



ALAPVETŐ JOGOK BIZTOSA

AZ ENSZ NEMZETI EMBERI JOGI INTÉZMÉNYE

NAIH nyilvántartási szám: 40689

Az alapvető jogok biztosának

JELENTÉSE

az AJB-793/2019. számú ügyben

Érintett szervek:

- SE I. számú Női Klinika
- MH EK Honvéd Kórház
- Emberi Erőforrások Minisztériuma

2019.

**Az alapvető jogok biztosának
Jelentése
az AJB-793/2019. számú ügyben
(Előzményi ügy: AJB-1834/2018.)**

Előadó: dr. Kussinszky Anikó

Az eljárás megindítása

A panaszos 2018 februárjában fordult a hivatalomhoz a fővárosi koraszülött intenzív osztályok (Perinatális Intenzív Centrum, a továbbiakban: PIC) eltérő ellátási gyakorlatával összefüggő beadványával. Ebben leírta, hogy a Semmelweis Egyetem I. Női Klinikáján szült 2015-ben, gyermeke ugyan a 33. terhességi héten, de teljesen egészségesen, több mint 2000 grammal, 9/10 Apgar értékkel született. A panaszbeadványában beszámolt arról, hogy már az ellátása során több olyan eljárást tapasztalt, amit nem értett, és amely rossz érzéssel töltötte el. Leírta többek között, hogy gyermeke állapotáról a szülőszobán senkitől semmilyen tájékoztatást nem kapott. A baba megszületését követően bebugyolálva megmutatták neki, majd rögtön elvitték tőle, nem tölthettek együtt semennyi időt a szülőszobán, csak három napos korában tarthatta először a karjában, és 4 napos volt az újszülött, amikor először szophatott. Csak utólag tudta meg, hogy a PIC-be került. A táplálását szájon át, cumisüvegből kezdték meg, tápszert kapott az édesanya tudta és beleegyezése nélkül. Összesen 8 napot töltöttek kórházban (3 napot PIC III-on, 5 napot utógondozáson PIC II-n a Madarász utcában), azonban arra nem kapott választ, hogy miért kellett a gyermekének súlyos koraszülött társaihoz hasonló megítélésben részesülnie akárcsak 3 napon át is, és miért volt szükség további 5 nap kórházi kezelésre.

Ezt követően tájékozódott a PIC osztályok ellátási gyakorlatáról és azt tapasztalta, hogy a számára kellemetlen körülmények nem minden PIC esetében jelentik az ellátási rutint. A beadványában a panaszos azt kifogásolta, hogy két közfinanszírozott intézmény esetében jelentős különbségek állhatnak fenn. A Honvéd Kórház PIC gyakorlatát sokkal elfogadóbb, valódi baba és család barátának érzi, és nem érti, hogy ha ilyen módon is lehet a koraszülöttek ellátását végezni, miért nem történik így valamennyi PIC-ben. Az átfogó problémákat felvető panaszbeadvány nyomán nem a konkrét esetet, annak körülményeit vizsgáltam – hiszen a panaszos ezt nem is kérte –, hanem a *koraszülött ellátás gyakorlatát* vizsgáltam alapjogi fókusszal.

Tekintettel arra, hogy a panaszbeadvány nyomán – a koraszülött gyermekeket és szüleiket az egészségügyi jogszabályok alapján megillető jogosítványok, így különösen a kapcsolattartáshoz való jog gyakorlásával és annak korlátozásával összefüggésben – felmerült a jogállamiság elvéből következő jogbiztonság követelményével, a tisztességes eljáráshoz való joggal, valamint az emberi méltósághoz való joggal összefüggő visszásság gyanúja, az alapvető jogok biztosáról szóló 2011. évi CXI. törvény (a továbbiakban: Ajbt.) 18. § (1) bekezdése alapján vizsgálatot indítottam.

Az ombudsmani átfogó vizsgálat eredményes lefolytatása érdekében az Ajbt. 21. § (1) bekezdés a) pontja és (2) bekezdése alapján megkerestem a beadványban nevesített két intézményt, a MH Egészségügyi Központot (a továbbiakban: Honvéd Kórház) és a SE I. sz. Női Klinikáját (a továbbiakban: SOTE I.), továbbá a munkatársaim mindkét intézményben személyesen is tájékoztak, ennek során pedig a vezetőkkel egyeztetéseket folytattak.

Az érintett alkotmányos jogok és alapelvek

- a jogállamiság elvéből fakadó jogbiztonság követelménye [Alaptörvény B) cikk (1) bekezdés: „*Magyarország független, demokratikus jogállam.*”];

- az élethez és az emberi méltósághoz való jog [Alaptörvény II. cikk: „Az emberi méltóság sérthetetlen. Minden embernek joga van az élethez és az emberi méltósághoz.”];
- a gyermekek védelemhez és gondoskodáshoz való joga [Alaptörvény XVI. cikk (1) bekezdés: „Minden gyermeknek joga van a megfelelő testi, szellemi és erkölcsi fejlődéshez szükséges védelemhez és gondoskodáshoz.”].

Az alkalmazott jogszabályok

- A Gyermekek jogairól szóló, New Yorkban, 1989. november 20-án kelt Egyezmény kihirdetéséről szóló 1991. évi LXIV. törvény (a továbbiakban: Egyezmény);
- az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény (a továbbiakban: Eütv.);
- az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről szóló 60/2003. (X. 20.) ESzCsM rendelet (a továbbiakban: Minimumrendelet).

A megállapított tényállás

1. A panaszbeadvány részletes tartalma

A panaszos a beadványában számos különbséget fogalmazott meg a két intézmény PIC ellátási gyakorlata között:

SOTE I. PIC gyakorlat	Honvéd Kórház PIC gyakorlat
a 33. hétre született egészséges újszülöttet születés után tájékoztatás nélkül elviszik az édesanyjától.	Amennyiben a baba állapota engedi, már a szülőszobán az anya testére helyezik őt, hogy édesanyjával bőr-bőr kontaktusban tölthesse élete kezdetét.
Napi kétszeri látogatási idő kötött időpontban, összesen maximum 1 óras időtartamban.	Az osztály nyitva áll a szülők előtt 0-24 órában.
Állapottól függetlenül minden koraszülöttet – az egészséges babákat is, akik késői koraszülött paraméterekkel bírnak – a PIC-re viszik, inkubátorban helyezik el az anyukától teljesen szeparálva.	Egészséges, stabil koraszülött az édesanya mellett kerül elhelyezésre, normál szülészeti kórteremben a teljes kórházi benntartózkodás alatt. A szülést követően azok a koraszülöttek kerülnek PIC-re, akik esetében – állapotól függően – erre valóban szükség van.
A szülést követően eltelhet akár 8 óra is, anélkül hogy tájékoztatták volna az anyát a baba állapotáról, mivel az ellátó orvosok csak látogatási időben kommunikálnak a szülőkkel.	Az anyával akár a szülést megelőzően, a szülészeti osztályon felveszik a PIC-en dolgozók a kapcsolatot, még a koraszülött megszületése előtt.
Nincs kenguruzás (kangaroo mother care) az ellátás során.	A 25. hétre született stabil koraszülött a második – harmadik életnapján már kenguruzhat az édesanyjával.
A szülők az ellátásban semmilyen mértékben nem vehetnek részt.	A szülők az ellátásban az első perctől kezdve részt vehetnek, egyenrangú félként kezelik őket a teljes kórházi tartózkodás alatt. Pelenkázzák, mosdatják a babát, kenguruznak vele, táplálják (akkor is, amikor még nem lehet szoptatni őt), megméri a vérnyomását, kezelik a

	baba keringését monitorozó érzékelőt (egyik végtagról a másikkra helyezik). Jelen lehetnek számos vizsgálat alatt. Kenguruzás közben is végeznek olyan beavatkozásokat a babánál, mint pl. vérvétel, koponya ultrahang vagy kardiológiai vizsgálat.
A babát cumisüveggel kezdik szájon át táplálni, az anya nem szoptathatja, nem etetheti szoptatásbarát eszközzel.	A baba, amint képes a szájon át történő táplálásra, édesanyja próbálkozhat a szoptatással, táplálhatja őt szoptatásbarát eszközzel.
A baba tápszert kap (az anya tájékoztatása/beleegyezése nélkül), olykor még akkor is, ha volna az édesanyának elegendő teje.	A baba donor anyatejet kap, ha nem áll rendelkezésre az édesanya saját teje.
Az édesanya saját, a kórházban lefejt tejét pasztörizálják.	Nem pasztörizálják az anya saját tejét, mielőtt a babának adnák.
Az édesanya a teljes kórházi tartózkodása alatt látogató marad.	A szülők (és akár a testvér, testvérek) végig kompetens személyek, jelenlétük, bevonásuk végig evidens az ellátók számára.
A szülők csak az inkubátor ablakain keresztül érhetnek hozzá a gyermekükhöz.	A nővérek helyett számos feladatot (fürdetés, pelenkázás, etetés) a szülők végeznek el.

