ÁLLAMPOLGÁRI JOGOK
ORSZÁGGYŰLÉSI BIZTOSA

EMBERI MÉLTÓSÁG KORLÁTOK NÉLKÜL

Ügyszám: AJB-5849/2010
Melléklet: 1 db jelentés

Dr. Gyenes Géza
alelnök

Magyar Köztársaság Országgyűlése
Egészségügyi bizottság

Budapest
Széchenyi rkp. 19.
1358

Tisztelt Alelnök Úr!

Az ügy jelentőségére való tekintettel, szíves tájékoztatásul mellékelten megküldöm a fenti ügyben folytatott vizsgálatomról készült jelentésemet.

Budapest, 2011. november 10.

Üdvözlettel:

Prof. Dr. Szabó Máté

1051 Bp., Nádor u. 22. Levélcím: 1387 Bp, Pf. 40. Tel.: 475-7100; Fax: 269-1615; E-mail: panasz@obh.hu; Webcím: www.obh.hu;

EMBERI MÉLTÓSÁG KORLÁTOK NÉLKÜL

Az állampolgári jogok országgyűlési biztosának

JELENTÉSE

az AJB-5849/2010. számú ügyben

2011. november

Az állampolgári jogok országgyűlési biztosának
Jelentése
az AJB-5849/2010. számú ügyben
(Kapcsolódó ügyek AJB-2377/2010, AJB-6175/2010)

Előadó: dr. Kussinszky Anikó
dr. Lápossy Attila

Az eljárás megindulása

Az elmúlt egy évben több panaszos is beadvánnyal fordult Hivatalomhoz, amelyben a háziorvosi praxisjoggal, a háziorvosi alapellátás működtetésével, működésével kapcsolatban fogalmaztak meg kifogásokat. Tekintettel arra, hogy a beadványban foglaltak alapján felmerült az emberi méltósághoz való joggal, a jogállamiság elvéből levezethető jogbiztonság követelményével, az egyenlő bánásmód követelményével, valamint a tulajdonhoz való joggal összefüggő visszásság gyanúja, az állampolgári jogok országgyűlési biztosáról szóló 1993. évi LIX. törvény (a továbbiakban: Obtv.) 16. § (1) bekezdése alapján vizsgálatot indítottam.

A vizsgálat eredményes befejezése érdekében az Obtv. 18. § (2) és (11) bekezdésére figyelemmel tájékoztatást kértem a nemzeti erőforrás minisztertől, az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (a továbbiakban: OEP) főigazgatójától, az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat (a továbbiakban: ÁNTSZ) Közép-dunántúli Regionális Intézetét vezető regionális tiszti főorvostól, a Közép-dunántúli Regionális Egészségbiztosítási Pénztár igazgatójától, valamint Dunaújváros Megyei Jogú Város Önkormányzatának polgármesterétől.

A megállapított tényállás

1. Az egyes panaszok

1.1 *A háziorvosi praxisjoggal összefüggő feladatellátási-szerződéssel kapcsolatos panasz* (AJB-6175/2010). A hozzám forduló panaszos nyugdíjba vonuló háziorvos. 2004-ben az ún. Zöld rendelőintézetet, melyben hét háziorvos – többek között panaszos is - és két fogorvos rendelt, Dunaújváros Megyei Jogú Város önkormányzata értékesíteni kívánta. Panaszos állítása szerint felszólították őket, hogy amennyiben nem kívánnak az új tulajdonosnak havi hozzávetőlegesen 80,000.- forint körüli bérleti díjat fizetni, úgy vásárolják meg a rendelőiket. A Dunaújvárosban rendelő más háziorvosok (további 31 kolléga) panaszos tudomása szerint azóta is önkormányzati tulajdonban álló ingatlanokban rendelnek, bérleti díjfizetési kötelezettség nélkül. Az ingatlan többségi tulajdonosa 2010 júliusában 80 millió forintos tartozást hátrahagyva kivonult az épületből, így abban már csak 7 orvos rendel. Panaszos rendelője így eladhatatlan és kiadhatatlan, tulajdonosi kötelezettségeit (rezsi megfizetése) azonban, továbbra is teljesítenie kell, annak ellenére, hogy már nyugállományba vonult.

