



Az állampolgári jogok országgyűlési biztosának

JELENTÉSE

az AJB-3536/2009. számú ügyben

Előadók: dr. Tóth Krisztina
dr. Gurbai Sándor
dr. Kussinszky Anikó
dr. Láposy Attila
dr. Zeller Judit

Érintett szerv: Egészségügyi Minisztérium

2009. december

Az állampolgári jogok országgyűlési biztosa
Jelentése
az AJB-3536/2009. számú ügyben

Előadók: dr. Gurbai Sándor
dr. Kussinszky Anikó
dr. Láposy Attila
dr. Tóth Krisztina
dr. Zeller Judit

Az eljárás megindulása és előzményei

1. Az állampolgári jogok országgyűlési biztosa tevékenységének kezdete óta kiemelt figyelemmel kíséri az egészségügy problémáit, az egészségügyi intézmények működését, a betegjogok érvényesülését.

A 2007-ben indult – OBH 2464/2007. számú – vizsgálatomat az egészségügyben zajló struktúra-változás, a fekvőbeteg ellátók ágykapacitásának átrendezése, a megszűnő intézmények problematikája, kiemelten az Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet (a továbbiakban: OPNI) bezárása kapcsán kialakult helyzet alapjogi szempontú vizsgálatának szükségessége indokolta. Hangsúlyozva, hogy az egészségügyi ellátórendszer működésével, és annak átalakításából adódó problémák túlmutatnak egy-egy intézmény bezárásán, felvetik az államot terhelő intézményes ellátási kötelezettség alapjogi szempontú vizsgálatának szükségességét.

Az OPNI alaptevékenysége a felnőtt- és gyermekpszichiátriai, neurológiai és az agyérbetegségben szenvedők járó- és fekvőbeteg ellátására, rehabilitációjára, a klinikai pszichológiai és addiktológiai szakellátásra, valamint a stroke-betegek intenzív ellátására terjedt ki. Az egészségügyi miniszter azonban 2007. március 8-án kelt határozatával 2007. április 1-jei határral megvonta az OPNI-től mind az aktív, mind a rehabilitációs ágyakat, nullára csökkentve így az intézményben a fekvőbeteg-ellátást.

A betegfelvételi tilalom elrendelését követően közzétett állásfoglalásban az országgyűlési biztos megállapította, hogy az OPNI bezárásának módja megvalósítja a betegek, illetve az ellátási területhez tartozó lakosság tekintetében a lehető legmagasabb szintű testi és lelki egészséghez való alkotmányos alapjog sérelmének közvetlen veszélyét. Erre tekintettel felkérte az Országgyűlés illetékes bizottságait, hogy soron kívül vizsgálják meg az OPNI bezárásának jogi, gazdasági, szakmai körülményeit és azok következményeit, illetve tekintsék át az egész ország pszichiátriai ellátásának helyzetét. Az állásfoglalás nyomán az Emberi Jogi, Kisebbségi, Civil és Vallásügyi Bizottság napirendjére tűzte az OPNI helyzetének megtárgyalását, 2007. május 22-én pedig kihelyezett ülést is tartott, ahol azonban érdemi határozat nem született. Tekintettel arra, hogy az állásfoglalásban tett javaslatokat sem a szaktárca, sem a szakbizottság nem fogadta el, az ombudsman szükségesnek tartotta a helyzet helyszíni vizsgálattal történő feltárását.

Az OPNI bezárásának ügyében lefolytatott vizsgálat alapján megállapítottam, hogy az egészségügyi miniszter a kapacitásmegvonásról hozott egyszemélyes döntésével, és azt követően – az államháztartásról szóló 1992. évi XXXVIII. törvény rendelkezéseit sértően – lefolytatott megszüntetési eljárással a jogállamiság elvéből levezethető jogbiztonság követelményével összefüggő visszasságot idézett elő.

Jelentésemben kiemeltem, hogy a 2007. december 1-jével megszűnt fekvőbeteg-ellátással kapcsolatban a valódi problémát, a szakmai és alapjogi aggályokat azoknak a betegeknek a sorsa jelenti, akik a megszűnő ágyakon feküdtek, és akiket az ágyszám csökkentés minél gyorsabb lebonyolítása érdekében az intézményből elbocsátottak. A

pszichiátriai betegek közül sokan pszichés zavaruk következtében nem rendelkeznek betegségükkel kapcsolatos belátási képességgel, elbocsátásuk után rövid időn belül vagy nyomban abbahagyják a gyógyszerek szedését, nem mennek el az ideggondozóba, következésképpen állapotromlásuk esetén az utcán köthetnek ki, növelve a hajléktalanok számát.

Megállapítottam továbbá, hogy az OPNI bezárásával a pszichiátriai ellátás után részben megszűnt az európai színvonalú stroke-ellátás is, mivel a főváros budai oldalán egyetlen intézmény maradt, ahol ezt az ellátást biztosítani tudják. A Buda környéki területek ezen ellátás tekintetben ellátatlanul maradtak, a közlekedés állapota miatt ugyanis nem tartható az a rövid – legfeljebb 3 órá – idő, amelyen belül meg kellene kezdődnie az agyi stroke megfelelő kezelésének.

Az előkészítetlen áttelepítés miatt több száz krónikus pszichiátriai beteg sorsa vált bizonytalanná, akik pszichiátriai otthoni elhelyezésre évek óta vártak az OPNI-ban. Ellátás nélkül maradt számtalan drogbeteg, mert a főváros budai oldalán csak az OPNI-ban működött addiktológiai osztály és drogambulancia. Továbbra is megoldatlan maradt a 14-18 éves korú serdülők akut pszichiátriai ellátása a fővárosban. Megszűnt egy magas szintű oktatási és kutatási centrum, valamint egy speciális profilokkal rendelkező osztályokkal és részlegekkel működő gyógyítási centrum.

A vizsgálat során szerzett információk, a rendelkezésre bocsátott adatok és megismert tények alapján jelentésemben felhívtam a figyelmet arra, hogy a kialakult helyzet aggályos mind a mentálisan sérült vagy neurológiai betegségben szenvedő betegek, mind az egészségügyben dolgozók, végső soron pedig az egész társadalom számára. Alkotmányosan sem rövid, sem hosszútávon nem indokolható, hogy az egy helyre koncentrált, minőségi ellátás helyett, a struktúraváltás minősíthetetlen és szakmai szempontból vállalhatatlan egészségügyi ellátási körülményeket teremtsen.

Összességében az OPNI megszüntetésével együtt járó ellátásszint-csökkenés ellensúlyozásának hiánya, bizonyos földrajzi területeken vagy szakellátások tekintetében az ellátási szint kritikusra csökkenése, betegek százainak veszélybe kerülése az egészséghez való joggal összefüggő visszasságot okozott.

Felkértem az egészségügyi minisztert, hogy az érintett intézmények, a szakma képviselőinek bevonásával kezdeményezzen széles körű egyeztetést, és a jelentés következtetéseit is figyelembe véve fontolja meg egy szakmai bizottság felállításának lehetőségét. Felkértem továbbá az Országgyűlés Egészségügyi Bizottságát, hogy tűzze napirendjére a pszichiátriai, addiktológiai valamint stroke-ellátás fekvőbeteg ellátó intézményei helyzetének áttekintését.

2. Az egészségügyi miniszter válaszában a jelentés állításainak és következtetéseinek megalapozottságát vonta kétségbe, utalva arra, hogy abban tárgyi tévedések vannak, a biztos nem kért megfelelő tájékoztatást.

A miniszter felhívta a figyelmet arra, hogy a tárca az OPNI sorosáról való döntés kialakítása során több szempontot is mérlegelt. A minisztérium tekintettel volt a hatályos jogi szabályozásra, a betegek megfelelő elhelyezésének kialakítására, a szakmai követelményekre is. A döntést befolyásoló egyik legfontosabb tényező az épület rendkívül kedvezőtlen műszaki állapota volt, mivel az épület csak aránytalanul magas ráfordítással lett volna alkalmassá tehető arra, hogy megfelelő körülményeket biztosítson a betegek számára.

A miniszter válaszában kitért arra, hogy az OPNI feladatainak továbbvitele biztosításra került. A 2007. április 1. és 2007. december 31. közötti időszakban fokozatosan történt meg a feladatok átvétele az érintett intézmények részéről a zavartalan betegellátás biztosítása, és a fogadó intézményekben a szükséges feltételek megteremtése érdekében. A ráfordítások eredményeképp valamennyi befogadó intézményben sikerült javítani a betegellátás feltételeit,

a betegellátás folyamatossága megmaradt az átmenti időszakban is. A miniszter hangsúlyozta, hogy az OPNI megszüntetéséből adódóan egyetlen beteg sem maradt ellátatlanul.

A miniszter válaszában kifejtette, hogy súlyos szakmai hiba lenne, ha az ellátórendszer „visszarendeződne” és újra létrejönne egy korszerűtlen, a pszichiátria és addiktológia teljes integrálására törekvő, ezen túl pedig a stroke-ellátást is magában foglaló betegellátó „központi intézmény”. Mindez tekintettel arra, hogy ma már a pszichiátriai fekvőbeteg-ellátásban az általános kórházi ellátáshoz integrált, illetve a közösségi ellátások számitanak korszerűnek, szakmailag hatékonyabbnak, sokkal inkább szolgálják a betegek megelégedését és kevésbé stigmatizálóak, mint a nagy intézmények.

A miniszter tájékoztatót továbbá arról, hogy a pszichiátriai területtel kapcsolatos döntések kialakítása során szorosan együttműködést kíván kialakítani a szakterület képviselőivel.

3. A miniszteri válasz ismeretében a jelentés alkotmányos szempontú megállapításait, ajánlásait továbbra is fenntartottam.

Az egészségügyi miniszternek küldött válaszütemben hangsúlyoztam, hogy nem a „Lipót eredeti állapotának helyreállítása” vagy az épület megmentése volt a vizsgálat célja, hanem egy országos szintű feladatokkal működő intézet, és egy margóra szorult betegcsoport, valamint az őket ellátó szakemberek érdekeinek, méltóságának, emberi jogainak tiszteletben tartására való figyelemfelhívás.

Az ellátás nélkül maradó betegek konkrét számáról valóban nem állt rendelkezésre egzakt számadat, az OPNI bezárása után azonban egyre nagyobb számban jelentek meg az Országgyűlési Biztosok Hivatalának panaszíródján olyan OPNI-s dokumentumokkal rendelkező betegek, akik megfelelő ellátás hiányában kerültek be hajléktalan ellátó helyekre vagy kerületek a szociális munkások látókörébe, olyan aktuálisan gondozás nélkül állók, akik fizikailag vagy mentálisan képtelenek voltak az ellátás igénybevételére.

Álláspontom szerint amennyiben az OPNI bezárását követően egy ember is, akár ideiglenesen, de kiesett az ellátásból, az önmagában elegendő az alapjogi visszasság megállapításához. A közvetlen összefüggés valójában nem csak az OPNI átszervezését, mint inkább a hazai pszichiátriai ellátás, gondozó hálózat, esetenként a járóbeteg ellátás elégtelenségét bizonyítja.

4. Az OPNI megszüntetése ügyében folytatott vizsgálattal párhuzamosan, ahhoz szorosan kapcsolódva az *Országos Addiktológiai Intézet* (a továbbiakban: OAI) bezárása miatt közleményben hívtam fel a figyelmet arra, hogy a budapesti addiktológiai járóbeteg-ellátás a működésképtelenség szélére került. Utalva arra, hogy az intézet megszüntetése következtében az alkohol-politika koordinációjának nem lesz hatékony háttérintézménye, a budapesti alkohol- és droghelyzet súlyosan romolhat.¹ Felhívtam a figyelmet arra, hogy együtt kell kezelni az OPNI és az OAI ügyét, mivel e kettő a pszichiátriai ellátás egymástól el nem választható része.

5. A fenti előzmények után, figyelemmel az OPNI bezárása után kialakult helyzetre, az ellátásnak a jelentésben feltárt hiányosságaira, szükségesnek láttam a pszichiátriai és addiktológiai betegellátás jelenlegi helyzetét a betegek lehető legmagasabb szintű testi és lelki egészséghez való jogának érvényesülésének helyzetét – tekintettel az OPNI megszüntetése óta eltelt több mint egy évre – utóvizsgálat keretében ismételtten áttekinteni.

¹ OBH 2371/2008

Az állampolgári jogok országgyűlési biztosáról szóló 1993. évi LIX. törvény (a továbbiakban: Obtv.) 16. § (2) bekezdésében kapott felhatalmazás alapján hivatalból utóvizsgálatot² indítottam. Vizsgálatom célja az *OPNI megszüntetése óta megtett intézkedések vizsgálatán túl a pszichiátriai és addiktológiai betegellátás* – kiemelten a fővárosban – *általános helyzetének*, és a mindezekhez rendelt *infrastruktúra és szakember ellátottság alakulásának feltérképezése* volt.

Külön figyelmet szenteltem a *gyermek- és ifjúságpszichiátria helyzetének elemzésére*, tekintettel arra is, hogy a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról szóló 1997. évi XXXI. törvény (Gyvt.) 11. § (2) bekezdése a gyermek alkotmányos jogainak védelmét az állampolgári jogok országgyűlési biztosának kifejezett feladatává teszi.

Vizsgálatom ezen túl kapcsolódik a 2009. évben indított, a fogyatékossgal élők jogainak érvényesülésére fókuszáló „*Méltóképpen-másképp*” projekthez, tekintettel arra, hogy az ENSZ Közgyűlése által elfogadott Fogyatékossgal Élő Személyek Jogairól Szóló Egyezmény szerinti speciális fogyatékossgai csoportot, a pszicho-szociális fogyatékossgal élők helyzetét érinti.

A vizsgálat eredményes befejezése és a helyzet több szempontú értékelése érdekében az Obtv. 18. § (4) és (10) bekezdése alapján a következő személyektől, szervezetektől kértem részletes tájékoztatást:

- az *egészségügyi minisztertől* az ellátórendszer hiányosságainak orvoslása érdekében időközben megtett intézkedéseiről, a megszünt intézmények feladatainak átvállalásának módjáról, a betegellátó rendszer jelenlegi működéséről,
- az *Országos Egészségbiztosítási Pénztártól* a pszichiátriai és addiktológiai ágyszámok alakulásáról és a finanszírozási kérdésekről.

Megkerestem *több, az átalakításban érintett intézményt* (Országos Pszichiátriai Központ, Országos Addiktológiai Centrum, Nyíró Gyula Kórház, Merényi Gusztáv Kórház, Heim Pál Gyermekkorház), hogy megismerjen álláspontjukat, tapasztalataikat az intézmény megszüntetés betegellátásra gyakorolt hatásáról. Kikértem továbbá Pszichiátriai Érdekvédelmi Fórum és a Magyar Pszichiátriai Társaság véleményét az ügyben.

Munkatársaim látogatást tettek a Szegedi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Osztályán és Pszichiátriai Klinikáján, továbbá helyszíni vizsgálatot folytattak az Egészségügyi Készletgazdálkodási Intézet (EKI) kiskunlacházi raktárában.

Vizsgálatomban Dr. Szilágyi Júlia pszichiáter külső szakértőként vett részt.

A megállapított tényállás

I. Az OPNI feladatainak átvételében érintett intézmények és a feladatátvétel megvalósulása

1. Fekvőbeteg-ellátás

Az egészségügyi miniszter tájékoztatása szerint OPNI 2006. évben három telephelyen, 26 szervezeti egységben, 849 ágy kapacitással működött, amelynek nagyobb része a

² Az Állampolgári Jogok Országgyűlési Biztosa Irodájának Ügyrendi Szabályzatáról szóló 2/2007. sz. utasítás (Ügyrend) 20. § (1) – (4) bekezdése szerint az utóelemzés során az országgyűlési biztos a vizsgálat során feltárt alkotmányos viaszáság orvoslására tett intézkedés teljesítését, annak eredményeit, illetve további eljárásuk szükségességét vizsgálja. Az utóelemzés során utóvizsgálat tartható. Az utóvizsgálat során mindazok az intézkedések megtehetők, amelyekre az országgyűlési biztos a vizsgálat során jogosult. Utóelemzés során vizsgálható az is, hogy az intézkedést elfogadó címzett ténylegesen megtette-e mindazt, amit az országgyűlési biztos javasolt.

struktúraátalakítást követően is közfinanszírozott kapacitás maradt a feladatot átvevő intézményekben. Emellett 1.901 szakorvosi és 2.069 nem szakorvosi óra kapacitás biztosította a járóbeteg-szakellátást, valamint a betegellátás diagnosztikai hátterét.

Az OPNI pszichiátriai profiljának átvételében három kapacitástulajdonos (a Fővárosi Önkormányzat 410 ágy, a Semmelweis Egyetem 95 ágy és a Pest Megyei Önkormányzat 20 ágy) összesen hét intézménye volt érintett 525 ágy kapacitással, míg neurológiai feladatainak ellátását az Országos Idegsebészeti Tudományos Intézet vette át 74 ággal.

A miniszter tájékoztatása szerint a feladatok átvétele 2007. április 1-jétől 2007. év végéig folyamatosan történt, amelynek indoka az volt, hogy a fogadó intézményekben megteremtődhessenek azok a feltételek, amelyek biztosítani tudják a betegellátás szakmai és ápolási szempontból is megfelelő, a korábbiaknál jobb körülményeit. Az átmeneti időszakban – a betegellátás folyamatoságának biztosítása érdekében – az OPNI-ban tovább folyt a gyógyító munka 2007. december végéig.

A minisztérium alábbi táblázata mutatja szakmacsoportonként a 2006. december 31. előtti és a közigazgatási határozat végrehajtása utáni azon fekvőbeteg-szakellátási kapacitásokat, amelyekre feladatátadás történt.

Szakmacsoport	Meglévő ágyszám	Továbbra is közfinanszírozott kapacitás az átvevő intézményeknél
Neurológiai-stroke aktív	87	70
Belgyógyászat	20	0
Pszichiátriai aktív (gyermekpszichiátriával együtt)	175	197
Fertőző pszichiátria	20	20
Intenzív betegellátás	8	4
<i>Aktív ágy összesen</i>	310	291
Neurológiai krónikus	30	0
Pszichiátriai rehabilitáció	509	308
<i>Krónikus ágy összesen</i>	539	308
Összes fekvő kapacitás	849	599

Az OPNI feladatai átvételében konkrétan a következő intézmények voltak érintettek:

Aktív ágyon végzett tevékenységek esetében:

Pszichiátria szakmacsoport: 197 ágy

Nyíró Gyula Kórház: 40 ágy

Szent János Kórház: 26 ágy

Bajcsy-Zsilinszky Kórház: 11 ágy

Jahn Ferenc Dél-Pesti Kórház: 5 ágy

Flór Ferenc Kórház: 20 ágy

Semmelweis Egyetem: 95 ágy

Neurológia-stroke szakmacsoport:

Országos Idegsebészeti Tudományos Intézet: 70 ágy

Intenzív betegellátás szakmacsoport:

Országos Idegsebészeti Tudományos Intézet: 4 ágy

Fertőző betegellátás szakmacsoport:

Nyíró Gyula Kórház: 20 ágy

Krónikus ágyon végzett tevékenységek esetében:

Pszichiátriai rehabilitációs szakmacsoport: 308 ágy

Szent István Kórház: 243 ágy

Nyíró Gyula Kórház: 50 ágy

Heim Pál Gyermekkorház: 15 ágy

A miniszter megkeresésemre adott válasza szerint a betegellátási feladatok átvételéről szóló megállapodásokat aláírták az Egészségügyi Minisztérium, valamint a Fővárosi Önkormányzat, a Semmelweis Egyetem és a Pest Megyei Önkormányzat. A megállapodások biztosították a keretet az átmeneti időszak biztonságos betegellátásához mindaddig, amíg az átvétők a betegellátás feltételeit minden tekintetben megteremtik.

A miniszter válaszában kitért arra, hogy a Fővárosi Önkormányzattal kötött 8791-1/2007-2000PÁT számú Megállapodásban a Fővárosi Önkormányzat kijelentette, hogy a korábban az OPNI által teljesített – gyermek és serdülőkorúakat érintő – pszichiátriai aktív ellátási feladatot (15 ágy) a Bajcsy-Zsilinszky Kórház és a Jahn Ferenc Dél-Pesti Kórház kapacitása terhére feladat-ellátási szerződéssel a Heim Pál Gyermekkorházban kívánja biztosítani. A 15 aktív ágy mellett további 15 rehabilitációs ágyon működő gyermekpszichiátriai ellátás végleges helyének kialakítása a Heim Pál Kórház Delej utcai telephelyén 7,5 mrd Ft-os minisztériumi pályázati támogatási forrásból a közeljövőben valósul meg. A beruházás biztosítja a komfortos, biztonsági szempontokat is szem előtt tartó körülmények kialakítását.

A nappali kórházi férőhelyekkel kapcsolatban a miniszter tájékoztatott arról, hogy a feladatátadási szerződések keretében áthelyezett fekvőbeteg kapacitásokhoz tartozóan – a feladat részeként – a nappali kórházi ellátás áthelyezése is megtörtént. A nappali kórházi ellátás – egyéb ellátási formaként – külön ágyszám-kapacitás nevesítést nem igényel, mivel az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet értelmében a nappali kórházi ellátás az osztályos háttér ágyszáma szerint ellátható betegszám 50 %-áig nyújtható.³

A miniszter által közölt ágyszámokkal kapcsolatban megjegyzendő, hogy míg a minisztérium a Szent István Kórház (Fővárosi Önkormányzat Egyesített Szent István és Szent László Kórház) vonatkozásában 243 rehabilitációs ágy átvételéről számolt be, addig a kórház telephelyeként működő Merényi Gusztáv Kórház kapacitásába az OPK információ szerint 198 pszichiátriai rehabilitációs ágy került. Ebből 88 ágyat a Pszichiátria osztályhoz csatoltak, 25 ágyat az Addiktológiai osztályhoz, 60 rehabilitációs ágy a Tündérhegyi Pszichoterápiás osztályé, amely már az Országos Orvosi Rehabilitációs Intézetben (OORI) működik, de elszámolás-technikailag még a Merényi Kórházhoz kötődik, és hasonló szerződéssel idekötődik a Tétényi Kórház 25 (geronto)pszichiátriai rehabilitációs ágya is, amelyek ténylegesen a Tétényi Kórházban működnek. Mindebből következően a minisztérium adatai szerinti 243 rehabilitációs ágy helyett 198 került átvételre a Merényi Kórház részéről, 45 ágy sorsáról nem lehet tudni.

A fentiekből látható, hogy az OPNI eredeti 849 ágából 599 került átadásra más intézményeknek a feladatok folytatása érdekében, a kapacitás tehát 250 ággal csökkent, azonban ezt a csökkentést is ki kell még egészíteni azoknak az ágyaknak a számával, amelyek sorsa – mint a Merényi Kórház esetében – nem tisztázott.

³ A kormányrendelet 40. § (9) bekezdés a) pontja szerint.

Az, hogy egyes rehabilitációs ágyakról – amelyek egyébként a minisztérium szerint a pszichiátriai rehabilitációs ellátást szolgálják – nem lehet tudni, hogy valóban a pszichiátriai ellátásban kerültek-e hasznosításra, összefüggésben van a *pszichiátriai akut és rehabilitációs ellátás szétválasztásával*, és azzal a ténnyel, hogy *megszűnt a rehabilitációs ágyak nevesítése*, a kapacitások szakmacsoport szinten kerültek meghatározásra, így a pszichiátriai rehabilitációs ágyak eltűntek a többi rehabilitációs kapacitás között. Az Országos Pszichiátriai Központ (OPK) véleménye szerint is fontos lenne a pszichiátriai rehabilitáció visszaintegrálása a pszichiátriához a rendelkezésre álló kapacitások nevesítésével.

Meg kell jegyezni azt is, hogy az ágykapacitások átvétele nem járt együtt a humán erőforrás átvételével, vagyis az OPNI-ban dolgozó szakorvosok és szakápolók közül csak kevesen folytatták vagy folytathatták munkájukat az utódintézményekben. A rendelkezésre álló adatok szerint az Országos Idegsebészeti Tudományos Intézet (OITI) 10 neurológus szakorvost, 2 egyéb felsőfokú végzettségű dolgozót és 24 szakdolgozót, a Semmelweis Egyetem 5 orvost, 3 pszichológust és 15 szakdolgozót vett át, a többi utódintézményhez ennél is kevesebb számú orvos és szakdolgozó kerülhetett át az OPNI-ból. A Szent János Kórház, a Jahn Ferenc Délpesti Kórház, a Bajcsy-Zsilinszky Kórház és a Flór Ferenc Kórház pedig humán erőforrás átvétele nélkül, a meglévő személyzettel látja el feladatait.

Az OPNI bezárása kapcsán átalakították az utódintézmények ellátási területeit, komoly gondokat okozva a felvételes pszichiátriai osztályoknak, mivel a kialakított felvételei területek figyelmen kívül hagyták az ellátó osztályok kapacitását és korábbi profilját.

A területi ellátással kapcsolatban a miniszter arról tájékoztatót, hogy a pszichiátriai rehabilitációban került sor a területi ellátás kiigazítására, mely során Budapest III. kerület lakosságának pszichiátriai rehabilitációs ellátása a Szent János Kórház és Egyesített Észak-budai Kórházai ellátási területéhez került. Budapest VIII. és IX. kerület lakosságának pszichiátriai rehabilitációs ellátása a 2008. július 10-én kötött megállapodás alapján a Fővárosi Önkormányzat Egyesített Szent István és Szent László Kórházhoz került.

A miniszter válaszában jelezte azt is, hogy az OPNI bezárása kapcsán az utódintézmények ellátási területeivel kapcsolatban sem a pszichiátriai aktív ellátásban érintett települések, sem az érintett intézmények nem jeleztek problémát a Közép-magyarországi Regionális Intézethez, az Országos Tisztifőorvosi Hivatalhoz vagy az egészségügyi tárcához.

