiségben, tartalommal (szakellátási profilok) és körzeti rend szerint tartsák fenn az egészségügyi ellátást.<sup>29</sup> Ez azonban bemerevítette az ellátó szerkezetet, gátjává vált a reformtörekvésnek, ezért a gazdasági stabilizációs törvénycsomag ezt a kötelezettséget megszüntette. Az intézményfenntartó települési önkormányzat döntési kompetenciája tehát leszűkülött arra a kérdésre, hogy ezt a teljes feladatot átadja-e a megyei önkormányzat (esetleg az állam)<sup>30</sup> felelősségébe. Mindez olyan szabályozási környezetben történt, amelyben a térségi, kistérségi vagy városkörnyéki szerepkörök nem nyertek kellő elfogadást, mivel a települések önálló önkormányzatisága és mindennemű hierarchikus alárendeltségének megszűnése a rendszerváltás kiemelt politikai értéke volt.<sup>31</sup>

*A törvény alapján az önkormányzatok a feladatok ellátásához rendelt pénzeszközöket nem kaptak.* Az ingatlan- és ingótulajdon ahhoz az önkormányzathoz került, amelynek területén az intézmény volt. E tulajdon fenntartását, fejlesztését, műszereinek cseréjét a tulajdonos önkormányzatnak úgy kellett és kell biztosítania általános bevételeiből, hogy az igénybevevő más önkormányzatok ahhoz nem járulnak hozzá.<sup>32</sup> Végső soron a tele-

pülési önkormányzatok a szakellátás megszervezésekor tudnak a szó jó és rossz értelmében politizálni a szakrendelések, a kórházak, a betegellátás egyéb szakellátási ügyeivel. *Ezt és a tulajdonosi kötelezettségek teljesítését illetően bemutatott jelenséget együttesen nevezhetjük az egészségügyi intézményrendszer „politikai tulajdonlásának”.* Ezzel az önkormányzati törvény eredeti célja és szándéka részben kiürült.

Az új tulajdonlás és önkormányzati szabályozás az ellátási kötelezettség és a hozzáférési, orvosválasztási jogosultságok összefüggésében nem vizsgálja az önkormányzatok helyzetét. (Az ún. városi kórházak egyelőre nagyrészt önkormányzati tulajdonban maradtak.) A feladatmegosztást nem elvi, hanem praktikus alapokon vizsgálja, az alacsonyabb költségűnek vélt közszolgáltatásokat inkább helyi, a drágábbat inkább állami feladatnak tekinti, a forráselosztást továbbra sem oldja meg. Nem tér ki arra, hogy az egyes közszolgáltatások egymással összefüggésben hogyan oldhatók meg, ebben milyen szervezési feladatok hárulnak a helyi önkormányzatokra.<sup>33</sup> *A helyi önkormányzatoktól független a fővárosi modell, amely nem a hozzáférés, hanem a szabad szolgáltatóválasztás és a konzíliumhoz való jog szempontjából vet föl betegügyi kérdéseket és aggályokat.* A megerősítésre kerülő kistérségi rendszer megoldhatja a kisebb szakrendelők és az egy orvos eltartására is elégtelen méretű települések ellátási gondjait.

A hozzáférés elvi, jogosultsági kérdései mellett a *tényleges, fizikai hozzáférés* is fontos eleme a jogérvényesítésnek. Ennek három legfontosabb tényezője:

- a térbeli, közlekedési hozzáférhetőség;

<sup>29</sup> KERESZTY Éva: *Regionalitás és kistérségek az egészségügyben*, IME (Az egészségügyi vezetők szaklapja), 3(2007), 3-19. p. = www.biloba.hu

<sup>30</sup> Korábban is lett volna módja az önkormányzatoknak az önként vállalt egészségügyi szakellátási feladatoktól megválni, de éppen a hozzáférés biztosításával kapcsolatos politikai értékfelfogás miatt nem vagy csak elvétve történt ilyen.

<sup>31</sup> KERESZTY Éva: *A helyi önkormányzatok és az egészségügyi szolgáltatók kapcsolata*, Magyar Közigazgatás, (11) 1999, 609-630. p.

<sup>32</sup> Az Állami Számvevőszék 0023 sz. jelentése: *Jelentés az önkormányzati tulajdonban levő kórházak pénzügyi helyzetének, gazdálkodásának vizsgálatáról* (1997-1999), Budapest, 2000. = www.asz.hu

<sup>33</sup> A közoktatás és az egészségügy határterületén klasszikus válságtérület az iskolaorvoslás és a nyári gyermektáborok tábor-orvosi ellátása, ami azonos gyermekcsoportot fed le és a települési önkormányzat a gyermek háziorvosi ellátásával összhangban meg tudná oldani, de éppen a feladatellátásra kötött szerződések szintjén nem jelenik meg mint felelős és szervező.

- az időbeli hozzáférhetőség;
- az akadálymentesség.

Az egészségügyi szolgáltatáshoz való térbeli hozzáférés biztosítása magában foglalja, hogy az *intézmény megközelíthető* legyen *gyalogosan, járművel, gépjárművel, illetve a település és a szolgáltató jellegétől függően tömegközlekedéssel*. Garantálni kell a mentőszolgálat megállási lehetőségét, vagy a rendeltetéstől függően egyéb, a szolgáltatás biztosításában részt vevő jármű parkolását. *Tágabb értelemben a házi orvos és az ügyeleti szolgálat térítésmentes parkolásának biztosítása az ellátási területen* ugyancsak ezt a hozzáférést biztosítja, hiszen ez a feltétele annak, hogy házhoz hívás esetén, a kötelező házi orvosi beteglátogatás alkalmával az egészségügyi megjelenjen a beteg otthonában. *A települési önkormányzatok feladata, hogy területükön a közútfenntartás, parkolás, tömegközlekedés megszervezésével biztosítsák ezeket a feltételeket.*<sup>34</sup> Nyilván nem hagyható figyelmen kívül a helyközi közlekedés sem, különösen ott, ahol a szakellátás igénybevevői a szomszédos településekről (a térségből) érkeznek. Így akár a tömegközlekedési megállók elhelyezése, a forgalomszervezés, a csatlakozó járatok kialakítása nemcsak a munkába járók és a tanulók útvonaligényeinek, hanem az egészségügyi közszolgáltatások igénybevevői számára is megfelelőnek kell lenniük. Ez a szempont a centralizált, nagy forgalmú szolgáltatók kialakítása, illetve multifunkciós egészségházmódellet mellett szól.