1.2 *A területi ellátási kötelezettséggel vállalt alapellátás problémái az egyes körzetek alakítása, összevonása, az ellátandó lakosok számának tekintetében* (AJB-5849/2010). Szintén egy dunaújvárosi panaszos fordult hozzám beadványával, amelyben a háziorvosi ellátással kapcsolatos problémáját írta le. 1994 óta tartozik körzeten kívüliként jelenlegi háziorvosához. Az orvos annak idején elfogadta jelentkezését, most azonban több betegét is megkérte, hogy jelentkezzen át másik orvoshoz, mert „*nagyon sok a betege*". Panaszos ekkor telefonon felvette a kapcsolatot a területileg illetékes háziorvossal, aki telefonon szintén arra kérte, hogy forduljon egy másik háziorvoshoz, mert neki is „*nagyon sok a betege*".

2. Előzmények

Fontosnak tartom kiemelni, hogy a háziorvosi praxis működtetésével, praxisjog jellegével, elidegeníthetőségével összefüggő szabályozás és gyakorlat anomáliái kapcsán 2010-ben már átfogó vizsgálatot folytattam, álláspontomat pedig az AJB-2377/2010. számú jelentésemben foglaltam össze. A jelentés rögzíti, hogy a praxisjogot szabályozó törvénnyel kapcsolatban a kezdetektől folynak szakmai viták. Az intézményt életre hívó törvény azt a szabályozási koncepciót juttatta érvényre, miszerint a működtetési jog ún. általános licenc, és mindenfajta földrajzi területhez kötöttséget nélkülöz. A működtetési joggal kapcsolatban érintett résztvevő szakmai szervezetek más-más álláspontot foglaltak el ezzel kapcsolatban. A problémák azonban akkor kezdődtek, amikor az érintettek saját meggyőződésük szerint, a vitában elfoglalt szakmai álláspontjuk mentén igyekeztek a saját gyakorlatukat kialakítani.

Az Országgyűlés 2002. március 31.-től módosította az önálló orvosi tevékenységről szóló 2000. évi II. törvényt (a továbbiakban: Öotv.). Bekerültek a területi meghatározottságot adó elemek (a háziorvos önálló orvosi tevékenységet – akadályoztatásának jogszabályban meghatározott eseteit kivéve – csak személyesen folytathat *az önkormányzat által meghatározott háziorvosi körzetben*, a működési jogot engedélyező határozat jogerőre emelkedésétől.[1] A működtetési jog alapján végezhető önálló orvosi tevékenység – törvényben meghatározott kivétellel – *csak a települési önkormányzat rendeletében meghatározott háziorvosi körzetben folytatható)*[2], mely az eredeti koncepcióval ellentétes, a Magyar Orvosi Kamara által folytatott-, földrajzi kötöttségen alapuló gyakorlatot látszott alátámasztani.

A jelentésben arra is felhívtam a figyelmet, hogy a koncepcióváltást követően a gyakorlat továbbra sem vált egységessé. A szabályozási koncepcióból a kezdetektől fogva *hiányzott az az állami kompenzációs mechanizmus*, mely a kártalanítás jogszabályi rendezéséről gondoskodott volna, ráadásul a gyakorlatba való bevezetését követően, az eredeti koncepcióhoz képest gyökeres fordulat következett be. Mindezek együttes hatásaként a működtetési jog tartalmának, az intézmény működésének megítélése a mai napig nem egyértelmű, és a bemutatott működés anomáliái oda vezetnek, hogy az egyes résztvevők formálisan jogszerű magatartásukkal kárt okozhatnak.