2. A Honvéd Kórház ellátási gyakorlata, a helyszíni vizsgálat tapasztalatai

2.1 Megkeresésemben megküldtem a panaszos kifogásait és tapasztalatait összesítő táblázatot, valamint választ vártam a következő kérdésekre:

- 1) Milyen módon működik együtt a szülők tájékoztatásában a Szülészeti és Nőgyógyászati Osztály valamint a PIC? Előre látható koraszülés veszélye esetén kap-e felkészítést a család arról, hogy mi vár rájuk? A koraszülést követően mi az intézmény tájékoztatási gyakorlata: ki számol be a gyermek állapotáról és hollétéről?
- 2) A koraszülöttek korai stabilizálása és a respirációs distressz szindróma kezeléséről szóló 2017 decemberében megjelent egészségügyi szakmai irányelven kívül van-e más jelenleg is hatályos szakmai irányelv, amely a koraszülöttek ellátását érinti és kötelezően követendő?
- 3) Amennyiben ez idő szerint is fennáll, álláspontja szerint mi indokolja a PIC osztályok eltérő gyakorlatát?

Az intézmény PIC-vezető főorvosa válaszában a következő tájékoztatást adta. A Honvéd Kórház Szülészeti és Nőgyógyászati Osztály Perinatális Intenzív Centruma (PIC) a budapesti kórházösszevonások jegyében 2007. július 1-jén alakult meg az egykori Országos Gyógyintézeti Központ (OGYK) PIC-ének utódaként. 2007 decemberében költöztek a volt MÁV-kórházba (jelenleg MH EK Honvédkórház 2-es telephely), a Szülészeti Nőgyógyászati Osztály részlegeként. A PIC kialakítása kiválóan megfelelt az akkori elvárásoknak (közel a szülőszobához, nagy alapterület, stb., és a műszerekkel való felszereltség is meghaladta az országos átlagot. Az orvosok nagy része az OGYK-ból érkezett, a nővéreknél viszont kialakult egy supergroup, hiszen ők 4

kórházból verbuválódtak össze. A PIC szakmai mutatószámai (mortalitás, morbiditás) alapján az országos rangsorban valahol a középmezőny élére sorolódtak.

2008-ban a non-invazív ellátásnak még csak néhány eleme működött, de már egyre több gyermeknél alkalmaztak nCPAP-kezelést¹, az anyatejes táplálással nem foglalkoztak még rendszeresen. Kevés, és szakszerűtlen protokoll állt rendelkezésükre, a szülőket látogatóknak tekintették, szigorú látogatási időintervallumokat tartattak be. 2009-ben dr. Schill Beáta (azóta Aranyanyu és Kengurumama) kollégájuk egy merőben újszerű szemléletet hozott az osztályukra, a kenguru-módszert. 2010 lett a levél szerint az igazi változás megkezdésének éve. Dr. Bodrogi Eszter – aki több, mint 4 évet Londonban, az egyik legjobb angol PIC-ben, az Imperial Collegeben dolgozott konzultánsként – úgy döntött, hogy hazajön, és ebben az intézményben kezd dolgozni. A PIC-csapatmal sikerült kialakítaniuk egy olyan ellátási stratégiát, aminek alapján mára az európai élmezőnynek megfelelő eredményeket mutatnak fel a családbarát ellátási elvek mellett.

Beszámolt az ellátási sarokköveikről 2010-től, ezek a következők

- A szüléssel való 24/7 együttműködés
 - állandó szülőszobai jelenlét;
 - a terhespatológiával való együttes döntéshozás;
 - a szülők részletes tájékoztatása az osztályon és a szülőszobában még az intrauterin² időszakban.
- Betegségközpontúság helyett Baba- és család-központúság
- 24/7 szülői jelenlét támogatása, a szülők nem látogatók (látogatási idő tábla leszerelése)
 - az első PIC-es szülői jelenlét kb. a baba félórás életkorában (többnyire az édesapa), innentől folyamatos tájékoztatás
- Bizonyítékokon alapuló orvoslás (EBM), gyógyszerek, beavatkozások minimalizálása
- Non-invazív ellátási formák alkalmazása
- Korszerű ellátási protokollok írása (táplálás, lélegeztetés, stb.)
- Fejlődést támogató gondoskodás (fény-, hangvédelem, fészek stb.)
- Kenguru-módszer a mindennapi ellátás része (nagyon kevés korlátozás)
- Korai enterális táplálás forszírozása, anyatej (csaknem kizárólagos) alkalmazása
- Fertőzések elleni hatékony védekezés, infekció kontroll, surveillance, kézhigiéne

Kérdőíves felmérést végeztek a szülők és az ellátók (orvosok, nővérek) körében az átalakuló ellátással kapcsolatban, strukturált interjúkat vettek fel. Átrendezték a PIC fizikai terét, igyekeztek minden felesleges eszközt eltávolítani, és ezek helyét kenguru székekkel töltötték be. A szülők korlátozás nélküli jelenlétét támogatják, egyre több ellátási folyamatba beavatják őket, célul tűzték ki, hogy a hazabocsátáskor *kompetens* szülők vigyék haza minél egészségesebb babájukat.

A szülőket rendszeresen oktatják a PIC-en elvárt higiénés „játékszabályok”-ra, a napi orvosi viziteken és a megbeszéléseken is részt vesznek, meghallgatják véleményüket, és beépítik azt az ellátás átalakításába. Egyre népszerűbb szülői mentorcsoportok elődjeként ún. Baba-Mama-Papa klubot szerveztek, ahova meghívtak már otthonukba bocsátott volt koraszülötteket és a szülőket, akik megosztották tapasztalataikat az akkor éppen a PIC-en ápolt gyermekek szüleivel.

2013-ban csatlakozott az osztály oktatói gárdájához Zack Boukydis kanadai professzor, aki a Turku Egyetemi PIC csapatával közösen dolgozta ki a „Close Collaboration with Parents” programot, amit Magyarországon elsőként a Honvédkórház PIC-jében kezdtek megtanulni és bevezetni. E módszertan a szülők bevonásával, kompetenssé tételével foglalkozik rendszerezett formában. A tréning sajnálatos módon a professzor halálával félbeszakadt, de a mai napig is sok tapasztalatot használnak és építenek be a programból mindennapi gyakorlatukba.

¹ Nasal Continuous Positive Airway Pressure (nCPAP)

² Vö. anyaméhen belüli

A már működő családbarát ellátásukból a családokat integráló ellátás felé tesznek jelenleg lépéseket. 2017 decemberében meghívták osztályukra Deierl Anikót, a londoni Imperial College NICU³ munkatársát, aki az általuk kidolgozott családokat bevonó ellátási programot ismertette. Egyetértett az egész PIC csapat abban, hogy ez lehet a következő szervezett változtatási folyamat, ami még korszerűbbé és családcentrikusabbá teheti a Honvédkórház PIC-ét.

2.2 Az osztály *helyszíni megtekintésekor* kollégáim a következőket tapasztalták:

- az osztály valóban 0-24 órában nyitva áll a szülők számára, a látogatás idején is több baba kenguruzott a szülővel, volt olyan, akivel édesanyja és édesapja is foglalkozott éppen;
- a bebocsátás előtt a bejáratnál található kézmosónál kötelező volt a kézmosás, egyéb védőfelszerelés, védőruha viselését nem kérték/várták el;
- az osztályon található az inkubátoroknál egy zajérzékelő/mérő eszköz, amely fényjelek segítségével jelzi, hogy milyen erősségű hanghatás terheli a termet, így arra is figyelmeztet, ha túl hangos a környezet, ami szükségtelen stressz-forrás volna a babáknak;
- az osztály légköre csendes és nyugodt, nem érzékelhető zsúfoltság;
- minden inkubátor mellett kikészített, kényelmes nyugágy volt a (kenguruzó, szoptató) szülő számára;
- minden inkubátornál ki volt függesztve és vezetésre került az 1. sz. mellékletben található kompetencia tábla
- a PIC közepén található nővér/orvosi pultból az egész osztály összes inkubátora belátható
- rendelkezésre állnak családi szobák (apa is bent aludhat), állapotól/fejlettségtől függően helyezik el itt a családokat az elbocsátásukat megelőzően.
- sok „zsiráf inkubátort” láthattunk, amelynek előnye, hogy nyitható, „nyaka” egy gombnyomásra megnyújtható, a fedél eltávolodik az újszülöttől, így anélkül hajthatók végre a különféle beavatkozások, gondozási tevékenységek, hogy a babát ki kellene venni a számára biztonságot nyújtó inkubátorból.
- Az anyatejes táplálás erős támogatása volt látható, az egyik édesanyja jelentős többlet mennyiségű tejet tudott lefejteni, amelyből bőven jutott a többi babának is igény szerint. Egy másik édesanyja éppen SNS Szoptanit⁴ készülék használatával táplálta gyermekét.

3. A SOTE I. PIC ellátási gyakorlata, a helyszíni vizsgálat tapasztalatai

3.1 Megkeresésemben megküldtem a panaszos kifogásait, illetve tapasztalatait összesítő táblázatot, valamint választ vártam a következő kérdésekre:

- 1.) Milyen módon működik együtt a szülők tájékoztatásában az I. sz. Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika valamint a PIC? Előre látható koraszülés veszélye esetén kap-e felkészítést a család arról, hogy mi vár rájuk? A koraszülést követően mi az intézmény tájékoztatási gyakorlata: ki számol be a gyermek állapotáról és hollétéről?
- 2.) A koraszülöttek korai stabilizálása és a respirációs distressz szindróma kezeléséről szóló 2017decemberében megjelent egészségügyi szakmai irányelven kívül van-e más jelenleg is hatályos szakmai irányelv, amely a koraszülöttek ellátását érinti és kötelezően követendő?
- 3.) Amennyiben ez idő szerint is fennáll, álláspontja szerint mi indokolja a PIC osztályok eltérő gyakorlatát?