Ma már gyakori, hogy a speciális szállítást nem igénylő betegeket hozzátartozójuk gépjárművel szállítja az intézménybe. A parkolási lehetőségek hiánya miatt azonban a betegnek több száz métert kell megtennie szakszerű segítség, a kerekés székes szállítás lehetősége nélkül, mivel a régi építésű intézményekben sem a fenntartó önkormányzat, sem az intézmény nem végezte el ezt a modernizáló fejlesztést vagy egyszerű forgalomszervezést.

*Az időbeli hozzáférhetőség részben összefügg az előző, elérhetőségi problémával. Nem elég, hogy a tömegközlekedés elér a szolgáltatóhoz, a menetrendet is a betegellátás rendjével összhangban kell kialakítani.*<sup>35</sup> A beteg-előjegyzési rendszer mellett is sok beteg jóval előbb érkezik és a vizsgálat/kezelés befejezését követően is az intézményben tartózkodik, mivel a közlekedés rendje nem teszi lehetővé a leggyorsabb ellátást.<sup>36</sup> Így az előjegyzés ellenére továbbra is indokolatlanul sok várakozó van a folyosókon, ami rontja a betegelégedettséget és az ellátás minőségét is.

Az időbeli hozzáférés következő dimenziója *a rendelési idő meghatározása*. A szakrendelések zöme jellemzően csak munkaidőben érhető el. A házi orvosi rendszer kialakítását követően sokszor tapasztalható volt, hogy a házi orvosok is csak a délelőtti órákban rendeltek, de – éppen az önkormányzatok által megváltoztatott szerződési feltételek hatására – ma már általában szerveznek olyan napot, amikor délutáni rendeltést tartanak, esetleg heti váltásban szervezik rendelési idejüket a délelőtti, illetve a délutáni időszakra. *A szakellátás nemcsak munkaidő után, de a hétvégeken sem hozzáférhető, tehát csak táppénz mellett vehető igénybe*. Egyes magántulajdonú diagnosztikai szolgáltatók (CT, MR) alakítottak ki olyan munkarendet, amelyben folyamatos három-négyműszakos tevékenység zajlik, és a munkaszüneti napokon is van hozzáférhető ellátás a nem sürgős esetek számára is.

A foglalkoztatás elősegítése, mint kiemelt kormányzati cél, tartalmazza a táppénzes időtartam szigorúbb ellenőrzését, a szabályok és jogosultságok korlátozását, ugyanak-

<sup>35</sup> Szakértői gyakorlatomban többször előfordult, hogy a beteg azért nem tudta teljes egészében kihasználni az orvosi rehabilitációs lehetőségeket, mert kezelése befejezését megelőzően ment el az utolsó – általa igénybe vehető – távolsági busz, illetve a következőre négy és fél órát kellett volna várni.

<sup>36</sup> A probléma megoldása az intézmények számára is feladatot jelentene, ugyanis a betegelőjegyzésnél erre is tekintettel kellene lenni, de az intézmények erre nem készültek föl.

<sup>34</sup> 2011. évi CLXXXIX. törvény Magyarország helyi önkormányzatairól 13.§ (1) bekezdés.



kor a munkából kiesés időszakának és munkába történő visszaállítás időpontjának rövidítését.<sup>37</sup> 2011. július 1-jén hatályba lépett a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény 20–21. §-ának módosítása,<sup>38</sup> amely a táppénzen lévő ellátása esetén – a szakmai sürgősség szabályait nem sértve – soronkívüliséget (de nem azonnali ellátást) biztosít. Ez a rendelkezés szakmailag kevésbé hatásos, inkább gesztusértékű, mert eddig is a soron kívül fogadtak minden munkaképtelen páciens, akinek betegsége súlyossága ezt indokolta. Ha valamely kötelező időtartamot kell egy betegség (pl. fertőzés) vagy kezelés miatt táppénzen töltenie, az nem rövidíthető. *Az előjegyzés alapján végzett diagnosztikai vagy egyéb ellátások pedig járóbeteg-ellátásban, munka mellett is végezhetőek, a vizsgálat elvégzéséig nem kell folyamatosan táppénzen lenni, ha a rendelési idő megszervezése megfelelő.*

Ez utóbbiaknál lenne szükséges, hogy – akár jogszabályban előírva – biztosított legyen, hogy a járóbeteg-szakrendelés *meghatározott időközönként, de rendszeresen, heti egy alkalommal a délutáni, kora esti időszakban, havonta legalább egy alkalommal pedig szombati napon szervezzen (nem sürgősségi) rendelést.*<sup>39</sup> Ez lehetővé tenné, hogy munkahelyről való távolmaradás nélkül lehessen elvégeztetni olyan vizsgálatokat, ellenőrzéseket, amelyek a keresőképesség érintettsége nélkül igénylik az egészségügyi szolgáltatás igénybevételét. Ezért a speciális, a beteg szá-

mára emelt komfortszintű ellátást jelentő szolgáltatásért kiegészítő díj kérhető (ugyanúgy, mint az egyágyas vagy saját fürdőszobás kórteremért), ami az érintett dolgozók és az üzemeltetés bér- és dologi költségeit fedezi.