Mindezek alapján megállapítottam, hogy a kártalanítás intézményének, valamint a Praxisprogram működését szabályozó törvény megalkotásának hiánya, olyan a tulajdonhoz való joggal, illetőleg a jogbiztonság követelményével összefüggő ellentmondó helyzetet idézett elő, amely visszás a vizsgált alkotmányos jogokkal összefüggésben.

Kezdeményeztem ebből kiindulva a közigazgatási és igazságügyi miniszternél, hogy teremtse meg a működtetési jogból és az önkormányzati autonómiából fakadó alkotmányos alapjog közötti törvényi összhangot a kártalanítás intézményének és az egyes kártalanításra okot adó tényállások törvényi szabályozásának kezdeményezésével, az Öotv. 2. § (10) bekezdése alapján kezdeményezze külön törvény megalkotását a Praxisprogramról. Az országosan egységes jogalkalmazás biztosítása érdekében továbbá felkértem a nemzeti erőforrás minisztert, hogy az országos tisztifőorvos és az önkormányzatok bevonásával egységesítse a működtetési jog területén tapasztalt eltérő értelmezésen alapuló gyakorlatot.

A jelentés nyomán a *Nemzeti Erőforrás Minisztérium* megküldte a közigazgatási egyeztetésre bocsátott jogszabálytervezetének (a továbbiakban: Javaslat) koncepcióját. A Javaslat a működtetési jog elnevezés helyett a továbbiakban a praxisjog kifejezést kívánja használni, amely a konkrét területhez kötött praxisjogot jelentené, mellyel kialakítanák az egységes értelmezést. Így a praxisjog egy adott körzetben értelmezhető, attól el nem választható vagyoni értékű jog, mely alapján területi ellátási kötelezettséggel, egy

[1] Öotv. 2. § (1) bek.
[2] Öotv. 2. § (2) bek.

meghatározott háziorvosi körzetben egy adott háziorvos kizárólagos joga az egészségügyi alapellátás nyújtása.

A Javaslat alapján törvényi szinten határoznák meg a feladat-ellátási szerződés kötelező tartalmi elemeit, amelynek részét képezné az önkormányzat kártalanítási kötelezettsége is a törvényben meghatározott esetekben. A már megkötött szerződések esetében legfeljebb egy éven belül új szerződést kellene kötni, illetve módosítani a kötelező tartalmi elemeknek megfelelően. A Javaslat a 28/2006. (VI. 21.) AB határozatnak megfelelően immáron törvényi szinten kívánja rögzíteni – az önkormányzati autonómiát is tiszteletben tartva – azt is, hogy a praxisjog megszerzéséhez az azt megszerezni kívánó orvos és az önkormányzat között előszerződés kötése, valamint az önkormányzat nyilatkozata szükséges arról, hogy a praxisjogot megszerezni szándékozó orvossal kíván az adott körzetben a háziorvosi feladatok ellátására szerződést kötni.

A Javaslat szerint praxiskezelőt kívánnak létrehozni, vélhetően az Öotv. 2. § (10) bekezdésében előírt Praxisprogram működtetési kötelezettség teljesítése érdekében, melynek működése és jogi szabályozása szoros összefüggésben állna a praxisjog szabályozásával. Ez a praxiskezelő többek között kamatmentes kölcsönt nyújtana a vásárolni szándékozó háziorvosi rendszerbe belépni kívánó orvosoknak, melynek fedezeti biztosítékaként kikötnék azt, hogy nem teljesítés esetén az OEP által utalványozott finanszírozási összegből kerülne megfizetésre a kölcsön, a jegybanki alapkamat kétszeres összegével megnövelve. A praxiskezelői feladatokat az Országos Alapellátási Intézet (a továbbiakban: OAI) látja majd el.