³ NICU: Neonatal Intensive Care Unit

⁴ Speciális készülék, mely hatékonyan alkalmazható koraszülött babák szoptatására

<http://www.medela.hu/bemutatjuk-az-sns-szoptanit-keszuleket-specialis-etetesi-igenyu-babak-taplalasara/>

A *Semmelweis Egyetem Klinikai Központ általános elnökhelyettese válaszában* a következő tájékoztatást adta. Az I. sz. Szülészeti és Nőgyógyászati Klinikán is általánosságban törekednek munkatársaik arra, hogy ha erre szakmai megfontolások alapján lehetőség van, az érettséget el nem érő újszülöttek is a lehető leghamarabb, édesanyjukkal együtt az I. sz. Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika rooming-in osztályán kerüljenek elhelyezésre. A tájékoztatás szerint az osztályon ellátásra kerülő kora- és újszülöttek személyre szabott, állapotuknak és aktuális igényeiknek megfelelő orvosi kezelésben és ápolásban részesülnek és ellátásukat nem a rutin, hanem a szakma szabályai határozzák meg. A koraszülöttek táplálásánál elsősorban természetesen a saját anyatejes táplálást preferálják munkatársaik, de minden édesanyát írásban tájékoztatnak arról, hogy „*az osztályon ápolt újszülöttek csak saját anyatejet kapnak, ennek hiányában, speciális, koraszülöttek számára kifejlesztett tápszert adnak*”. E tájékoztatást minden édesanya aláírásával ellátja. Megfelelő mennyiségű anyatej hiányában, vagy más, a szoptatás útján történő táplálást akadályozó ok miatt, nem mellőzve az értékes colostrum odaadását, a speciális tápszert adására kerül sor.

Válaszában az elnök kitért arra, hogy a panaszos a beadványában szereplő kijelentések alapjául szolgáló forrásokat nem jelölt meg, valamint hogy a Honvéd Kórházzal történő összehasonlításuk alkalmas arra, hogy negatív színben tüntesse fel az I. sz. Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika ellátási gyakorlatát, azonban *a valóság álláspontja szerint ennél sokkal árnyaltabb*. Az I. sz. Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika Neonatális Intenzív Centruma Magyarország legnagyobb centruma, ennek megfelelően a legtöbb beteget látja el, és nagy forgalma mellett és ellenére is kimagasló perinatális eredményeket tud felmutatni, még az extrém kis súlyú, 500 grammnál kisebb súllyal született koraszülöttek esetében is. A két osztály kis betegeinek *kórkép súlyosság szerinti összetétele merőben eltér egymástól*. Az osztály fizikai kialakítása 20 évvel ezelőtt történt, egy nagy teremben került elhelyezésre 25 inkubátor, ún. „oszlop rendszerben”, ami azt jelenti, hogy egy-egy oszlop körül 4 inkubátor helyezkedik el. További 13 inkubátor két, a fertőzött koraszülöttek elkülönítésére és izolálására tervezett elkülönítő helyiségben, valamint az ún. posztintenzív részlegen került elhelyezésre. A fizikai tér változtatására, bővítésére nincs lehetőség, e korlátok között kell kiváló szakmai munkát és a szülőknek, hozzátartozóknak megfelelő kapcsolattartási lehetőséget, megnyugtató szülő-gyermek kontaktust biztosítani.

A „kenguruztatás” igénye az utóbbi években egyre erősebb, ma már az I. sz. Szülészeti és Nőgyógyászati Klinikán is van lehetőség arra, hogy a biztonságosnak ítélt esetekben e módszert alkalmazzák. A WHO ajánlásától függetlenül ugyanakkor a szakemberek keresik azokat a szakirodalmi adatokat, amelyek pontosabban meghatározzák azokat a betegcsoportokat, mely esetekben megfelelő kontrollcsoporti adatokkal összevetve kimutatható előnyökről számolnak be.

Az I. sz. Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika munkatársai lehetőséget biztosítottak a látogatási idők optimális átszervezésére, ezért ma már naponta több alkalommal van látogatásra mód. A megszületés napján például már korábban is lehetőség volt a nap folyamán bármikor történő látogatásra, de mindig is figyelembe vételre kerültek egyéni kérések is.

3.2 A helyszíni vizsgálat során egyetlen édesanya sem tartózkodott gyermeke mellett. Nagy meleg is volt, mivel a légkondicionáló berendezés ugyan rendelkezésre állt, azonban éppen nem működött megfelelően. Az inkubátorokat olyan sűrűn helyezték el, hogy ott tartósan kényelmes ülőhely elhelyezése kivitelezhetetlennek látszott. *A személyzet erősen terhelt, egy nővérrre 6-7 baba jut. Az igazgató elmondta, hogy képtelenek a személyi minimum követelményeket teljesíteni, állandóan keresnek szakdolgozókat.* Az állandó szülőszobai jelenlétet is a személyzet jelentős túlterheltsége mellett tudják biztosítani.

A vizsgálat megállapításai

I. A hatáskör tekintetében

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

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

II. Az alapvető jogok és alkotmányos elvek tekintetében

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

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

Ha összevetjük az Alaptörvény B) cikk (1) bekezdésében, az Alaptörvény II. cikkében, XVI. cikk (1) bekezdésében foglaltakat a korábbi Alkotmány 2. § (1) bekezdésének, 54. § (1) bekezdésének, 67. § (1) bekezdésének a szövegével, akkor megállapítható, hogy a jelen vizsgálat

tárgyát képező *jogállamiság elve és az érintett alapjogok* tekintetében nem hoz olyan változást az Alaptörvény szövege, ami a korábbi alkotmánybíróági gyakorlat elvetését, tartalmi átértékelését alátámasztaná. Így elvi megállapításaim megfogalmazása során mindvégig irányadónak tekintem az Alkotmánybíróság által az Alaptörvény hatályba lépését megelőzően és az azt követően meghozott határozataiban, azok indokolásában kifejtett megállapításokat.

1. Az Alaptörvény B) cikk (1) bekezdése alapján Magyarország független, demokratikus jogállam. Az Alkotmánybíróság korábbi töretlen gyakorlata alapján ennek a jogállami minőségnek nélkülözhetetlen eleme a jogbiztonság. Ahogyan pedig arra az Alkotmánybíróság felhívta a figyelmet a 30/2012. (VI. 27.) AB határozatában, az Alaptörvény B) cikk (1) bekezdése és az Alkotmány 2. § (1) bekezdése azonosan deklarálja a jogállami klauzulát, tehát az eddig kialakított alkotmánybíróági gyakorlat relevánsnak tekinthető a vizsgálat során. Az Alkotmánybíróság korábbi töretlen gyakorlata alapján ennek a jogállami minőségnek nélkülözhetetlen eleme a közhatalom gyakorlásának szabályokhoz kötöttsége. A jogállamiság elvéből folyó követelmény a közhatalom, a közigazgatás törvény alá rendeltsége: a közhatalommal rendelkező szervek a jog által megállapított működési rendben, a polgárok számára megismerhető és kiszámítható módon szabályozott korlátok között fejtik ki tevékenységüket. Nem hagyható figyelmen kívül, hogy a kiszámíthatóság – beleértve az egységes jogalkalmazást – és az eljárási garanciák biztosítása szorosan összekapcsolódik az egyes alanyi alapjogok védelmével, mintegy kölcsönösen feltételezik egymást. A jogállamiság az állam működési alapelve, a *közhatalom joghoz kötöttségét jelenti, azaz az államnak csak azt szabad megtennie, amit számára a jog kifejezetten megenged.* A jog uralma azt jelenti, hogy nem a hatalom eseti döntései, önkénye, akarata érvényesül, hanem a jog uralkodik: a hatalom csak a jogszabályi alapokon, a szabályok tiszteletben tartásával érvényesítheti akaratát.

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

2. Az Alaptörvény II. cikke alapján *az emberi méltóság* sérthetetlen, minden embernek joga van az élethez és az emberi méltósághoz. Az Alaptörvény hatályba lépését követően is hivatkozási pontot jelentő alkotmánybíróági gyakorlat az emberi méltósághoz való joggal kapcsolatosan arra hívja fel a figyelmet, hogy a méltóság az emberi élettel eleve együtt járó minőség, amely oszthatatlan és korlátozhatatlan, s ezért minden emberre nézve egyenlő. Az egyenlő méltósághoz való jog az élethez való joggal egységben azt biztosítja, hogy ne lehessen emberi életek értéke között jogilag különbséget tenni. Emberi méltósága és élete mindenkinek érinthetetlen, aki ember, függetlenül fizikai és szellemi fejlettségétől, illetve állapotától, és attól, hogy emberi lehetőségéből mennyit valósított meg, és miért annyit. A méltósághoz való jognak részét képezi az is, hogy minden embert másokkal egyenlő méltóságú személyként kell kezelni, vagyis az egyes emberek és embercsoportok között tilos indokolatlan, ésszerűtlen különbséget tenni.