Az önkormányzatok feladata e tekintetben is a szervezés, az önkormányzat egyéb intézményeinek működésével és programjával való összehangolás (pl. heti piac, meghosszabbított, illetve délutáni ügyfélfogadási napok stb.). A megvalósítás keretei az intézményi SzMSz-ben rendezendők, amelyet a fenntartó hagy jóvá, települési önkormányzat esetében tehát a képviselő-testület. Az állami tulajdonos esetében ez bonyolult együttműködési, egyeztetési eljárást igényel, csekély a valószínűsége a megvalósításnak.

*Akadálymentesség szempontjából nemcsak a hiányzó, mozgáskorlátozottakat nem akadályozó infrastruktúrát kell számon kérnünk, hanem az egyéb, fizikai korlátozottsággal élők számára támogató környezet kialakítását is.* Az intézmények környezetében a közlekedés megszervezése, a közlekedési lámpák elhelyezése, a beteg ember átkeléséhez szükséges, megfelelő időtartamú szabad jelzés beállítása, pihenő padok, kapaszkodók elhelyezése a már hivatkozott általános települési, önkormányzati feladatok egészségügyi szolgáltatásra tekintettel történő ellátását jelenti, míg a szolgáltatónál történő belső akadálymentesítés a tulajdonosi kötelezettségek keretében részben már az államot is érintheti.

### *Ad 3. A kapcsolattartáshoz való jog*

A kapcsolattartáshoz való jog<sup>40</sup> betegjogi értelmezése *hagyományosan a látogatási rend kialakítására szűkül.* Ez a kórház „belügye”, látszólag nincs önkormányzati érdekelttség, feladat vagy hatáskör e tekintetben. De tá-

<sup>37</sup> A táppénz területén az elmúlt években egyedül a munkaviszony megszűnéséhez kötődő passzív táppénz igénybevétele nőtt, ez 2011. július 1-jétől megszűnt, de erre nem is lett volna hatással a soron kívüli ellátás. A táppénzes napok száma 1990 és 2005 között egyharmadára, a táppénzes esetek száma pedig 30%-kal csökkent, tehát kevesebben és kevesebbet vannak táppénzen (lásd: KSH, STADAT adatbázis és OEP adatok 1990 és 2009 között).

<sup>38</sup> 2011. évi LXXXI. törvény egyes egészségügyi tárgyú törvények módosításáról, 1–2. §.

<sup>39</sup> Az általam javasolt heti, illetve havi egy szombati alkalom minimális rendelési időt jelent, ez igény szerint lehetne több is, mindez összeköthető népegészségügyi célú rendezvényekkel, programokkal.

<sup>40</sup> 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről 11. § – a továbbiakban: Eütv.

gabb értelemben a kapcsolattartás nemcsak a látogatás elvi lehetőségét jelenti, hanem:

- a látogatni kívánt intézmény elérhetőségét;
- az elérhetőséghez alkalmazkodó látogatási idő lehetőségét;
- a látogatás infrastrukturális feltételeit;
- a hozzátartozó mellett tartózkodás lehetőségét;
- az egészségügyi intézményben (hosszabb időn keresztül) tartózkodók külső kapcsolattartásának lehetőségét.

Az elérhetőség a látogatók esetében lényegében megegyezik azzal, amit a betegek hozzáférésére vonatkozóan kifejtettem. *Az intézmény megközelíthetősége, tömegközlekedéssel és egyéni közlekedéssel való elérhetősége nem tér el a beteg és hozzátartozói esetében.*

Az időbeni hozzáférés részben eltérő szükségleten alapul. *A látogatás eleve csak fekvőbeteg-ellátó intézményben merül föl. Az intézmény házirendjében – a beteg állapota (egyéni) vagy az adott osztály szakmai működési érdeke miatt, vagy a többi beteg gyógyuláshoz, nyugalomhoz való jogának érvényesítése érdekében<sup>41</sup> – korlátozható a látogatás. Ugyanakkor a látogatási szabályok és a menetrendi szabályok összehangolása elengedhetetlen, ezt a látszólag különböző területet felülegyelő bizottságoknak és a képviselő-testületi tagoknak figyelembe kellene venniük. Az önkormányzatnak – adott esetben az intézmény korlátozó igényű látogatáspolitikájával szemben – a betegek és hozzátartozók kapcsolattartását csak a legszükségesebb mértékben korlátozó házirendet lenne szabad elfogadnia.<sup>42</sup> A helyi tömegközlekedés biztosítása a tele-*

pülési önkormányzat feladata,<sup>43</sup> a nagyobb területi egységeket ellátó egészségügyi szolgáltatók helyközi járatokkal való megközelíthetősége pedig az érintett önkormányzatok koordinációs feladatainak része, bár a menetrend kialakítására közvetlen ráhatásuk nincs.<sup>44</sup>

*A látogatás infrastrukturális feltételeinek biztosítása az intézetek egyik legnagyobb nehézsége. Különösen gyermekosztályokon figyelhető meg a szülő elvárása, hogy tartósan, kényelmesen rendezkedhessen be a gyermek ellátása alatt a kórházban. A gyermekosztályokon azonban elsősorban a gyermekek számára megfelelő a mosdók mérete, a berendezés, felszerelési tárgyak tervezése, és az ellátási feladatoknak nem része a szülő kiszolgálása. A többletdíj fizetése sok családnak nem megengedhető. Tapasztalataim szerint más országokban sem a „bennlávást” preferálják az intézmények, hanem a kórház közvetlen környezetében biztosítanak kedvezményes szállást és ellátást,<sup>45</sup> amelynek kialakítása jótékonyági, karitatív szervezeti, civil gyűjtési akciók eredménye és a fenntartás is nagyrészt ilyen civil fenntartásra épül. Ugyanakkor a helyi/települési önkormányzat rendszeres támogatással, önkormányzati szolgáltatásokkal is hozzájárulhat ezek kialakításához és üzemeltetéséhez. Az állami egészségügyi intézmény számára ilyen jutta-*

<sup>41</sup> Pl. csendespihenő, éjszakai pihenőidő időszaka. Találkoztam olyan panasszal, amikor a hozzátartozó azt kifogásolta, hogy a portás este kilenckor nem engedte, hogy meglátogassa testvérét. Az ügy egyéb körülményeire tekintettel a portaszolgálat helyett az ügyeletes orvosnak kellett volna eseti döntést hoznia, de ez a korlátozás általában nem kifogásolható.