Az OPK véleménye szerint azonban továbbra is szükséges a revízió. A kezdeti zavar enyhült, elsősorban annak köszönhetően, hogy egyes osztályok – olykor az ÁNTSZ segítségével – meg tudtak egyezni egymással a betegek átvételéről (pl. a SE Pszichiátriai Klinika és a Merényi Kórház), továbbá az orvosok új betegutakat találtak. Az akut, a krónikus és a rehabilitációs pszichiátriai ellátás integrálatlan, és bizonyos finanszírozási szabályok megnehezítik az aktív osztályról a krónikus vagy rehabilitációs osztályra történő átvételt.

A kényszerűségből lerövidült ápolási idők, az akut ellátást végző osztályokra nehezedő felvételi nyomás és az alacsony finanszírozás nem teszik lehetővé, hogy az előírt ideig (normatív + 5, illetve szakmai minősítésű intenzív rehabilitációs osztályra való áthelyezést megelőzően normatív + 3 napig) az akut osztályokon maradhassanak a betegek. Ez egyébként gyakran szakmailag sem indokolt. Ez a szabályozás megnehezíti azt, hogy a betegeket más intézményekhez tartozó rehabilitációs osztályokon fogadják. A helyzetet a sikertelen rehabilitációs kísérletek és a visszaesések növekvő aránya, valamint a betegek és a hozzátartozók fokozódó elégedetlensége jellemzi.

Az OPK szerint szükség lenne a területi ellátási kötelezettség rendszerének mielőbbi és teljes felülvizsgálatára, a területi aránytalanságok lehetőségek szerinti korrekciójára, az akut-krónikus-rehabilitációs betegutak akadálymentesítésére.

2. Járóbeteg-ellátás

A miniszter tájékoztatása szerint a járóbeteg- és diagnosztikai szakellátás kapacitásainak és a feladat ellátásának biztosítása is feladatátadási szerződések keretében történt meg, úgy, hogy az óraszámok átadása követte a fekvőbeteg-szakellátási feladatokat. A Fővárosi Közgyűlés 2007. november 29-ei ülésén 672 szakorvosi és 740 nem szakorvosi óra kapacitás átvételéről döntött. A döntés alapján a kapacitások a Fővárosi Önkormányzat által fenntartott kórházaknak (Egyesített Szent István és Szent László Kórház, Nyíró Gyula Kórház, Szent János Kórház és a Heim Pál Kórház) kerültek átadásra.

A Semmelweis Egyetem 180 szakorvosi és 385 nem szakorvosi órát vett át, a Pest Megyei Önkormányzat nem tartott igényt óraszám átvételére. Az Országos Idegsebészeti Tudományos Intézet a neurológiai és diagnosztikai óraszámok tekintetében 606 szakorvosi és 434 nem szakorvosi órát vett át 2007. november 1-jével.

Fentiek alapján megállapítható, hogy az OPNI eredeti pszichiátriai és neurológiai kapacitása (1.901 szakorvosi és 2.069 nem szakorvosi óra) 443 szakorvosi és 510 nem szakorvosi órással csökkent.

Az OPNI-ban működő Drogmegelőzési Módszertani Központ és Ambulancia néven ismert szervezeti egység feladata a drogbeteg-ellátás biztosítása volt gondozóintézeti gondozás formájában. A feladat ellátására az OPNI-nak heti 316 szakorvosi és 316 nem szakorvosi óraszám állt rendelkezésre. A miniszter tájékoztatása szerint az OPNI a rendelkezésre álló kapacitásainak csupán 24 %-át tudta kihasználni, azaz közel egynegyedét, ha a drogbeteg ellátás gyakorlatát követve egy betegre átlagosan egy óra ellátási idővel számolunk, de másfél óras ellátási idővel számolva is csak 36 %-os volt a kihasználtsága.

Ennek figyelembevételével az OPNI gyógyító funkcióinak megszűnésével 2007 decemberében a meglévő kapacitásokból a Fővárosi Önkormányzat Nyíró Gyula Kórháza heti 90 szakorvosi óra és 90 nem szakorvosi óra drog-gondozói kapacitást vett át feladatátadási szerződéssel, amit a Fővárosi Közgyűlés is jóváhagyott. A fennmaradó heti 226 szakorvosi és 226 nem szakorvosi óra sorsáról 2008 szeptemberében született döntés. Tekintettel a drogprobléma népegészségügyi jelentőségére, illetve a főváros és környéke drogfertőzöttségére, a rendelkezésre álló kapacitásoknak az addiktológiai járóbeteg ellátásban történő tartásáról döntött a miniszter.

A rendelkezésre álló kapacitásokat olyan szolgáltatóknak adta át a tárca feladatátadási szerződés keretében, amelyek addig is részt vettek az addiktológiai járóbeteg-ellátásban, de nem, vagy csak minimális mértékben rendelkeztek közfinanszírozott kapacitással. A tárca végül négy fővárosi és egy főváros közeli egészségügyi szolgáltatóval kötött feladatátadási szerződést. Ezek az Ébredések Alapítvány, a Magyar Ökumenikus Segélyszervezet, a Kék Pont Drogkonzultációs Központ és Drogambulancia Alapítvány, a Lorkamill Kereskedelmi és Szolgáltató Korlátolt Felelősségű Társaság, XV. kerületi Önkormányzat Egészségügyi Intézménye. A miniszter véleménye szerint a fenti döntéssel a tárca jelentős mértékben hozzájárult a drogfogyasztás szempontjából legfertőzöttebbnek tekinthető fővárosi és főváros-környéki szolgáltatók működési feltételeinek stabilizálásához.

3. Speciális feladatok

A miniszter tájékoztatott továbbá arról, hogy az OPNI speciális feladatai közül a Semmelweis Egyetem vette át a kutatási feladatokat, a Klinikai Pszichológiai Tanszéket és szakambulanciát, a Vaszkuláris Neurológiai Tanszéki Csoportot, a Molekuláris Genetikai Labort, a Biokémiai Labort, a könyvtárat és a Prion labort.

A *tündérhegyi Pszichoszomatikus és Pszichoterápiás Osztály* az OORI szervezeti

egységeként, a Szanatórium utcai telephelyen 60 rehabilitációs ágygal és 30 nappali kórházi férőhellyel biztosítja a pszichiátriai betegek speciális ellátását. A miniszter szerint a 3000 négyzetméter alapterületen kialakított osztály jobb és méltóbb körülményeket biztosít a betegek számára, mint az OPNI tündérhegyi telephelye.

Az OPNI-ban működő *Belgyógyászati és Fertőző Pszichiátriai Osztály* az intézet egyik meghatározó szervezete volt. Az országban legalább egy ilyen osztályra kiemelkedő szükség van, tekintettel arra, hogy vannak olyan fertőző valamint belgyógyászati betegséggel is küzdő pszichiátriai betegek, akiket sem a bel- vagy fertőző osztályokon, sem a pszichiátriákon nem tudnak megfelelő szinten ellátni.

Az OPK tájékoztatása szerint az OPNI-ban az elme-belosztály korábban 60, majd 40, a bezárás előtt 20 ágygal működött, míg az elme-fertőző osztály 20 ágyas osztályt jelentett. Az elme-belosztályon a nyílt osztályon nem kezelhető pszichiátriai betegek belgyógyászati osztályos kezelést indokló betegségét (pl. 1. típusú diabetes hipoglikémiás kómája, organikus eredetű delíriumok, miokardiális infarktus, transzfúzióra szoruló pszichotikus beteg stb.) kezelték belgyógyászati és pszichiátriai szakvizsgálóval rendelkező szakorvosok. Az elme-fertőző osztály fertőző betegségben szenvedő pszichotikus betegeket kezelte (pl. tb, salmonellosis stb.).

A miniszter tájékoztatása szerint a Nyíró Gyula Kórházban 2009. júniusban átadtak egy 13 ágyas elme-fertőző osztályt, kiváló körülményeket biztosítva, belgyógyász szakorvossal (1-3 ágyas kórtermek, külön WC, zuhanyozó), amely az OPNI elme-fertőző osztályát hivatott pótolni.

Tekintettel arra, hogy ebben az esetben két, egymástól eltérő szakmai feladatról van szó továbbra sincs megoldva az elme-belosztály pótlása, mivel csak bizonyos fertőző betegségben szenvedő pszichiátriai beteget vesznek fel, illetve látnak el.

Az egyéb betegséggel küzdő pszichiátriai betegek helyzete Szegeden is a fővárosihoz hasonló. Ellátásuk csak normál osztályokon lehetséges, más megoldási forma nincs. Ellátásuk az adott egyéb betegségnek megfelelő belgyógyászati, ideggyógyászati, bőrgyógyászati (stb.) osztályokon történik, itt a lehető legrövidebb ideig kezelik őket, az akut probléma orvoslása után pedig azonnal áthelyezik/visszahelyezik őket a pszichiátria osztályra, illetve az is előfordulhat, hogy azzal az indokkal, hogy veszélyeztetett az adott beteg állapota, eleve a pszichiátriára küldik a beteget.

Az OPNI-ban működött forenzikus pszichiátriai osztály is, a tervek szerint ebből az osztályból kellett volna kialakítani a fokozott biztonsági rendszerű pszichiátriai osztályt. A pszichiátriai ellátásból azonban jelenleg hiányzik a *forenzikus pszichiátriai ellátórendszer*, illetve *magas biztonsági fokozatú pszichiátriai osztályok* kialakítása is szükséges lenne.

A forenzikus pszichiátria feladata az elmeállapot orvosszakértői vizsgálata polgári és büntető ügyekben. A forenzikus pszichiátria igazságügyi, illetve határterületi feladatokat lát el (pl. bűnisméltése prevenciója a betegek speciális kezelése révén), míg a különféle biztonsági fokozatú pszichiátriai osztályok szervezésekor a beteg különféle szintű veszélyességét, biztonsági kockázatát tartják szem előtt, feladata a krónikusan violens, auto- illetve heteroagresszív betegek ellátása. A miniszter és az OPK véleménye szerint a kétféle ellátási forma között természetesen van átfedés. Kézenfekvő, hogy a violens betegek egyben kriminális cselekményeket is elkövethetnek, ezért egyértelműen magas biztonsági fokozatú osztályon kezelendők. Ugyanakkor egy gondokügyi ügyben elmemegfigyelt, forenzikus pszichiátriai feladatot jelentő idős beteg semmiféle biztonsági kockázatot nem jelent. Az eltérő feladatok más és más tárgyi-, illetve személyi feltételek kialakítását igénylik.

A miniszter arról tájékoztatót, hogy a forenzikus ellátás, illetve a magas biztonsági fokozatú egység kialakítása érdekében az Egészségügyi Minisztérium az elmúlt időszakban több irányú egyeztetést kezdeményezett, megvizsgálták az uniós fejlesztés lehetőségét is. A

szakterületek képviselői pedig elkészítették a részlegek személyi és tárgyi feltételeiről szóló javaslatukat.

A részlegek kialakítását ugyanakkor akadályozza a beruházások nagy személyi és költségigénye, valamint az, hogy eddig még nem találtak olyan szolgáltatót, aki szakmai, műszaki és emberi jogi szempontból is megfelelő lenne. A hiányzó ellátás mielőbbi megteremtése érdekében további egyeztetéseket folytatnak.

Az OPK kidolgozta a forenzikus pszichiátriai ellátás fejlesztéséről szóló javaslatát, a működéshez szükséges személyi és tárgyi feltételeket is összefoglalva. A rendelkezésemre bocsátott dokumentum szerint „jelenleg Magyarországon kizárólag az Igazságügyi Megfigyelő és Elmegyógyító Intézet (IMEI) tekinthető forenzikus pszichiátriai intézménynek. Az IMEI feladatkörébe azonban kizárólag a büntetőeljárással, illetve büntetés-végrehajtással kapcsolatos feladatokat sorolnak a jogszabályok. Továbbmenve, a büntetőeljárás kapcsán is csak a kiemelkedő tárgyi súlyú élet- és testi épség ellenes büntetendő cselekményeket elkövetett „kóros elmeállapotú” személyek utalhatók be és kezelhetők jogszerűen az IMEI-ben. A szabadlábban lévő – főszabályként az IMEI-be történő beutalásra alapot adó cselekményeket elkövető – terheltek, illetve a polgári eljárásokban érintettek számára egyáltalán nincsenek Magyarországon specializált szolgáltatók. Az IMEI-be jogszerűen beutalható elkövetők számára az IMEI az egyetlen fenntartott intézmény. Függetlenül betegségük minősítésétől/súlyosságától, társadalomra való veszélyességük mértékétől, vagy annak megszűntétől a betegek az IMEI-ben kénytelenek tartózkodni.” Az elemzés kiter továbbá arra, hogy „nincs lehetőség arra, hogy más – arra alkalmassá tett – pszichiátriai intézményben történjen azon betegek kezelése, akiknek társadalmi veszélyessége nem kívánja meg azt a szigorú biztonsági fokot, mint amelyet az IMEI jelent. Ugyanakkor nem ritkán állapotuk olyan elhelyezési- és terápiás módszerek, egészségügyi ellátások alkalmazását követelnék meg, amelyeket az IMEI körülményeinél fogva nem tud biztosítani.”

„A nemzetközi gyakorlat szerint a nagy biztonsági kockázatot jelentő személyek először magas biztonsági fokozatú osztályra kerülnek, amelyek jellegüket tekintve az IMEI-hez hasonlóak, bár annál jobban felszereltek – és ami még fontosabb – nem büntetés-végrehajtási intézet keretében működnek. Állapotuk stabilizálódásával a betegek átkerülnek közepes biztonsági fokozatú intézetbe/részlegre, ahol kezelésüket tovább folytatják. Ennek sikeressége esetén alacsony biztonsági fokozatú intézetbe/részlegre kerülnek a betegek, ahol a társadalomba való visszailleszkedésükre fordítják a hangsúlyt (pl. munkát vállalnak, szabadon elhagyhatják a kórházat, stb.) Ez a rendszer lehetővé teszi a beteg aktuális állapotának megfelelő kezelését, rehabilitációját, egyúttal személyes szabadsághoz való jogainak állapotához illeszkedő, jogszerű korlátozását jelenti csak. A magyar gyakorlatban csak az első (magas biztonsági fokozatú kórház – IMEI) és az utolsó (szabadon bocsátás) elem van jelen, a közbülsők csaknem teljesen hiányoznak.”

Az OPK szerint a magas biztonsági fokozatú osztályok megszervezése a Btk. 2010. május 1-től hatályos módosítása⁴ miatt is aktuális kérdés. A módosítás értelmében a kényszergyógykezelés legfeljebb az elkövetett cselekményre megállapított büntetési tétel felső határának megfelelő ideig, életfogytig tartó szabadságvesztéssel is büntetendő bűncselekmény esetén legfeljebb húsz évig tart majd. Ha ezt követően az Eütv.-ben meghatározott feltételek fennállása miatt szükséges, a kényszergyógykezelést pszichiátriai intézetben kell majd elhelyezni. Így a korábban az IMEI-ben kezelt betegek a határidő lejártával az állapotuknak megfelelő biztonsági fokozatú pszichiátriai intézetbe kerülnének.

Jelenleg azonban nem állnak rendelkezésre különböző biztonsági fokozatú pszichiátriai intézmények, illetve a pszichiátriai osztályok ma teljesen alkalmatlanok a közvetlen veszélyeztető magatartású betegek elhelyezésére, kezelésére. A nem megfelelően

⁴ A Büntető Törvénykönyvről szóló 1978. évi IV. törvény módosításáról szóló 2009. évi LXXX. törvény 25. § (1) bek.

felszerelt, elégséges számú és megfelelően képzett személyzettel nem rendelkező osztályokon az ilyen betegek fokozott veszélyt jelentenek betegtársaikra, a személyzetre, de sok esetben önmagukra is.

Az OPK véleménye szerint megoldás csak az lehet, ha kialakítanak olyan magas biztonsági fokozatú pszichiátriai osztályokat, amelyek tárgyi és személyi feltételeiben alkalmasak a szóban forgó betegek elhelyezésére, szakszerű kezelésére.⁵

4. Egészségügyi dokumentáció

A korábbi jelentésben az OPNI bezárásának közvetlen következményei között tértem ki az OPNI-ban lévő egészségügyi dokumentáció sorsának rendezetlenségére. A kiürített osztályokon maradó kórrajzokat bedobozolták, szekrényekbe zárták, ami az Egészségügyi Készletgazdálkodási Intézet (EKI) kezelésébe került. A korábban az OPNI-ban kezelt, de azóta más intézménybe felvett betegek kórelőzménye hozzáférhetlenné vált a kezelőorvosok számára, illetve adatvédelmi aggályokat is felvetett, amennyiben illetéktelen személy hozzáférhetett az egészségügyi dokumentáció szenzitív adataihoz. Nemcsak az OPNI akkori betegek kórrajz állományának további sorsa vált bizonytalanná, hanem az OPNI-ban tárolt és tudományos szempontból felbecsülhetetlen értéket képviselő 1945 előtti kórrajzokat tartalmazó kórrajztáré is.

A miniszter az egészségügyi dokumentációval kapcsolatban a következőkről tájékoztatót: a törvény felhatalmazása alapján az egészségügyi dokumentációt kezelő jogutód nélküli megszűnése esetén az adatkezelési feladatokat ellátó szerv kijelöléséről szóló 44/2008. (II. 29.) Korm. rendeletben a Kormány az egészségügyi és hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvény (Eüak. tv.) 30. § (4) bekezdés b) pontja szerinti adatkezelőként az Egészségügyi Készletgazdálkodási Intézetet (EKI) jelölte ki. A rendelet hatálybalépésével egyidőben a munkafolyamatok elindítása elkezdődött. Az OPNI átvett dokumentumai a következők szerint kerültek szétbontásra:

- Egészségügyi adatokat tartalmazó papíralapú, ill. rtg. filmek az alábbi részletezésben:
 - 1885-1945-ig keletkezett történelmi értékű kordokumentumok
 - 1945-2008-ig keletkezett egészségügyi adatok
- Működési iratok
- Patológiai szerv- és szövetszövetminták
- Elektronikus adathordozón található egészségügyi és működési adatok

Az 1945 előtt keletkezett dokumentumok az EKI központjában nyertek elhelyezést. Ezek az anyagok jelenleg feldolgozás, rendszerezés nélküliek, a kutathatóság szempontjából katalogizálni kell őket.

Az 1945 után keletkezett dokumentumokat elszállították az EKI raktárbázisára. 2009. augusztus 28-án befejeződött az egészségügyi dokumentációk digitalizálása. Az EKI a digitalizálási folyamatokat, az adatok visszanyerését rendszeresen ellenőrizte. Az OPNI feldolgozott betegdokumentumai jelenleg fizikailag elkülönített szerveren találhatók, ahonnan a folyamatos adatszolgáltatást biztosítható. Az elkészült anyagokat az EKI kiskunlacházai raktárában irattározzák, biztosítva a 24 órás biztonságos őrzését és tűzvédelmét, valamint a folyamatos fizikai visszakereshetőséget.

A működési iratok az irattári terv főbb megoszlási csoportjait alapul véve kerültek az EKI tatabi telephelyén rendszerezésre és elektronikusan rögzítésre. Visszakereshetőségüket elektronikus adatbázis biztosítja. A raktárbázis riasztóval felszerelve biztonságos őrzés- és tűzvédelemmel rendelkezik.⁶

⁵ Vö. AJB-1161/2009. számú jelentés

⁶ 2009. október 12-én munkatársaim helyszíni látogatást tettek az EKI Kiskunlacházán lévő raktárában, ahol

Feladatátvállalás keretén belül a levéltári törvény értelmében a 10 éven belül keletkezett betegdokumentációk az Országos Idegsebészeti Tudományok Intézet és a Patológiai Intézet között megosztva kerültek átadásra. Az ezen felül visszamaradt egészségügyi dokumentációt az EKI tárolja, illetve kezeli.⁷

A patológiai szerv- és szövetszövetminták Kiskunlacházán külön (zárható és szellőztethető) helyiségben nyertek elhelyezést. Az állapotából adódóan nem szkennelhető (dohos, vizes, penészes) dokumentumok elkülönülten kerülnek tárolásra. Ezekről jegyzék készült. Az EKI a feldolgozás megkezdésétől folyamatos adatszolgáltatást biztosít mind a magánszemélyek mind a hatósági megkeresések részére.

Az OPNI a "HOSPITALY" integrált medikai szoftvert használta a betegadatok nyilvántartására. A szoftvert a Hospitaly Kft. készítette, amivel az OPNI-nak adatfeldolgozásra is érvényes szerződése volt, ami a kórház bezárásával megszűnt. Az OPNI volt szerverét, amelyen a HOSPITALY rendszer működik és a kórház betegadatait tartalmazza, 2008. december 19-én az EKI elszállította saját telephelyére, ahol biztonságos körülmények között tárolja. A rendszerről az EKI adatkezelői kötelességének eleget téve, jogszerű igények esetén szolgáltat adatot. A betegadatokat tároló szerver tükörszerverét 2007. november 16-án, a stroke központ átköltözésével kapcsolatos feladatátadással indokolva, az OPNI az EKI hozzájárulásával átadta az Országos Idegsebészeti és Tudományos Intézet részére.

Az EKI a tárolt betegadatokból a feladatátadáshoz kapcsolódóan 2008. december 2-án az OPNI volt Pszichoszomatikus és Pszichoterápiás-rehabilitációs Osztálya (1121 Budapest, Szilassy u. 6.) részére jogszerűen átadta az érintett betegellátó egységek egészségügyi adatait és a kapcsolódó személyes adatokat.

Az OPNI Pszichiátriai Múzeum képzőművészeti gyűjteménye az Magyar Tudományos Akadémia (MTA) gondozásába került. A feladatok ellátásához az Egészségügyi Minisztérium 10 millió Ft támogatást biztosított az MTA számára. Az erről szóló szerződést 2008 szeptemberében írták alá.

II. A felnőtt-pszichiátria helyzete

1. Szervezeti átalakulás

A Pszichiátriai Szakmai Kollégium már az OPNI megszüntetése kapcsán a miniszternek írt levelében kifejtette, hogy szükségesnek tartják a hazai pszichiátria

megtekintették a fentiekben ismertetett iratok valamint az itt elhelyezett patológiai szerv és szövetszövetminták tárolási körülményeit.

Megállapítható, hogy a raktár tiszta, száraz, tűzvédelmi berendezéssel ellátott és a szellőzése is megoldott. Az iratokat rendszerezetten, részben az eredeti OPNI-s irattartó dobozokban (amennyiben ezek megfelelő állagúak voltak), részben pedig új, erre a célra kialakított dobozokban tárolják. A dobozokon megőrizték az eredeti feliratozást, de ellátták azokat új, a származási hely szerint változó színű címkékkel – tekintettel arra, hogy itt tárolják nem csak az OPNI, hanem más megszűnt egészségügyi intézmények iratanyagát is –, hogy ránézésre tudni lehessen, honnan származik az adott irat. Azokat az iratokat sem selejtezték ki, amelyek a korábbi elégtelen tárolási körülmények miatt sérültek vagy eláztak, ezek külön dobozokban kerültek elhelyezésre.

Az adatszolgáltatás a digitalizálásnak és a számítógépes nyilvántartásnak köszönhetően könnyen teljesíthető. Elég a korábban az OPNI-ban kezelt beteg nevének, születési dátumának és TAJ számának közlése a kórrajz kikereséséhez. Ez azért lényeges szempont, mert a pszichiátriai betegek gyakran nem őrzik meg zárójelentéseiket, így előfordul, hogy nem állapítható meg pontosan a kezelés időpontja.

Az adatszolgáltatásra irányuló kéréseket írásban kell benyújtani az EKI központjához. A gyakorlat szerint – amennyiben a digitális változat nem megfelelő a kérő részére – az EKI ezzel megbízott munkatársa, aki általában heti rendszerességgel látogatja a raktárt, személyesen keresi ki és készíti elő másolásra a kért kórrajzokat.

⁷ A köziratokról, a közlevéltárakról és a magánlevéltári anyag védelméről szóló 1995. évi LXVI. törvény

szempontjából, hogy az OPNI valamelyik utódintézményben vagy a legnagyobb telephelyen jöjjön létre egy országos hatáskörrel rendelkező nemzeti pszichiátriai centrum. Ezt indokolják az EU Zöld könyv mentális betegségekkel kapcsolatos megállapításai és az, hogy a jelenlegi egyetemi pszichiátriai klinikák nem fedik le a pszichiátria valamennyi szubspecialitását, az OPNI pszichiátriai struktúrája viszont igen.⁸

2008 októberében a pszichiátria szakterület módszertani tevékenységének biztosítása érdekében az egészségügyi miniszter létrehozta az *Országos Pszichiátriai Központot* (OPK), amely 2008 novemberében kezdte meg tevékenységét.

Az OPK az Országos Tisztifőorvosi Hivatal szervezeti keretei között működik, az Országos Szakfelügyeleti és Módszertani Központ (OSZMK) önálló szervezeti egységként került kialakításra, melynek székhelyét – a Semmelweis Egyetemen kötött megállapodás alapján – a Semmelweis Egyetem Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika biztosítja. A Központ szakmai felügyeletével, illetve az intézmény vezetésével a Klinika igazgatóját bízta meg a miniszter.

Az OPK betegellátást nem végez, az igazgatón és a szakmai igazgatón kívül négy szakemberrel és néhány tanácsadóval dolgozik, így az OPNI feladatai közül az ott dolgozó szakemberek csak bizonyos módszertani, adatgyűjtési feladatokat tudnak ellátni.