2.1 Az Alkotmánybíróság az ember életét és méltóságát egységben szemlélte, ezek nem választhatóak külön az ember társadalmi és biológiai dimenziójához fűzhető jogok. Az emberi méltósághoz fűződő jog az alkotmánybíróági gyakorlatában nem a személy szubjektumától függő méltóságérzethez kapcsolódott, hanem azt jelentette, hogy a jog az életet az emberi minőséggel együtt ismeri el, és kapcsol ahhoz elidegeníthetetlen jogokat. Az emberi méltósághoz való jog a természetes személyek autonómiáját jelenti, az önrendelkezésüknek egy olyan, mindenki más

rendelkezése alól kivont magja van, amelynél fogva az ember alany marad, s nem válhat eszközzé vagy tárggyá. A méltósághoz való jognak ez a felfogása különbözteti meg az embert a jogi személyektől, amelyek teljesen szabályozás alá vonhatók, nincs érinthetetlen lényegük.

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

Számos korábbi ombudsmani jelentés kiemeli azt, hogy a beteg, egészségügyi ellátásra szoruló személyek e helyzetüknél fogva eleve *kiszolgáltatott*, nem egyszer „alarendelt” *helyzetben vannak* az egészségügyi intézményekkel szemben, így jogaik különösen sérülékenyek. Az államtól nemcsak az egészségügyi intézményrendszer fenntartása, működtetése várható el: alkotmányos kötelezettsége kiterjed az egészségügyi ellátásra szoruló személyek alapvető jogai védelmére.

2.2 Az Alaptörvény I. cikk (1) bekezdése alapján az EMBER sérthetetlen és elidegeníthetetlen alapvető jogait tiszteletben kell tartani, *védelmük az állam elsődendő kötelezettsége*. A két évtizedes alkotmánybíróági gyakorlat alapján állami szemszögből létezik az alapjogoknak *egy objektív intézményvédelmi oldala*: az egyén szubjektív (alanyi) jogának biztosításával, védelmével, érvényesülésével összefüggő tágabb értelemben vett pozitív állami kötelezettségeket összefoglalóan objektív *állami intézményvédelmi kötelezettségek* nevezük. Az objektív intézményvédelmi kötelezettség a negatív és pozitív állami kötelezettségekhez képest komplementer jellegű, vagyis feltételezi a szubjektív jog meglétét. Lényeges azt is leszögezni, hogy az állami intézményvédelmi kötelezettség tipikusan nem keletkeztet az egyén oldalán alanyi jogokat, és az egyén részéről nem is kényszeríthető ki. Az Alkotmánybíróság töretlen és álláspontom szerint továbbra is irányadó megállapítása szerint az állam részéről garanciális feladatai ellátásához szükséges, hogy az egyes alanyi alapjogok biztosítása mellett az azokkal kapcsolatos értékeket és élethelyzeteket nemcsak önmagukban, az egyes egyedi igényekhez kapcsolódóan védje, hanem a többi alapjoggal összefüggésben kezelje. Az intézményvédelmi kötelezettségnek a testület szerint az alapjogokhoz kapcsolódó *értékekre* is ki kell terjednie. Az alapjog jogosultjai, valamint az állam különböző szempontjai és feladatai miatt az alapjog alanyi jogi, illetve objektív oldala nem feltétlenül fedi egymást. Az állam a szubjektív alapjog által védett körön túlmenően is meghatározhatja ugyanazon alapjog objektív, intézményes védelmi körét. Az Alkotmánybíróság megállapította azt is, hogy az *életvédelmi kötelezettség* – bár az alaptörvény külön nem nevesíti – azonban a korábbi Alkotmány 8. § (1) bekezdésének és az 54. § (1) bekezdésének együttes értelmezéséből következik. Az állam elsődendő és alapvető fontosságú kötelezettsége az emberi élet védelme: nemcsak egyedi szinten, hanem *általában az emberi életet és létfeltételeket kell védenie*. Az állam objektív életvédelmi kötelezettsége az Alaptörvény I. cikk (1) bekezdésének, illetve a II. cikkének együttes értelmezéséből továbbra is levezethető.

Az állam életvédelmi kötelezettsége körében az állam az egyes emberek élethez való alanyi jogát nem sértheti meg. A szubjektív alapjoggal kapcsolatban az állam kötelezettsége arra is kiterjed, hogy annak védelméről *jogalkotással és szervezési intézkedésekkel gondoskodik*.

3. A *gyermek megfelelő testi, szellemi és erkölcsi fejlődéséhez szükséges védelemhez és gondoskodáshoz való jogát* az Alaptörvény XVI. cikk (1) bekezdése rögzíti. A gyermeket főszabályként minden olyan alapvető jog megillet, mint bármely más embert, de ahhoz, hogy a jogok teljességével képes

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

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

Az Egyezmény 1. cikke értelmében a gyermeket illető jogok valamennyi, 18. életévét be nem töltött gyermeket azonos módon illetnek meg, mivel valamennyi 18. életévét be nem töltött személy gyermeknek számít. A Gyermekjogi Egyezmény 3. cikk 2. pontja alapján a részes államok – így Magyarország – kötelezik magukat arra, hogy a gyermek számára, figyelembe véve szülei, gyámjai és az érte törvényesen felelős más személyek jogait és kötelességeit, biztosítják a jólétéhez szükséges védelmet és gondozást, e célból meghozzák a szükséges törvényhozási és közigazgatási intézkedéseket. Az Egyezmény 24. cikk 1. pontja szerint pedig a részes államok elismerik a gyermeknek a lehető legjobb egészségi állapothoz való jogát, valamint, hogy orvosi ellátásban és gyógyító-nevelésben részesülhessen. Erőfeszítéseket tesznek annak biztosítására, hogy egyetlen gyermek se legyen megfosztva az ezeknek a szolgáltatásoknak az igénybevételére irányuló jogától.

III. Az ügy érdeme tekintetében

1. A gyermekek jogainak érvényesülését biztosító rendelkezések, azt szolgáló ajánlások

1.1 A Gyermekjogi Egyezmény a kérdéskörben irányadó rendelkezései

Az Egyezmény 3. cikke a következőket rögzíti:

1. A szociális védelem köz- és magánintézményei, a bíróságok, a közigazgatási hatóságok és a törvényhozó szervek minden, a gyermeket érintő döntésükben *a gyermek legjobb érdekét* veszik figyelembe elsősorban.
2. Az Egyezményben részes államok kötelezik magukat arra, hogy a gyermek számára, figyelembe véve szülei, gyámjai és az érte törvényesen felelős más személyek jogait és kötelezettségeit, biztosítják a jóléthez szükséges védelmet és gondozást, e célból meghozzák a szükséges törvényhozási és közigazgatási intézkedéseket.
3. Az Egyezményben részes államok gondoskodnak arról, hogy a gyermekkel foglalkozó és védelmet biztosító intézmények, hivatalok és létesítmények *működése megfeleljen az illetékes hatóságok által megállapított szabályoknak, különösen a biztonság és az egészség területén, valamint ezek személyzeti létszámával és szakértelmével, továbbá a megfelelő ellenőrzés meglétével kapcsolatban.*

„A gyermek jogairól szóló egyezmény átfogó végrehajtási intézkedései” című, 5. számú átfogó kommentárjában a Bizottság nyomatékosítja annak fontosságát, hogy a nemzeti joganyagok jelenítsék meg a 3. cikk 1. bekezdésének tartalmát (más, megnevezett általános alapelvekkel együtt). A Bizottság állásfoglalása szerint a legjobb érdek elve „konkrét intézkedéseket követel meg a kormányoktól, a parlamenttől és az igazságszolgáltatástól. Minden törvényhozó, közigazgatási és bírói testület vagy intézmény köteles alkalmazni a legjobb érdek elvét oly módon, hogy döntéseinek és intézkedéseinek a gyermekek jogait és érdekeit érintő jelen- vagy jövőbeni hatását szisztematikusan számításba veszi. Többek között ide tartoznak javasolt vagy létező törvények, szakpolitikák, közigazgatási intézkedések vagy bírósági döntések, beleértve azokat, amelyek közvetlenül nem érintenek gyermekeket, de közvetetten befolyással vannak rájuk.”⁵

Az Egyezmény 6. cikke rögzíti, hogy

1. Az Egyezményben részes államok elismerik, hogy minden gyermeknek veleszületett joga van az életre.
2. Az Egyezményben részes államok a lehetséges legnagyobb mértékben biztosítják a gyermek életben maradását és fejlődését.

Az Egyezmény 9. cikkében a szülőktől való elválasztással kapcsolatban kimondja, hogy

1. Az Egyezményben részes államok gondoskodnak arról, hogy a gyermeket szüleitől, akaratuk ellenére, ne válasszák el, kivéve, ha az illetékes hatóságok, bírósági felülvizsgálat lehetőségének fenntartásával, és az erre vonatkozó törvényeknek és eljárásoknak megfelelően úgy döntenek, hogy ez az elválasztás a gyermek legfőbb érdekében szükséges. Ilyen értelmű döntés szükséges lehet bizonyos különleges esetekben, például akkor, ha a szülők durván kezelik, vagy elhanyagolják gyermeküket, illetőleg, ha különválva élnek és dönteni kell a gyermek elhelyezéséről.