<sup>42</sup> A házirend kikerült a megyei testületek látó- és hatásköréből, e területen összehangolásra nincs reális esély.

<sup>43</sup> 2011. évi CLXXXIX. törvény Magyarország helyi önkormányzatairól 13. § (1) bekezdés.

<sup>44</sup> A látogatás költségei az egészséggel kapcsolatos kártérítési igények keretében is érvényesíthetők, a látogatók személygépkocsi költségei és a tömegközlekedés megoldatlansága jelentősen növelheti a többletköltség formájában jelentkező kárt.

<sup>45</sup> Magyarországon 1994. óta működik a *Ronald McDonald Gyermeksegély Alapítvány*, amely ezt a funkciót látja el Budapesten és Miskolcon. Más országokban is működnek Ronald McDonald-házak, amelyek kialakításához az önkormányzat telek, illetve ingatlan kialakításával is hozzájárulhat, ez esetben tulajdonosi és nem egészségügyi feladat ellátási szerepében. Lásd: [www.ronaldhaz.hu](http://www.ronaldhaz.hu)

tás nehezen elképzelhető, ezt várhatóan a tulajdonos kompetenciájába terelik vissza.

*A kapcsolattartás tágabb értelmezése, ha a járóbeteg-ellátás során a beteg kíséretét ellátó személy jelenlétét is ezen jog részének tekintjük.* A kíséret nemcsak a kapcsolattartás, hanem az ellátáshoz való hozzáférés szempontjából is lényeges kérdés, hiszen a mentőszállítást vagy betegszállítást váltja ki (az állami költségvetés és az egészségbiztosítás szempontjából költségkímélő megoldás), a betegellátáshoz való hozzájárulásában azonban elengedhetetlen elem. A kísérő vagy hozzátartozó támogató jelenléte a beteg számára a kapcsolattartást is jelenti, biztonságot ad abban, hogy feszültsége ellenére az orvosi utasításokat valaki pontosan rögzítse, a beteget a betegjogok gyakorlásában segítse. A járóbeteg-rendelés szervezése, a várakozásra kijelölt hely tágassága, az ülőhelyek száma, a kulturált ruhatári lehetőségek, a hozzátartozók által is igénybe vehető mosdó nem a közvetlen orvosi beavatkozás, hanem a megfelelő ellátási körülmények biztosítását jelenti. A rendelők építése, felújítása, eszközös felszerelése a tulajdonos feladata és felelőssége, ami különös jelentőséget kap azokban az intézményekben, amelyek távolabbról érkező betegeket is ellátnak, s a hozzátartozók részéről is hosszabb utazást vagy más erőfeszítést igényel. Különösen ott lehet probléma ennek fejlesztése, ahol a házi- (önkormányzati) és a szakellátás (állami) az eddigiekben az önkormányzati egységes intézményben, éppen a betegek kényelme miatt, egy helyszínen volt elérhető.

*A parkolás lehetőségének biztosítása több jogot is érint, részben a hozzáférés, részben pedig a kapcsolattartás témakörében.* Az elmúlt években konkrét panaszügyek kapcsán az ombudsman is vizsgálta a parkolási problémákat, egyszer egy kerékbilincs felhelyezése,<sup>46</sup> másszor a parkolási díjak megállapítása

miatt.<sup>47</sup> A közzutat fenntartó önkormányzat jogosult a fizető parkolóhelyek és területek kijelölésére, a díjak megállapítására. Tehát a kórház – az önkormányzati tulajdonú területen – nem rendelkezhet erről, az önkormányzat feladata, hogy a kórház közterületnek minősülő udvarán szabályozza a parkolás rendjét, azonban *ez a korlátozás nem fosztja meg a beteget az ellátás igénybevételének lehetőségétől.*<sup>48</sup>

A parkolás lehetőségének biztosítása ugyanakkor a kapcsolattartás szempontjából sem elhanyagolható, hiszen a betegnek szüksége lehet olyan eszközre, ruházatra, amelynek cipelése, szállítása nehéz,<sup>49</sup> ezért indokolt a lehető legközelebbi helyen való megállás lehetőségét biztosítani. A beteget látogató idős házastárs, szülő is lehet mozgásában, terhelhetőségében korlátozott személy, aki nem tud hosszabb utat megtenni a tömegközlekedési eszköztől vagy több utcányira eső parkolótól. A parkolás rendjének és a várakozási díjak megállapításának tehát betegjogi hatásai is lehetnek, ezért az ügy aktív magatartást igényel a döntéshozó testületek részéről.<sup>50</sup>

<sup>47</sup> Az állampolgári jogok országgyűlési biztosának jelentése az OBH 4152/2002 sz. ügyben a kórház területén előírt várakozási díjról.

<sup>48</sup> Az ellátásra érkező, önállóan mozgásképtelen beteg az egészségügyi intézmény területére történő bebocsátásának nem lehet feltétele, hogy az őt szállító személy parkolási díjat fizessen.

<sup>49</sup> Eütv. 11. § (7): a beteg – a törvény eltérő rendelkezése hiányában – jogosult saját ruháinak és személyes tárgyainak használatára.

<sup>50</sup> Az 1990. évi LXV. törvény 8. § (1) bekezdése alapján az önkormányzati közügyek körébe tartozott a közszolgáltatások feltételrendszerének megteremtése, a helyi lakosság közszolgáltatásokkal való ellátásának biztosítása. Az Alkotmánybíróság 27/2000. (VII. 6.) AB-határozata szerint a piacgazdaság viszonyai között az önkormányzat e feladatának elsősorban közhatalmi eszközökkel, így a szolgáltatások feltételeit, körülményeit rendező jogi szabályozással tesz eleget, ide tartoztak a parkolási szabályok. Ez a kötelezettség az új önkormányzati törvénnyel, amely ilyen közszolgáltatást segítő feladatot nem fogalmaz meg, kiürlt.