Az OPK tevékenysége elsősorban négy fő területre terjed ki: 1. adatgyűjtés, adatfeldolgozás (adatok gyűjtése a pszichiátriai betegellátás működési körülményeiről, részvétel és tanácsadás szakmai kódrendszerek karbantartásában, a pszichiátriát érintő finanszírozási szabályok változásának hatásvizsgálatában), 2. a betegellátás színvonalának emelése (a tárgyi feltételek, szakmai keretek, szervezetfelépítés, betegjogok, a gyógyítói hatékonyság felmérése, a problémás területek összegyűjtése és a korrekciós stratégia kidolgozása), 3. tudományos kutatások (a hazai pszichiátria terén folyó kutatások és tudástranszfer koordinálása és a nemzetközi kooperációs lehetőségek elősegítése), 4. pszichiátriával kapcsolatos jogi kérdések (a folyamatban lévő törvénykönyvek újrakodifikálásában való részvétel, egyes jogszabályok teljes revíziója, a pszichiátriai ellátórendszerrel érintő szakmai és jogi kérdések profilisztizálása, illetve új jogszabályok kezdeményezése).

2. Pszichiátriai fekvőbeteg-ellátás

Az Egészségügyi Minisztérium által koordinált szakmai és társadalmi egyeztetést követően, 2009 áprilisában a tárca elfogadta a *Lelki Egészség Országos Programot* (LEGOP). A miniszter tájékoztatása szerint a program a szakmai szervezetek (Magyar Pszichiátriai Társaság, Pszichiátriai Szakmai Kollégium) szoros együttműködésével került kidolgozásra. Mivel a LEGOP elsődleges célja a pszichiátriai ellátórendszer fejlesztése, a program mint egészségügyi koncepció került elfogadásra. A miniszter álláspontja szerint a program elfogadása hiánypótló a magyar egészségpolitikában. 2009 májusában megalakult a LEGOP szakmai koordinációját biztosító Programtanács. A Programtanács tagjai az ország vezető pszichiátriai, országos szakfelügyelők, az országos intézetek képviselői, az érintett kollégiumok elnökei és a LEGOP megvalósításában érintett tárcák képviselői, valamint civil delegáltak.

A LEGOP helyzetelemzésre vonatkozó megállapításait jelentésben is figyelembe vettem. A LEGOP helyzetelemzése a következőkben foglalja össze a pszichiátriai ellátás jelenlegi helyzetét: „a pszichiátriai ellátás problémái lényegében megegyeznek az egészségügyi ellátórendszer általános gondjaival. Elavult az infrastruktúra és a műszerállomány, az intézményekben belső strukturális aránytalanságok állnak fenn. Ezek

⁸ <http://www.pszichiatriakollegium.hu/main4.html>

következménye, hogy számos esetben nem áll rendelkezésre a megfelelő korszerű szolgáltatás, ami a hozzáférési esélyek tekintetében is egyenlőtlenséghez vezet. A kórházi ágyakon nyújtott ellátásban még mindig vannak szociális okból elhelyezett betegek, akik jobb ellátási struktúra esetén ambulánsan is elláthatóak lennének. Ugyanakkor jelentős betegcsoportok nem jutnak megfelelő kórházi ellátáshoz. Különösen a gyermek- és ifjúságpszichiátriai, a gerontopszichiátriai, a forenzikus pszichiátriai és a különféle szubspecialitásoknak tekinthető járóbeteg-ellátók és kórházi osztályok/részlegek hiányoznak az ellátásból.

További strukturális aránytalanságot gerjeszt az a tény, hogy hiányosak a prevenció és az utókezelés, a rehabilitáció feltételei, alacsony egyes modern diagnosztikus és esetenként gyógyító eljárások hozzáférhetősége. A pszichiátriai infrastruktúrába való beruházásoknak az egészségügyi átlaghoz viszonyítva is igen alacsony mértéke jelentős akadályt képez az esélyegyenlőség, a minőségi ellátás fejlődésének útjában. (...)

A mentális egészségproblémákkal kapcsolatos népegészségügyi rendszer intézményrendszere nem felel meg a szükséges szakma- és ágazatközi munka által támasztott követelményeknek, nem kellőképpen rugalmas a partneri együttműködésekben, a korszerű szemléletmód érvényesítésében. A stratégiai tervezés elégtelen, a koordinációs mechanizmusok kialakulatlanok. A humán és anyagi erőforrások nem elégségesek a hatékony egészségfejlesztéshez. A szakemberek képzése és továbbképzése hiányos, a finanszírozás alacsony szintű, hiányzik a fenntarthatóság. Az egészségfejlesztési programok száma csekély, hatékonyságuk mérése, monitorozásuk és értékelésük az esetek többségében nem megoldott.

Az egészségügyi ellátásban 10.000 lakosra jutó pszichiátriai ágyak száma az utóbbi időben 3,89-ről 3,02-re csökkent – EU összehasonlításban megállapítható tehát, hogy a pszichiátriai aktív ágyak száma ma már abszolút számban is kevésnek minősíthető. A Health for All Database szerint az EU-ban csak Olaszországban és Cipruson alacsonyabb, mint Magyarországon.”⁹

A fekvőbeteg-ellátással összefüggésben az Egészségügyi Minisztérium arról rendelkezik ismerettel, hogy az aktív ágyak száma 25%-kal csökkent, a rehabilitációs ágyaké pedig 3,8%-kal növekedett. Megállapítható, hogy összességében tehát 8 %-os volt a csökkenés. (lásd 1. sz. táblázat)

Az OPK véleménye szerint az ágyszám csökkenés nem közvetlenül az OPNI bezárására vezethető vissza, amelynek aktív pszichiátriai ágyai szétosztásra kerültek az átvevő intézmények között. Az aktív ágyak számát és azok szakmánkénti elosztását az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről szóló 2006. évi CXXXII. törvény határozza meg. Az aktív ágyak száma a csökkentés előtt megfelelt az Európai Unió átlagnak, ezzel viszont jóval alá került (-20 %). Ezt fejt ki a LEGOP fentebb idézett, a 10 ezer lakosra jutó pszichiátriai ágyakkal kapcsolatos megállapítása is.

Az egészségügyi miniszter álláspontja szerint egyrészt a jelenlegi aktív ágyszám alapvetően elégséges a betegek megfelelő ellátásának biztosításához, másrészt csak korlátozottan sikerült kezelniük a pszichiátriai szakterületet érintő ellátásban a területi aránytalanságokat.

A területi aránytalanságokat jól mutatja az OPK által rendelkezésünkre bocsátott kimutatás, amely a 2007-es reform következtében kialakult helyzetet elemzi a 10 ezer lakosra jutó aktív ágyszámok alakulásának tekintetében. Eszerint az ország dunántúli területe van a legrosszabb helyzetben, a 10 ezer lakosra jutó ágyak száma Nyugat-Dunántúlon a legalacsonyabb (2,02), de Dél-Dunántúlon (2,38) és Közép-Dunántúlon (2,59) sem sokkal jobb a helyzet, Dél-Alföldön (3,82) és Észak-Alföldön (3,78) a legmagasabb a 10 ezer lakosra jutó ágyak száma.

⁹ LEGOP tervezet 4-5. o. (www.eum.hu)

Az OEP 2008. decemberi statisztikáját a 2. számú táblázat foglalja össze. A régiók szerinti bontásban továbbra is Nyugat-Dunántúlon a legalacsonyabb a 10 ezer lakosra jutó aktív ágyak száma (1,7), Dél-Dunántúlon (2,1) és Közép-Dunántúlon (2,6) is változatlanul alacsony a 10 ezer lakosra jutó ágyak száma. Az észak-magyarországi régióban pedig – ahol egyébként is alacsony (1,8) a 10 ezer lakosra jutó ágyak száma – Heves megyében nincsen aktív pszichiátriai ágykapacitás az OEP 2008-as adatai szerint, a 2009. júniusi adatok szerint ez az aktív ágyszám 48-ra módosult, ami még így is kevésnek mondható (1,02 a 10 ezer lakosra jutó aktív ágyszám).

A miniszter is elismeri, hogy az aktív ágyszám csökkenés problémát okozhat, mivel az emelkedő számú krónikus, illetve rehabilitációs kapacitások szakmacsoport szinten kerültek meghatározásra (vagyis a pszichiátriai szakterület nem került nevesítésre a krónikus illetve rehabilitációs kapacitásokon belül), és a szakmacsoporton belül csak az intézmény már meglévő szakterületére lehetett finanszírozási szerződést kötni.

Az OPK véleménye szerint – amit a helyszíni látogatásokkor is megerősítettek az egyes intézményekben – a pszichiátriai ellátáson belül megoldhatatlan nehézséget jelent, hogy elválasztották egymástól az akut és a rehabilitációs (krónikus) ellátást, ami azt eredményezi, hogy az akut kezelési fázison túl lévő betegeket – amennyiben az osztály nem rendelkezik elegendő rehabilitációs ágygal – nincs hová küldeni rehabilitációra, csak úgy, ha más intézménybe irányítják őket. Ha az ún. „forgóajtó pszichiátria” jelensége miatt – amely kifejezés arra utal, hogy az átlagos ápolási idő csökkenése miatt egy betegre kevesebb ápolási nap jut, a beteg állapota elbocsátáskor kevésbé kielégítő, utókezelés nélkül pedig számítani lehet a visszaesésére – túl korán elbocsátott beteg visszaesik, akkor kezdődik minden előlről.

A LEGOP¹⁰ is tartalmazza, hogy a fekvőbeteg szakellátás területén a pszichiátriai és gyermekpszichiátriai osztályokat aktív-rehabilitációs részleg bontásban célszerű szervezni, és az ellátási szükségletnek jobban megfelelő ágystruktúrát szükséges kialakítani, javítani kell az aktív-krónikus arányt.

A miniszter a válaszlevelében elismeri, hogy az ellátórendszert több tényező is megterheli: a kevesebb akut ágyon még mindig gyakran a pszichiátriai osztályokon történik a detoxikáció. Annak ellenére, hogy ez a gyakorlat szakmailag sem elfogadható. A detoxikáció oktatása nem része a pszichiáter szakorvosképzésnek. Az Oxyológiai-Sürgősségi, Honvéd- és Katasztrófaorvostani Szakmai Kollégium 2008. január 23-i ülésén hozott határozata szerint a detoxikálás nem pszichiátriai, hanem sürgősségi szakmai feladat. Az OPK és az Országos Addiktológiai Centrum is egyhangúan támogatta ezt a határozatot, tekintettel arra, hogy az országban jelenleg működő rendszer szakmailag elfogadhatatlan, véleményük szerint annak sürgős átalakítása szükséges. Emellett a krónikus illetőleg csak ápolásra, gondozásra szoruló betegek ellátására alkalmas szociális intézmények alacsony száma miatt továbbra is nagy nyomás nehezedik az ápolást, gondozást igénylő betegek felvétele tekintetében a pszichiátriai osztályokra.

Megoldásként a pszichiátriai ellátás profiltisztítását és tehermentesítését látja elfogadhatónak a miniszter, vagyis a „szociális ágyakat” a szociális ellátórendszerbe, a detoxikálást pedig az általános sürgősségi ellátásba kell integrálni és határozottan elkülöníteni a pszichiátriai feladatoktól.

3. Pszichiátriai járóbeteg-ellátás

A fekvőbeteg ellátásban az ágyak csökkenése a járóbeteg-ellátási formák iránti igény növekedését eredményezték. Ezek fejlesztése azonban az ágyszám csökkentéssel párhuzamosan nem történt meg.

¹⁰ LEGOP tervezet 12. o.

Az egészségügyi miniszter tájékoztatót arról, hogy a járóbeteg ellátás súlypontját jelentő gondozók működési feltételeire jelentős hatással volt, hogy 2007. április 1-jétől a gondozóintézetek számára folyósított fix-díjazás az előző évi 50%-ára csökkent. Emellett a gondozók teljesítményvolumen-korlát (TVK) növekményt kaptak annak érdekében, hogy a kieső fix díj részt teljesítmény díjból pótolhassák. A fix díj csökkentésének célja az volt, hogy az intézmények rákényszerüljenek a teljesítmény jelentésére, és így a mai finanszírozási rendszer egészébe már nem illeszkedő elem fokozatosan eltűnhessen. A módosítás a gondozóintézetek egy részénél finanszírozási problémát eredményezett. Ott, ahol a kezelésben lévő betegek kezelésben tartása, esetlegesen a teljesítménynövelés viszonylag kevesebb nehézséggel megvalósítható volt, a csökkenés hatásai kevésbé okoztak problémát. Ezzel szemben az alacsonyabb forgalmú szolgáltatók esetében finanszírozási probléma jelentkezett.

Az Egészségügyi Minisztérium a finanszírozási probléma megoldásaként kezdeményezte az egészségügyi szakellátás társadalombiztosítási finanszírozásának egyes kérdéseiről szóló 9/1993. (IV. 2.) NM rendelet módosítását, melynek eredményeképpen 2007. július 1-jétől a gondozók nemcsak a gondozói tevékenységeket (NM rendelet 15. sz. melléklet), de a szakterületükön elszámolható járóbeteg tevékenységeket (NM rendelet 2. sz. melléklet) is lejelenthetik. Ez azt jelentette, hogy többféle tevékenységet kódolhattak, mint korábban, mert a 2. számú melléklet szerinti listák adott szakmán belül bővebbek. Az OEP által megküldött 2006. és 2008. évi betegforgalmi táblák összevetése ad választ arra, hogy milyen mértékben sikerült a gondozóknak a kieső fix díjat pótolni. Az OEP elemzése szerint a beavatkozások számának jelentős növekedését kellene látni hasonló betegszám mellett, ha a gondozók az elképzelésnek megfelelően tudtak volna reagálni a finanszírozási technika módosítására. Ezzel szemben a beavatkozások száma minden érintett szakmában csökkent és ez jelentős betegszám csökkenéssel együtt valósult meg. A szakorvosi óraszám jóval kisebb csökkenése látható, mint ami a betegforgalom csökkenését indokolhatná. Az egy szakorvosi órára jutó díj – ami együttesen tartalmazza a fix és a teljesítmény díj elemet – drámai csökkenést mutat. (lásd 3. sz. táblázat)

Mivel a gondozók finanszírozásban jelentkező változásokat ez az intézkedés nem oldotta meg, a tárca 2008. október 1-jétől számos pszichiátriai (és addiktológiai) gondozói kód revízióját biztosította oly módon, hogy egyes eljárások pontszáma emelkedett, mások törlésre kerültek, valamint újak kerültek kialakításra. A miniszter a válaszában jelezte, hogy hosszabb távon a gondozói pontrendszer költségkalkulációin alapuló átalakítását tervezi.¹¹

¹¹A „Népszabadság online” oldalon 2009. október 22-én megjelent írás (ld. http://www.nol.hu/belfold/20091022-ideggondozas_fektelenul) egy pszichiáter ideggondozóbeli tapasztalatait foglalja össze: „A betegellátás minden lépéséért pont jár, a pontokért meg forint, melyet az Országos Egészségpénztár fizet ki nekünk. Pontosabban a szakrendelőnek, amely a befolyt összeg bizonyos hányadát, nekünk, szerződött egyéni vállalkozóknak (vagy bt.-nek, kft.-nek) visszajuttat. Mi durván a "megtermelt" pénz felét megkapjuk. A rendelő és a pszichiáter abban érdekelt, hogy sok pontot termeljen - és lehetőleg kevesebb súlyos pszichotikust lásson el. Utánuk ugyanis első vizsgálatkor 1000, a továbbiakban már csak 300 forintot kapok. A könnyebb (neurotikus, fóbiás, pánikbeteg stb.) esetek után, rejtélyes okokból, elsőre 3500-at, majd minden visszarendelésekor 2000 forint jár nekünk - azaz hétszer több mint a súlyos betegek kontrolljáért.” A cikk tanúsága szerint az OEP havonta csak egy kontrollt finanszíroz, ami a súlyos „elmebetegek” esetében kezdetben nem elegendő. Ezzel szemben „egy jól beállított pánikbetegnek sokszor elegendő háromhavonta felírni a gyógyszerét, mégis havonta berendelik receptért - hogy újabb pontokat termeljen. (...) Lehet, hogy az orvos valóban eltölt vele egy kevés időt, de gyakoribb, hogy a kolléga nem is látja a beteget, az asszisztens adja át az előre kitöltött receptet. Ám a beteg dokumentációja ilyenkor is súlyos vizsgálatokkal, és sok-sok ponttal hízik, hízalja az orvos számláját. Ugyanis gátlástalanul beleírnak mindenfajta vizsgálatot. Az egyik kolléga rendszeresen beír csoportterápiát - életében nem csinált ilyet. Sokfajta eljárást be lehet írni egyetlen betegnek, büntetlenül. Elegendő három szó, mondjuk a "kognitív működések térképezése", és máris 1000 ponttal, 400 forinttal lett gazdagabb az orvos.”

Munkatársaim a különböző pszichiátriai osztályokon tett látogatásaik során hasonló problémákkal szembesültek. A beszámolók alapján a vezetők a jogszabályokban a bizalmatlanságot látják kiütőközni, amely elképesztő

A járóbeteg-ellátással kapcsolatosan az Egészségügyi Minisztérium tapasztalata az, hogy míg egyes szolgáltatók esetében a kihasználtság rendkívül magas, addig vannak olyan szolgáltatók is, ahol a rendelkezésre álló kapacitást nem használják ki eléggé.

Magyarországon a járóbeteg szakellátás területi bázisait a pszichiátriai gondozóintézetek alkotják. A pszichiátriai gondozói hálózat területi alapon, lakóhelyhez közeli ellátási feladatokra építették ki, amelyek az egészségügyi és szociális ellátás határán álló többlet feladatokat is ellátnak.

A LEGOP szerint ideális esetben a pszichiátriai gondozó egy-egy területi egység pszichiátriai központja. Ez a szerveződés hatékonyabb, mint a kórház központú pszichiátriai ellátás. Ennek megfelelően a pszichiátriai betegek közösségi szociális ellátása ideális esetben a pszichiátriai gondozói hálózat köré épül, azzal integrálódik és nem párhuzamos struktúráként jelenik meg.¹²

A gondozói ellátási forma eredeti jelentése fokozott felelősségvállalást is magában foglal a gondozott betegért, megkereső tevékenységet, szükség esetén a lakóhelyen történő ellátást, a gondozók egyfajta többlettevékenységet végeznek a szakrendelésekhez képest, ezért is fontos a gondozói hálózat megerősítése.

Az OPK arról számolt be, hogy a pszichiátriai gondozókat sok helyen a kórházi osztályokhoz csatolták, részben ezzel kompenzálva az osztályok súlyos orvoshiányát. A kódrevíziót – amelynek hatására a gondozók által jelenthető beavatkozások száma bővült és bizonyos kódok esetén a pontszám, ezáltal a finanszírozás valamelyest emelkedett – pozitív lépésként értékelték. Azonban továbbra is szükség lenne a kódrevízióra, a tényleges költségeket figyelembe vevő finanszírozásra, amely kellő fedezetet nyújtana a megfelelő számú medikális és paramedikális személyzet bérezéséhez és a gondozók működéséhez.

A gondozók és általában a pszichiátriai járóbeteg-ellátás működését illetően jelentős területi kapacitásbeli különbségek észlelhetők. Az OEP 2008. decemberi adatai szerint (lásd 4. sz. táblázat) a legkisebb kapacitással – a fekvőbeteg ellátásban is kapacitáshiányos – észak-magyarországi régió rendelkezik (10 ezer lakosra jutó szakorvosi óraszám 7,7, szemben a közép-magyarországi régióval, ahol ugyanez a mutató 19,5). A területi egyenlőtlenségeket a gondozók száma is jelzi, pl. Nógrád megyében a 2009. augusztusi adatok szerint összesen két pszichiátriai gondozó működött.

Az egészségügyi miniszter azon meglátásával összefüggésben, miszerint a pszichiátriai ellátással összefüggésben nehézséget okoz az ország különböző területei között észlelhető hozzáférési, kapacitásbeli különbség, utalok a Pszichiátriai Érdekvédelmi Fórumnak (PÉF) a lélekgyógyászat megmentése érdekében közzétett felhívására¹³, amelyben azt kívánják, hogy „az ország minden pontján 1-2 órán belül elérhető legyen a járóbeteg-szakellátás.” Ezzel összefügg a Fogyatékkal élő személyek jogairól szóló ENSZ Egyezmény 25. cikke, amely szerint: „A részes államok elismerik, hogy a fogyatékkal élő személyek jogosultak a lehető legmagasabb színvonalú egészségügyi ellátásra a fogyatéklenség alapján történő bármiféle hátrányos megkülönböztetés nélkül. A részes államok minden szükséges intézkedést megtesznek, hogy a fogyatékkal élő személyek hozzáférjenek a nemhez igazodó egészségügyi szolgáltatásokhoz, beleértve az egészséghez kapcsolódó rehabilitációt. A részes államok különösképpen: (...) c) biztosítják ezeknek az egészségügyi szolgáltatásoknak a lehető legközelebbi hozzáférhetőségét az emberek saját közösségeihez, beleértve a vidéki területeket is.”

bürokratikus megoldásokat szül, szinte ellehetetlenítik, hogy az orvos a gyógyító munkájára tudjon összpontosítani. Az adminisztrációs teher elkesztő, a költséghatékonyság pedig mindent felülír.

¹² LEGOP tervezet 11. o.

¹³ <http://www.pef.hu/?alaji=I>

A miniszter válasza szerint átadásra került az OORI-ba áthelyezett Tündérhegyi Pszichoszomatikus és Pszichoterápiás Osztály. Ezen túlmenően a miniszter nem adott tájékoztatást az érintetteknek nyújtható pszichoterápiás segítség fejlesztéséről, azonban a LEGOP értelmében az „olyan területeken, ahol jelenleg csak pszichiátriai gondozó működik, pszichiátriai/pszichoterápiás szakrendelés kialakítása szükséges.”¹⁴ A LEGOP által megfogalmazott „jövőkép” egyik sarkalatos pontja, hogy „a mentális betegségek számának mérhető növekedése megfelelő szinten tartott pszichiátriai fekvőbeteg kapacitás mellett a járóbeteg kapacitások és a pszichoterápiás, pszichológiai szakellátás kapacitásának növelése szükséges.”¹⁵

A PÉF már említett felhívása szerint „a korszerű lelki gyógyítás pszichoterápiás segítséget is jelent. Azoknak a betegeknek, akik szakellátáshoz jutnak, ma mégis legtöbbször öt perc alatt felállított diagnózisokra alapozott gyógyszeres terápiákkal kell beérniük. (...) Azt szeretnék, hogy a betegek minőségi ellátását biztosítsák az OEP által finanszírozott járóbeteg-rendelések és gondozók, hogy legyen finanszírozott idő a beteg problémáinak részletes feltérképezésére és a gyógyszerek mellett pszichoterápiás segítségére, hiszen ezek hozzátartoznak a korszerű mentális gyógyításhoz. Azt igénylik, hogy fennmaradjon a pszichiátriai- és szenvedélybeteg-gondozás országos hálózata.”

4. Kapcsolat a szociális ellátórendszerrel

A pszicho-szociális fogyatékossgal élő emberek (pszichiátriai betegek) mindennapi helyzetének, életkörülményeinek javításához elengedhetetlen egy átfogó, holisztikus szemlélet alkalmazása, amely az érintettek emberi méltóságához való alapjogát feltétel nélkül figyelembe veszi. A miniszter a pszichiátriai ellátás profiltszítását említi, és elismeri a fekvőbeteg-ellátás résznél már említett ún. „szociális ágyakkal” kapcsolatos problémákat. A pszichiátriai betegek átfogó segítségével kapcsolatosan ismételtlen utalni kívánok arra, hogy a pszichiátriai ellátáson belül megoldhatatlan nehézséget jelent az akut és a rehabilitációs (krónikus) ellátás elválasztása, azzal, hogy az akut kezelési fázison túl lévő betegeket nincs hová küldeni rehabilitációra.¹⁶

Hasonló problémákkal szembesültek munkatársaim a Nyíró Gyula Kórház, Rehabilitációs Pszichiátriai Osztályán, 2009. július 14-én tett látogatásukkor. A kezelt betegek között nagyon jellemző a szociális problémákkal való terheltség: sok a hajléktalan vagy rossz társadalmi-gazdasági helyzetű, legtöbbször idős és egyedülálló személy. A hajléktalanság és a rossz társadalmi-gazdasági helyzet az esetek többségében következmény, vagyis ezeknél a személyeknél legtöbbször a mentális állapotukat is alapvetően érintő, ko-morbiditásról van szó.

Ezen betegek ellátása a valódi pszichiátriai kórképpel rendelkezőktől vonja el az egészségügyi intézmények személyi és tárgyi kapacitásait.

¹⁴ LEGOP tervezet 11. o.

¹⁵ LEGOP tervezet 18. o.

¹⁶ A Fogyatékossgal élő személyek jogairól szóló ENSZ Egyezmény 19. cikke értelmében: „Az Egyezményben részes államok elismerik a fogyatékossgal élő személyek egyenlő jogát a közösségben való élethez és másokkal egyenlő szabad döntéshez való jogát; minden szükséges és hatékony intézkedést megtesznek annak érdekében, hogy a fogyatékossgal élő személyek teljes mértékben élvezhessék e jogukat és a teljes közösségi befogadást és részvételt, beleértve a következők biztosítását: (...)

b) a fogyatékossgal élő személyek számára hozzáférési lehetőséget biztosítanak többféle otthoni, intézményi és egyéb közösségi támogató szolgálathoz, beleértve azt a személyes segítséget, mely a közösségben éléshez és a közösségbe történő beilleszkedéshez, valamint a közösségtől való elszigetelődés és kirekesztődés megelőzése céljából szükséges.”