„A szülőknek nem mindig engedik meg, hogy kórházban tartózkodó gyermekeiket meglátogassák, vagy ott szükség szerint velük tartózkodjanak. Az elkülönítés e formája gyakoribb az iparosodott, mint a fejlődő országokban, és egyértelmű, hogy bár okként a gyerek egészségügyi állapotára hivatkoznak, ez inkább az egészségügyi dolgozók kényelmét szolgálja. Valójában már általánosan elismert tény, hogy a szülők jelenléte nagyban segíti a gyerekek gyógyulását, és a Bizottság azt javasolta a részes államoknak, hogy segítsék elő az anyák gyermekeik melletti kórházi jelenlétét.”⁶

⁵ CRC/GC/2003/5, 12. bekezdés

⁶ Kézikönyv a gyermekjogi egyezmény alkalmazásához, a magyar kiadás a Család, Gyermekek, Ifjúság Egyesület gondozásában jelent meg 2009-ben, szerkesztő: Herczog Mária.

Az Egyezmény 24. cikke a gyermek joga az egészséghez és az egészségügyi ellátáshoz témakörrel foglalkozik és ezzel összefüggésben kötelezettségként az alábbiakat rögzíti:

1. A részes államok elismerik a gyermeknek a lehető legjobb egészségi állapothoz való jogát, valamint, hogy orvosi ellátásban és gyógyító-nevelésben részesülhessen. Erőfeszítéseket tesznek annak biztosítására, hogy egyetlen gyermek se legyen megfosztva attól a jogától, hogy ezeknek a szolgáltatásoknak igénybe vegye.
2. A részes államok erőfeszítéseket tesznek a fenti jog teljes körű megvalósításának biztosítására, és alkalmas intézkedéseket tesznek különösen arra, hogy
 - (a) csökkentsék a csecsemő- és gyermekhalandóságot;
 - (b) biztosítsák minden gyermek számára a szükséges orvosi ellátást és egészségügyi gondozást, legfontosabbnak tekintve az egészségügyi alapellátás fejlesztését; [...]
 - (c) tájékoztassák a társadalom valamennyi csoportját, különösen a szülőket és a gyermekeket a gyermek egészségére és táplálására, a *szoptatás előnyeire*, a környezet higiénijára és tisztán tartására, a balesetek megelőzésére vonatkozó alapvető ismeretekről, továbbá megfelelő segítséget nyújtsanak ezen ismeretek hasznosításához;
3. A részes államok megtesznek minden alkalmas, hatékony intézkedést annak érdekében, hogy megszüntessék a gyermekek egészségére káros hagyományos szokásokat.
4. A részes államok kötelezik magukat, hogy elősegítik és előmozdítják az e cikkben elismert jog teljes megvalósításának fokozatos biztosítására irányuló nemzetközi együttműködést.

1.2 Európa Tanács Gyermekbarát egészségügyről szóló iránymutatása⁷

Az Európa Tanács Gyermekbarát egészségügyről szóló 2011-es iránymutatása a gyermekek jogait, szükségleteit állítja az egészségügyi ellátási cselekmények középpontjába. III/B.10. pontjában a méltósággal összefüggésben leszögezi, hogy minden gyermeket a megfelelő gondossággal, érzékenységgel, méltányosan és tisztelettel kell kezelni valamennyi egészségügyi beavatkozás során, különös figyelemmel a személyes helyzetükre, egészségükre és speciális szükségleteikre a testi és lelki integritásuk teljes körű tiszteletben tartása mellett. A IV.A.21 pontban kifejti, hogy *a gyermekbarát egészségügy egyúttal családbarát is, előmozdítja a kötődést az újszülött és az édesanya/szűlei között, elősegíti a kapcsolattartást a gyermek és családja között és megelőzi a gyermek elválasztását a családjától, hacsak ezt nem a gyermek legjobb érdeke diktálja.*

1.3 A Gyermekjogi Egyezményen alapuló EACH Charta⁸

A Charta a „családcentrikus gondozás” alapján áll. A Charta 10 pontjának alkalmazása új szemléletet, új megközelítésmódot igényel. E szemlélet szerint az egészségügyi ellátás során a gyermekeket és szüleiket/gondviselőjüket egységes egésznek kell tekinteni, és a gyermekeket egyenrangú partnernek kell elfogadni. A gyermekeket korukhoz mértén megértéssel és érzékenységgel kell kezelni, a környezetet az igényeikhez igazítani, és az orvos- és nővérképzésben is meg kell jeleníteni e gyermekközpontú szemléletet. A Charta felkéri az érintett intézményeket, hogy tegyék lehetővé a szülők aktív részvételét gyermekük kórházi ápolásában.

A Charta 3. cikk (1) bekezdése szerint elhelyezést kell felajánlani minden szülőnek és ösztönözni kell ennek igénybevételét. Azaz

- a gyermek felvételéért felelős személyzet kötelessége minden szülőnek felajánlani, hogy mindenféle kikötés nélkül, gyermekével együtt maradhat;
- a személyzet elismerve a szülők otthoni szerepét, javaslataival és biztatásával támogassa a szülőt, hogy maradjon együtt gyermekével;

⁷ Guidelines on child-friendly health care. Lásd: <https://rm.coe.int/168046ccef>

⁸ European Association for Children in Hospital. Lásd: <https://www.each-for-sick-children.org/>

- a kórház kötelessége megfelelő helyet, infrastruktúrát biztosítani, hogy a szülő beteg gyermeke mellett maradhasson. Ez magában foglalja a fürdőhelységgel ellátott alvóhelyet, ülő alkalmasítást, étkezési lehetőséget, valamint a személyes holmik tárolását.

A Charta 3. cikk (3) bekezdés szerint a szülőket tájékoztatni kell az osztály napirendjéről, és biztatni kell őket az aktív részvételre. A személyzet úgy segítheti elő a szülők aktív részvételét gyermekük gondozásában, ha

- teljes körű információt nyújt a gyermek ápolását és az osztály napirendjét illetően;
- segítséget nyújt azon ápolási feladatok elsajátításában, amelyeket a szülő elvállal;
- ösztönzi őket ezek elvégzésére;
- elfogadja döntéseiket;
- megbeszéli velük a szükséges változtatásokat, ha tevékenységük nem segíti a gyermek felépülését.

A Charta 4 cikk (2) bekezdése a testi és lelki terhek csökkentése érdekében szükséges lépésekkel összefüggésben többek között a következőket tartalmazza:

- alkalmazkodjunk a gyermek egyéni szükségleteihez;
- információkkal és programokkal készítsük fel a gyermekeket és szüleiket a kórházi tartózkodásra függetlenül attól, hogy tervezett vagy sürgősségi ellátásra szorulnak;
- szorgalmazzuk a folyamatos kapcsolattartást a szülőkkel, testvérekkel és barátokkal;
- törekedjünk az elszigeteltség és a reménytelenség érzésének elkerülésére
- próbáljuk elkerülni vagy csökkenteni azokat a helyzeteket és eseményeket, amelyek fokozzák a stresszt;
- ismerjük fel a gyermek félelmét és aggodalmát, attól függetlenül, hogy kimutatja azt vagy sem;
- figyeljünk arra, hogy a gyermek feszült lehet az egyedüllét vagy a többi beteg állapota miatt;
- tartózkodjunk a korlátozásoktól;
- mindezeket annak érdekében, hogy csökkentsük az elkerülhetetlen testi és lelki stresszt, fájdalmat és szenvedést, ajánlott többek között útmutatás adása arra vonatkozólag, hogyan kell megbirkózni a fájdalmas helyzetekkel és eseményekkel;

Az Európa Tanács iránymutatása, valamint az EACH Charta nem bír jogi kötelező erővel, a betartása nem kikényszeríthető. Részes államként ugyanakkor a Gyermekek jogi Egyezményt 3. cikkében foglaltak Magyarországra is kötelezőek, jelesül a *gyermek legjobb érdekének védelmét biztosítani kell, amely* hatékony gyermekközpontú szolgáltatást feltételez az egészségügy területén is. Mind az ET iránymutatás, mind az EACH Charta az Egyezményen alapul, annak megvalósítását szolgálja.

1.4 A WHO iránymutatások, ajánlások koraszülöttek ellátása, szoptatása kapcsán

Az Egészségügyi Világszervezet, a WHO már több ajánlásában, iránymutatásában foglalkozott a fenti témával, a teljesség igénye nélkül az alábbiakat emelem ki.

1.4.1 Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services 2017⁹

Az iránymutatás a szoptatás védelméről, előmozdításáról és támogatásáról szól kórházakban és egyéb ellátó helyeken, anya és újszülött ellátások során. Kiemeli, hogy az anyag az időre született, a koraszülött, az alacsony születési súlyú, a beteg és az újszülött intenzív osztályokon ellátott

⁹ Lásd: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259386/9789241550086-eng.pdf?sequence=1>

újszülöttekre egyaránt vonatkozik. Kiemeli az anyatej és a szoptatás fontosságát és előnyeit, kifejezetten kitér a szoptatás „előkészítéséről” koraszülöttek esetén.

1.4.2 *The ten steps to Successful Breastfeeding*¹⁰

A sikeres szoptatás 10 lépése c., 2018-ban átdolgozott összeállítás kifejezetten kitér arra, hogy még amennyiben pótlás adása szükséges is, a donor anyatej adása elsőbbséget élvez.¹¹ Ide tartozik az, hogy a magyar Egészségügyi szakmai irányelv 34. ajánlása szerint a hemodinamikailag stabil koraszülött esetében az enterális táplálást az első napon a saját anya colostrumával kell elkezdni, ha ez nem elérhető, akkor donor anyatejjel kell elkezdni az enterális táplálást.