<sup>46</sup> Az állampolgári jogok országgyűlési biztosának jelentése az OBH 1597/2004. sz. ügyben az egészségügyi intézmények előtti várakozási rend megállapításának korlátaival.

*Ad 4. Az önrendelkezési jog gyakorlása egyes speciális esetekben (haláleseti rendelkezések)*

Az önkormányzat a betegellátás tekintetében helyettes nyilatkozóként önrendelkezési jogot nem gyakorolhat. Az eseti gondnok<sup>51</sup> vagy ügygondnok rendszere helyett az Eütv. szabályozása szerinti, késelem nélkül alkalmazható helyettes nyilatkozói rendszer áll.

*Speciális helyzetet jelent az önkormányzat illetékességében lakóhellyel rendelkező személy halála vagy a területen bekövetkező haláleset. Ebben, és csak ebben az esetben fordulhat elő, hogy az önkormányzat egészségügyi önrendelkezési vagy a halálesettel kapcsolatos tágabb értelmű rendelkezési jogot gyakorol az elhunyt beteg helyett.*

Amennyiben temetésre kötelezhető személy nincs, nem fellelhető vagy nem tud megfelelni a temetéssel kapcsolatos kötelezettségeinek, akkor az önkormányzat feladata a temetés, ami részben rendszeti intézkedés, részben szociális juttatás, de a jogérvényesítés eszköze is. A köztemetés a szociális törvényben került szabályozásra,<sup>52</sup> de a temetéshez kötődő kötelező önkormányzati feladat a települési köztemető fenntartása is.<sup>53</sup> A köztemetés tekintetében a jogszabály meglehetősen szűkszavú. Köztemetésre kötelezett az önkormányzat, ha nincs temetésre kötelezett személy, vagy van ugyan, de nem gondoskodik a temetésről. A haláleset tudomásra jutását számított harminc napon belül kell temetni a halálozás helye szerinti önkormányzatnak, amely az utolsó lakhely szerinti önkormányzattól igényelheti ennek megtérítését. A későbbiekben a temetésre kötelezett személy a meg-

térítésre kötelezhető,<sup>54</sup> illetve a polgári jog szabályai szerint a költség hagyatéki teherként érvényesíthető.

*Nem kerül szabályozásra, hogy a köztemetés milyen temetési formában történjen.* A korszakos és hamvasztásos temetés mellett a hamvasztás alkategóriája az urnatemetés és a szórásos temetés. A temetés ezen összes formájának alternatívája az anatómiai intézet számára történő felajánlás, ez esetben az adott egyetem gondoskodik az oktatási célú beavatkozásokat követően a temetésről, a kegyeleti emlékhely felállításáról és gondozásáról.  *Szokványos esetben – ha életében az érintett nem rendelkezett – a temetésre kötelezett személy választja meg a temetés módját.* Nyilvánvalóan közrejátszik ebben a vallási hovatartozás, a temetőlátogatással, sírgondozással kapcsolatos szokások, a helyi közösség hagyományai és az anyagi teherbíró képesség szerinti megfontolások.

*Az önkormányzat esetében nincs olyan elv vagy szabály, amely kötelezővé tenné a mérlegelést, nincs szankciója annak sem, ha az életben tett kívánságot figyelmen kívül hagyják.*<sup>55</sup> Önkormányzati köztemetés esetében tehát nincs annak akadálya, hogy személyes, kegyeleti megfontolások nélkül, kizárólag a költségcsökkentési szempontok érvényesüljenek a temetés módjának megválasztásában. E tekintetben az egészségügyi szolgáltató és a rendelkező önkormányzat kapcsolata kimerül abban, hogy az intézmény értesíti az illetékes önkormányzatot, és átadja részére a kötelező dokumentumokon túl az esetlegesen nála lévő haláleseti rendelkezést is.

Az anatómiai intézetnek történő felajánlás történhet a még életben megfogalmazott

<sup>51</sup> Gyermek számára az ellátás érdekében szükség lehet eseti gondnok rendelésére, ha a jog gyakorlására felhatalmazott törvényes képviselő vagy más, nyilatkozattételre jogosult személy a gyermek egészségét károsítaná az önrendelkezési jog általa gyakorolni kívánt módjával.

<sup>52</sup> 1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról 48. §.

<sup>53</sup> 2011. évi CLXXXIX. törvény Magyarország helyi önkormányzatairól 13. § (1) bekezdés.

<sup>54</sup> Különös méltánylást érdemlő esetben ettől részben vagy egészben el lehet tekinteni. Ezzel a köztemetés a temetési segély egy speciális temetési segélytípust is képezhet, bár a jogszabály minden tekintetben eltérő jogintézménynek tekinti. A köztemetés természetbeni, a temetési segély pénzbeni ellátás, utóbbit jövedelmi viszonyokhoz, szociális helyzethez kötik, mérlegelés tárgya, utóbbi tényhelyzetre épül.