Az SZTE Pszichiátriai Klinikáján is problémaként sorolták fel, hogy annak ellenére, hogy a gyakorlatban nem választható el egymástól a pszichiátria területén az egészségügyi és szociális ellátás, a jelenlegi helyzetben a két ellátórendszer kapcsolata nem kielégítő, ami a gyógyítás hatásfokát is csökkenti. Az aktív ágyak számának csökkenése miatt egyre kevesebb beteget tudnak szoros felügyelet alatt kezelni, a rehabilitációt megoldani képes intézményekbe való bekerülésre azonban éveket kell várni, az időskori demens betegek elhelyezése pedig szinte egyáltalán nem megoldott.

A helyszíni vizsgálatok során hallottakat tükrözi a LEGOP helyzetelemzése is. Az egészségügyi és a szociális ellátórendszer viszonyával kapcsolatosan a LEGOP úgy fogalmaz, hogy „hiányzik, de legalábbis rendkívül hiányos az átmenet az egészségügyi és a szociális ellátórendszer között. A ma ellátottak kb. 30 %-ának nem a tartós ápolásban kellene helyet kapniuk. A szociális ellátások fizikai infrastruktúrája tekintetében elsődlegesen a tartós és átmenti bentlakást nyújtó intézmények szorulnak korszerűsítésre és jelentős kapacitásbővítésre. Az intézmények túlterheltek, a várakozási idő gyakran eléri a 6-9 évet. A pszichiátriai és szenvedélybetegek nappali ellátásai sok helyen ki sem épültek, máshol – még a fővárosban is – jelentős kapacitáshiányokkal küzdenek. Súlyos problémákat eredményez az ország egyes területei között észlelhető hozzáférési, kapacitásbeli különbségek pl. a járóbeteg-ellátás, gondozás területén. Jelenleg ez az egyik legfontosabb, az esélyegyenlőséget meghatározó tényező Magyarországon, melynek tovagyrűző hatása a családokra, munka- és lakóhelyi környezetre további jelentős, járulékos károkat okoz. (...)

További nehézséget okoz, hogy az egészségügy területén tapasztalható, az elmúlt években bekövetkezett ágyszám-csökkentést nem követte megfelelően a szociális ellátó helyek számának növekedése, így az ellátórendszerben korábban is meglévő jelentős űr még tovább növekedett.”¹⁷

A szociális otthonok befogadóképessége elégtelen, ezt mutatja az a tény is, hogy jelentősen megnőtt a bekerüléshez szükséges várakozási idő. Nem ismerünk adatokat arra vonatkozóan, hogy a pszichiátriai ágyak között milyen arányt képviselnek a szociális funkciójú ágyak, de elengedhetetlennek látszik a szociális ellátórendszer olyan arányú fejlesztése, amellyel kiváltható a jelenlegi kórházi ágyakon zajló szociális ellátás, így tehermentesíthető az akut ellátás a szociális feladatok végzésétől.

A korszerű, aktív pszichiátriai gondozás a lakosságközeli ellátásokra és a közösségi alapú pszichiátria elveire épül. A közösségi pszichiátria elvei szerint a gondozást és a rehabilitációt a meglévő közösségi keretek között, a közösség integrált tagjaként kell a beteg számára biztosítani. Az ellátás minden lehetséges formáját a beteg otthonában, illetve annak közelében kell biztosítani.

A szociális igazgatásról és a szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény¹⁸ szerint a közösségi ellátások: a pszichiátriai, illetve a szenvedélybetegek részére nyújtott közösségi alapellátás, valamint a szenvedélybetegek részére nyújtott alacsonyküszöbű ellátás. A pszichiátriai, illetve a szenvedélybetegek részére a közösségi alapellátás keretében biztosítani kell a lakókörnyezetben történő segítségnyújtást az önálló életvitel fenntartásában, a meglévő képességek megtartását, illetve fejlesztését, a háziorvossal és a kezelőorvossal való kapcsolattartás révén a szolgáltatást igénybe vevő állapotának folyamatos figyelemmel kísérését, a pszichoszociális rehabilitációt, a szociális és mentális gondozást, az orvosi vagy egyéb terápiás kezelésen, szolgáltatásban, szűrővizsgálaton való részvétel ösztönzését és figyelemmel kísérését, megkereső programok szervezését az ellátásra szoruló személyek elérése érdekében.

¹⁷ LEGOP tervezet 5. o.

¹⁸ 65/A. §

A Nyíró Gyula Kórház Rehabilitációs Pszichiátria Osztályán tett helyszíni látogatás során elmondták, hogy a közösségi pszichiátriai ellátórendszer nem működik megfelelően, jelenlegi helyzetben pedig gondolni sem lehet arra, hogy pszichiátriai betegek tömegeit lehetne ellátni ebben a formában.

Az OPK véleménye szerint a jelenleg működő közösségi pszichiátriai ellátás színvonala nagyon egyenetlen, összességében szervezetlen, a szociális szféra által működtetett közösségi ellátók és a pszichiátriai gondozók közötti szinkronizáció sok helyen hiányos, az együttműködés jogszabályi háttére kidolgozatlan. A közösségi ellátás szociális oldala szerepel a költségvetésben, egészségügyi szolgáltatási oldala viszont nem, vagy csak a gondozókon keresztül, hiányosan.¹⁹

A LEGOP-ban szerepel a probléma megoldására irányuló koncepció, amely szerint „az azonos tevékenységi körökben működő egészségügyi és szociális intézmények esetén a szabályozást a két szakterület képviselőinek részvételével át kell tekinteni, a felesleges párhuzamosságokat meg kell szüntetni. Végeredményben olyan szabályozás kialakítása célszerű, amelyben pontosan meghatározott, hogy az egyes szolgáltatók, intézmények, pontosan milyen tevékenységeket végezhetnek és ehhez milyen személyi és tárgyi feltételeket kell biztosítaniuk. Már az elnevezés is elkülöníti a kompetencia köröket: a közösségi pszichiátria elnevezés komplex, különböző szolgáltatásokat integráló pszichiátriai tevékenységet jelent, míg a szociális ellátásokat az 1993. évi III. törvény. közösségi ellátásnak nevezi.”²⁰ Szükséges a szociális és az egészségügyi tevékenységek meghatározása és ahhoz kapcsolódó finanszírozási rendszer kialakítása.

5. Szakemberhiány

A LEGOP helyzetelemzése szerint a pszichiátriai ellátórendszer jelenlegi helyzetében „a humán kapacitás szerkezete hiányos, az orvosok, pszichológusok és szakdolgozók – elsősorban az ápolók, a szociális munkások – száma nem elégséges, megoszlásuk az ellátórendszerben kifejezetten egyenetlen”.²¹ A LEGOP ezen megállapítása egybevág a vizsgálat során tapasztaltakkal. A szakmát érintő szakorvosok és szakdolgozók hiánya jelentős. A szakma megbecsültsége mind anyagi, mind társadalmi tekintetben alacsony. Nincs jövőképük a fiatal orvosoknak, a bizonytalanság érzését az egészségügyi rendszer állandó változása is fokozza. A LEGOP megállapításai szerint „a megfelelő ösztönző rendszer hiánya és a tapasztalható infrastrukturális hiányosságok a munkaerő el- és egyre nagyobb számú kivándorlásához vezetnek. A dolgozók munkafeltételei és munkakörülményei több szempontból is elmaradnak attól, ami a hatékony munkavégzéshez szükséges.”²²

Az OPK véleménye szerint a szakorvos képzés kérdése eddig nem kapott a fontosságának megfelelő figyelmet. A jelentősen megnövekedett betegellátási terhek miatt a szakorvosképzés színvonala is markáns hanyatlásnak indult, mind az egyetemi klinikákon, mind az akkreditált osztályokon, ezt az OPK helyszíni auditjain a rezidens kollégák egyértelműen megerősítették. Romlott az oktató-hallgató/rezidens arány. A fiatal szakorvosjelöltek terhelése extrém (sokszor 10-15 felvétel egy ügyeletben, a még mindig jelen lévő, a szakma szabályaival teljes ellentmondásban lévő detoxikálással együtt), ugyanakkor a szupervízió a szakorvoshiány miatt gyenge. A kilátástalanság, a megalázó bérezés, a csökkenő szakmai színvonal, a karrierlehetőségek hiánya miatt a szakorvosjelöltek kiégettsége korán jelentkezik. Az OPK kérdéseire adott válaszok alapján megközelítőleg 50-

¹⁹ A közösségi ellátások (és a támogató szolgálatok) működését önálló ügy keretében vizsgálom (AJB 5012/2009.)

²⁰ LEGOP tervezet 17. o.

²¹ LEGOP tervezet 4. o.

²² LEGOP tervezet 5. o.

60 %-uk külföldön kívánja munkáját folytatni vagy pályaelhagyó lesz. Az OPK a szakemberhiány enyhítésére a fiatal szakemberek számára pályázatot írt ki, ennek anyagi keretei azonban rendkívül szűkösek, ezt külső pályázatokból próbálják meg kiegészíteni, véleményük szerint azonban fontos lenne ennek fejlesztése, bővítése, valamint kiemelendő az egyetemi képzőhelyek és oktató kórházak támogatása.

A miniszter a *szakemberhiánnyal és szakemberképzéssel* kapcsolatban kifejtette, hogy az Egészségügyi Engedélyezési és Közigazgatási Hivatal alapnyilvántartása szerint jelenleg a pszichiátriai szakorvosok száma 1563, melyből 1417 fő rendelkezik működési engedéllyel. Az addiktológus szakorvosok 235-en szerepelnek az alapnyilvántartásban, míg érvényes működési engedéllyel 222 fő rendelkezik. Pszichoterápia szakképesítéssel 420 fő szerepel az alapnyilvántartásban, melyből 404 főnek van érvényes működési engedélye. Nem rendelkezik a minisztérium pontos adatokkal arról, hogy pontosan hányan dolgoznak a pszichiátriai ellátásban. Az OPK információi szerint ez a szám maximum 650-700 főre tehető.

A szakemberképzéshez kapcsolódóan kihirdetésre került az egészségügyi felsőfokú szakirányú szakképzési rendszerről szóló 122/2009. (VI. 12.) Korm. rendelet, amely kiegészítő támogatást biztosít a hiányterületen elhelyezkedő szakemberek számára.

Az alapnyilvántartás szerint a klinikai szakpszichológusok száma 1066, melyből érvényes működési engedéllyel 810 fő rendelkezik. Pszichiátriai ápolókból és gondozókból 1769-en szerepelnek az alapnyilvántartásban, míg érvényes működési engedéllyel 887 fő rendelkezik. A pszichiátriai és mentálhigiénés szakápolók száma 450 fő, melyből 234 az érvényes működési engedéllyel rendelkezők száma. További kategóriaként szerepelnek a pszichiátriai ápolók. A 7 főből 5 fő rendelkezik érvényes működési engedéllyel.

A miniszter tájékoztatása szerint az egészségügyi tárca is érzékelt a szakemberhiányt, amely a pszichiátriai szakápolók vonatkozásában nem is annyira a jelenlegi létszám hiányából, hanem inkább az utánpótlás elmaradásából adódik. A pszichiátriai szakápolók képzése azon szakképesítések közül az egyik, ahol az utóbbi években rendkívül lecsökkent a képzésre jelentkezők száma. A miniszter hangsúlyozta, hogy minden olyan eszközzel, ami jelenleg rendelkezésére áll, kiemelten támogatja ezt a területet.

Ennek megfelelően a Társadalmi Megújulás Operatív Program 6.2.2 „Képzési programok az egészségügyben foglalkoztatottak számára, kompetenciafejlesztés, hiányszakmák képzése” 2009. május 25-én megjelent 2,8 milliárd Ft keretösszegű képzési díj támogatást biztosító és 700 millió Ft-nyí ágazati képzésfejlesztési pályázatában, és a 6.2.4 „Foglalkoztatás támogatása” mintegy 3,043 milliárd Ft összkertű pályázatban nevesítésre került a pszichiátria szakdolgozói és szakorvosi területen egyaránt. Uniós foglalkoztatási támogatásra további 6,84 milliárd Ft, képzési pályázatokra 3 milliárd Ft áll rendelkezésre a 2009-2010. évekre tervezett pályázati keretek között. A szakápolók képzésének támogatására ösztöndíjrendszer kidolgozásán dolgozik a minisztérium.

Jelenleg azonban – mint az a miniszter válaszából is kiderül – a pszichiátriai ellátás hiányosságainak fejlesztését sok esetben korlátozza, hogy hiányos a szakterület humán kapacitás szerkezete: különösen az orvosok és az ápolók száma nem elégséges.

III. A gyermekpszichiátria helyzete

1. A gyermekpszichiátriai ellátás általános helyzete

A pszichiátriai ellátás *egyik leginkább problémás területét* jelenti a *gyermekpszichiátriai (gondozás) ellátás*, amelynek kritikus helyzetét a LEGOP is kifejezésre juttatja. Rögzíti, hogy azok között a jelentős betegcsoportok között, amelyek nem jutnak jelenleg megfelelő kórházi ellátáshoz, külön említést érdemelnek a gyermek- és

ifjúságpszichiátriai betegek. A gyermekekre és fiatalokra specializálódott kórházi osztályok és részlegcek csekély kapacitásúak vagy hiányoznak az ellátásból. A gyermek- és ifjúságpszichiátriai gondozók és szakrendelők túlterheltek, az elmúlt időszakban csökkentették a gyermekpszichiátriai ágyak számát is, amelynek következtében szűkült a gyermek- és ifjúság pszichiátriai fekvőbeteg ellátás is.²³

Az Egészségügyi Szakképző és Továbbképző Intézet által az egészségügyi miniszter megbízásából 2005 novemberében kiadott „Közös kincsünk a gyermek” Nemzeti Csecsemő- és Gyermkegészségügyi Program a gyermekpszichiátriai helyzetével kapcsolatban így fogalmaz: „Különösen súlyos problémát jelent az akut krízishelyzetben lévő, szuicid kísérletet elkövető, drog abúzusban szenvedő, vagy a súlyos pszichotikus (köz- vagy önveszélyes) gyermekek és serdülők ellátása. Az alapellátás és a gyermek fekvőbeteg ellátás nap mint nap kerül szembe azzal a problémával, hogy az otthon, vagy gyermekosztályon nem kezelhető pszichiátriai betegek akut elhelyezésére nincs mód.”²⁴

Ez a jelenség különösen azért aggályos, mivel felnőttkori betegségek megelőzése vagy korai felismerése és kezelése szempontjából a gyermekkori ellátás nagyon fontos. Több olyan pszichiátriai kórkép említhető, amelynek előfutárai már gyermekkorban jelentkezhetnek, így azzal, hogy a gyermekkorban indokolt pszichiátriai ellátást, kezelést megfelelően biztosítják, csökkenthető lenne a felnőttkori megbetegedések száma is.

Az alábbi elemzés a gyermek- és ifjúságpszichiátria helyzetét az OEP által szolgáltatott statisztikai adatok alapján, valamint két (a Heim Pál Gyermekkorház Gyermek és Serdülő Pszichiátriai Osztályán, valamint a Szegedi Tudományegyetem Gyermekpszichiátriai Osztályán folytatott) helyszíni vizsgálat tapasztalatai és a vizsgálat során megkérdezett szakemberek tájékoztatásai alapján készült.

A Heim Pál Gyermekkorház Gyermek és Serdülő Pszichiátriai Osztálya jelenleg – ideiglenesen – a Fővárosi Önkormányzat Nyíró Gyula Kórházának területén működik. Az elhelyezés kérdésének megoldását jelentheti, hogy a Gyermekkorháznak 200 millió forint áll rendelkezésére a gyermekpszichiátria megteremtésére, a tervezett végleges hely az Országos Vérellátó Szolgálat korábbi Delej utcai Vérellátó Központjának épülete. Ez az épület azonban felújításra és átalakításra szorul, a kivitelezési pályáztatás és a munkálatok elhúzódása miatt valószínűleg csak 2009 decemberére készül el az újjáépített részleg. A jelenlegi elhelyezés egyetlen folyosónyi területet jelent a Nyíró Gyula Kórház egyik épületében, a kórtermek és az egyetlen csoportszoba mellett nem áll rendelkezésre egyéb, például mozgási vagy sportolási lehetőséget jelentő saját kert, udvar vagy sportpálya. Az Osztály aktuálisan 15 aktív és 2 rehabilitációs ágygal működik, így a rehabilitációra – ld. később – jelenleg nincs lehetőség, nappali kórházi férőhely sem áll rendelkezésre. 2008-ban az Osztály 303 beteget látott el (30 esetben szülő kíséretében). A finanszírozással kapcsolatban elmondható, hogy a súlyos kórképek – amelyek náluk rendszeresek – után járó kiemelt finanszírozást eddig még nem kapták meg.

A Szegedi Tudományegyetem Gyermekpszichiátriai Osztálya 30 éve működik, korábban a város által működtetett kórházban, jelenleg a Gyermekklinika-hoz rendelve, kb. egy éve költözött át az osztály egy különálló épületbe, ahol a háromszintes épületben fekvő- és járóbetegellátás is folyik. Az ambulancia a földszinten, a fekvőbeteg részleg az emeleten található. Az épület háromszintes, az alagsorban van a nappali kórház, az étkezés, a foglalkoztatás és az ambulancia. A földszinten vannak az orvosi és a pszichológusi szobák és az igazgatás. Itt van egy nagyobb, megbeszélésekre használt helyiség is. Az emeleten kaptak helyet a betegszobák. Udvar és kert is tartozik az épülethez. Saját sportpályájuk nincs, de a szomszédságban van az egyetemi sportcentrum és azt az ő gyerekeik is használhatják. A 30

²³ LEGOP tervezet 4-5. o.

²⁴ „Közös kincsünk a gyermek” Nemzeti Csecsemő- és Gyermkegészségügyi Program 2005. www.eum.hu (2009. 11. 18.)

ágyas gyermekpszichiátria 24 aktív és 6 rehabilitációs ágygal működik. Ehhez járul 12 nappali kórházi férőhely. Az osztály általános gyermekpszichiátriai feladatokat lát el, speciális ellátási profiljuk nincs. Ellátási területük Bács-Kiskun és Csongrád megye mintegy 800.000 lakossal. Ennek a lakosságszámnak hozzávetőlegesen 20-25%-a 18 év alatti. Összefoglalva Szegeden jól szervezett osztály dolgozik, amelynek mérete alkalmazkodik az ellátandó területhez. A betegutak hagyományosan jól kiépítettek, a társszakmákat könnyű elérni, kellő számú orvos és szakszemélyzet áll rendelkezésre, meg lehet szervezni a saját, belső ügyeletet, és a tágabb környezetben is megvannak a színvonalas ellátáshoz szükséges fix pontok, ahová irányítani lehet a betegeket.

2. Szakmakódok

A szakmai tartalom megkülönböztetésére szolgáló szakmakódok (41: gyermek- és ifjúságpszichiátria) a gyermekpszichiátriai ellátások esetén is – csakúgy, mint az addiktológiai ellátás területén²⁵ – relativizálódtak. A kifejezetten gyermek- és ifjúságpszichiátriát jelző 41-es kóddal dolgozó ellátóhelyek mellett több olyan intézmény is található, amely a felnőtt pszichiátria 18-as szakmakódját használja, és csupán az intézmény nevéből következtethetünk a gyermek- vagy ifjúsági ellátásra. Ehhez járul, hogy sok helyen a gyermekpszichiátria átkerült a gyermekgyógyászati szakmakód alá (05), így a statisztikai adatok torzulásának veszélye a gyermekpszichiátria területén fokozottan fennáll.

3. Járóbeteg-ellátás a gyermek- és ifjúságpszichiátriában

A gyermek- és ifjúságpszichiátria területén az ellátóhelyek száma az utóbbi két évben némi csökkenést mutat. Pozitív változást jelent viszont az, hogy *2009-re valamennyi megyében működik már járóbeteg-ellátó*. Az ellátóhelyek száma mindazonáltal még mindig rendkívül alacsony egyes területeken. *Vas és Zala megyében csupán egy-egy, Békés, Szabolcs-Szatmár és Jász-Nagykun-Szolnok megyében is csak két helyen biztosítanak járóbeteg-szakrendelést.* (lásd 5. sz. táblázat)

4. Fekvőbeteg-ellátás a gyermek- és ifjúságpszichiátriában

Az Országos Egészségbiztosítási Pénztártól kapott adatok alapján megállapítható, hogy *2006-ban összesen 13, 2007-ben 9, 2009-ben pedig 11 helyen végeztek gyermekpszichiátriai fekvőbeteg-ellátást*. Bár ez a szám elégségesnek tűnhet, az adatokat alaposabban megvizsgálva azonban nyilvánvaló, hogy az ellátóhelyek területi megoszlása nem egyenletes. Ebben a vonatkozásban természetesen nem az jelent problémát, hogy Budapesten még 2009-ben is 4 helyen biztosítanak ellátást, hanem sokkal inkább az, hogy *az ország egyes területei teljes mértékben ellátatlanok a gyermekpszichiátriai fekvőbeteg-osztályok tekintetében*. Még ha vizsgálatunkat pusztán regionális szintű bontásban végezzük, akkor is szembetűnő, hogy három régióban (Közép-Dunántúl, Dél-Dunántúl és Észak-Magyarország) nincs gyermekpszichiátriai fekvőbeteg-ellátás. Amennyiben ehhez társítjuk azt az adatot, hogy a nyugat-magyarországi régióban is pusztán egyetlen ellátóhely működik, csupán 10 krónikus ágygal, akkor túlzás nélkül állíthatjuk, hogy *az országnak szinte a teljes dunántúli területén hiányzik a gyermek fekvőbeteg-ellátás*.

A részletesebb elemzéshez szükséges az OEP által nyilvántartott ágyszámok figyelembe vétele is. Ennek áttekintésével megállapítható, hogy az akut ágyak száma ugyan növekedett, a krónikus ágyaké azonban csökkent. Mindent összesítve *2006-ban 159 ebből*

²⁵ Lásd az addiktológiai szakmakódokról: 28. o.

111 aktív, 48 krónikus), 2007-ben 160 (ebből 124 aktív és 36 krónikus), 2009-ben pedig 185 (ebből 139 aktív és 46 krónikus) gyermekpszichiátriai ágy állt rendelkezésre. Az ágyszám tehát növekvő tendenciát mutat, mindazonáltal a 10.000 lakosra jutó gyermekpszichiátriai ágyak száma jelenleg is csupán 0,18, a krónikus ágyak száma mindösszesen 0,04.

A rendelkezésünkre álló adatok szerint a Budapesten működő gyermek- és ifjúságpszichiátriai ellátóhelyeken jelenleg egyáltalán nem található krónikusként nyilvántartott ágy. Ezt az egészségügyi miniszter még 2008-ban azzal indokolta, hogy a Heim Pál Gyermekkorházban – tekintettel átmeneti működési helyére a Nyíró Gyula Kórházban – nincs mód rehabilitációs ellátásra, ezért az átmenetileg szünetel.²⁶ Szegeden maga az OPNI bezárása nem érezte a hatását, de érzékelhetőek voltak az OEP finanszírozási megszorításai. A 10 napos átlagos ápolási idő 6 napra csökkent, ezzel kell számolni olyan kórképekben szenvedő gyerekek esetén is, akiknek a kezelése nagyon hosszú ideig tart.

A változó ágystruktúra nem tükrözi azt a – 2006. évi CXXXII. törvény egyik központi törekvését is alkotó – felfogást, hogy a főleg aktív ágykapacitást krónikus vagy rehabilitációs kapacitássá alakítsák át. A helyszíni vizsgálat során megkérdezett szakértők is kifejezetten kiemelték, hogy a rehabilitációs ágyak hiánya akadályozza a pszichiátriai ágyakban felmerülő folyamatos és hosszabb távú ellátást, valamint rehabilitációt. Megoldásként gyakran azt választják, hogy a hosszabb kezelést igénylő gyermekeket igyekeznek az egészségügyi ellátórendszeren kívül elhelyezni. Ebben az esetben azonban a gyakran nem szakszerű ellátás megnöveli a visszaesés veszélyét. E probléma megoldása lehetne a gyermek-mentálhigiénés feladatok szakszerű ambuláns ellátása, amelyről azonban szintén elmondható, hogy számos olyan ellátó működik mentálhigiénés központ néven, ahol a gyermekek nem kapnak megfelelő terápiát a megfelelően képzett szakemberek és tárgyi feltételek hiánya miatt. (lásd 6. sz. táblázat)

5. Szakorvoslás, szakmai képviselő

A megfelelő szintű szakorvosi ellátás biztosítását nehezíti, hogy országos felmérés szerint a gyermekpszichiáter szakvizsgáló orvosok száma mindössze 64 fő, akik közül nagyjából 10 fő jelenleg külföldön dolgozik, 10 fő pedig nem dolgozik a szakmában. Az orvoshiányra – többek között – a megfelelő képzési rendszer adhatna megoldást. A hatályos szakorvos, szakfőorvos, szakgyógyszerész és klinikai szakpszichológus szakképesítés megszerzéséről 66/1999. (XII. 25.) EüM rendelet 1. számú melléklete alapján a gyermekpszichiáter szakképesítés első szakképesítésnek minősül, a korábbi ráépített szakképesítés helyett. Adott szakképesítés első szakképesítésként való megszerzése lényegesen nagyobb képzési terhet jelent az orvosok számára, ezért ezt sokan nem vállalják.

A helyszínen is vizsgált Heim Pál Gyermekkorházban az orvosi és pszichológusi státusok száma 5 és fél, ami az általános ellátást lehetővé teszi, az ügyeletet azonban már más osztályok munkatársainak (a Nyíró Gyula Kórház felnőtt pszichiátriai osztályain dolgozó pszichiátereknek) bevonásával lehet csak megoldani. A szakdolgozók nagyrészt rendelkeznek pszichiátriai gyakorlattal, a Nyíró Gyula Kórház II. Pszichiátriai Osztályról érkeztek. A jövőben, a Heim Pál Gyermekkorház területére történő átköltözés után a szakdolgozói létszámot is igyekeznek növelni, amelyre a Gyermekkorház anyagi lehetőséget is biztosít.