1.4.3 *A WHO kenguruzásról szóló útmutatója*¹² valamint a 2012-es *Born Too Soon The Global Action Report on Preterm Birth*¹³ c. anyaga

A WHO tájékoztatójában a következő szerepel a módszerről: A kenguruzás a koraszülöttek gondozásának módja. A módszer lényegében a csecsemők – általában az anya általi – bőr kontaktust megvalósító hordozását jelenti. Az útmutató az alacsony születési súlyú és koraszülött csecsemők gondozásáért felelős egészségügyi szakemberek számára készült. A helyi viszonyokhoz alakíthatóan segíti a hatékony kenguru-gondozás megszervezését. Gyakorlati tanácsokat tartalmaz arra vonatkozóan, hogy mikor és hogyan lehet a legjobban alkalmazni a kenguruzást. Többek között a következőket tartalmazza: „*The length of skin-to-skin contacts gradually increases to become as continuous as possible, day and night, interrupted only for changing diapers...*”. Azaz fokozatosság mellett a lehető legtöbb időt javasolja, a kenguruzás időtartamával/hosszával kapcsolatban, éjjel és nappal, csupán a pelenka csere idejére megszakítva.

2017. december 22-én megjelent egy egészségügyi szakmai irányelv, a koraszülöttek korai stabilizálása és a respirációs distressz szindróma kezeléséről, amely a megfelelő testhőmérséklet biztosításánál kitér a kenguruzásra. „A WHO által megfogalmazott irányelvek támogatják a kenguruzás alkalmazását stabil, kis súlyú koraszülötteknél, ami nem veszélyezteti a megfelelő testhőmérséklet fenntartását. A kenguruzás alacsony jövedelmű országokban is csökkenti a mortalitást. A kenguruzás ezen kívül az anya-gyermek kötődés jobb kialakulásában is nagy szerepet játszik és egyre inkább előtérbe kerül lélegeztetett koraszülöttek esetében is.”

1.4.4 *WHO Guidelines on Optimal feeding of low birthweight infants in low-and middle-income countries*

Az alacsony születési súlyú újszülöttek optimális táplálásával összefüggésben született iránymutatás első két, „erős” ajánlása szerint a kis súlyú és az igen kis súlyú újszülötteket az édesanyjuk saját tejével kell táplálni. Azokat a kis súlyú és az igen kis súlyú újszülötteket, akik nem táplálhatóak az édesanyjuk saját tejével, donor anyatejjel kell táplálni.

¹⁰ Lásd: <https://www.who.int/nutrition/bfhi/bfhi-poster-A2.pdf?ua=1>

¹¹ 2. sz. melléklet

¹² Lásd: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9241590351/en/

¹³ Lásd: https://www.who.int/pmnch/media/news/2012/201204_borntoosoon-report.pdf

2. Az ügy érdekében

Az Egyezmény 3. cikkében meghatározott „*gyermek legjobb érdeke*” (best interest of the child) egy összetett fogalom, amely más és más tartalommal és minőséggel tölti meg az egyes gyermekekkel kapcsolatos élethelyzetekben elvárható szabályozás, illetve gyermekeket érintő eljárások lényegét.

A Bizottság hivatkozott 14. számú általános kommentárja alapján a gyermek legjobb érdeke egyfelől értelmezhető *alanyi jogként*, ekkor a gyermek azon jogát értjük alatta, hogy eltérő érdekek esetén az ő legjobb érdekét elsődleges szempontként értékeljük és vegyék figyelembe egy kérdéses ügyre vonatkozó döntés meghozatalakor. Alkalmazható másfelől speciális *eljárási szabályként*, vagyis amikor egy gyermeket érintő döntést hoznak, a döntéshozatali folyamat során értékelni kell a döntésnek az érintett gyermekre gyakorolt lehetséges (pozitív vagy negatív) hatásait.

Az Egyezmény 3. cikk 3. pontja alapján a részes államok kötelesek gondoskodni arról, hogy a gyermekkel foglalkozó, védelmüket biztosító intézmények, illetve létesítmények *működése megfeleljen az illetékes hatóságok által megállapított szabályoknak, különösen a biztonság és az egészség területén, valamint ezek személyzeti létszámával és szakértelmével, továbbá a megfelelő ellenőrzés meglétével kapcsolatban.*

Elöljáróban le kell szögezni, hogy jelen esetben *a koraszülött ellátás során a gyermek legjobb érdeke túl kell, hogy mutasson a gyermek puszta életben tartásán és hazaadhatóvá gondozásán.* Az állam objektív életvédelmi feladatán, a koraszülött gyermekek szakszerű orvosi ellátásán felül ugyanis a gyermek legjobb érdekének biztosítása akkor válhat valóra, ha jelen van az az elvárás is, hogy az ellátása során csak a feltétlenül szükséges esetben és arányosan, a lehető legkisebb mértékben csorbuljanak további alapjogai. Azaz a szabályozásnak és az intézményi gyakorlatnak meg kell felelnie az Alaptörvény I. cikk (3) bekezdésében meghatározott követelményrendszernek. Egy egészségügyi ellátás akkor *gyermekközpontú*, akkor felel meg a gyermek jogi követelményeknek, ha fokozott figyelemmel tud lenni a konkrét gyermek valamennyi alapvető szükségletére.

2.1 A feltárt tények és körülmények alapján a gyermekek és a szülők alapjogainak érvényesülésével összefüggésben *eltérő gyakorlatról* kaptam képet a két vizsgált intézményben. Az ellátás egyes elemeiben történő eltérések – pl. a kenguruzás biztosítása, a gyermekek táplálásának kérdése – elsősorban szakmai jellegűek, így azok *alapjogi minősítésére* e vonatkozásban nem volt lehetőségem. Utalnom kell ugyanakkor arra, hogy a fentebb ismertetett WHO ajánlások, egyéb iránymutatások *a Honvéd Kórház gyakorlatát támasztják alá.* Ennek kapcsán lényeges kiemelni, hogy az Eütv. 7. § (2) bekezdése annyit ír elő, hogy akkor megfelelő az ellátás, ha az az adott egészségügyi szolgáltatásra vonatkozó szakmai és etikai szabályok, illetve irányelvek megtartásával történik.

A „*kenguruzás*” *gyakorlata* (a továbbiakban: KMC) szakmai irányelv szintjén a 2017. december 22-én kiadott, a koraszülöttek korai stabilizálása és a respirációs distressz szindróma kezeléséről szóló *egészségügyi szakmai irányelvben* jelent meg, amely a megfelelő testhőmérséklet biztosításánál tér ki a KMC-re.¹⁴ A szakmai szabályok tekintetében a WHO Born too soon – Global Action Report on Preterm Birth című 2012-es kiadványában¹⁵ a KMC számos előnyéről számol be, egyebek mellett pl. a 2000 grammnál alacsonyabb súlyú stabil csecsemők esetén a mortalitási arány igen jelentős (51%) csökkenéséről.¹⁶

¹⁴ „A WHO által megfogalmazott irányelvek támogatják a kenguruzás alkalmazását stabil, kis súlyú koraszülötteknél, ami nem veszélyezteti a megfelelő testhőmérséklet fenntartását. A kenguruzás alacsony jövedelmű országokban is csökkenti a mortalitást. A kenguruzás ezen kívül az *anya-gyermek kötődés jobb kialakulásában is nagy szerepet játszik* és egyre inkább előtérbe kerül lélegeztetett koraszülöttek esetében is.”

¹⁵Lásd:http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44864/9789241503433_eng.pdf;jsessionid=E7B0B7F934C59E1672AFAD4CD535D152?sequence=1

¹⁶ További hasznos hatásként sorolták fel a nagyobb arányú szoptatást és súlygyarapodást, az erősebb anya-baba közti kötődést és a jobb fejlődési eredményeket. A KMC akár 800 gr-os súlytól már alkalmazható, a szakmai anyag hangsúlyozza továbbá, hogy a KMC amellet, hogy baba és szülő barát, még költséghatékony is azáltal, hogy alkalmazása mellett csökken a kórházi ellátási idő és ápolási szükséglet is.

A szoptatás gyakorlata ugyancsak jelentős eltéréssel jelenik meg a vizsgált helyszíneken. A rendelkezéseimre bocsátott „Az egészséges újszülött és koraszülött táplálás szakmai irányelveken alapuló gyakorlati útmutatója” című kiadvány¹⁷ szerint az anyatej nemcsak a legértékesebb tápláléka az újszülöttnak és koraszülöttnak, hanem mind az egészséges, mind a beteg csecsemők legfőbb immunszerve is, mely védi őket az akut betegségekkel szemben és jelentősen csökkenti a későbbi életkorban fellépő kóros állapotok kockázatát. Az eredményes szoptatást több tényező befolyásolja egy édesanya életében, melyek között fontos szerepet töltenek be az egészségügyben dolgozók: a várandósság ideje alatt a védőnők, háziorvosok, szülésznők és szülész orvosok, a megszületést követően a kórházi védőnők, ápolónők, neonatológusok és gyermekorvosok, majd a hazaadás után a területi védőnők, házi gyermekorvosok és háziorvosok. A kiadvány céljaként azt nevesíti, hogy mindezen szakemberek számára gyakorlati útmutatót nyújtson, melynek segítségével a legnagyobb esélyt adják a megszületett babáknak és édesanyjuknak, hogy a lehető leghosszabb ideig élvezhessék az anyatejes táplálás mással nem pótolható jótékony hatását.