<sup>55</sup> Az önkormányzat nem örökös, így az elvileg lehetséges negatív hagyatéki jogkövetkezmények nem érintik.



szándékkal, de történhet utólagos felajánlással vagy vélelmezett beleegyezéssel is.<sup>56</sup> A jogszabály kissé pontatlan, de így is egyértelmű, hogy ha van az elhunytnak temetésre kötelezett hozzátartozója, akkor harminc napon belül tett írásos beleegyezése szükséges az anatómiai felajánláshoz, függetlenül attól, hogy ténylegesen temetteti-e hozzátartozóját. Ilyen hozzátartozó hiányában elegendő a tiltakozás hiánya. *Ha az önkormányzat a temető, akkor részéről írásos beleegyezés – elvileg – nem szükséges. Ugyanakkor szükségképpen jeleznie kell az egészségügyi szolgáltató felé, hogy nem kéri ki a holttestet, nem ragaszkodik annak eltemetéséhez. Az anatómiai intézet részéről történő átvételről is dokumentummal kell rendelkeznie, mert csak ezzel tudja igazolni, hogy a temetés ezen legális alternatíváját választotta.*

A temetkezéssel kapcsolatos döntésekben tehát a hozzátartozó rendelkezési joga helyébe lép az önkormányzati rendelkezés. Nem érvényesül ez a jogosultság a boncolással kapcsolatban. *A nyilatkozattételre jogosult személyek körében nem került feltüntetésre az önkormányzat, még abban a kivételes helyzetben sem, amikor temetőként, hozzátartozó hiányában jár el. Így tehát arra a következtetésre juthatunk, hogy önkormányzati köztemetés előtt – ha az elhunyt másképpen nem nyilatkozott még életében – mindenképpen boncolásra kerül sor, ami egyébként kegyeleti szempontból sérelmes lehetne,<sup>57</sup> de a konkrét esetben nincs aki e tekintetben jogérvényesítésre lenne jogosult.<sup>58</sup>*

*Megítélésem szerint a halottakkal kapcsolatos egészségügyi, temetési és egyéb rendelkezési jogok tekintetében szükséges lenne, hogy ezen jogok és a kegyeleti jogok gyakorlására is felhatalmazott személy járjon el hozzátartozó és örökös hiányában (az állam mint örökös eseté-*

*ben), aki az elhunyt nevében és érdekében ügygondnokként járna el a részletezett egészségügyi és egyéb jogok gyakorlásakor.<sup>59</sup>* A betegjogi képviselő vagy a gyámhatóság erre kijelölt munkatársa is felhatalmazható lenne erre a feladatra, előbbi az egészségügyben és az ellátáshoz köthető jogok gyakorlásával kapcsolatos gyakorlata alapján, utóbbi pedig alapfeladatainak hasonló jellege miatt. Mindketten függetlenek az önkormányzattól, de helyi feladatokat látnak el, ismerik a közeget, amelyben eljárának. Különösen a nagyobb lélekszámú településeken lenne jelentősége ennek a döntéshozatalnak, ahol a vallási pluralizmus és kulturális sokszínűség miatt a temetést illetően nem az önkormányzati<sup>60</sup> (pártpolitikai vagy tisztán költségcsökkentő tisztviselői) szempontoknak, hanem az elhunyt egyéni világlképének és értékrendjének érvényesítése lenne a cél a racionális költségkeretek között.

Ahogy azt elemeztük, az önkormányzat jogköre nem terjed ki a boncolással kapcsolatos döntésekben történő részvételre. A „halottszállítási költségek csökkentése érdekében” az önkormányzat *egészségügyi szakellátási kötelezettségétől függetlenül, az önként vállalható feladatok rendszeréből kiragadva, az önkormányzati törvényen kívüli (nem kétharmados) szabályozással kötelesek egyes esetekben egészségügyi szakellátás számára, de nem önkormányzati közszolgáltatás céljára szolgáló intézményt kialakítani és fenntartani. A köztemető részeként került szabályozásra ugyanis a „boncoló helyiségcsoport”, amelyet minden olyan városi köztemetőben fenn kell tartani, ahol nincs húsz kilométeres körzetben patológiai osztállyal rendelke-*

<sup>56</sup> Eütv. 222. § (2) bekezdés.

<sup>57</sup> A zsidó és muszlim vallásúak a holttest meggyalázásának tekintik a boncolást, de esetükben a hamvasztás is tilos.

<sup>58</sup> További részletek és az ezzel kapcsolatos nemzetközi gyakorlat: KERESZTY Éva: *Halottak, akik köztünk élnek*, Budapest, Medicina Kiadó, 2006.

<sup>59</sup> Hatályos jogunk szerint a közérdekbe ütköző kegyelet-sértés esetében járhat el az ügyész (1959. évi IV. törvény a Polgári Törvénykönyvről 85. § [3] bekezdés), de ez – éppen a közérdek szűk fogalma miatt – nem alkalmas a mindennapi, egyéni jogérvényesítésre, csak az utólagos „actio popularis” lehetőségét adja meg sírgyalázás és emberi maradványokkal való visszaélés egyes eseteiben.

<sup>60</sup> A települési önkormányzatok szociális ellátásokra vonatkozó szabályozása (önkormányzati rendeletben) általában a polgármesterre ruházza a döntés jogát a köztemetés kérdésében.

ző egészségügyi szolgáltató.<sup>61</sup> Ezt a temetőben kell létesíteni, ravatalozóval és hűtött tetemtárolóval együtt. A temetői boncolásra abban az esetben kerül sor, ha a hatósági eljárásban történő szakértői boncolást a halál helyszínéhez legközelebb eső temetőbe szállított holttestre nézve rendelik el.<sup>62</sup> A boncolást a hatóság által erre a feladatra kirendelt orvosszakértő végzi a magával hozott felszereléssel, kiszállásos munkavégzés formájában.

Ezen helyiségek nagy részében éveken keresztül nem történik boncolás, vagy csak nagyon ritkán. Ennek megfelelően a helyiségek nincsenek karbantartva, felszerelésük és kialakításuk rendkívül hiányos. *Ezen helyiségekben nem önkormányzati közszolgáltatás, hanem hatósági eljárási cselekmény zajlik, ami még inkább indokolatlanná teszi a köztemető fenntartáshoz kapcsolni egy ilyen kötelezettséget.*<sup>63</sup>

*Ad 5. A tájékoztatás joga – az intézetből történő elbocsátásról történő tájékoztatás*

A beteg-tájékoztatásnak három szintjét ismerjük. A legelső, legáltalánosabb szint, hogy a potenciális betegnek, biztosítottnak lehetővé tegyék, hogy tájékozódhasson az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés lehetőségéről.