3. Megkeresésekre adott válaszok

3.1 A háziorvosi praxisjog: a feladatellátási-szerződéssel összefüggő panasz

3.1.1 *Dunaújváros Megyei Jogú Város Önkormányzatának polgármestere* megkeresésemre adott válaszában arról tájékoztatott, hogy a „Zöld Rendelő Társasház" értékesítésére vonatkozó iratok között *a panaszos által kifogásolt, az ingatlan megvételére felszólító, vagy arra utaló irat nem lelhető fel.* A panaszos részére kiküldött levelük felhívást tartalmazott az önkormányzat által az orvosok használatában álló ingatlanra biztosított elővásárlási jog gyakorlására. Egyidejűleg az ingatlanban praktizáló valamennyi orvos számára elővásárlási jogot ajánlottak fel a rendelőhelyiségére nézve. Az adásvételi szerződések azonos négyzetméter áron, egy kivételével 2004 októberében kerültek megkötésre. Az utolsó szerződést végül, 2006 januárjában kötötték meg, azonban a 2004 októbere és 2006 januárja közötti időszakra bérleti díjat ez esetben sem számoltak fel.

3.1.2 *Az OEP főigazgatója* a következő tartalmú tájékoztatást adta:

Az Önkormányzat és a feladatot ellátó egészségügyi (háziorvosi) szolgáltató a jogszabályok és a finanszírozási szerződésben foglaltak megtartása mellett – az OEP-től függetlenül – *jogosult megállapodni az egészségügyi szolgáltatás nyújtásának feltételeiben, beleértve ebbe a felújítás, karbantartás végzésére és vagyonbiztosítási díjak fizetésére vonatkozó megállapodásokat is.* E kétoldalú megállapodásban rögzített feltételek, jogok és kötelezettségek meghatározása *csakis a két félre tartozik.*

A főigazgató kiemelte, hogy a helyi önkormányzatokról szóló 1990. évi LXV. törvény (a továbbiakban: Ötv.), valamint az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. Törvény (a továbbiakban: Eütv.) 152. §-a értelmében a települési önkormányzat gondoskodik a település háziorvosi, házi gyermekorvosi ellátásáról. Az önkormányzat ennek a feladatának oly módon tesz eleget, hogy kijelöli az ellátás körzeteit és gondoskodik a körzet lakosait ellátó háziorvosi szolgálat működtetéséről, illetve működőképességének fenntartásáról.

Az OEP által folyósított finanszírozási összeg felhasználásáról a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény 35. § (2) bekezdése ad iránymutatást, eszerint az E. Alapból a finanszírozási szerződésben foglalt feladatokra folyósított összeg nem mentesíti a szolgáltató fenntartóját (tulajdonos, kezelő) az egyéb jogszabályokban előírt fenntartási és fejlesztési kötelezettségek alól. A finanszírozás keretében folyósított összeg csak a finanszírozási szerződésben foglalt feladatokra használható fel.

Ugyanezt erősíti meg a Magyar Köztársaság 2010. évi költségvetéséről szóló 2009. évi CXXX. törvény, melynek 26. § (1) bekezdése értelmében a LXXII. Egészségbiztosítási Alap fejezet, 2. cím, 3. alcím, 1. Gyógyító-megelőző ellátás jogcímcsoport – mely „Háziorvosi, háziorvosi ügyeleti ellátás" jogcímen magában foglalja a háziorvosi ellátást is – tartalmazza az E. Alapból finanszírozott egészségügyi ellátások szerződésben foglalt feladataira tárgyévben folyósítandó összeget.

A háziorvosi szolgáltatók esetében a területi ellátási kötelezettséggel rendelkező háziorvosi szolgálatokra vonatkozó háziorvosi, házi gyermekorvosi ellátásra kötött I. számú mellékszerződés 4. pontja értelmében „a szolgáltató biztosítja a háziorvosi szolgálat orvosához bejelentkezett biztosítottak részére a jelentkezést elfogadó orvos által személyesen nyújtott és jogszabály szerinti folyamatos háziorvosi ellátást".