A kiadvány külön fejezetben foglalkozik a koraszülöttek kórházban történő táplálásával, az enterális táplálás módjainak prioritási sorrendjét pedig a következőkben határozza meg: 1. anyatej, 2. lefejt anyatej, 3. lefejt női tej (dajkatej), 4. pasztörizált lefejt női tej, 5. tápanyagokkal dúsított (fortifikált) lefejt anyatej/női tej, 6. koraszülött tápszer. Ehhez képest az SE I. sz. Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika Neonatológiai Intenzív Centrumának gyakorlata szerint az anyatej és a lefejt anyatej hiányában a koraszülött tápszer adását kezdi meg. Dajkatej adása nem megoldott az osztályon, a helyszíni vizsgálatkor elmondottak szerint nem tudják biztosítani az ehhez szükséges szűrővizsgálatot, az anyatej bankban pedig nem megfelelő az ellátottság.

A helyszíni vizsgálat tapasztalatai (illetve a megkeresésünkre adott írásos tájékoztatás) azt mutatták, hogy a Honvéd Kórházban sikerült megvalósítani a gyermek és családbarát ellátást a magyar gyakorlatban. Az eredményeik nyomán a koraszülött gyermekek és családjaik ellátása ebben a modellben számos előnnyel¹⁸ is szolgál a gyermek hazaadhatóvá gondozása mellett. A gyermek testi egészsége mellett e modellben megjelenik a lelki egészség, a mentális jóllét szempontrendszer is. A korai szülő és gyermek közti minél jobb kötődés, valamint az azt megalapozó belsőérintés, fizikai kontaktus jelentőségéről, illetőleg a kötődési nehézségek szomorú következményeiről már több tanulmány született, ezek ismertetésére a jelen jelentés keretei között nincs lehetőségem. A gyermek és a család egységként kezelésével, azzal, hogy bátorítják, és szabad teret engednek a szülői gondoskodásnak a koraszülött gyermekek esetében is, épp ennek a korai kötődésnek a feltételeit teremtik meg az idő előtt született gyermekek, családjaik számára. A Honvéd Kórház PIC osztályának működése tehát azt igazolja, hogy e feltételek megteremthetőek a gyermek egészségének veszélyeztetése nélkül.

2.2 A SE I. sz. Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika Neonatológiai Intenzív Centrumát az *Allami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat Országos Tisztifőorvosi Hivatal (OTH) 2016 novemberében hivatalból indított eljárásban vizsgálta.* A vizsgálat során eljáró szakfelügyelő főorvos rögzítette, hogy a szakápolók tekintetében jelentős, akkor 25 fős hiány mutatkozott, azaz a minimumfeltételekben meghatározott szakdolgozói létszám – amely a szakfelügyelő álláspontja szerint a szükségestől lényegesen alacsonyabb – sem teljesült az osztályon. A 2016. december 16-i határozat¹⁹ tartalmazza, hogy nincs definíció arra vonatkozóan, hogy kit tekinthetünk III-as szintű ellátást igénylő betegnek és kit II. szintű ellátást igénylőnek.

Az OTH vizsgálata rögzíti, hogy a minimum feltételeket meghatározó rendelet csak az adott progresszivitási szinthez (PIC II és III) tartozó feladatokat határozza meg, de azt is csak

¹⁷ Dr. Gádoros László, Dr. Kovács Tamás, Dr. Nádor Csaba, Dr. Szabó Miklós által jegyzett Novák Katalin Család- és Ifjúságügyért Felelős Államtitkár fővédnöksége alatt 7000 példányban megjelent szakmai kiadvány.

¹⁸ Lásd: [https://www.thelancet.com/journals/lanchi/article/PIIS2352-4642\(18\)30039-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanchi/article/PIIS2352-4642(18)30039-7/fulltext)

¹⁹ Ikt.szám.: IF-16407-24/2016.

nagyvonalakban. Az I. Női Klinika PIC osztályán ápolt koraszülöttek számát, illetve a kezelt problémák súlyosságát nem csak az ellátási igény határozza meg, hanem az a tény, hogy *az alacsonyabb progresszivitási szintű centrumokba korlátozottan tudnak beteget áthelyezni*. A betegáthelyezésre vonatkozó szempontok így gyakran nem a szabályozáson alapulnak, hanem *a gyakorlati tapasztalatokon*. A PIC II-es szolgáltatást nyújtó osztályok által biztosított ellátás heterogén és sok esetben elmarad a PIC II-es centrumokkal szemben támasztott követelményektől, az I. Női Klinika PIC osztályának megítélése szerint. Az osztályon a vizsgált időpontban gondozott koraszülöttek egy része PIC II progresszivitású osztályon is kezelés alatt állhatott volna, de *erre a szükséges PIC II kapacitások miatt nem volt lehetőség*. A határozatban rögzítették továbbá a szakfelügyelő főorvos azon megállapítását is, hogy a teljes személyzet – mind az orvosok, mind a szakdolgozók tekintetében – erősen túlterhelt volt. A tartósan fennálló létszámhiányt a klinika igazgatója is elismerte, mi több évtizedek óta fennállónak minősítette a vizsgálat során.

Fentiekre tekintettel megállapítom, hogy a SE I. sz. Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika Neonatológiai Intenzív Centruma jelenleg *nem képes a gyermek legjobb érdekének érvényesítésére ellátása során*. A Centrum évek óta fennálló, állandósult szakdolgozói létszámhiánnyal küzd, meglévő orvosai és szakdolgozói pedig erősen túlterheltek, működése nem felel meg az illetékes hatóságok által megállapított szabályoknak: az egészségügyi szolgáltatásra vonatkozó minimumfeltételekben meghatározott szakdolgozói létszám – amely az intézményben vizsgálatot folytató szakfelügyelő főorvos véleménye szerint a szükségestől lényegesen alacsonyabb – sem teljesült az osztályon. A megfelelő ellenőrzés megléte szintén kétséges, tekintettel arra, hogy a szakdolgozói létszám hiánya a Minimumrendeletben meghatározotthoz képest a 2016-os ellenőrzést követően is folyamatosan fennáll – a helyszíni látogatásunk alkalmával is azt a tájékoztatást kaptuk a vezetéstől kérdésünkre, hogy nem tudják a minimumrendeletben előírt létszámot biztosítani – az osztály mellett működik.²⁰

Mindezek alapján megállapítom, hogy a SE I. sz. Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika Neonatológiai Intenzív Centruma PIC Osztályának körülményei, működése tartósan nem felel meg a hatályos jogszabályok minimumának, ami a jogállamiság elvének sérelme mellett az érintett koraszülött gyermekek méltó egészségügyi ellátáshoz, védelemhez és gondoskodáshoz, illetve kapcsolattartáshoz való jogával összefüggő visszásságot okoz. Mindezzel szoros kapcsolatban álláspontom szerint alapjogi aggályokhoz vezet az a hiányosság is, hogy nincsen egységes előírás és gyakorlat a PIC II. és III. progresszivitási szintű ellátásra jogosultak világos elkülönítésére. A jelenlegi visszás helyzet javítása érdekében indokolt felmérni, hogy a donor anyatej ellátás jelenlegi rendszerében hogyan segíthető elő, hogy a koraszülött gyermekek lehetőség szerint a számukra megfelelő és szakmai anyagokban is elsődlegesen javasolt anyatejhez jussanak.

2.3 *A gyermek jogai között kiemelkedő fontossággal bír a kapcsolattartáshoz, a tájékoztatáshoz, valamint a védelemhez és gondoskodáshoz való jog biztosítása mindamellet, hogy a gyermek a megfelelő egészségügyi ellátásban részesül.* Az Eütv. 11. § (1) bekezdése szerint a kapcsolattartás jogát a beteg – így a beteg gyermek is – a fekvőbeteg-gyógyintézetben meglévő feltételektől függően, betegtársai jogainak tiszteletben tartásával és a betegellátás zavartalanságát biztosítva gyakorolhatja. A törvény értelmében a részletes szabályokat – *e jogok tartalmának korlátozása nélkül* – a fekvőbeteg gyógyintézet házirendje határozza meg, a *szükségtelen, aránytalan korlátozás tehát ennek megfelelően nem megengedett.*

Az *AJB-579/2010. számú jelentésben*²¹ rögzítettek alapján ismételen szeretném felhívni a figyelmet arra, hogy az Eütv. által meghatározott, a „betegellátás zavartalansága” valamint „a fekvőbeteg-gyógyintézetben meglévő feltételek” a gyakorlatban nagyon tágan is értelmezhetőek, az így kialakított tényleges gyakorlat kórházanként, sőt ellátó osztályonként is eltérhet. A házirend

²⁰ Vö. Eütv. 108. § (4) bekezdés.

²¹ A gyermekek kórházi ellátása esetén a szülők elhelyezésének lehetőségét, feltételeit vizsgáló jelentés.

kialakítása során irányadó jogi szabályozás betartása, betartatása az egyes intézmények gyógyító terápiájának különbözősége, az intézmény, osztály építészeti adottságai, és anyagi lehetőségei függvényében jelentősen eltérőek, ezért a szülő-gyermek folyamatos kapcsolattartás lehetősége – a konkrét panaszokon túlmutatóan is – számos intézményben nem megfelelően biztosított. Mindez pedig sérti a jogállamiság elvét és az abból következő jogbiztonság követelményét.