Második szint az általános beteg-tájékoztatás az egyes intézményekben, amelynek keretében a beteg áttekintő tájékoztatást kap a betegjogokról, ezek gyakorlásának általános feltételeiről, az intézmény működési rendjéről, házirendjéről, a panasz kivizsgálás menetéről. Ebben volt az önkormányzatnak tulajdonosként és az ellátás felelőseként is szerepe. Ez most az alapellátásra redukálódik, ahol a betegjogi problémák és a panaszok általá-

ban kevésbé súlyosak. A fenntartói panasz kivizsgálás a helyben történő ügyintézés formája volt, amelytől a beteg a jövőbeni szakellátásban eleshet, ezért ezen ügyek is könnyen peres útra terelődhetnek.

Harmadik szint az orvos-beteg kapcsolatban, a konkrét betegellátáshoz kapcsolódó tájékoztatást jelenti, amelyben az önkormányzatok nem játszanak szerepet, legföljebb fenntartóként az írásos anyagok költségeinek viselésével.

A tájékoztatás, kapcsolattartás, illetve a külső kapcsolatok szempontjából *sajátságos forma az ellátó intézmény kötelezettsége a hazabocsátás megszervezésekor*. Hazabocsátás előtt a beteget és az általa megjelölt hozzátartozót tájékoztatni kell, hogy a beteg elbocsátásra kerül.<sup>64</sup> Ennek a rendelkezésnek a célja, hogy a beteg otthoni ellátását biztosítsák, azaz a beteg számára téli időszakban befűtsenek, a hőeltakarítást elvégezzék, ágát, ruháit előkészítsék, ételmezéséről gondoskodjanak mind a bevásárlás, mind az elkészítés tekintetében, hogy a járóbeteg-ellátásban elérhető gyógyszereket valaki kiváltsa. *Ha a beteg egyedülálló vagy hozzátartozója sem képes önállóan biztosítani az otthoni fogadás lehetőségét, akkor az önkormányzatnak szociális ellátási kötelezettségei körében természetben nyújtott alapellátásként, házi gondozói szolgálatával – esetlegesen az étkeztetés egyidejű biztosításával – kell segítséget adnia.*<sup>65</sup>

További kötelezettsége az egészségügyi szolgáltatónak, hogy az alapellátás orvosát (házi orvos) is értesítse,<sup>66</sup> különösen, ha a beteg folyamatos ellátását kell biztosítani otthon, azaz a hazaszállítást követően néhány

<sup>61</sup> A temetőkről és a temetkezésről szóló 1999. évi XLIII. törvény 9. § (1) bekezdés d) pont, és a 145/1999. (X. 1.) Korm. rendelet a temetőkről és a temetkezésről szóló 1999. évi XLIII. törvény végrehajtásáról, 7. §.

<sup>62</sup> Szokványos halálloki kórboncolás kizárólag patológiai osztályon, azaz kórházban történhet.

<sup>63</sup> Szóbeli információim szerint tervbevitelre került a kötelezettség megszüntetése.

<sup>64</sup> Eütv. 12. § (4) bekezdés: A beteg gyógyintézetből történő elbocsátásáról a beteget, illetőleg hozzátartozóját előzetesen tájékoztatni kell, lehetőség szerint legalább 24 órával a tervezett elbocsátást megelőzően.

<sup>65</sup> 1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról, 62. § Étkeztetés, 63. § A házi segítségnyújtás.

<sup>66</sup> A házi orvost általában a beteg vagy hozzátartozója értesíti azzal, hogy megkeresi, és átadja zárójelentését. Szakmailag indokolt esetben ennél sürgősebb értesítésre van szükség, amit vagy az önkormányzat részéről alkalmazott házigondozó személy vagy a kibocsátó intézmény végez el.

órán belül a beteg otthoni látogatása szükséges (injekció beadása, kötözés, egyes vizsgálatok elvégzése, állapotellenőrzés). *A területi ellátási kötelezettséggel rendelkező háziorvos ezt az ellátását nem tagadhatja meg, illetve a területi alapellátási ügyelet is köteles a beteget ellátni ezen esetekben. Az önkormányzat szerepe itt az érintett alapellátási szolgáltatókkal megkötött szerződésben merül ki.*

*Ad 6. Panaszjog, a betegjogok sérelme, az ellátás miatt bekövetkezett egészségkárosodás és egyéb kár kivizsgálása, szankcionálása, a beteg számára elégtétel adása*

A betegek panaszjoga, a panasz kivizsgálási rendszer egy rendkívül bonyolult, sok átfedést mutató rendszer. A szolgáltató belső szervezetében is több panasz kivizsgálási szerv működik, ez alkalmas arra, hogy nyilvánosságra kerülés nélkül érjenek el peren kívüli megegyezést. A szolgáltatótól független panasz kivizsgálás hatósági, bírósági és fenntartói körben zajlik. Ennek része a fenntartó önkormányzat eljárása, amely akkor is érvényesül, ha a működtetést magánvállalkozás végzi.<sup>67</sup> Az állami intézményben – a szakfelügyelet már említett átszervezése miatt – a független, hatósági vizsgálat lehetősége szűkült és a fenntartói vizsgálat a helyi viszonyokat nem ismerő szervezet jogköre.

*Az önkormányzat nyilvánvalóan nem alkalmas „műhiba ügyek” kivizsgálására és elbírálására, hiszen ehhez nincs megfelelő szakmai kompetenciája, de ez nem is fenntartói probléma. Ezeket átteheti a megfelelő hatóságokhoz, illetve tájékoztathatja a beteget a bírói út igénybevételenek módjáról. Szerepe abban lehet, ha az ellátáshoz, hozzáféréshez való jog, egyéb betegjogok sérülnek, ha a betegnek nem volt módja a biztosított jogviszony alapján a panaszost megillető jogok érvényesítésére, betekintési vagy adatvédelmi jogai sérültek. E tekintet-*

ben érvényesülhetnek a korábban leírtak: a panasz felhívhatja a figyelmet arra, hogy a házirend túlságosan korlátozó, rossz a tömegközlekedés, nem elérhető az intézmény, úgy és annyi parkolási díjat fizetnek, ami méltánytalan, sőt jogsértő stb.