Mivel a rendelő biztosításának ás fenntartásának elmaradása, valamint a tárgyi eszközök hiánya veszélyeztetné, illetve nem tenné lehetővé a folyamatos háziorvosi ellátás biztosítását, ezért az OEP által folyósított finanszírozási összeg adott esetekben ilyen célokra is felhasználható, illetve a finanszírozási díj tartalmazza ezeket a költségeket.

Az alapellátásban résztvevő egészségügyi szolgáltatók Egészségbiztosítási Alapból folyósított pénzeszközének felhasználásához és annak nyilvántartásához az OEP honlapján „Pénzügyi ellenőrzési tájékoztató (alapellátás) 2010." című dokumentum teljes körű felvilágosítást nyújt.

3.1.3 *A Nemzeti Erőforrás Minisztérium egészségügyért felelős államtitkára* válaszában kifejtette, hogy a duális finanszírozás értelmében, figyelemmel az Ötv.-re, valamint az Eütv.-re, az önkormányzatoknak az egészségügyi alapellátás vonatkozásában megjelenő jogait és feladatait orientáló törvényben foglaltakra, a praxisok fenntartása, beleértve a működés valamennyi feltételének a biztosítását is, az önkormányzatok feladata.

A miniszter kiemelte, hogy a finanszírozás keretében folyósított összeg *csak a finanszírozási szerződésben foglalt feladatokra* használható fel. Abban az esetben, amikor a finanszírozási szerződés megkötésének szempontjából a helyi önkormányzat minősül egészségügyi szolgáltatónak, a finanszírozás keretében kapott összeg az egészségügyi szolgáltatók működésével kapcsolatos igazgatási kiadásaira nem használható fel.

Álláspontja szerint az érintett önkormányzat a fenntartói kötelezettségei vonatkozásában gondoskodhat a működés feltételeiről az önkormányzat saját tulajdonában álló ingatlanon és saját tulajdonú berendezési tárgyakkal, műszerekkel stb., vagy mindezekről gondoskodhat bármilyen bérleti megoldás vagy szerződés útján. Az sem kizárt, hogy az orvos, vagy annak vállalkozása bérbe adja az önkormányzatnak e cél érdekében az ő tulajdonában álló ingó és ingatlan eszközöket.

Kifejtette azt is válaszában, hogy sajátos problémát okozott e helyzet vonatkozásában a háziorvosok, házi gyermekorvosok és fogorvosi alapellátási vállalkozások támogatásáról szóló 229/2001. (XII. 5.) Korm. rendelet 2006. január 1-jével történt hatályon kívül helyezése: a rendelet alkalmazása során ugyanis a háziorvosoknak – az OEP-en keresztül történő kifizetések érdekében – át kellett vállalniuk az önkormányzatoktól a feladatot, ám a visszavonást követően nem minden önkormányzat vállalta vissza a szerződésben átadott kötelezettségeket. A szaktárca alapvetően az eredeti szabályozást tartja elfogadhatónak,

melynek értelmében a háziorvosi praxis fenntartásáról, a működés feltételeiről a település önkormányzata kell, hogy gondoskodjék.

A jelenlegi finanszírozás – még ha a kényszer hatására néhol vannak is ellenkező alkalmazások – *nem tartalmaz a működési költségek feletti forrásokat.* Álláspontjuk szerint az OEP véleménye[3] a betegellátás veszélyeztetettségére utal, ám meglátásuk szerint a betegek ellátását az is veszélyeztetné, ha a nem megfelelő körülmények miatt az ÁNTSZ a praxis működési engedélyét vonná vissza, vagy függesztené fel, ha például a forráselvonás – ld. önkormányzati korlátozások – következtében a társadalombiztosítási finanszírozás a működési kiadásokra teljes mértékben felhasználásra kerül, és eleve nem marad fedezet a nem működési célú kiadások fedezetére. Az tehát, hogy egy praxis takarékosabban, hatékonyabban működik, mint egy másik, véleményük szerint nem mentesíti az önkormányzatot a kötelezettségei alól és az őt érintő kiadások nem terhelhetők a működtetés oldalára.