A szegedi gyermekpszichiátriai osztály személyi állománya a vezető álláspontja szerint megfelelő: 6 szakorvos és 2 szakvizsga előtt álló orvos és 3 rezidens dolgozik az osztályon. Mivel kellő számú orvosuk van, az ügyeleti szolgálatot saját maguk látják el, külső segítség nélkül. Az orvosi diplomával rendelkezőkön kívül 3 pszichológus státussal is

²⁶ Az Egészségügyi Miniszter jelentése az Országgyűlés Egészségügyi Bizottsága részére az egészségügyi ellátórendszer működéséről (2008. május)

rendelkeznek, amelyből 2 betöltött. Az ellátó csapatot 1 gyógypedagógus, 1,5 szociális munkás és 3 foglalkoztató egészíti ki.

A gyermekpszichiáterek szakmai érdekérvényesítését gátolja, hogy *önálló szakmai kollégiummal nem rendelkeznek*, csupán a pszichiátriai és a gyermekgyógyász szakkollégiumban képviseltethetik magukat, holott munkájuk mindkét területre csak részben kapcsolódik. Tekintettel arra, hogy a gyermek- és ifjúságpszichiátria a gyermekgyógyászat és a pszichiátria, sőt, sok esetben az addiktológia elemeit egyaránt hordozza, indokolt lehet önálló szakmai kamara létrehozása.

6. Életkori csoportok

A helyszíni vizsgálat során problémaként merült fel az egyes életkori csoportok elválasztása, tekintettel arra, hogy egyértelműen eltérő igények és ellátási szükségletek azonosíthatók a fiatalabb és idősebb gyermekek esetében. Indokolt elválasztani egymástól a 14 év alatti, valamint a 14-18 év közötti csoportokat (különösen a veszélyeztető állapotban lévő idősebb gyermekek tekintetében), nem kínál azonban teljes mértékben megfelelő megoldást az sem, ha a 14-18 éves korosztályt a felnőtt pszichiátrián látják el.

A Heim Pál Gyermekkorház Gyermekpszichiátriai Osztálya a problémát megoldandó, megállapodást kötött a Nyíró Gyula Kórház felnőtt pszichiátriai osztályaival arról, hogy a 14-18 év közötti gyermekeket a felnőtt osztály veszi fel. Ez alól csak az az eset jelent kivételt, ha a gyermeknek már van kórelőzménye a Gyermekpszichiátriai Osztályon.

A szegedi gyermekpszichiátriai osztály önálló megoldással igyekszik leküzdeni az eltérő korosztályok eltérő igényeivel kapcsolatos nehézségeket. Itt a fekvőbeteg-osztályt úgy rendezték be, hogy igyekeznek a gyermekeket korcsoportokként elhelyezni a szobákban. Ennek megfelelően létezik náluk óvodás, iskolás és serdülő csoport. Az egészen kicsi gyerekekkel felveszik az osztályra a szülőt is.

7. Addiktológiai ellátás

Bár az addiktológiai ellátás kérdéseit a Jelentés külön fejezete tárgyalja, említést érdemel a vizsgálati helyszíneken kapott információ a szenvedélybeteg gyermekek ellátásáról. A Heim Pál Gyermekkorház esetében a detoxikálás megoldott, 15 éves korig a Kórház Toxikológiai Osztályán zajlik. Nincs azonban külön addiktológiai fekvőbeteg osztály a gyermekek számára, ezért a detoxikálás utáni elhelyezés problémás. Addiktológiai eseteknél különösen igaz, hogy fiatal gyermekekkel nem kezelhetők együtt a rendszerint idősebb drogbeteg fiatalok, a felnőttek közötti elhelyezés pedig szintén nem való a serdülőknek.

A Szegedi Gyermekpszichiátria korábban az Újszegeden működő drogambulanciára irányította betegeit, amely korábban fiatalokkal is foglalkozott. Mostanra ez a lehetőség megszűnt, az ambulancia csak felnőtt korúakat gondoz. A Gyermekpszichiátriai Osztályon drogelvonást nem végeznek, a detoxikálást az egyetem Gyermekklinikájának Sürgősségi Osztálya intézi, és 2-3 hét drogmentesség után Pécsváradra tudják küldeni a beteget, de csak abban az esetben, ha megfelel az ottani szigorú feltételeknek.

8. Dokumentáció és statisztikai adatgyűjtés a gyermek- és ifjúságpszichiátriában

Korábban már említésre került, hogy a pszichiátriai adatgyűjtést az OPK végzi, tevékenysége azonban nem terjed ki a gyermekpszichiátriai statisztikai adatgyűjtésre. Ennek oka, hogy a jogalkotó a gyermekpszichiátriát szakmai kódok szerint a gyermekgyógyászatához integrálta, vagyis a 18-as (41-es) szakmakód alól átkerült a 05-ös szakmakód alá. Ez pedig – tekintetbe véve a jogi szabályozás tartalmát – azt jelenti, hogy megszűnt a

gyermekpszichiátria betegforgalmi és egyéb adatai elkülönített feldolgozásának lehetősége, mert együtt szerepel a többi gyermekgyógyászati ellátási formával. Mindezeknek megfelelően legfeljebb arra nyílik lehetőség, hogy az adatgyűjtő egyenként felhívjon minden ellátó helyet, ahol gyermekpszichiátriai ellátás folyik, és bekérje a releváns adatokat.

Az egészségügyi dokumentáció folyamatos kezelésének hiánya a Heim Pál Gyermekkorház gyermekpszichiátriai osztályát érinti súlyosan. Az OPNI bezárása után ugyanis a betegek egészségügyi dokumentációját az OPNI-ből nem hozhatták el, ezért gyakorlatilag nincsenek adatok a krónikus, visszatérő betegekről, ami pedig nagyon nagy segítség lehetne a kezelés során a kontinuitás megőrzéséhez.

9. Célok

A gyermekpszichiátria a betegek életkorára és egyéb jellegzetességeire tekintettel különös figyelmet igényel az egészségügyi ellátórendszer kialakítása során. *Ezt a jelenlegi járóbeteg-, ám különösen a fekvőbeteg-ellátási struktúra nem tükrözi.* A LEGOP által megfogalmazott célok szerint szükséges a hazai gyermek- és ifjúság-pszichiátriai ellátás fehér foltjainak felszámolása, a szakellátás biztosítása az egész országban, a rászorulóknak az iskolai és egyéb színtereken történő korai kezelésbe vétele.²⁷ Ehhez a korábbiakban elemzett adatok nyomán *feltétlenül szükséges a járóbeteg-ellátás biztosítása valamennyi megyében, az ellátottak számával arányos mértékben, továbbá – külön kiemelten – nélkülözhetetlen a fekvőbeteg-ellátás biztosítása Magyarország dunántúli területein.*

A LEGOP célkitűzései szerint kistéleplési szinten csak a legalapvetőbb néhány pszichiátriai szolgáltatás biztosítható. Ehhez a háziorvosi szolgálat továbbképzése, egyes kompetenciák jogszabályi elismerése és finanszírozási feltételeinek megteremtése, valamint mobil tanácsadó-konzultatív szolgálat kialakítása szükséges több szakmát képviselő teamek segítségével. A szakmailag magasabb ellátási igényű esetek ellátása terén kis- és mikrotérsgégi szinten kell keresni a megoldást, ahol a rendelkezésre álló szakembereket és forrásokat a költségghatékony működtetés érdekében koncentrálni lehet. Az ilyen innovatív intézmények legalapvetőbb szolgáltatásai közé tartoznak majd a családsegítés, a gyermekjóléti központ, a kistéleplési gyermekjóléti alapellátások koordinációja, a háziorvosi ellátás, és – egyes egyéb szakorvosi ellátások mellett – a pszichiátriai/addiktológiai járóbeteg-ellátás és korai kezelésbe vétel, rövid intervenciók tömeges alkalmazása is. Ebben a fejlesztésben célszerűnek látszik első lépésként a meglévő gondozói hálózat megerősítése, helyenként területi fejlesztése. A gondozóknak a fejlesztés eredményeként képessé kell válnia a már meglévő többi ellátási forma, illetve ellátó intézmény számára a megfelelő pszichiátriai szakmai háttér biztosítására, valamint a rendszer helyi koordinálására. Az így megszilárdult „magra” épülhetnek rá az újonnan telepített ellátási formák és intézmények.

A gyermekek vonatkozásában kiemelten kell nagy szerepet szánni a primer prevenciónak is, amelyet azonban elsősorban nem a pszichiátriai fekvő- vagy járóbeteg-ellátó intézmények, hanem a szociális és gyermekvédelmi intézményrendszer képes betölteni, ezért ez utóbbinak adekvát kialakítása és az egészségügyi ellátórendszerhez való szerves hozzákapcsolása sem nélkülözhető. A prevenció mellett a pszichoszociális rehabilitáció fejlesztése is szükséges, a gyermek családba és társadalomban való reintegrálása céljából. Ebben a LEGOP nagy szerepet szán a házi gyermekorvosoknak, akinek a tevékenységét addiktológus, pszichológus, pszichoterapeuta és pszichiáter szakemberek, illetve gyermekpszichiátriai és pszichológiai szolgálatok támogathatják konziliáriusi-konzultációs szolgálatok formájában.²⁸

²⁷ LEGOP tervezet 22. o.

²⁸ LEGOP tervezet 10-11. o.

IV. Addiktológiai ellátás

Az addiktológiával kapcsolatban a közelmúltban bekövetkezett változások között történt szervezeti átalakulás, kapacitás változás és finanszírozási módosítás. A vizsgálat a jelenlegi helyzetet tárja fel, ideértve a változások hatásait is.

1. Szervezeti átalakulás

Az egészségügyi miniszter 2008. május 1-i hatállyal jogutódlással megszüntette az Országos Addiktológiai Intézetet (OAI). A jogutód intézmény, az Országos Addiktológiai Centrum (OAC) kapacitása heti 1494 órától 360 órára csökkent. Indokként a minisztérium a következőket közölte: az OAI egy órára jutó esetszáma mindössze az országos átlag 27 százaléka, az egy órára eső beavatkozások száma az országos átlag 15 százaléka, az egy órára jutó pontszáma pedig az országos átlag 34 százaléka, így az intézmény kihasználtsága korábban az országos átlag negyedére volt tehető.

A minisztérium szándéka szerint az intézet feladatait teljes egészében át kellett adni. A módszertani, kutatási, adatgyűjtési és monitoring feladatok az Országos Szakfelügyeleti és Módszertani Központ (OSZMK) keretein belül megalakuló OAI kapta meg, illetőleg igyekezett átvenni. Az OAI szolgáltatási feladatait, azaz az addiktológiai gondozást az Országos Orvosi Rehabilitációs Intézet vette át feladat-átadási szerződés keretében.

A korábban 6 fővárosi telephelyen működő, betegellátást is folytató, 35-40 fővel dolgozó OAI tehát 4 szakértő valamint 1 informatikus munkatárs személyzettel előbb a Lehel úton, majd az Országos Élelmezés- és Táplálkozástudományi Intézet (OÉTI) területén álló felújított épületben került elhelyezésre, 3 irodahelyiségben. Fő profilja pedig az „elméleti addiktológia” maradt, betegellátó részlege jelenleg egy helyütt működik a Liget utcában, ahol – ahogyan az fent már említésre került – 1494 órától 360 órára csökkent a kapacitás.

Az OAC helyzete jelenleg némiképp tisztázatlan. Az OAI önálló intézmény volt, önálló költségvetéssel. Az OAC önálló szervezeti egység, azonban nincs önálló költségvetése, az OAI mintegy 28 millió forintos büdzséje beépült az OSZMK-éba. Ez problémát jelent, hiszen nem tudják, hogy pontosan mekkora összeggel gazdálkodnak, a legelemibb beruházásokat is több szinten kell engedélyeztetniük, ami a mindennapi működést jelentősen lassítja. A finanszírozás illetően átalakulása (is) erősen centralizált, több témakörben alá-főlérendeltségi viszonyt létrehozó rendszert eredményezett. Ennek többek között az OAI által ellátott, eddig nem említett érdekérvényesítő feladatára is hatása volt. Az amúgy sem túl jó érdekérvényesítő pozícióval rendelkező addiktológiai szakma érdekképviselői feladatait az OAC az új centralizált rendszerben a helyzetből fakadóan kevésbé képes ellátni.

2008 decemberében elkészült a szakmai kollégiumokról szóló 52/2008. (XII. 31.) EüM rendelet, amely a Pszichiátriai Szakmai Kollégium mellett lehetőséget biztosított egy önálló Addiktológiai Szakmai Kollégium létrehozására.

2. Addiktológiai ellátás általános helyzete

A továbbiak érthetősége szempontjából néhány fogalmat tisztáztunk, ehhez az OAC bocsátott a rendelkezésünkre szakmai információkat.

Az addiktológiai ellátás jelenti egyfelől a *fekvő- és járóbeteg szakellátók tevékenységét*, másfelől a diagnózisok által meghatározott *betegkör ellátását* is. A járóbeteg szakellátáson belül megjelenő *gondozás* fogalma szakmai szempontból a szakrendeléshez képest rendelkezik bizonyos többlettartalommal, ami az ellátási forma sajátosság jellemzőjéből ered. Jellemzően a betegkör rejtőzködő és a kliens motiváció is nagyon alacsony, így a gondozás egyfelől a beteg szorosabb nyomon követését, ezen túl pedig

megkereső tevékenységet is magában foglal. A gondozás jelent továbbá egy finanszírozási technikát is, mely külön tételként jelenik meg, azonban a fix díj mértéke nem egységes és nem kötődik a betegforgalomhoz.

2.1 Szakmakódok²⁹:

Az eredetileg a szakmai tartalom megkülönböztetésére szolgáló szakmakódok (43: alkoholológia, 44: drogbetegellátás, 45: addiktológia) jelenleg nem hordoznak információt. A szolgáltatók besorolása ugyanis történeti fejlődés eredménye (így fordulhat elő pl. sok más szolgáltató mellett az, hogy a budapesti Jáhn Ferenc Dél-Pesti Kórház addiktológiája is 18-as, azaz pszichiátriai szakmakódon szerepel ebben a nyilvántartásban), viszont az OEP „alapértelmezett” statisztikai éppen szakmák szerinti bontásban készülnek, így ebben a rendszerben kódolt a torzulás.

Az Országos Statisztikai Adatgyűjtés Program (OSAP) más szempontú adatgyűjtést valósít meg, célja a finanszírozási technikák okozta torzításoktól mentes betegforgalmi adatok gyűjtése, adatai jelenleg nem feleltethetők meg a szerződött kapacitásoknak. A tárolt statisztikai adatok összevetésekor elemzésekor számolni kell azzal is, hogy a rendszerben vannak olyan ellátók, ahol mind alkohol, mind drog betegekkel illetőleg politoxikománokkal is foglalkoznak, továbbá pszichiátriai (18-as szakmakódú) gondozók és más ellátók is kezelnek függőket.

A pszichiátriai szakmakódú (18-as) ellátók jelentős számú addiktológiai beteget is ellátnak, ezek okai elsősorban az ún. „vegyes” gondozók (a pszichiátriai és az addiktológiai profil el nem különülése), a komorbiditás (a kettős, vagy annál több pszichiátriai, addiktológiai diagnózissal rendelkező betegek ellátása), illetőleg a szakorvoshiány (az addiktológus szakorvosok száma töredéke a pszichiáterekének, kevés a kapacitás az alkoholbeteg ellátásban).

Az egyéb szakmák között is történik alkoholbetegek kezelése, mivel az esetek többségében az egészségügyi ellátórendszer egyéb pontjain kerülnek be a rendszerbe, jellemzően magas betegszámmal képviseltetik magukat szenvedélybetegek a belgyógyászat, traumatológia, sürgősségi ellátás, és tudógyógyászat területein. (Fentiek illusztrálására lásd 7. sz. táblázat)

Az adatok elemzésénél további nehézséget jelent a betegvándorlás, ami igen jelentős mértékű, így nagy átfedések lehetnek az intézmények által lejelentett betegkörben. A vándorlásnak két oka lehet: egyrészt a betegek egy része közismerten nem együttműködő, nehezen vonható kezelésbe, másrészt a csökkenő kapacitások (ld. lentebb) hozzáférési akadályt képeznek, tehát a vándorlás nem csökken, az ún. „vándorló” betegek továbbra is vándorolni fognak a megmaradt gondozók között, míg mások kiszorulnak az ellátásból.

Az OEP szerződésekben szereplő szakmakódok mára már nem tükrözik az egyes ellátók szakmai profilját, csak a diagnózisokkal egybevetett adatok alkalmasak a betegforgalom nyomon követésére. Az egyes szakmák betegforgalmi adatainak elemzése tehát nagy módszertani körülmények között kíván meg a valóban helyes következtetések levonása érdekében.

Az OAC álláspontja szerint átfogó szakmakód rendezés volna szükséges, át kellene tekinteni, hogy melyik felosztás közöl információt az ellátásról. Olyan jól átgondolt szakmakód rendezés volna szükséges, melynek nyomán adekvát, objektív válaszok adhatók az ellátással kapcsolatban felmerülő kérdésekre és az egyes tendenciák monitorozása a lehető legnagyobb mértékben legyen mentes a torzításoktól.

²⁹ OAC információk, illetőleg a Kábítószerügyi Koordinációs Bizottság 2009. május 21-i ülésének 8. napirendi pontjához az EüM által beterjesztett beszámoló alapján.

2.2 Finanszírozási és kapacitás változások³⁰:

A szenvedélybetegek járóbeteg-ellátásának finanszírozása az egészségügyi szakellátás társadalombiztosítási finanszírozásának egyes kérdéseiről szóló 9/1993. (IV. 2.) NM rendelet alapján, illetve az említett jogszabály 2. számú mellékletében felsorolt OENO-k (eljárások) és az ott megadott pontszámok alapján történik, az egyéb szakmai és szabálykönyvi leírások szerint. Egy eset ellátásának díját a pontszám és az alapdíj szorzata adja meg, mely jelenleg 1,46Ft/pont.

2007. április 1-jétől a gondozóintézetek számára folyósított fix-díjazás az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet módosításának megfelelően az előző évi 50%-ára csökkent. Ez a változás eltérő módon érintette az egyes járóbeteg-szolgáltatókat. A csökkenés hatásai nagyobb problémát jellemzően a vidéki területeket ellátó, alacsonyabb forgalmú (alkohológiai) gondozók esetében jelentettek.

A fenti finanszírozási változások figyelembevételével az OEP az alábbi tájékoztatásokat adta a járóbeteg és a háziorvosi ellátások tekintetében:

3. Járóbeteg szakellátás

A járóbeteg szakellátás egy a fentiekől eltérő szempontú betegforgalmi adatainak áttekintése is figyelemreméltó eredményre vezet.

Szalmák összesen (43,44,45)	Betegek száma	Beavatkozások száma	Esetszám	Pontszám
2004	38 260	578 500	284 387	292 659 499
2005	38 153	648 300	304 183	332 560 096
2006	38 286	651 865	289 999	331 596 441
2007	34 862	569 979	248 990	277 647 826
2008	33 761	607 452	257 486	291 568 184

Látható, hogy betegszám csökkenést jelez a kimutatás, azonban a pontszám teljesítmény közel azonos. Az OAC szakembereinek álláspontja szerint ezt a következők okozzák: a beavatkozások száma és az egy esetre jutó pontszám nőtt, valamint finanszírozási ok, hogy a fix díj felezés³¹ kompenzációjára kapott TVK növekményt ez az ellátói kör nem tudja használni, ennek hatására túlélési technikaként az ellátók intenzívebben kezelik betegeiket. (Ez a fajta ellátás időigényes, a beavatkozások száma szűkös, és ezt a finanszírozás nem követi a gondozóhelyek fennmaradásához, illetve a megfelelő színvonalú szakmai munka végzését biztosító mértékben.)

A betegszámok alakulásával kapcsolatban az Egészségügyi Minisztérium által beterjesztett beszámoló a következőkre hívja fel a figyelmet: addiktológiai beteget nem kizárólag addiktológiai, alkoholológiai vagy drogbeteg-ellátást, illetve pszichiátriai ellátást nyújtó szolgáltatók látnak el. A társuló szövődmények miatt az egyéb szakmák között magas betegszámmal szerepel a belgyógyászat, a traumatológia, a sürgősségi ellátás és a tüdőgyógyászat is. A szenvedélybetegek jelentős része pszichiátriai kezelésben is részesül

³⁰ A Kábítószerügyi Koordinációs Bizottság 2009. május 21-i ülésének 8. napirendi pontjához az EüM által beterjesztett beszámoló alapján.

³¹ 2007. április 1-jétől a gondozóintézetek számára folyósított fix-díjazás az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III.3.) Korm. rendelet módosításának megfelelően az előző évi 50%-ára csökkent).

(komorbiditás). A szolgáltatók részéről megjelenhet egyfajta finanszírozási ellenérdekeltség. A szenvedélybetegségekhez kapcsolódó társadalmi attitűd, a betegségbelátás hiánya, illetve a beteg rejtőzködő magatartása kedvezőtlenül befolyásolja a szenvedélybetegség miatti kezelésbevételt.

A gondozói kasszából történt kifizetések, közel harmadára csökkentek a fent említett gondozói fix díjfelezés és a kapacitáscsökkenés (lásd lentebb) együttes hatására. (lásd 8. sz. táblázat)

Az OEP által nyilvántartott szerződések alapján a 43,44,45 szakmakódú ellátó egységek 2007. áprilisban összesen 3605 szakorvosi óra és 1625 nem szakorvosi óra kapacitással látták el feladataikat (beleértve a drogbeteg ellátást is), ugyanez 2008 decemberében 2882 szakorvosi és 1279 nem szakorvosi óra. Az *addiktológiai járóbeteg ellátásra lekötött kapacitások tehát több mint 20%-kal csökkentek két év alatt.* (lásd 9. sz. táblázat)

Ha a pszichiátriai szakmából addiktológia, alkoholológia vagy drogellátás szóval megjelölt kapacitásokat is figyelembe vesszük (ami nem egészen szabályos, mert ezek többsége vegyes profilú ellátó, legalább olyan számban kezel pszichiátriai betegeket, mint addiktológiai betegeket) a csökkenés valamivel kisebb mértékű, de ez statisztikai torzítás. A csökkenés nagy része a 45-ös szakmánál történt, ez a kategória azonban semmilyen, a valóságban létező ellátói típust nem azonosít, így az értelmezéshez a kiesett kapacitások történetét is vizsgálni kell³²

A betegforgalom csökkenést és a kapacitás csökkenést együtt vizsgálva az látható, hogy a 2006 évi 38,286 beteghez képest a 2008 évi 33,761 beteg 12%-os csökkenés, vagyis kisebb mértékű, mint a kapacitás csökkenés. Ennek oka valószínűleg a késleltetett hatás, további 8-10%-os betegszám csökkenés várható, ugyanis a 2008. decemberi szerződés állománynak megfelelő betegforgalmi adatok a 2009-es évben fognak tükröződni.

A járóbeteg kapacitások területi egyenlőtlenségei azt mutatják, hogy *éppen ott van a legkevesebb kapacitás, ahol a legnagyobb szükség volna rá*, így pl. alkoholbeteg ellátásra épp az észak-magyarországi régióban lenne nagy szükség. (lásd 10. sz. táblázat)

Az egészségügyi miniszter elismerte, hogy az addiktológiai ellátás egyik problémája a területi egyenlőtlenség. A leghátrányosabb helyzetben lévő megyék (Bács-Kiskun, Heves, Somogy, Borsod-Abaúj-Zemplén) megbetegedési mutatói az országos átlag felett vannak, ugyanakkor ezekben a megyékben a 10 ezer főre jutó járóbeteg-kapacitás elmarad az országos átlagtól, továbbá az *elmúlt évek fejlesztései ellenére továbbra sincs minden megyében drogambulancia.*

3. Háziorvosi ellátás

A háziorvosi ellátásban rögzített 2008-as adatokat (lásd 11. sz. táblázat) összevetve a járóbeteg szakellátás fentebb már tárgyalt betegforgalmi adataival (lásd 12. sz. táblázat) a következők láthatóak:

A háziorvosok több mint kétszer annyi betegnél regisztrálták alkoholbetegséget, mint az addiktológiai és pszichiátriai járóbeteg ellátók összesen. Ahogyan azt az Egészségügyi Minisztérium is leszögezte, *pozitívként értékelendő, hogy a probléma az alapellátás szintjén felismerésre kerül, azonban odafigyelést igényel, hogy az alapellátásból a betegeknek csak egy része jut el az adekvát ellátást nyújtó addiktológiai szakellátásba.*

A drogbeteg esetében éppen fordított a helyzet, az alapellátásban töredékük kerül regisztrálásra a szakellátáshoz képest.

³² Vö. a „Szakmakódok” részben tárgyaltakkal.

4. Fekvőbeteg-ellátás

A szenvedélybetegek fekvőbeteg-ellátása jelenleg elsősorban pszichiátriai osztályokon, a pszichiátriai osztályok addiktológiai részlegein, az addiktológiai osztályokon és a drogterápiás intézetekben történik.

2007. április 1-től az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről szóló 2006. évi CXXXII. törvény (továbbiakban: Eftv.) 1. és 2. számú melléklete határozza meg a közfinanszírozható aktív és krónikus típusú (ezen belül a rehabilitációs) kapacitások normatíváit. A 2007. évi kapacitás-adatokhoz képest lényeges változás nem történt.

Az OEP 2008. decemberi szerződés állománya szerint összesen 987 addiktológiai ágy van az országban (beleszámítva a pszichiátriai szakmakóddal, de szövegesen addiktológiára nevesített ellátókat is). Ezek megoszlása 194 aktív ágy és 793 krónikus (rehabilitációs) ágy. A krónikus ágyakból a bentlakásos drogterápiás otthonok ágyszáma 280, melynek ágykihasználtsága 84 % volt 2008-ban.