Ekkor az önkormányzatnak nemcsak szankcionálási lehetősége van, illetve volt, hanem érdemi szabályozási, szervezési lehetőségei is nyílnak/nyíltak a korábban kifejtett egyéb önkormányzati felelősség és kötelezettség, valamint az önként vállalt feladatok szervezése során.

### Összegzés

*Az egészségügyi ellátás színvonala, a betegjogok gyakorlati érvényesítése számos esetben a szolgáltatói környezet és nem az orvosi szaktudás függvénye. Ezt a szolgáltatói környezetet – a gyakori ellátási esetekben – optimálisan a helyi közösségi öngazgatás, az önkormányzat tudja megvalósítani, egyéb feladataival összhangba hozni. A jogérvényesítés szervezési és felügyeleti eszközök alkalmazását igényli, sok esetben ehhez az anyagi források sem elegendőek. Az önkormányzati és egészségügyi átalakítás eddigi lépései nem az ellátási elvek és értékek, hanem a centralizált reformhoz szükséges hatáskörök és a tulajdonosi kötelezettségek csökkentése mentén, az (egyébként szükséges) átszervezés korlátlan lehetőségének alárendelve történtek, ami – álláspontom szerint – ismételt átgondolásra szorul. A központosított szervezésű egészségügy a szolgáltatói szerkezet átalakításához – a bonyolult törvényi megoldás szükségességének kiiktatásával – gyors lehetőséget biztosít, de éppen a helyi viszonyok és megoldások, az ellátáshoz való hozzáférés biztosítása szempontjából veszélyezteti a kialakított és elfogadott értékeket.*

<sup>67</sup> Eütv. 29. §.

*Hivatkozott jogforrások,  
alkotmánybírósági határozatok,  
állampolgári biztosi jelentések*

1959. évi IV. törvény a Polgári Törvénykönyvről
1990. évi LXV. törvény a helyi önkormányzatokról
1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról
1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről
1999. évi XLIII. törvény a temetőkről és a temetkezésről
2001. évi XCV. törvény a Magyar Honvédség hivatásos és szerződéses állományú katonáinak jogállásáról
2003. évi XLIII. törvény az egészségügyi közszolgáltatások szervezéséről
2005. évi CLXXXIII. törvény a vasúti közlekedésről
2011. évi LXXXI. törvény egyes egészségügyi tárgyú törvények módosításáról
2011. évi CLXXVI. törvény az egyes egészségügyi tárgyú törvények módosításáról
2011. évi CLXXXIX. törvény Magyarország helyi önkormányzatairól
- 145/1999. (X. 1.) Korm. rendelet a temetőkről és a temetkezésről szóló 1999. évi XLIII. törvény végrehajtásáról
- 192/2010. (VI. 10.) Korm. rendelet az állami vezetők és az államigazgatási szervek köztisztviselői számára biztosított juttatásokról és azok feltételeiről
- 54/1996. (XI. 30.) AB-határozat
- 27/2000. (VII. 6.) AB-határozat
- 62/2003. (XII. 15.) AB-határozat
- Az Állami Számvevőszék 0023 sz. jelentése: *Jelentés az önkormányzati tulajdonban levő kórházak pénzügyi helyzetének, gazdálkodásának vizsgálatáról (1997–1999)*, Budapest.
- Az állampolgári jogok országgyűlési biztosságának jelentése az OBH 4152/2002 sz. ügyben a kórház területén előírt várakozási díjról
- Az állampolgári jogok országgyűlési biztosságának jelentése az OBH 1597/2004. sz. ügyben *Az egészségügyi intézmények előtti várakozási rend megállapításának korlátairól*

*A helyi önkormányzatok szerepe és lehetőségei a betegjogok érvényesítésében  
2012-ig – és azután?*

A betegjogok érvényesítésének hagyományos megközelítésében az orvosi felelősség, az orvos-beteg kapcsolat vizsgálata áll előtérben, az állam betegjogi és ellátási felelőssége pedig a társadalombiztosítási rendszer megszervezésében és az infrastrukturális intézményi feltételek minimális szintjének fenntartásában kerül elemzésre. Az önkormányzatok egészségügyi ellátási felelőssége általában a fekvőbeteg-kapacitások elosztása körüli – részben politikai – viták mentén változik a rendszerváltás óta. Kevés vizsgálat tette tárgyává azt a problémát, hogy mitől is van helyi közügy jellege az egészségügyi (szak)ellátásnak, hogy melyek azok a körülmények, amelyek nem az egészségügyi intézmény műszerezettsége vagy személyi felkészültsége oldaláról járulnak hozzá a beteg-elégedettséghez, hanem a helyi vagy települési önkormányzat egyéb feladatainak ellátásával, szervező, szolgáltató tevékenységével teszik teljessé a tulajdonosi és fenntartói szerepet. Az általános, nem a közvetlen gyógyító kapcsolatban megjelenő betegjogok érvényesülése a helyi viszonyok között értelmezhető a maga teljességében, ennek gyakorlati és elméleti vonatkozásait mutatja be a cikk, felvetve azokat a megoldásra váró problémákat és ellentmondásokat, amelyek az ellátórendszer centralizálásával, az állami fenntartással, az új 2012-ben kiépülő önkormányzati és egészségügyi irányítási és működtetési rendszerrel kapcsolatban várnak megoldásra. A jelenlegi átalakítások során számos jel utalt arra, hogy sem az önkormányzati reform előkészítése, sem az egészségügyi reform intézkedései nem építettek a két szféra közti érdemi, ezeket az elvi kérdéseket is tisztázó együtt-gondolkodásra, ami a megvalósítás során az ellátás minősége szempontjából is kockázatos lehet.