A konkrét ügy vonatkozásában a minisztérium álláspontja, hogy mindenképpen diszkriminatív lépés a fentiek figyelmen kívül hagyása, de különösen az, ha az önkormányzat által fenntartott háziorvosi praxisok közötti megkülönböztetést is jelenti egyben.

A *Nemzeti Erőforrás Minisztérium* által közigazgatási egyeztetésre bocsátott jogszabálytervezetekből kitűnik, hogy a szaktárca az azóta eltelt időben kialakított szabályozási koncepció tervezetében törvényben kívánja rögzíteni az egységes jogértelmezés érdekében a feladat-ellátási szerződés kötelező tartalmi elemeit.

3.2 A területi ellátási kötelezettséggel vállalt alapellátás problémái az egyes körzetek alakítása, összevonása, az ellátandó lakosok számának tekintetében

3.2.1 A *Közép-dunántúli Regionális Egészségbiztosítási Pénztár igazgatója* az alapellátási körzetekkel kapcsolatban a következő tartalmú tájékoztatást adta:

Dunaújvárosban 2010 októberében 24, felnőtt biztosítottak ellátására szervezett háziorvosi praxis működik területi ellátási kötelezettséggel, társadalombiztosítási támogatással. Ezzel maradéktalanul lefedték a város egész területét, biztosított minden lakos háziorvosi alapellátása. Az egyes körzetekhez tartozó állandó lakosok száma 1381-től 2865-ig terjed, tehát jelentős eltérés tapasztalható. A bejelentett biztosítottak (konkrét háziorvost választó személyek) száma is jelentős különbségeket mutat az egyes körzetek között (1215-től 2431-ig). A kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény (továbbiakban: Ebtv.) 11. §-a szerint a biztosított a háziorvosi ellátás keretében igénybe vehető szolgáltatásokat elsősorban választott háziorvosánál vehet igénybe, de amennyiben választott háziorvosát felkeresni nem tudja, annál a finanszírozott szolgáltató háziorvosnál veheti igénybe, amelynek ellátási területén tartózkodási helye van.

A háziorvos választásával kapcsolatos szabályokat a 16/1972. (IV.29.) MT rendelet tartalmazza Az igazgató válaszában idézte az MT rendelet 13/A. § (1) bekezdését, amely szerint minden személynek joga van háziorvost, illetőleg házi gyermekorvost (a továbbiakban együtt: háziorvos) választani. Az igazgató utalt továbbá az MT rendelet 13/B. (1) és (3) bekezdésére is, amely alapján az orvosválasztás a választani kívánt háziorvosnál történő jelentkezéssel veszi kezdetét. Amennyiben a háziorvos a jelentkezést elfogadja, az őt választó személy (a továbbiakban: jelentkező személy) Társadalombiztosítási Azonosító Jelét nyilvántartásba veszi. Az orvos ugyanakkor a jelentkezést elutasíthatja. Csak különösen indokolt esetben utasítható el annak a személynek a jelentkezése, akinek lakóhelye a háziorvos ellátási területén (körzetében) van, azonban abban az esetben is el kell látnia a

[3] „Mivel a rendelő biztosításának és fenntartásának elmaradása, valamint a tárgyi eszközök hiánya veszélyeztetné, illetve nem tenné lehetővé a folyamatos háziorvosi ellátás biztosítását, ezért az OEP által folyósított finanszírozási összeg adott esetekben ilyen célokra is felhasználható, illetve a finanszírozási díj tartalmazza ezeket a költségeket." – Nyt. Szám: 19-2379/1/99/2010., kelt: 2010. november 9.

területén lakó beteget, ha az más orvost választott és ellátatlansága az egészségét károsító vagy a gyógyulást lassító állapotromláshoz vezetne.