Az addiktológiai fekvőbeteg kapacitás területi egyenlőtlenségéről főként az aktív ellátásban beszélhetünk. Egy régióban³³ egyáltalán nincs nevesített addiktológiai ágy. Itt a pszichiátriai ágyakon valósul meg az aktív ellátás.

A krónikus ágyakból a drogterápiás otthonok esetében a földrajzi elhelyezkedése nem befolyásolja a hozzáférést. A többi krónikus ágy vonatkozásában későbbi vizsgálatra szorul, milyen aktív osztályokról vagy járóbetegellátásból veszik át a betegeket, és a bekerülő betegek lakóhelye szerinti bontásban egyenletes hozzáférés tükröződik-e.

Az OEP adatai alapján kiemelendő, hogy az aktív fekvőbeteg-ellátásban az addiktológiai diagnózissal kezelték száma csökkent. Ennek oka lehet a csökkenő kapacitások 2006-ról 2007-re, valamint a fekvőbeteg-ellátásba beszállító járóbeteg-ellátások összteljesítményének csökkenése.

Az addiktológiai, illetve a pszichiátriai ellátórendszer 2008. évi ágykihasználtságát vizsgálva az látható, hogy az addiktológiai aktív ellátásban 90,0 %-os, az addiktológiai krónikus ellátásban 85,8 %-os volt az ágykihasználtság, míg a pszichiátriai aktív ellátásban 81,6 %-os, és a krónikus ellátásban 81,8%.

5. Az ifjúsági addiktológia helyzete³⁴

Bár a 18 év alatti problémás szerhasználók, szenvedélybeteg fiatalok száma fokozatosan növekszik, ellátásuk jelenleg mégis főként a felnőtt addiktológiai, kisebb részt a gyermekpszichiátriai szakrendeléseken, gondozókban történik.

Szakmai szempontból egyik ellátó sem tekinthető igazán megfelelőnek, a felnőtt addiktológiai ellátásban a speciális korcsoport sajátosságaira vonatkozó szakmai ismeretek, a gyermekpszichiátriában viszont az addiktológiai szakmai jártasság hiánya okozhatják a szakmai-ellátói problémát, nehézséget. Gyakorlati oldalról sem megnyugtató a helyzet: a gyermekpszichiátriákon nem megoldott a szenvedélybeteg kiskorúak megfelelő elkülönítése a többi betegtől, illetőleg a szoros felügyelet alatt tartásukra sincs kellő számú személyzet, e nélkül pedig könnyen tragédia történhet (túlادagolásos haláleset).

Jelenleg sem speciális szakmai protokollok, sem módszertani levelek nem állnak rendelkezésre a fiatalok szenvedélybetegek vagy problémás szerhasználók ellátásaival kapcsolatban.

³³ A Közép-Dunántúlon egyáltalán nincs, a többi régióban pedig csak egy-egy megyében van nevesített addiktológiai ágy.

³⁴ A Kábítószerügyi Koordinációs Bizottság 2009. május 21-i ülésének 8. napirendi pontjához az EüM által beterjesztett beszámoló, OAC információk, illetőleg a Nyíró Gyula Kórházban működő gyermek pszichiátria kollégáinak információi alapján.

Ideális esetben két ráépített szakvizsga, addiktológus és gyermekpszichiáter jelenthetné a megfelelő szakmai háttérrel, de ilyen irányú végzettséggel csak néhány szakember rendelkezik.

6. Önszorgító csoportok³⁵

Az OAC által is osztott szakmai álláspont szerint a szenvedélybetegekkel foglalkozó önkéntes, önszorgító szerveződések jelentős szerepet tölthetnek be a gyógyult szenvedélybetegek szermentesen tartásában, a helyi, közösségi programok kezdeményezésében, a társadalmi attitűd formálásában. Ezirányú potenciáljuk jelenleg nincsen kellő mértékben kiaknázva. A folyamatban lévő – a szakterületet közvetlenül is érintő – stratégiai programok (Pl. Alkoholpolitikai Konceptió és Stratégia, illetve a Lelki Egészség Program) megfelelő alapot biztosíthatnak ezek mobilizálásához.

7. Intézkedések, tervek, jövőkép³⁶

Az ellátórendszerrel változásaival kapcsolatban összegezve megállapítható: az elmúlt időszakban a járóbeteg-ellátásban a finanszírozási rendszer módosítása volt az a tényező, amely elsősorban meghatározta az ellátórendszer működésének változásait, míg a fekvőbeteg-ellátásban a struktúra-átalakítás határozta meg a változások irányát.

Az Egészségügyi Minisztérium a továbbiakban is szükségesnek tartja a kezelésekhez, ellátásokhoz történő hozzáférés javítását, azonban a formális kapacitás-növelés helyett a kezelési és más elérő szolgáltatások minőségi fejlesztésére kívánnak nagyobb figyelmet fordítani. (kezelő- és az egyéb szolgáltatásokat nyújtó helyek közötti együttműködés javítása, a szakmai standardok áttekintése és fejlesztése, további szakmai protokollok fejlesztése, a betegek számára nyújtott szolgáltatások szakmai minőségbiztosítása, a kezelési átfedések kiiktatása)

Továbbra is segíteni kívánják a már kezelésben lévő kliensek ellátásban maradását. Ennek érdekében differenciáltabb szolgáltatások és ellátási formák kialakítását tartjuk szükségesnek.

A területi egyenlőtlenségeket javítandó az ellátórendszer további fejlesztésének a minisztérium álláspontja szerint elsősorban a leghátrányosabb helyzetben lévő megyékre (Bács-Kiskun, Heves, Somogy, Borsod-Abaúj-Zemplén) kell irányulnia.

Az alkoholbeteg ellátásban tapasztalataik szerint a hazai ellátórendszer nem, vagy nem elégséges mértékben él és a korai intervenció és kezelésbevitel eszközeivel. Kiemelten fontosnak tartják tehát azon programok támogatását, melyek az alkoholproblémával küzdők korai kezelésbe vételét, a kezelésbe vontak kezelésben tartását és a kedvező irányú magatartás-változás elérését célozzák. Hatékony együttműködés szükséges az egészségügyi ellátás egyes modalitásai és az addiktológiai ellátás között. Az egészségügyön kívüli szolgáltatásokkal való együttműködés szintén fontos tényező.

Jelenleg nincs teljes mértékben megbízható eszköz a függők számának pontos megállapítására. A jövőben fontosnak tartják megteremteni az alkohol-probléma rendszeres leírásának, értékelésének lehetőségét, mely lehetővé teszi trendek, folyamatok vizsgálatát és értékelését, mindemellett hatékony kommunikációs eszköz a probléma egyes vetületeinek bemutatására. Az OAC a minisztérium támogatásával az érintett területek szakembereinek bevonásával elkészítette egy magyarországi rendszeres alkoholjelentés szakmai háttérét.

³⁵ A Kábítószerügyi Koordinációs Bizottság 2009. május 21-i ülésének 8. napirendi pontjához az EüM által beterjesztett beszámoló.

³⁶ LEGOP, a Kábítószerügyi Koordinációs Bizottság 2009. május 21-i ülésének 8. napirendi pontjához az EüM által beterjesztett beszámoló.

Az OAC a Szociális és Munkaügyi Minisztérium által átadott forrásból az ifjúsági-addiktológia területéhez kapcsolódó fejlesztési programokat koordinált 2009-ben:

- szenvedélybeteg, valamint szerfogyasztás szempontjából magas kockázatú gyermekotthonban lakó fiatalok számára komplex, célzott megelőzési és indokolt esetben kezelésbe vételi szakmai programok kerültek kialakításra a kiválasztott gyermekvédelmi intézmény munkatársaival, a velük együttműködő ifjúság-pszichiátriai, addiktológiai, egészségügyi ellátó bevonásával és az érintett iskolai együttműködő partnerekkel. A kialakított program moduláris szerkezete biztosítja azt, hogy az egyes panelek önállóan is implementálhatóak.

- Két régióban kialakításra kerültek a hátrányos helyzetű, munkanélküli, magas szerfogyasztási kockázatú, vagy súlyos problémás szerhasználó fiatalok és fiatal felnőtt korúak korai kezelésbe-vételi és re-integrációs, relapszus-prevenációs (visszaesés-megelőzés) támogató programjai és az egészségügyi és munkaügyi ellátórendszer szoros együttműködésével munkaügyi ellátórendszerben dolgozó, az egészség iránt elkötelezett szakemberek közreműködésével. Megtörtént a munkaügyi központok személyzetének felkészítése a szerfogyasztási problémákkal küzdő ügyfelek azonosítására és segítő szolgáltatásban való részvételük elősegítésére, és arra irányuló motivációkra. Az egészségügyi és szociális ellátók oldalán megjelenő kedvező tapasztalatok hozzájárulhatnak a kliens szám növeléséhez, a korai kezelésbe vétel gyakorlatának terjedéséhez.

2009-ben az OAC koordinálásában – a gyermekpszichiátriai szakmacsoport bevonása mellett – az addiktológiai problémával küzdő gyermekek és serdülők egészségügyi ellátásának javítását célzó program kerül megvalósításra a minisztérium tájékoztatása szerint. Ennek keretében az ellátás fejlesztését négy fő tevékenységi irány köré tervezik csoportosítani:

- A gyermek- és ifjúsági addiktológiai ellátás szűkebb és tágabb szakmai környezetének (kiemelten a gyermek-pszichiátria) fejlesztése
- A gyermek- és ifjúsági addiktológiai ellátás együttműködési feltételrendszerének fejlesztése
- A rendszerszintű fenntarthatóság támogatása
- A gyermek- és ifjúsági addiktológiai ellátás infrastruktúrájának fejlesztése.

A gyermekpszichiátriai ellátás fejlesztése világszerte a közösségi alapú és a járóbeteg szakellátások felé tart, a jelenlegi hazai helyzetben – tekintettel ezen ellátási formák, átalakítások jelentős infrastrukturális és humánerőforrás szükségleteire – az ellátás fejlesztését mégis elsősorban a kórházi ellátás – szakambulancia – gondozás keretében kívánja a minisztérium megvalósítani, azokban a régiókban, ahol jelenleg nem áll rendelkezésre szakellátás.

2009 áprilisában a Szociális és Munkaügyi Minisztérium koordinációja mellett megkezdődött az új Nemzeti Drogstratégia előkészítése, az ezzel kapcsolatos közigazgatási egyeztetés zajlik.

A LEGOP az átmeneti intézmények és a közösségi alapú ellátás intézményei között említi a nappali ellátást nyújtó szociális intézményeket, ide tartozik a szenvedélybetegek nappali intézménye is. A nappali klubok a kliensek szükségleteire reagálva komplex család gondozási feladatokat is ellátnak, támaszkodva a családsegítők tevékenységére. A komplex rehabilitációs hálózat megában a szociális szakellátást, amelynek szervesen illeszkednie kell az akut ellátáshoz, annak érdekében, hogy a gyógyítás mellett az önállósítási képesség és a munkaképesség visszanyerése is kellő hangsúlyt kapjon. A védett lakhatási programok és védett munkahelyek a hajléktalanná válás elkerülését is elősegítik. Az egészségügyi ellátások terén pedig a valós emberi erőforrás- és időigényt kell elismerni a finanszírozásban.

A LEGOP-ban megfogalmazott jövőkép szerint:

- A szenvedélybetegségek megelőzése és ellátása területén a legjelentősebb problématerületeknek megfelelően integrált megelőzési programok indulnak az egyes célcsoportok részére.
 - A legfontosabb szintereken általánossá válik a korai probléma-azonosítás és működnek a korai kezelésbe vétel technikái.
 - Kiépült és jól működik a súlyosabb problémával küzdők célzott kezelésbe irányítása.
 - Az addiktológiai járóbeteg-ellátók széles körű helyi hálózaton belül működnek, rendszeresen kapcsolatot tartva a környezetükben működő kulcsintézményekkel.
 - Az ellátórendszer további szintjei az együttműködés és progresszivitás elvei szerint működnek, figyelembe véve a hozzáférés legfontosabb kritériumait.
 - Egyes sajátos szükségletű betegcsoportok számára sajátos ellátási modalitások állnak rendelkezésre.
 - A rehabilitációs és krónikus ellátásban a valós szükségletekhez alkalmazkodó integrált rendszerek alakulnak ki. *A krónikus betegellátás, a rehabilitáció és az ápolás kapacitásai megfelelővé válnak.*
 - A szociális otthonok befogadóképessége elégségesse válik, az ellátásra várakozók száma, a várakozás ideje kielégítő lesz, érvényesül az egyenlő hozzáférés elve.
- A LEGOP-ban felvázolt célok és tervek a jelen vizsgálat eredményivel is összhangban vannak, a megvalósítás felé vezető lépések azonban nem érzékelhetők a jelenlegi helyzetben.

Érintett alkotmányos jogok

- Az élethez és emberi méltósághoz való jog: „A Magyar Köztársaságban minden embernek veleszületett joga van az élethez és az emberi méltósághoz, amelyektől senkit nem lehet önkényesen megfosztani.” [Alkotmány 54. § (1) bekezdés]
- Az egyenlő bánásmód követelménye: „A Magyar Köztársaság biztosítja a területén tartózkodó minden személy számára az emberi, illetve az állampolgári jogokat, bármely megkülönböztetés, nevezetesen faj, szín, nem, nyelv, vallás, politikai vagy más vélemény, nemzeti vagy társadalmi származás, vagyoni, születési vagy egyéb helyzet szerinti különbségtétel nélkül.” [Alkotmány 70/A. § (1) bekezdés]
- Az esélyegyenlőség előmozdításának követelménye: „A Magyar Köztársaság a jogegyenlőség megvalósulását az esélyegyenlőtlenségek kiküszöbölését célzó intézkedésekkel is segíti.” [Alkotmány 70/A. § (3) bekezdés]
- A lehető legmagasabb szintű egészséghez való jog: „A Magyar Köztársaság területén élőknek joguk van a lehető legmagasabb szintű testi és lelki egészséghez. Ezt a jogot a Magyar Köztársaság a munkavédelem, az egészségügyi intézmények és az orvosi ellátás megszervezésével, a rendszeres testedzés biztosításával, valamint az épített és a természetes környezet védelmével valósítja meg.” [Alkotmány 70/D. § (1)-(2) bekezdés]
- a gyermek védelemhez és gondoskodáshoz való joga: „A Magyar Köztársaságban minden gyermeknek joga van a családjá, az állam és a társadalom részéről arra a védelemre és gondoskodásra, amely a megfelelő testi, szellemi és erkölcsi fejlődéséhez szükséges.” [Alkotmány 67. § (1) bekezdés]
- a szociális biztonsághoz való jog: „A Magyar Köztársaság állampolgárainak joguk van a szociális biztonsághoz; öregség, betegség, rokkantság, özvegyiség, árvaság és önhibájukon kívül bekövetkezett munkanélküliség esetén a megélhetésükhöz szükséges ellátásra jogosultak.” [Alkotmány 70/E. § (1)-(2) bekezdés]

Alkalmazott jogszabályok

- A Büntető Törvénykönyvről szóló 1978. évi IV. törvény (a továbbiakban: Btk.)
- A szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény (a továbbiakban: Szoc.tv.)
- Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény (a továbbiakban: Eütv.)
- A fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról szóló 1998. évi XXVI. törvény (a továbbiakban: Fot.)
- Az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről szóló 2006. évi CXXXII. törvény (továbbiakban: Eftv.)
- Az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről szóló 2006. évi CXXXII. törvény végrehajtásáról szóló 337/2008. (XII. 30.) Korm. rendelet (a továbbiakban: Korm. rendelet)
- Az egészségügyi szakellátás társadalombiztosítási finanszírozásának egyes kérdéseiről szóló 9/1993. (IV. 2.) NM rendelet (a továbbiakban: NM rendelet)
- Az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet (a továbbiakban: Korm. rendelet 2.)
- Az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről szóló 60/2003. (X. 20.) ESzCsM rendelet (a továbbiakban: ESzCsM rendelet)
- A Fogyatékos-sággal élő személyek jogairól szóló egyezmény és az ahhoz kapcsolódó Fakultatív Jegyzőkönyv kihirdetéséről szóló 2007. évi XCII. törvény (a továbbiakban: Egyezmény)

Megállapításaim

I. A hatáskör tekintetében

Az állampolgári jogok országgyűlési biztosának feladat- és hatáskörét, valamint az ezek ellátásához szükséges vizsgálati jogosultságokat az Obtv. határozza meg. Az Obtv. 16. § (1) bekezdése szerint az országgyűlési biztoshoz bárki fordulhat, ha megítélése szerint valamely hatóság, illetve közszolgáltatást végző szerv (a továbbiakban együtt: hatóság) tevékenysége során a beadványt benyújtó személy alapvető jogaival összefüggésben visszasságot okozott, feltéve, hogy a rendelkezésre álló közigazgatási jogorvoslati lehetőségeket – ide nem értve a közigazgatási határozat bírósági felülvizsgálatát – már kimerítette, illetve jogorvoslati lehetőség nincs számára biztosítva. Az Obtv. 16. § (2) bekezdése szerint az országgyűlési biztos az alapvető jogokkal kapcsolatos visszasság megszüntetése érdekében az (1) bekezdésben megjelölt feltételek fennállása esetén hivatalból is eljárhat.

A törvény a közszolgáltatást végző szerv fogalmát nem határozza meg, azt az ombudsmani gyakorlat formálta és alakította ki. Az ombudsmani gyakorlat közszolgáltatónak tekinti a hatóságnak nem minősülő, állami vagy önkormányzati feladatot ellátó szerveket, különösen azokat, amelyek esetében a kérelmezőnek nincs lehetősége annak megválasztására, hogy az általa igényelt szolgáltatás igénybevételére kivel szerződjön, tekintettel arra, hogy azt csak korlátozott számú vagy kizárólag egyetlen szervtől veheti igénybe.³⁶ A közszolgáltatás a lakosság nagy részét érinti, vagyis a közszolgáltatás tömeges

³⁶ Vö. OBH 6501/2001 számú jelentés

jellegű és általában valamely alapszükségletet elégít ki.

Az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről szóló 2006. évi CXXXII. törvény 1. § (2) bekezdésének *b)* pontja szerint egészségügyi közszolgáltatás: a részben vagy egészben a központi költségvetés és az Egészségbiztosítási Alap terhére finanszírozott egészségügyi szolgáltatás.

Fentiek alapján az ombudsmani gyakorlat közszolgáltatást végző szervek körébe tartozónak tekinti az egészségügyi intézményeket, amelyekre az ombudsman vizsgálati jogosultsága – az Obtv. hatásköri szabályai értelmében – egyértelműen kiterjed.

II. Az érintett alkotmányos jogok tekintetében

Az állampolgári jogok országgyűlési biztosa egy adott probléma mögött álló összefüggés-rendszer feltárása során *autonóm, objektív és neutrális* módon, kizárólag alapjogi érvek felsorakoztatásával és összevetésével tesz eleget az Alkotmányban kapott mandátumának. Az ombudsmani intézmény kialakulása óta az állampolgári jogok országgyűlési biztosa vizsgálataiban következetesen, zsinórmértékként támaszkodik az Alkotmánybíróságnak az alapvető jogállami garanciákkal és az alapjogok tartalmával kapcsolatos elvi megállapításaira, valamint – az ombudsmani jogvédelem speciális vonásainak megfelelően – alkalmazza az alapjogok korlátozásának alkotmányosságát megítélni hivatott *egyes alapjogi teszteket*.³⁷

Az ombudsmani vizsgálat ennek értelmében nem terjedt és nem is terjedhetett ki az OPNI megszüntetésével, ennek nyomán a magyar pszichiátriai intézményrendszer „markáns” átalakításával, átszervezésével kapcsolatos hatékonysági, célszerűségi megfontolásokra. Jelentésemben kizárólag annak a vizsgálatára szorítkoztam, hogy az OPNI megszüntetése, illetőleg intézményrendszer-átszervezés következményei, hatásai nyomán kialakult helyzet visszásnak tekinthető-e az emberi méltósághoz való jog, a legmagasabb szintű testi és lelki egészséghez való jog, az egészségügyi önrendelkezési jog védelme, továbbá az egyenlő bánásmód követelmények biztosítása szempontjából.

A vizsgálat lefolytatása során figyelembe vettem azt az – ombudsmani típusú jogvédelem szempontjából is releváns – általános érvényű alkotmánybírói megállapítást is, amely szerint a tudományos igazságok kérdésében állást foglalni csak maga a tudomány lehet kompetens³⁸, a *tudományos igazságok, szakkérdések eldöntésére a tudomány és nem a jogvédelem képviselői hivatottak*. A tudomány, így a pszichiátria tudományának kompetenciája és autonómiája az állampolgári jogok országgyűlési biztosa számára is meghatározó. Álláspontom abban is megegyezik az Alkotmánybíróságéval, hogy a szaktudományos ismeretekkel összefüggő alkotmányossági problémák megoldásához a szaktudományos álláspontoknál szélesebb vizsgálódás lehet szükséges.³⁹

1. *Az emberi méltóság* az emberi élettel eleve együtt járó minőség, amely oszthatatlan és korlátozhatatlan, s ezért minden emberre nézve egyenlő. Az egyenlő méltósághoz való jog (Alkotmány 54. § (1) bekezdés) az élethez való joggal egységben azt biztosítja, hogy ne lehessen emberi életék értéke között jogilag különbséget tenni. Emberi méltósága és élete mindenkinek érinthetetlen, aki ember, függetlenül fizikai és szellemi fejlettségétől, illetve állapotától, és attól is, hogy emberi lehetőségéből mennyit valósított meg, és miért annyit.⁴⁰

³⁷ Jellemzően az ún. szükségességi-arányossági tesztet, a nem alapvető joggal összefüggő hátrányos megkülönböztetés esetén az ésszerűségi tesztet, a tulajdonjog korlátozása esetén pedig közérdekűségi tesztet.

³⁸ 34/1994. (VI. 24.) AB határozat, ABH 1994, 177, 182.

³⁹ 39/2007. (VI. 20.) AB határozat, ABH 2007,

⁴⁰ 64/1991. (XII. 17.) AB határozat, ABH 1991,

Az alkotmánybírói gyakorlat kiemeli, hogy az emberi méltósághoz való jog az ún. általános személyiségi jog egyik megfogalmazásának tekinthető. Az általános személyiségi jog „anyajog”, azaz olyan szubszidiárius alapjog, amelyet mind az Alkotmánybíróság, mind a bíróságok minden esetben felhívhatnak az egyén autonómiájának védelmére, ha az adott tényállásra a konkrét, nevesített alapjogok egyike sem alkalmazható.⁴¹ Az általános személyiségi jognak fontos elemét képezi az *önrendelkezés szabadsága*, az önrendelkezéshez való jog, amely – mint az összes ún. különös személyiségi jog – elsősorban az egyén autonómiáját, döntési szabadságát védi.

Ahogy arra már a korábbi jelentésemben⁴² hivatkoztam, az Alkotmány külön nem nevesíti a betegjogokat, de az emberi méltósághoz való jogból, és az önrendelkezési jogból levezethetőek. A betegjogokra vonatkozó lényeges, garanciális rendelkezéseket az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény (Eütv.) tartalmazza. Az emberi méltósághoz való jogot érvényre juttató Eütv. betegjogi katalógusa nevesíti – többek közt – az egészségi ellátáshoz való jogot, a beteg emberi méltósághoz való jogát, tájékoztatáshoz való jogát, önrendelkezési jogát és az ellátás visszautasításához való jogát. A betegjogi rendszer központjában az *egészségügyi önrendelkezési jog*⁴³ *biztosítása*, valamint az „informed consent” (tájékozott beleegyezés) elve áll, ennek megfelelően széles körű alapjogi védelemben részesül a szabad, tájékozott és felelősségteljes döntésre képes ember saját teste és sorsa feletti rendelkezési joga. Az egészségügyi önrendelkezési jog gyakorlásának ugyanakkor előfeltétele, hogy a betegek – így például a pszichiátriai betegek – számára az általános és speciális egészségügyi ellátásokhoz tényleges és egyenlő hozzáférési lehetőséget biztosítsanak.

2. Az Alkotmány 67. § (1) bekezdésében foglaltak szerint a Magyar Köztársaságban minden gyermeknek joga van a családjá, az állam és a társadalom részéről arra a védelemre és gondoskodásra, amely a megfelelő testi, szellemi és erkölcsi fejlődéséhez szükséges. Az alkotmányi felsorolás (család, állam, társadalom) egyben „rangsornak” is tekinthető: a gyermeknek elsődlegesen a családtól kell a szükséges védelmet és gondoskodást megkapnia. Ezt egészíti ki, meghatározott esetekben pedig pótolja, illetve helyettesíti az állami intézményvédelem. Ez a fajta sorrend fakad a vonatkozó nemzetközi dokumentumok rendelkezéseiből, valamint ezt diktálja a gyermek mindenek felett álló érdeke, de ezt támasztja alá az AB gyakorlata is.⁴⁴ A gyermeknek e joga tehát megalapozza az állam alkotmányos köteletségét a gyermek fejlődésének védelmére. Az állam alatt nem pusztán a Magyar Államot, mint jogi személyt kell jelen esetben érteni, hanem – a különböző jogszabályokban meghatározott feladat- és hatáskörében eljárva – valamennyi, ezért tételesen meg nem határozható állami- és önkormányzati szervet is.

3. Az Alkotmány 70/A. § (1) bekezdésébe foglalt *hátrányos megkülönböztetés tilalma* arra vonatkozik, hogy a jognak mindenkit egyenlőként kell kezelnie: a döntéshozatal során minden érintett szempontjait azonos tisztelettel és körültekintéssel kell mérlegre tenni. Az

⁴¹ 8/1990. (IV. 23.) AB határozat, ABH 1990, 44-45.

⁴² OBH 2972/2009. számú ügy.