A kórházi gyakorlat nemcsak az adott egészségügyi szolgáltató tárgyi feltételeinek, hanem az ellátást irányító és ténylegesen nyújtó személyzet betegellátásról alkotott szemléletének is a függvénye.

Fenntartom az *AJB-1256/2018. számú jelentésben* tett azon megállapítást, hogy az egészségügyi ellátás során a gyermekek védelemhez és gondoskodáshoz való jogának, illetve a gyermek legjobb érdekének megfelelő eljárás elve érvényesülésének szempontjából kulcskérdés – a tájékoztatáshoz való joggal összefüggésben – a szülővel való folyamatos kapcsolattartás lehetőségének, és a kiszolgáltatott, szorongó, féltő gyermek számára a szülői, hozzátartozói jelenlét, a vele való folyamatos együtt tartózkodás lehetőségének biztosítása. Különösen felerősödik mindez alacsonyabb életkorú gyermekek, vagy a gyermek hosszabb időtartamú kórházi kezelése esetében. Az sem hagyható figyelmen kívül, hogy a kapcsolattartás a szülő joga is egyben, aki így tud eleget tenni a gyermek felé fennálló gondoskodási kötelezettségének. A gyermekközpontú egészségügyi ellátás magában foglalja azt a kötelezettséget, hogy a gyermek alapvető szükségleteit, így a hozzá legközelebb álló személyek jelenlétét aktívan elősegítse.

Az Eütv. 11. § (4) bekezdése értelmében a kiskorú betegnek joga van arra, hogy szülője, törvényes képviselője, illetőleg az általa vagy törvényes képviselője által megjelölt személy mellette tartózkodjon. A jogszabályban felsorolt kategóriákba tartozó személyek közül legalább egy személynek a gyermek melletti tartózkodását nem zárhatja ki a kórház. A törvény azonban a tartózkodás körülményeire nézve továbbra sem határoz meg minimumszabályokat, azokról jelenleg is az egyes egészségügyi intézmények maguk dönthetnek. Az Eütv. 11. § (1) bekezdése szerint ugyanakkor a kapcsolattartás joga korlátozható, ugyanis az a fekvőbeteg-gyógyintézetben meglévő feltételektől függően, a betegársak jogainak tiszteletben tartásával és a betegellátás zavartalanásával összhangban gyakorolható. Ez a rendelkezés is tág mozgásteret nyújt a kórházak és klinikák számára, hogy saját hatáskörben a betegellátás zavarára hivatkozva különböző egyedi, általános korlátozásokat állapíthassanak meg. Nem tekinthető aggályosnak az a szabályozási megfontolás, ami szerint a betegellátás, mint az egészségügyi intézmény alapfeladata megelőzi a folyamatos kapcsolattartás biztosításának jogát, számos esetben ugyanis valóban az ellátásnak kell prioritást élveznie. Alátámasztható annak célszerűsége, indokoltsága, hogy az egyes egészségügyi intézmények az általános jellegű jogszabályi iránymutatás, az abban meghatározott követelmények alapján, azokkal összhangban alakítsák ki gyermekközpontú megoldásokat. Alapvető követelmény, hogy *egységesen érvényesülni tudjanak* az ország valamennyi egészségügyi intézményében a gyermekek jogát és legjobb érdekének védelmét szavatoló jogi feltételek. Önmagában a törvényi és más jogszabályi rendelkezések részletező előírásaival sem lenne biztosítható a gyakorlatban valamennyi kórház esetében az egységes szintű követelményrendszer.

Megállapítom, hogy az érintett gyermekek védelemhez és gondoskodáshoz való joga, illetve a gyermek legjobb érdekének védelme szempontjából visszásságot okoz, hogy jelenleg az egészségügyi-ellátó rendszer nem alkalmas arra, hogy valamennyi PIC/NIC osztályán az állandó szülői jelenlétet biztosítani tudja.

Előremutató kivételek, kezdeményezések tapasztalhatóak, de a korszerű betegellátás követelményei mellett elvárható *gyermekközpontú, emberhez méltó körülmények közti benntartózkodás kivételnek számít, inkább gyermekkórházak tekintetében* valósul meg. Az egyes intézmények dolgozóinak hozzáállását is meghatározó vezető személy, menedzsment személyes elhivatottsága, szerepfelfogása egyes kórházak, osztályok szintjén eredményezhet az elhelyezés, kapcsolattartás tekintetében is jól működő osztályokat, de a személyes garancia – ellentétben az intézményi garanciával – nem elégséges jogállami biztosíték a 21. századi európai ellátási környezetben.

A jogalkotónak folyamatos lépéseket kell tenni a beteg gyermek kapcsolattartáshoz való jogának érvényesülését elősegítő, a benntartózkodás körülményeit standardizáló, a minőségi

ellátást elősegítő jogi környezet kialakítására. Álláspontom szerint – amint arra az AJB-1256/2018. számú jelentésben rámutattam – *ezen belül nélkülözhetetlen a szemléletváltás jogi alapjainak megeremtése*: a problémák kiküszöbölése érdekében át kell alakítani a jogi-financiális környezetet. Mindezt pedig különösen lényegesnek tartom a nem gyermekkorházakban, hanem tipikusan felnőtt fekvőbeteg-ellátó intézményekben működő PIC osztályok esetében is.


Intézkedéseim

A jelentésben feltárt alapvető jogokkal összefüggő visszasság bekövetkezése miatt és a jövőbeli jogsérelem lehetőségének elkerülése érdekében

- 1) az Ajbt. 32. § (1) alapján *felkérem* a SE I. sz. Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika főigazgatóját, hogy vizsgálja meg, hogy a rendelkezésre álló lehetőségek mellett milyen, az egészségügyi ellátásra szoruló gyermekek jogait és legjobb érdekét szolgáló intézkedéseket tud bevezetni az ellátási körülményekre tekintettel, így különösen a PIC-en elhelyezett kisbabák szoptatása, az anyatejes táplálás ösztönzése és prioritásként kezelése, valamint a szülők folyamatos, intenzívebb jelenléte és gondozásba történő bevonása területén;
- 2) az Ajbt. 31. §-a alapján *felkérem* az emberi erőforrások miniszterét, hogy – a terület szakértőinek bevonásával –
 - a) mérje fel, hogy a hazánkban működő valamennyi PIC III és PIC II osztály esetében rendelkezésre állnak-e a működés minimumfeltételei, a feladatvégzéshez igazodó, megfelelően képzett humánerőforrás, továbbá azt, hogy elegendőek-e a rendelkezésre álló PIC II kapacitások annak érdekében, hogy a koraszülöttek valóban az állapotuk által indokolt progresszivitási szinten kerüljenek ellátásra és mindezen felmérés alapján tegye meg a szükséges intézkedéseket;
 - b) kezdeményezze annak a szakmai szabályok szintjén való világos meghatározását, hogy ki tekinthető PIC III-as és ki PIC II-es szintű ellátást igénylő esetnek annak érdekében, hogy a betegáthelyezésre vonatkozó szempontok átlátható, egyértelmű és következetesen végrehajtható szabályozáson alapuljanak;
 - c) tekintse át a donor anyatej ellátás helyzetét, az anyatejgyűjtő állomások működését annak érdekében, hogy a kórházi ellátásuk során az újszülöttek – anyatej hiányában – csak kifejezett egészségügyi indikáció esetén, dokumentált tájékozott döntéshozatalon alapuló szülői kérésre kapjanak tápszert;
 - d) az Országos Tisztifőorvosi Hivatal bevonásával rendszeres szakfelügyeleti vizsgálatok útján segítse elő az ellátási egyenlőtlenségek csökkentését a szakmai szabályok alkalmazásának következetes ellenőrzésével, számonkérésével;
 - e) a rendelkezésre álló eszközökkel segítse elő a gyermek-, illetve családközpontú ellátással összefüggő – így különösen a gyermek és a szülők közti kapcsolattartást elősegítő, aktívan támogató – szemléletváltást a koraszülött intenzív ellátásban;
 - f) dolgozzon ki intézkedési tervet, hogy milyen intézményi garanciák lefektetésével biztosítható a jövőre nézve (új fekvőbeteg ellátó intézmény épületének kialakítása, vagy a jelenlegiek felújítása, átalakítása során) a PIC osztályokon a gyermek-,

illetve család központú ellátás, így a kapcsolattartás jogának megfelelő megvalósulása.

Budapest, 2019. március 1.


Székely László



1. számú melléklet

Kompetencia tábla (a stockholmi Karolinska Egyetem Solna PIC hozzájárulásával)

MH-EK Koraszülött intenzív osztály						
	Tájékoztatást kapott Korlátozott tudás		Támogatással Segítséggel végzi		Önállóan Elsajátított tudás	
	Anya	Apa	Anya	Apa	Anya	Apa
Gyermek jelzéseinek értelmezése						
Bőrszín változásainak értelmezése						
Kenguru						
Pelenkacsere						
A baba pozícionálása						
A baba mozgatása						
Szoptatás						
A baba hőmérsékletének mérése						
Napi bőrápolás						
Fürdetés						
Súlymérés						
Vérnyomásmérés						
Érzékelő csere						
Vigantol beadása						

Anya neve: _____	06 _____	Név: _____	Súly: _____ g	Szobaszám: _____
Apa neve: _____	06 _____	Születési idő: _____	Hossz: _____ cm	<input type="text"/>

2. sz. melléklet