⁴³ Az Alkotmánybíróság megítélése szerint az egészségügyi ellátás során szükséges beavatkozásokba való beleegyezés, illetve annak visszautasítása a személyiségi jogok gyakorlásától elválaszthatatlan. Lásd 36/2000. (X. 27.) AB határozat, ABH 2000.

⁴⁴ Minthogy azonban a gyermek védelme és a róla való gondoskodás nemcsak a család alkotmányos kötelezése, hanem az államé, a társadalomé is, ez a szülői felügyelettel összefüggésben úgy értelmezendő: ha a gyermeknek nincs vagy a szülői kötelezéseket nem teljesítő szülője van, akkor helyettük az államnak kell helytállnia. Ez ad a jogalkotó államnak lehetőséget a törvényes beavatkozásra, és kötelezi az államot közvetlen helytállásra (tartás) a védelem és gondoskodás feladatára (büntető rendelkezések, állami gondozásba vétel)” (995/B/1990. AB hat., ABH 1993, 515, 528.).

Alkotmánybíróság kifejtette azt is, hogy alkotmányellenes megkülönböztetésről csak akkor lehet szó, ha a jogszabály egymással összehasonlítható, a szabályozás szempontjából azonos csoportba tartozó jogalanyok között tesz különbséget anélkül, hogy annak alkotmányos indoka lenne. Alkotmányellenes megkülönböztetés mindezek alapján csak akkor állapítható meg, ha összehasonlítható helyzetben lévő személyek között tesz a jogalkotó olyan különbségtételt, amely alapjogsérelmet okoz, illetőleg azzal az egyenlő méltóság alkotmányos követelményét sérti. Nem minősül azonban megengedhetetlen megkülönböztetésnek, ha a jogi szabályozás eltérő jogalanyi körre vonatkozóan állapít meg eltérő rendelkezéseket.⁴⁵

Ahogy arra már korábbi jelentéseimben⁴⁶ is utaltam, a *hátrányos megkülönböztetés tilalma* (Alkotmány 70/A.§ (1) bekezdése) és az *esélyegyenlőség biztosítása, előmozdítása* (70/A.§ (3) bekezdése) 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. Az esélyegyenlőség, ezen belül az egészségügyi ellátáshoz való valóban egyenlő esélyű hozzáférés biztosítására az államnak lehetősége van ún. pozitív diszkriminációs eszközök igénybevétele.

A *pozitív diszkrimináció* eszközével kapcsolatban kialakított alkotmánybírói gyakorlat szerint „az azonos méltóság jogából esetenként következhet olyan jog is, hogy a javakat és esélyeket mindenki számára (mennyiségileg is) egyenlően osszák el. De ha valamely – az alkotmányba nem ütköző – társadalmi cél, vagy valamely alkotmányos jog csakis úgy érvényesíthető, hogy e szűkebb értelemben vett egyenlőség nem valósítható meg, akkor az ilyen pozitív diszkriminációt nem lehet alkotmányellenesnek minősíteni [...] a pozitív diszkrimináció korlátjának a tágabb értelemben leírt, tehát az egyenlő méltóságra vonatkozó megkülönböztetés tilalma, illetve az alkotmányban pozitívan megfogalmazott alapjogok tekintendők. Bár a társadalmi egyenlőség, mint cél, mint társadalmi érdek, megelőzhet egyéni érdekeket, de nem kerülhet az egyén alkotmányos jogai elé.”⁴⁷

Álláspontom szerint a speciális, objektíve hátrányos helyzetben lévő jogalanyok számára csak határozott, kiszámítható és számon kérhető állami kötelezettségvállalás biztosítása teremthet lehetőséget az egyenlő esélyekre. Az alkotmánybírói gyakorlat szerint az állam szabadságot élvez abban, hogy milyen módon, milyen jogi, normatív és anyagi eszközökkel teljesíti az esélyegyenlőség előmozdítására vonatkozó alkotmányos kötelezettségét, mint államcél: az eszközök megválasztása során figyelembe vehető és mérlegelhető az állam teherbíró képessége. Az Alkotmánybíróság megítélése szerint a pszichiátriai betegek sajátos helyzete miatt a pozitív diszkriminációs eszközök alkalmazásának szükségessége magából az Alkotmány 70/A. §-ából következik.⁴⁸ Mindezen alkotmányosan feladattal összhangban lényeges felhívni a figyelmet a Magyar Köztársaságnak a fogyatékosággal élők jogainak biztosításával, a különböző ellátásokhoz, közszolgáltatásokhoz való egyenlő esélyű hozzáférés előmozdításával kapcsolatos nemzetközi kötelezettségvállalásaira.

⁴⁵ Lásd 9/1990. (IV. 25.) AB határozat, 21/1990. (X. 4.) AB határozat, 61/1992. (XI. 20.) AB határozat, 35/1994. (VI. 24.) AB határozat, 30/1997. (IV. 29.) AB határozat.

⁴⁶ Lásd az AJB 1792/2009, AJB 1799/2009, AJB 5477/2009, AJB 5629/2009 számú ügyekben készült összefoglaló jelentést.

⁴⁷ 16/1991. (IV. 20.) AB határozat, ABH 1991,

⁴⁸ 36/2000. (X. 27.) AB határozat, ABH 2000,

Lényeges szempont az is, hogy a pszichiátriai betegek állapotukból adódóan nem csupán méltóságuk, önrendelkezési joguk kifejezett megsértésével (pl. az ún. hálós ágyak alkalmazása) szemben védtelenek, hanem – mivel jóformán semmilyen igény- vagy jogérvényesítésre nem vagy csak nagyon korlátozottan képesek – szinte teljes mértékben kiszolgáltatottak egy intézményi átszervezésnek is. A betegellátás országos vagy regionális szintű csökkenése, bizonyos szakellátási formák elérhetőségének megszűnése vagy nehezebbé válása esetükben súlyosabb következményekkel fenyeget, komoly alapjogsérelemmel járhat.

3. Az Alkotmánybíróság több határozatában értelmezte az Alkotmány 70/D. §-ában foglalt *legmagasabb szintű testi és lelki egészséghez való jog* tartalmát.⁴⁹

Az Alkotmánybíróság gyakorlata szerint az Alkotmány 70/D. §-a alapján a legmagasabb szintű testi és lelki egészséghez való jogként meghatározott alkotmányi követelmény 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.⁵⁰ Az alkotmánybírósági gyakorlat utal arra is, hogy „[...] az államnak a 70/D. § (2) bekezdésben e jog megvalósulása érdekében meghatározott, az egészségügyi intézmények és orvosi ellátás megszervezésére irányuló kötelezettsége [...] annyit feltétlenül jelent, hogy az állam köteles megteremteni egy olyan intézményrendszer működésének a garanciáit, amely mindenki számára biztosítja az egészségügyi szolgáltatások igénybevételeének lehetőségét, azaz azt, hogy a szolgáltató intézmények hiánya miatt senki ne maradjon ellátatlanul.” „Az állam szabadsága nem terjed odáig, hogy anélkül üressen ki az egyik legfontosabb garanciális intézmény tartalmát, hogy helyette nem építi ki az alapvető jog megvalósulásának azonos súlyú biztosítékait.”⁵¹

Az Alkotmánybíróság 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 Alkotmány 70/D. §-ban meghatározott állami kötelezettségnek nincs alkotmányos mércéje. Az egészséghez való jog tehát önmagában alanyi jogként értelmezhetetlen, az az Alkotmány 70/D. § (2) bekezdésében foglalt állami kötelezettséggént fogalmazódik meg, amely magában foglalja azt a kötelezettséget, hogy a törvényhozó a testi és lelki egészség bizonyos területein alanyi jogokat határozzon meg.”⁵²

Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény II. fejezetében a betegek számára számos alanyi jogot határoz meg, ezek között az egészségügyi ellátáshoz való jogról is rendelkezik. Kimondja, hogy minden betegnek joga van – jogszabályban meghatározott keretek között – az egészségi állapota által indokolt, megfelelő, folyamatosan hozzáférhető és az egyenlő bánásmód követelményének megfelelő egészségügyi ellátáshoz. Az ellátás pedig akkor minősíthető megfelelőnek, ha az az adott egészségügyi szolgáltatásra vonatkozó

⁴⁹ Az egészséghez való joggal kapcsolatos gyakorlatot összegzi a 109/2008. (IX. 26.) AB határozat.

⁵⁰ 56/1995. (IX. 15.) AB határozat, ABH 1995, 260, 270., 37/2000. (X. 31.) AB határozat, ABH 2000, 293, 297.

⁵¹ 77/1995. (XII. 21.) AB határozat, ABH 1995, 390, 396-397.

⁵² Az Alkotmánybíróság szerint „az egészségügyi intézményhálózat és az orvosi ellátás sokféleképpen szervezhető meg. Az Alkotmányból eredően senkinek sincs alanyi joga egy meghatározott szervezési módra. Másrészt nincs alkotmányos ismerv arra, hogy a rendszer önmagában mennyiben alkalmas a biztosításon alapuló betegellátáshoz való jogosultságok teljesítését garantálni. Ezért a rendszer alkotmányellenessége csak olyan szélső esetben állapítható meg, ha egyértelmű, hogy a rendszer eleve alkalmatlan az államot terhelő kötelezettségek alkotmányosan még elfogadható minimumának teljesítésére.” ABH 1996, 173, 188-189.

szakmai és etikai szabályok, illetve irányelvek megtartásával történik.⁵³ A törvény X. fejezetében – a pszichiátriai betegek vonatkozó pozitív diszkriminációs kötelezettségnek megfelelően – speciális szabályokat megállapítva rendelkezik a pszichiátriai betegek gyógyításáról és gondozásáról.⁵⁴

Az Eütv. külön is rögzíti, hogy a pszichiátriai beteg személyiségi jogait egészségügyi ellátása során – helyzetére való tekintettel – fokozott védelemben kell részesíteni.⁵⁵ A törvény értelmében minden pszichiátriai beteg jogosult arra, hogy pszichiátriai gyógykezelése lehetőség szerint családi, illetőleg lakókörnyezetében, továbbá az állapotának megfelelő és a többi beteg fizikai biztonságát védő, a lehető legkevésbé hátrányos és kellemetlen módszerrel kerüljön sor.⁵⁶

Fel kell hívni a figyelmet emellett a pszicho-szociális fogyatékossgal élő személyek jogainak védelmével kapcsolatos nemzetközi kötelezettségvállalásokra is. A Fogyatékossgal élő személyek jogairól szóló Egyezmény⁵⁷ 1. cikke egyfajta definíciót ad a fogyatékossgal élő személyekre vonatkozóan, nem határozza meg konkrétan, hogy kik a fogyatékossgal élő emberek. Már a preambulum hangsúlyozza, hogy „a fogyatékossgal egy változó fogalom, továbbá, hogy a fogyatékossgal a fogyatékossgal élő személyek és az attitűdbeli, illetve a környezeti akadályok kölcsönhatásának következménye, amely gátolja őket a társadalomban való teljes és hatékony, másokkal azonos alapon történő részvételben.” Az Egyezmény 1. cikke erre építve határozza meg, hogy „Fogyatékossgal élő személy minden olyan személy, aki hosszan tartó fizikai, értelmi, szellemi vagy érzékszervi károsodással él, amely számos egyéb akadállyal együtt korlátozhatja az adott személy teljes, hatékony és másokkal egyenlő társadalmi szerepvállalását.”

Az Egyezmény magyar nyelvű szövege „hosszan tartó fizikai, értelmi, szellemi vagy érzékszervi károsodást” említ, azonban az angol nyelvű szöveg tisztábban fogalmaz: „long-term physical, mental, intellectual or sensory impairments”. Itt a „mental” szó nem a magyar fordításban szereplő „szellemi” kifejezéssel adandó vissza, hanem a „pszicho-szociális” terminológiával. A „mentális fogyatékossgal élő személyeken” tehát a korábban „pszichiátriai betegként” meghatározott embereket értjük, mai szóhasználattal: pszicho-szociális fogyatékossgal élő személyeket.

Az Egyezmény aktív szerepet szán a civil társadalomnak. Előírja, hogy a fogyatékossgal élő személyeknek képviseleti szervezeteiken keresztül biztosítani kell a részvételi lehetőséget a végrehajtásra irányuló jogalkotás és politikák kidolgozása és végrehajtása során, továbbá a fogyatékos személyeket érintő kérdésekkel kapcsolatos más döntéshozatali eljárásokban⁵⁸, valamint az ellenőrzési folyamatok⁵⁹ megvalósulása tekintetében. Így érvényesülhet a *semmit rólunk nélkülünk* elve, amely végig kíséri a

⁵³ Az Eütv. 7. § (1) és (2) bekezdése.

⁵⁴ Érdemes emellett felhívni a figyelmet az Európa Tanács Miniszteri Bizottságának R (83) 2. számú ajánlására, amely a kötelező pszichiátriai gyógykezelésnek alávetett elmebetegek jogainak védelmére ad útmutatást a tagállamok számára az elmebetegek kórházi kezelésével kapcsolatos követendő eljárás és a betegek jogainak hatékony védelme terén. Az elmebetegek jogainak védelmével – nem kötelező jelleggel – ENSZ dokumentumok is foglalkoznak, közülük is kiemelkedik az Egyesült Nemzetek Közgyűlésének 119. számú határozata az elmebetegek védelmének alapelveiről és az egészségügyi ellátás fejlesztéséről.

⁵⁵ Eütv. 189. § (1) bekezdés.

⁵⁶ Eütv. 190. § a) és b) pont.

⁵⁷ Az Egyezményt a Magyar Köztársaság Országgyűlése a 2007. évi XCII. törvénnyel hirdette ki.

⁵⁸ A jelen Egyezmény végrehajtására irányuló jogalkotás és politikák kidolgozása és végrehajtása során, továbbá a fogyatékossgal élő személyeket érintő kérdésekkel kapcsolatos más döntéshozatali eljárásokban a részes államok szorosan egyeztetnek, amelybe aktívan bevonják képviseleti szervezeteiken keresztül a fogyatékossgal élő személyeket, ideértve a fogyatékossgal élő gyermekeket is. (Egyezmény 4. cikk 3. pont)

⁵⁹ A civil társadalmat - különösen a fogyatékossgal élő személyeket és az őket képviselő szervezeteket - be kell vonni az ellenőrzési folyamatokba, és azokban teljes részvételüket biztosítani kell. (Egyezmény 33. cikk 3. pont)

fogyatékos emberek legkülönbözőbb mozgalmainak legkülönbözőbb akcióit. Ez az elv adta az esszenciáját a *Befogadó társadalom alapja a diszkriminációmentességgel párosuló pozitív cselekvés* címet viselő Madridi Nyilatkozatnak⁶⁰ is, melyet az Európai Fogyatékosügyi Kongresszus 2002-ben fogadott el.

Az Egyezmény 7. cikke a fogyatékossgal élő gyermekek jogainak védelme érdekében hangsúlyozza, hogy „a részes államok minden szükséges intézkedést meghoznak, hogy a fogyatékossgal élő gyermekek számára más gyermekekkel azonos alapon biztosítsák valamennyi emberi jog és alapvető szabadság teljes körű gyakorlását.” Az egészségüggyel foglalkozó 25. cikkben pedig „a részes államok elismerik, hogy a fogyatékossgal élő személyek jogosultak a lehető legmagasabb színvonalú egészségügyi ellátásra a fogyatékossgal alapján történő bármiféle hátrányos megkülönböztetés nélkül. A részes államok minden szükséges intézkedést megtesznek, hogy a fogyatékossgal élő személyek hozzáférjenek a nemhez igazodó egészségügyi szolgáltatásokhoz, beleértve az egészséghez kapcsolódó rehabilitációt. A részes államok különösképpen:

(...)

b) biztosítják a fogyatékossgal élő személyek számára kifejezetten fogyatékossguk miatt szükséges egészségügyi szolgáltatásokat, beleértve a betegség korai felismerését és – szükség esetén – a beavatkozást, valamint a további fogyatékossgok előfordulásának minimalizálására és megelőzésére kialakított szolgáltatásokat, a gyermekek és idősek körében is;

c) biztosítják ezeknek az egészségügyi szolgáltatásoknak a lehető legközelebbi hozzáférhetőségét az emberek saját közösségeihez, beleértve a vidéki területeket is;

d) kötelezik az egészségügyi szakembereket, hogy a fogyatékossgal élő személyek számára ugyanolyan színvonalú ellátást biztosítsanak, mint mások számára, beleértve a szabad és tájékoztatáson alapuló hozzájárulás alapján nyújtott ellátást – többek között – a fogyatékossgal élő személyek emberi jogaira, méltóságára, autonómiájára és szükségleteire vonatkozó tudatosság felkeltésével a képzésen, valamint az állami és magán egészségügyi ellátás etikai normáinak közzétételén keresztül.”

Álláspontom szerint a jogalkalmazási gyakorlatra fókuszáló ombudsmani jogvédelemnek az egészséghez való jog biztosításával összefüggő állami kötelezettségekkel kapcsolatban akár az alkotmánybírásgától eltérő, további alapjogi követelmények megfogalmazására és kibontására van lehetősége. Önmagában ugyanis az a tény, hogy az AB alacsonyabb mércéje miatt valamely jogszabályi rendelkezést, jogi-szervezeti megoldást az egészséghez való jog érvényesülése szempontjából – a fenti gyakorlat alapján – nem minősít alkotmányellenesnek, még egyáltalán nem zárja ki azt a lehetőséget, hogy e norma gyakorlati alkalmazásával, hatásával és következményeivel kapcsolatban az egészséghez való joggal, vagy ennek alanyi jellegű részjogosítványával, az egészségügyi ellátáshoz való jogosultsággal összefüggő visszasság megállapítására kerüljön sor.

Az ombudsmani jogvédelem eltérő, magasabb mércéjében két végpont határozható meg. Értelmszerűen nem állapítható meg az egészséghez való joggal összefüggő visszasság pusztán egy intézmény megszüntetése, átalakítása, összevonása, feladatátadása más intézménynek, vagy a rendelkezésre álló ágyak számának csökkentése miatt: egy ilyen szemlélet parttalanná és esetlegessé tenné az országgyűlési biztos által biztosított jogvédelmet. Más a helyzet, ha az egészségügyi intézményrendszeren belül, így például a pszichiátriai, addiktológiai ellátás területén meghatározott helyeken, megyékben vagy régiókban bizonyos speciális szakellátások megszűnnek, érdemben elérhetetlenné válnak és ez az állapot elviselhetetlenül hosszú időn keresztül „stabilizálódik”.

⁶⁰ Ld.: http://www.barcsi.hu/letoltesek/tudomanyos_testuletek/dokumentumok/madridi_nyilatkozat_1_kotet.pdf

Az egészséghez való joggal összefüggő visszasságot okozhat tehát az a helyzet, ha az intézményrendszer átalakítása hatására vagy megfelelő fejlesztésének hiányában – pusztán a teherbíró képességre hivatkozva, az anyagi, célszerűségi megfontolások miatt – potenciálisan vagy ténylegesen jelentős számú beteg kerülhet veszélybe. Már egy korábbi jelentésemben⁶¹ felhívtam a figyelmet arra, hogy az államot az intézményrendszer átszervezésének lebonyolítása során egyfajta eredményfelelősség terheli: a területért felelős miniszternek felügyelnie kell a feladat- és hatáskör átadását-átvételét annak érdekében, hogy a zökkenőmentes és folyamatos feladatellátás ne kerüljön veszélybe. Ennek az ombudsmani gyakorlatban is rögzített követelménynek különleges jelentősége van, így fokozottan érvényesülnie kell az egészségügyi ellátórendszer átalakításáról hozott döntések során, a betegek alapvető jogainak – köztük életüknek, egészségüknek és méltóságuknak – érvényesülése érdekében.

4. A szociális segélyezés alapjogi összefüggéseivel foglalkozó jelentésemben⁶² részletesen elemeztem a szociális biztonsághoz való jog tartalmával kapcsolatos alkotmánybírói gyakorlatot. Az Alkotmánybíróság megállapításai alapján álláspontom szerint a szociális biztonsághoz való jog alapvetően nem tekinthető alanyi jogi természetű alapjognak, nem kényszeríthető ki az államtól az egyes állampolgárok számára a megfelelő életszínvonal, vagy éppen konkrét juttatások biztosítása. Létezik ugyanakkor a szociális biztonsághoz való jognak egy olyan magja, amely – meghatározott, kivételes esetben – alanyi joghoz hasonlónak válik: ez a megélhetési minimum biztosítása. A „megélhetési minimumhoz való jog” az élethez és emberi méltósághoz való jogból következik, azonban nem abszolút jellegű, tehát nem is korlátozhatatlan.

III. Az ügy érdeme tekintetében

Ismételten utalnom kell előljáróban arra, hogy a 2008 júniusában kiadott, OBH 2464/2007. számú jelentésemben elsősorban az OPNI megszüntetésével együtt járó ellátásszint-csökkenés ellensúlyozásának hiánya, bizonyos földrajzi területeken vagy speciális szakellátások tekintetében az ellátási szint kritikusra csökkenése vagy megszűnése, ennek nyomán pedig állapotuk miatt teljes mértékben kiszolgáltatott pszichiátriai betegek százai egészségének, akár életének veszélybe kerülése miatt állapítottam meg az egészséghez való joggal összefüggő visszasságokat. Jelen vizsgálat keretei ugyanakkor részben túlmutatnak az OPNI megszüntetésével összefüggő közvetlen következmények utólagos feltérképezésén: egy teljesebb körű, alapjogi szempontú áttekintést kívántam adni a magyar felnőtt- és gyermekpszichiátriai intézményrendszer, valamint az addiktológiai ellátás jelenlegi állapotáról és működéséről, a tapasztalt problémák, hiányosságok bemutatása mellett.

A vizsgálat eredményei alapján – különös figyelemmel a tényállás I. pontjában (az OPNI megszüntetésével összefüggésben) rögzítettek, valamint a felnőtt pszichiátria vonatkozásában a I. 2., illetve II. 3. pontban, a gyermekpszichiátria tekintetében a III. 3. és III. 4. pontban, végül az addiktológiai ellátással kapcsolatosan a IV. 2. és IV. 4. pontban leírtakra – megállapítható, hogy *a pszichiátriai ellátás valamennyi területén jelentős kapacitás-csökkenés jelentkezik, illetve kapacitáshiány észlelhető*. Ez a kapacitás-csökkenés és kapacitáshiány mind a járóbeteg-ellátás orvosi óraszámában, mind a fekvőbeteg-ellátás ágyszámában megjelenik, és *szükségszerűen vezet az egészségügyi ellátás megfelelő szintjének csökkenéséhez*.

⁶¹ OBH 1676/2008.

⁶² OBH 2972/2008.

Az ellátási szint csökkenése azonban nem pusztán az orvosi óraszám és az ágyszám függvénye, hanem jelentős mértékben befolyásolja azt az ellátóhelyek területi megoszlása, a szakemberszám, továbbá a szakmai fejlesztést és koordinálást végző szervek hatékony működése.

Valamennyi vizsgált ellátási területen megállapítást nyert, hogy a szakorvosok és szakdolgozók hiánya jelentős, a szakma megbecsültsége pedig mind anyagi, mind társadalmi tekintetben alacsony. Különösen nagy hiány mutatkozik a gyermekpszichiáterek körében. ***Összességében megállapítható, hogy Magyarországon jelenleg nem áll kellő számú szakember rendelkezésre a lakosság igényeinek és szükségleteinek megfelelő ellátás biztosítására.***

A szakmai munkát nehezíti, hogy a pszichiátriai és addiktológiai ellátással összefüggő módszertani tevékenység is átalakult. Az Országos Pszichiátriai Központ, amely jelenleg bizonyos módszertani és adatgyűjtési feladatokat lát el, nem pótolja teljes egészében az OPNI-ban folytatott tevékenységet. ***Az Országos Addiktológiai Centrum helyzete sok szempontból tisztázatlan, így addiktológiai szakmai, valamint érdekképviselési feladatait kevésbé képes ellátni.***

A fekvőbeteg-ellátással összefüggésben megállapítható, hogy az aktív és krónikus ágyakat összesítetten figyelembe véve 8 %-os volt a kapacitáscsökkenés, illetve ***csak részben sikerült megoldani a fekvőbeteg-ellátás területi aránytalanságait.*** A 10 ezer lakosra vetített ágyszám tekintetében 2008-ban legrosszabb helyzetben a nyugat-dunántúli és az észak-magyarországi régió volt 1,7 illetve 1,8 ágygal. Van azonban olyan terület – nem regionális, hanem megyei szinten – ahol az ágyszám ennél is alacsonyabb (1,02). Mindezt annak fényében kell értékelnünk, hogy a fekvőbeteg-ellátás csökkenésével párhuzamosan a járóbeteg-ellátási formák fejlesztése és az arra lekötött kapacitások növelése nem történt meg.

A fekvőbeteg-ellátóhelyek és megfelelő ágyszámok különösen hiányoznak a gyermek- és ifjúságpszichiátria, valamint az addiktológiai ellátás területén. Míg előbbi esetében három régióban semmiféle fekvőbeteg-ellátás nem biztosított (Közép-Dunántúl, Dél-Dunántúl, Észak-Magyarország), addig utóbbi vonatkozásában egy régióban (Közép-Dunántúl) nincs aktív fekvőbeteg-gondozás.

Az addiktológia és a gyermekpszichiátria metszetét jelentő gyermek- és ifjúság-addiktológiai ellátásra ***jelenleg egyik ellátórendszer sem alkalmas,*** a gyermekpszichiátriákon nem megoldott a szenvedélybeteg kiskorúak elkülönítése a többi gyermektől, a felnőtt addiktológiai osztályokon pedig a felnőttektől. A gyermekek, fiatalok ellátására vonatkozóan sem szakmai protokoll, sem módszertani levelek nem állnak rendelkezésre.

Amint arra az érintett alapvető jogok jellegzetességeinek kifejtése során kitértem, az Alkotmánybíróság irányadó gyakorlata szerint az orvosi ellátás körében csak egészen szélső esetekre korlátozottan határozható meg az állami kötelezettség kritikus nagysága. Ez azt jelenti, hogy egyértelműen alkotmányellenesnek csak az tekinthető, ha az ország egyes területein az egészségügyi intézményrendszer és az orvosi ellátás teljesen hiányzik. Meglátásom szerint az, hogy a gyermekpszichiátria és az addiktológia esetében az ország jelentős területein egyáltalán nincs kialakított intézményrendszer a betegek befogadására, ennek megfelelően az orvosi ellátás is teljes mértékben hiányzik, kimeríti az Alkotmánybíróság által megállapított szélső eset kategóriáját.

Mindezekre tekintettel megállapítom, hogy a gyermek- és ifjúságpszichiátriai fekvőbeteg-ellátás teljes hiánya a közép-dunántúli, a dél-dunántúli, valamint az észak-magyarországi régióban, valamint az aktív, nevesített addiktológiai fekvőbeteg-ellátás teljes hiánya a közép-dunántúli régióban, továbbá a szenvedélybeteg kiskorúak elhelyezésének, valamint kezelésük szakmai szempontjai meghatározásának hiánya, az egészséghez való joggal, az egészségügyi ellátáshoz való joggal összefüggő visszasságot idéz elő.

A járóbeteg-ellátás kapacitásainak tekintetében különösen az addiktológiai területen feltűnőek az ellátás területi egyenlőtlenségei, továbbá az, hogy éppen ott van a legkevesebb kapacitás, ahol a legnagyobb szükség volna rá. Egyes megyék (Bács-Kiskun, Heves, Somogy, Borsod-Abaúj-Zemplén) megbetegedési mutatói az országos átlag felett vannak, ugyanakkor ezekben a megyékben a 10 ezer főre jutó járóbeteg-kapacitás elmarad az országos átlagtól. Az Egészségügyi Minisztérium tájékoztatása rögzíti, hogy jelenleg még mindig nincs minden megyében az addiktológiai járóbeteg-ellátás keretében drogambulancia.

Az általános pszichiátria helyzete tekintetében szintén rögzíthető, hogy a gondozók és általában a pszichiátriai járóbeteg-ellátás működését illetően jelentős területi kapacitásbeli különbségek észlelhetők.

Emellett le kell szögezni, hogy a korszerű, aktív pszichiátriai gondozás a kliensek közelében működő ellátásokra épül, az ellátás minden formáját lehetőség szerint a kliens otthonának közelében, eredeti közösségének keretei között kell biztosítani. Az OPK véleménye szerint *a jelenleg működő közösségi pszichiátriai ellátás színvonala egyenetlen, a szociális szféra által működtetett közösségi ellátók és a pszichiátriai gondozók közötti együttműködés hiányos, illetve annak szabályozása kidolgozatlan.*

A korábban kifejtetteknek megfelelően a jogalkalmazási gyakorlatot, a jogi szabályozás hatályosulását irányadónak tekintő ombudsmani jogvédelemnek az egészséghez való jog biztosításával összefüggő állami kötelezettségekkel kapcsolatban az alkotmánybírósági jogvédelemhez képest további alapjogi szempontok megfogalmazására van lehetősége. Az, hogy az alkotmánybírósági gyakorlat adott szabályozást nem minősít alkotmányellenesnek, még nem jelenti azt, hogy annak gyakorlati alkalmazásával, hatásával és következményeivel összefüggésben az ombudsman ne állapíthatna meg alapvető joggal összefüggő visszásságot.

A fentiek alapján megállapítom, hogy az addiktológiai és pszichiátriai járóbeteg-ellátás egyenlőtlene eloszlása, továbbá a közösségi pszichiátriai ellátás esetleges biztosítása az egészséghez való joggal, az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés jogával összefüggő visszásságot okoz.

A speciális szakellátási feladatok tekintetében Magyarországon sem az egyéb (fertőző, belgyógyászati) betegségekkel küzdő pszichiátriai betegek elhelyezése, sem a különböző – különösen a magas – biztonsági fokozatú pszichiátriai osztályok kialakítása nem megoldott. Forenzikus pszichiátriával Magyarországon jelenleg kizárólag az Igazságügyi Megfigyelő és Elmegyógyító Intézet foglalkozik, ennek feladatkörébe azonban kizárólag a büntetőeljárással, illetve büntetés-végrehajtással kapcsolatos feladatok tartoznak.

A fentiekre tekintettel megállapítom, hogy egyes speciális szakellátási feladatok, különösen a magas biztonsági fokozatú pszichiátriai osztályok és forenzikus pszichiátriai ellátórendszer kialakításának hiánya az egészséghez való joggal, az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés jogával összefüggő visszásságot okoz.

A megállapított tényállás II. 2. és 4. pontjában a pszichiátriai fekvőbeteg-ellátással, valamint az egészségügyi és a szociális ellátórendszer kapcsolatának elemzésével összefüggésben felmerült az ún. „szociális ágyak” problémája.

Az elsősorban szociális problémákkal terhelt, jellemzően ápolásra, gondozásra szoruló, egyedülálló, időskorú, nehéz, sőt kilátástalan egzisztenciális helyzetbe került, adott esetben hajléktalan személyek veszik igénybe a pszichiátriai fekvőbeteg-ellátás alacsony kapacitásait, ezzel pedig a valódi, komoly pszichiátriai kórképpel rendelkező betegek ellátását nehezítik meg. A probléma – minden szereplő által elismert – gyökere az ápolást és gondozás nyújtó szociális ellátóhelyek alacsony száma, túlterheltsége (ezt jellemzi a rendkívül hosszú várakozási idő), az átmeneti és tartós bentlakást nyújtó intézmények hiánya, amelyben

ráadásul az ország különböző területei között még komolyabb különbségek mutatkoznak. Megjegyzendő, hogy a „szociális ágyakkal” kapcsolatos problémák meglétét igazolták munkatársaim helyszíni vizsgálatai, annak tarthatatlanságát és sürgős megoldásának szükségét pedig mind a pszichiátriai szakma (LEGOP elemzés), mind a szociális és egészségügyi szakpolitika elismeri, és kezelését fontosnak tartja.

Külön is kiemelendő a helyzetelemzés azon megállapítása, hogy *a pszichiátria területén nem kielégítő az egymástól egyébiránt szorosan el nem választható egészségügyi és szociális ellátórendszer kapcsolata*, mindez pedig az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférést akadályozza, a gyógyítás folyamatát pedig nagyban csökkenti (lásd forgóajtó-pszichiátria). Álláspontom szerint a fenti súlyos, akut és rendszerszintű egyensúlyi problémák nem pusztán a pszichiátriai ellátás hatékonyságát rontják, hanem alapjogi szempontból is elemezhetőek és kifogásolhatóak. Az egészséghez való jog és a szociális biztonsághoz való jog nemcsak – mint szociális jogok – szerkezetükben hasonlatosak, hanem abban is, hogy az alkotmánybírói értékelés szerint közös gyökereik az élethez és emberi méltósághoz való jog biztosítása.

Megállapítható, hogy annak a folyamatnak a nyomán kialakult helyzet, amelynek során a pszichiátriai ellátás kapacitásának csökkentésével egyidejűleg nem gondoskodtak megfelelő intézkedésekkel arról, hogy a szociális ellátás kapacitásai megfelelően bővüljenek, az egészséghez való joggal, az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés jogával összefüggő visszasságot okoz.

Nem vitatom, hogy a szociális ellátórendszer fejlesztése, ezen belül a szociális otthonok befogadóképességének növelése olyan állami kötelezettség, amely során alapvetően mérlegelhető az állam teherbíró képessége, gazdasági lehetőségei, következésképpen nem várható el az államtól, hogy ezt a több évtizede fennálló adósságát néhány hónap, egy-két év alatt teljes egészében lerója. *Nem tartom ugyanakkor elfogadhatónak azt, hogy nincsen hosszú távú, világos, követhető és számon kérhető program, nincsenek hatékony intézkedések, komolyan vett állami stratégia arra, hogy az egészségügyi és szociális ellátás közti kapcsolat kielégítő szintet érjen el, az átmeneti (gondozást, ápolást nyújtó), szociális ellátóhelyek kapacitása növekedjen.* Nem hagyható figyelmen kívül, hogy a pszichiátriai ellátásban tapasztalt – korábban is mutatkozó és jelenleg is meglévő – hiányosságokat és problémákat a következtetlenül és indokolatlanul gyorsan véghezvitt struktúra-átalakítás, kapacitás-csökkentés csak fokozta és felerősítette, ennek következtében pedig jelenleg a pszichiátriai betegek (pszicho-szociális fogyatékossgal élők) alanyi jogai is sérülhetnek, mivel nem biztosított a számukra szükséges ellátáshoz való tényleges hozzáférés.

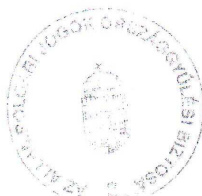
Intézkedéseim

A jelentésemben feltárt alkotmányos joggal összefüggő visszasság orvoslása és jövőbeni megelőzése érdekében az Obtv. 20. § (4) bekezdése alapján felkérem az egészségügyi minisztert, hogy

1. tegye meg a szükséges intézkedéseket annak érdekében, hogy megszűnjön az egyes földrajzi területeken és egyes speciális betegcsoportok tekintetében tapasztalható jelenlegi ellátatlanság, az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés hiánya;
2. tegyen konkrét intézkedéseket a 2007-2013. időszakra szóló egészségügyi koncepcióban, a Lelki Egészség Országos Programban (LEGOP) megfogalmazott – a pszicho-szociális fogyatékossgal élők komplex egészségügyi és szociális ellátásának fejlesztését célzó – javaslatok folyamatos megvalósítása érdekében;
3. a javaslatok megvalósítása érdekében a szükséges személyi, tárgyi és anyagi forrásokat felmérve dolgozzon ki részletes végrehajtási ütemtervet, megnevezve a határidőket és a felelősöket, valamint gondoskodjon a végrehajtás ellenőrzéséről;
4. ezen feladatok megvalósítását – összhangban a Fogyatékossgal élő személyek jogairól szóló Egyezmény 4. cikkének 3. pontjával⁶³ – az érintett társadalmi szervezetek aktív bevonásával végezze.

Figyelemmel a feltárt hazai pszichiátriai – addiktológiai, gyermek és ifjúsági, valamint egyéb társult szakmabeli – ellátás helyzetét ismertető Jelentés tényeire és következtetéseire, az ellátó rendszer strukturális diszharmóniája, és a finanszírozási ellentmondások kiküszöbölésének jelentőségére, az alkotmányos visszasság felszámolása érdekében, az Obtv. 25. §-a alapján felkérem a Magyar Köztársaság Kormányát, hogy figyelemmel a LEGOP célkitűzéseire, megfontolva a Jelentés aktuális megállapításait, mérlegelve az orvos-szakmai, társadalompolitikai és költségvetési körülményeket, tegyen sürgős lépéseket a pszichiátriai, és addiktológiai ellátás, a gyermek és ifjúsági pszichiátriai ellátás problémáinak haladéktalan megoldására.

Budapest, 2009. december 2.



Sh

Prof. Dr. Szabó Máté

⁶³ „A jelen Egyezmény végrehajtására irányuló jogalkotás és politikák kidolgozása és végrehajtása során, továbbá a fogyatékossgal élő személyeket érintő kérdésekkel kapcsolatos más döntéshozatali eljárásokban a részes államok szorosan egyeztetnek, amelybe aktívan bevonják képviselői szervezeteiken keresztül a fogyatékossgal élő személyeket, ideértve a fogyatékossgal élő gyermekeket is.”

Mellékletek

1. sz. táblázat – Ágyszámok 2008. december 31-én

Pszichiátria	2006	2007	2008	Eltérés (2008-2006)	%
Aktív	3 856	3 084	2 894	-962	-24,95%
Rehab./Krónikus	5 502	6 224	5 711	209	3,80%
Összesen	9 358	9 308	8 605	-753	-8,05%

2. sz. táblázat

2008_12	Pszichiátria				
Régió		Lakos	Aktív	Krónikus	10 ezer lakosra jutó aktív ágy
1	12-Pest megye	1 059 661	213	681	2,0
1	20-Budapest	1 775 587	655	1066	3,7
1 Összesen	Közép Magyarország	2 835 248	868	1747	3,1
2	06-Fejér megye	429 398	100	330	2,3
2	10-Komárom-Esztergom megye	319 028	116	102	3,6
2	18-Veszprém megye	375 372	75	309	2,0
2 Összesen	Közép Dunántúl	1 123 798	291	741	2,6
3	07-Győr-Moson-Sopron megye	438 218	94	348	2,1
3	17-Vas megye	271 290	30	147	1,1
3	19-Zala megye	301 495	50	181	1,7
3 Összesen	Nyugat Dunántúl	1 011 003	174	676	1,7
4	01-Baranya megye	412 253	118	45	2,9
4	13-Somogy megye	342 249	50	223	1,5
4	16-Tolna megye	255 192	47	132	1,8
4 Összesen	Dél Dunántúl	1 009 694	215	400	2,1
5	02-Bács-Kiskun megye	555 315	157	88	2,8
5	03-Békés megye	406 643	179	75	4,4
5	05-Csongrád megye	433 225	136	142	3,1
5 Összesen	Dél Alföld	1 395 183	472	305	3,4
6	08-Hajdú-Bihar megye	562 293	192	246	3,4
6	14-Szabolcs-Szatmár-Bereg megye	598 908	244	268	4,1
6	15-Jász-Nagykun-Szolnok megye	428 006	56	94	1,3
6 Összesen	Észak alföld	1 589 207	492	608	3,1
7	04-Borsod-Abaúj-Zemplén megye	767 452	165	286	2,1
7	09-Heves megye	333 138	0	34	0,0
7	11-Nógrád megye	227 190	73	125	3,2
7 Összesen	Észak Magyarország	1 327 780	238	445	1,8
Végösszeg		10 291 913	2750	4922	2,7

3. sz. táblázat

	2006	2008	Változás
Betegek száma	100 324	91 150	-9 174
Beavatkozások száma	1 149 592	1 066 244	-83 348
Egy esetre jutó beavatkozás	1,91	2,38	0,47
Esetszám	600 675	447 854	-152 82
Pontszám	514 526 554	477 298 944	-37 227 610
Egy esetre jutó pont	857	1 066	209
Átlagos heti rendelési óra			
Szakorvosi	6 425	6 387	-38
Nem szakorvosi	1 827	1 925	98
Átlagos havi díj (eFt)	214 968,8	136 488,1	-78 481
Egy órára jutó			
Eset	1,44	1,08	-0,36
Beav.	2,8	2,6	-0,19
Pont	1 233	1 150	-83
Díj (Ft)	6 180	3 939	-2 240

4. sz. táblázat

2008_12	Pszichiátria				
Régió		Lakos	Szakorvosi	Nem szakorv.	10 ezer lakosra jutó sz. óra
1	12-Pest megye	1 059 661	1252	410	11,8
1	20-Budapest	1 775 587	4266	1007	24,0
1 Összesen	Közép Magyarország	2 835 248	5518	1417	19,5
2	06-Fejér megye	429 398	466	266	10,9
2	10-Komárom-Esztergom megye	319 028	320	0	10,0
2	18-Veszprém megye	375 372	459	111	12,2
2 Összesen	Közép Dunántúl	1 123 798	1245	377	11,1
3	07-Győr-Moson-Sopron megye	438 218	393	20	9,0
3	17-Vas megye	271 290	237	24	8,7
3	19-Zala megye	301 495	422	129	14,0
3 Összesen	Nyugat Dunántúl	1 011 003	1052	173	10,4
4	01-Baranya megye	412 253	1009	203	24,5
4	13-Somogy megye	342 249	326	179	9,5
4	16-Tolna megye	255 192	291	15	11,4
4 Összesen	Dél Dunántúl	1 009 694	1626	397	16,1
5	02-Bács-Kiskun megye	555 315	624	115	11,2
5	03-Békés megye	406 643	414	35	10,2
5	05-Csongrád megye	433 225	992	405	22,9
5 Összesen	Dél Alföld	1 395 183	2030	555	14,6
6	08-Hajdú-Bihar megye	562 293	921	180	16,4
6	14-Szabolcs-Szatmár-Bereg megye	598 908	374	0	6,2
6	15-Jász-Nagykún-Szolnok megye	428 006	509	80	11,9
6 Összesen	Észak alföld	1 589 207	1804	260	11,4
7	04-Borsod-Abaúj-Zemplén megye	767 452	611	113	8,0
7	09-Heves megye	333 138	285	55	8,6
7	11-Nógrád megye	227 190	127	198	5,6
7 Összesen	Észak Magyarország	1 327 780	1023	366	7,7
Végösszeg		10 291 913	14298	3545	13,9

5. sz. táblázat – A gyermek- és ifjúságpszichiátria járóbeteg-ellátási helyszínek száma

			Ellátóhelyek száma	Ellátóhelyek száma	Ellátóhelyek száma	Ellátóhelyek száma
Megye	Szakmakód	Megnevezés	2006.	2007.	2008.	2009.
Pest	Q41	Gyermek-Ifj Pszich	4	4	4	4
	18	Pszich	3	3	3	1
Budapest	Q41	Gyerm-Ifj Pszich	16	15	14	18
	18	Pszich	7	8	8	4
Fejér	Q41	Gyerm-Ifj Pszich	3	3	3	3
	18	Pszich	3	3	3	3
Komárom	Q41	Gyerm-Ifj Pszich	5	5	4	3
	18	Pszich				
Veszprém	Q41	Gyerm-Ifj Pszich	2	2	2	4
	18	Pszich	1	1	1	
Gy-M-S	Q41	Gyerm-Ifj Pszich	3	3	3	3
	18	Pszich				
Vas	Q41	Gyerm-Ifj Pszich	2	2	2	1
	18	Pszich				
Zala	Q41	Gyerm-Ifj Pszich	1	1	1	1
	18	Pszich	1	1	1	
Baranya	Q41	Gyerm-Ifj Pszich	4	4	3	4
	18	Pszich	1	1	1	1
Somogy	Q41	Gyerm-Ifj Pszich	1	1	1	2
	18	Pszich	3	3	3	2
Tolna	Q41	Gyerm-Ifj Pszich	4	4	4	4
	18	Pszich	2	3	3	3
Bács-Kiskun	Q41	Gyerm-Ifj Pszich	4	4	4	3
	18	Pszich	2	2	2	2
Békés	Q41	Gyerm-Ifj Pszich	2	2	2	2
	18	Pszich	1			
Csongrád	Q41	Gyerm-Ifj Pszich	7	7	7	3
	18	Pszich				
Hajdú-Bihar	Q41	Gyerm-Ifj Pszich	6	6	6	6
	18	Pszich	1	1	1	2
Sz-Sz-B	Q41	Gyerm-Ifj Pszich				2
	18	Pszich	1	1	1	
J-N-Sz	Q41	Gyerm-Ifj Pszich	1	1	1	1
	18	Pszich		1	1	1
B-A-Z	Q41	Gyerm-Ifj Pszich	2	2	2	3
	18	Pszich				
Heves	Q41	Gyerm-Ifj Pszich				3
	18	Pszich	1	1		
Nógrád	Q41	Gyerm-Ifj Pszich	3	3	3	4
	18	Pszich				
Összes			97	98	94	93

6. sz. táblázat – A gyermek- és ifjúságpszichiátria fekvőbeteg-ellátási helyszínek száma

Megye	Szakma-kód	Megnevezés	Ellátó	Ágy	Ágy	Ellátó	Ágy	Ágy	Ellátó	Ágy	Ágy
			helyek	akut	krón	helyek	akut	krón	helyek	akut	krón
			2006.	2006.	2006.	2007.	2007.	2007.	2009.	2009.	2009.
Pest	Q41	Gyerm-Ifj									
	18	Pszich									
Budapest	Q41	Gyerm-Ifj	7	61	0	3	60	0	3	60	0
	18	Pszich							1	15	0
Fejér	Q41	Gyerm-Ifj									
	18	Pszich									
K-E	Q41	Gyerm-Ifj									
	18	Pszich									
Veszprém	Q41	Gyerm-Ifj									
	18	Pszich									
Gy-M-S	Q41	Gyerm-Ifj	1	0	12				1	0	10
	18	Pszich									
Vas	Q41	Gyerm-Ifj									
	18	Pszich									
Zala	Q41	Gyerm-Ifj									
	18	Pszich									
Baranya	Q41	Gyerm-Ifj									
	18	Pszich									
Somogy	Q41	Gyerm-Ifj									
	18	Pszich									
Tolna	Q41	Gyerm-Ifj									
	18	Pszich									
Bács-Kiskun	Q41	Gyerm-Ifj									
	18	Pszich									
Békés	Q41	Gyerm-Ifj									
	18	Pszich				1	20	0	1	20	0
Csongrád	Q41	Gyerm-Ifj	3	30	6	3	24	6	3	24	6
	18	Pszich									
Hajdú-Bihar	Q41	Gyerm-Ifj	1	0	30	1	0	30	1	0	30
	18	Pszich	1	20	0	1	20	0	1	20	0
Sz-Sz-B	Q41	Gyerm-Ifj									
	18	Pszich									
J-N-Sz	Q41	Gyerm-Ifj									
	18	Pszich									
B-A-Z	Q41	Gyerm-Ifj									
	18	Pszich									
Heves	Q41	Gyerm-Ifj									
	18	Pszich									
Nógrád	Q41	Gyerm-Ifj									
	18	Pszich									
Összes			13	111	48	9	124	36	11	139	46

7. sz. táblázat – Addiktológiai járóbeteg-ellátásban 2008-ban rögzített adatok

Fődiagnózis	Pszichiátria	Alkoholológia 43	Drogellátás 44	Addiktológia 45	Addiktológia összesen (43+44+45)	Egyéb szakmák	Mind- összesen
F10: alkohol	14 647	2 101	393	11 445	13 939	22 706	51 292
F11-19: drog (kivéve F17)	2 470	276	2 935	2 147	5 358	2 096	9 924
F17: dohányzás	42	10	7	112	129	1 451	1 622
Összesen	17 159	2 387	3 335	13 704	19 426	26 253	62 838

8. sz. táblázat

	Gondozói kasszából kifizetett fix díjak (eFt)	
	Alkoholológia és drogellátás	Pszichiátriai gondozás
2005	904 609,8	2 476 008,2
2006	764 086,8	2 217 578,8
2007	476 629,5	1 388 702,8
2008	339 216,8	1 102 300,1

9. sz. táblázat

Szakmakód	2007 04			2008 12		
	Szakorvosi	Nem sz. orv.	Együtt	Szakorvosi	Nem sz. orv.	Együtt
43	231	0	231	231	0	231
44	383	317	700	513	427	940
45	2991	1308	4299	2138	852	2990
	3605	1625	5230	2882	1279	4161
%	100		100	79,9		79,6
18	627	468	1095	630	467	1097
Együtt	4232	2093	6325	3512	1746	5258
%	100			83,0		83,1

10. sz. táblázat

2008_12					
Régió		Lakos	Szakorvosi	Nem szakorvosi	10 ezer lakosra jutó szakorvosi óra
1	12-Pest megye	1 059 661	149	30	1,4
1	20-Budapest	1 775 587	1327	698	7,5
1 Összesen	Közép Magyarország	2 835 248	1476	728	5,2
2	06-Fejér megye	429 398	134	4	3,1
2	10-Komárom-Esztergom megye	319 028	94	17	2,9
2	18-Veszprém megye	375 372	81	88	2,2
2 Összesen	Közép Dunántúl	1 123 798	309	109	2,7
3	07-Győr-Moson-Sopron megye	438 218	120	40	2,7
3	17-Vas megye	271 290	112	0	4,1
3	19-Zala megye	301 495	92	70	3,1
3 Összesen	Nyugat Dunántúl	1 011 003	324	110	3,2
4	01-Baranya megye	412 253	260	60	6,3
4	13-Somogy megye	342 249	55	25	1,6
4	16-Tolna megye	255 192	66	0	2,6
4 Összesen	Dél Dunántúl	1 009 694	381	85	3,8
5	02-Bács-Kiskun megye	555 315	46	40	0,8
5	03-Békés megye	406 643	106	109	2,6
5	05-Csongrád megye	433 225	190	280	4,4
5 Összesen	Dél Alföld	1 395 183	342	429	2,5
6	08-Hajdú-Bihar megye	562 293	201	180	3,6
6	14-Szabolcs-Szatmár-Bereg megye	598 908	138	0	2,3
6	15-Jász-Nagykun-Szolnok megye	428 006	109	30	2,5
6 Összesen	Észak alföld	1 589 207	448	210	2,8
7	04-Borsod-Abaúj-Zemplén megye	767 452	144	0	1,9
7	09-Heves megye	333 138	28	0	0,8
7	11-Nógrád megye	227 190	60	75	2,6
7 Összesen	Észak Magyarország	1 327 780	232	75	1,7
Végösszeg		10 291 913	3512	1746	3,4

11. sz. táblázat

Fődiagnózis	Betegszám	Gondozott beteg
F10: alkohol	42 725	3 835
F11-19: drog (kivéve F17)	2 346	189
F17: dohányzás	9 452	589
Összesen	54 523	4 613

12. sz. táblázat

Fődiagnózis	Pszichiátria	Alkoholológia 43	Drogellátás 44	Addiktológia 45	Addiktológia összesen (43+44+45)	Egyéb szakmák	Mind- összesen
F10: alkohol	14 647	2 101	393	11 445	13 939	22 706	51 292
F11-19: drog (kivéve F17)	2 470	276	2 935	2 147	5 358	2 096	9 924
F17: dohányzás	42	10	7	112	129	1 451	1 622
Összesen	17 159	2 387	3 335	13 704	19 426	26 253	62 838