Az igazgató ugyancsak hivatkozott az MT rendelet 13/C. § (1) és (6) bekezdésére, amely tartalmazza, hogy évente egy alkalommal indokolás nélkül, ezen túlmenően indokolt esetben át lehet jelentkezni másik háziorvoshoz. Indokolt az átjelentkezés a tartózkodási hely megváltozása esetén, illetőleg minden olyan esetben, amikor a választott orvos felkeresése akadályba ütközik. Rögzíti azt is, hogy a 13/B. § (3) bekezdésével, valamint a 13/C. § (1) bekezdésével kapcsolatos vitás kérdésekben a jelentkező személy állandó tartózkodási helye szerinti illetékes városi (fővárosi kerületi) tiszti főorvos dönt. Végül az MT rendelet 13/D. § (1) bekezdése előírja, hogy az orvosválasztás elősegítése céljából a települési önkormányzat jegyzője közszemlére teszi az orvosi körzetek területi elhelyezkedését, valamint a körzetek lakosságának orvosi alapellátását végző háziorvosok nevét és képesítési adatait."

Az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet 11. § (1) bekezdésében foglaltak szerint a háziorvosi szolgáltató a háziorvoshoz bejelentkezett biztosítottak után az E. Alapból, meghatározott szabályok szerint, díjazásra jogosult. A házi gyermekorvosi szolgálat legfeljebb 0-18 éves életkor közötti, a felnőtt háziorvosi szolgálat pedig a 14 éves életkor feletti bejelentkezett biztosítottak után részesül díjázásban.

A díjazás meghatározott korcsoportonkénti pontszám összege alapján kerül megállapításra. Meghatározott szabályok szerint bizonyos pontszám felett a pontszámítás degresszió alkalmazásával történik. *Dunaújvárosban a 24 körzetből 16-ot érint a degresszió különböző mértékben.* A degresszió csökkenthető szakorvos jelölt illetve a minimumként előírthoz képest további szakdolgozó alkalmazásával.

3.2.2 Az *ÁNTSZ Közép-dunántúli Regionális Intézetének regionális tiszti főorvosa* a megkeresésre adott válaszában a következőkről tájékoztatott:

Nincs olyan az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálatra kiterjedő hatályú jogszabály, mely a háziorvosi körzetekhez bejelenthető betegek maximumát meghatározná. A háziorvosi körzetek létrehozása, módosítása a háziorvosi feladatellátásért felelős települési önkormányzat hatásköre. Ugyanakkor az OEP-re kiterjedő hatályú az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999 (III. 3) Korm. rendelet 8. § (2) bekezdése szabályozza a területi ellátási kötelezettséggel működő új háziorvosi körzetek méretét.

Az ÁNTSZ a háziorvosi ellátás engedélyezésekor az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről szóló 60/2003. (X. 20.) ESzCsM rendelet alapján vizsgálja az egészségügyi szolgáltatónál a személyi és tárgyi feltételek meglétét, melyet az engedélyezést követően is ellenőriz. A már működő háziorvosi ellátás esetén a helyszíni ellenőrzés kiterjed arra is, hogy a szolgáltató a működési engedélyében foglaltaknak – pl. rendelési idő – megfelelően eleget tesz-e.

Ugyanakkor a betegek panasszal vagy közérdekű bejelentéssel is élhetnek orvos és ápolás szakmai hiányosságok esetén, melyet az ÁNTSZ szakfelügyelő főorvos bevonásával vizsgál ki a 2004. évi XXIX. törvény 141-143. §-a alapján, és *ha a vizsgálat szakmai hiányosságot állapít meg, a 1991. évi XI. törvény 13. §-a szerint megteszi a szükséges intézkedést.* A háziorvosi, házi gyermekorvosi és fogorvosi tevékenységről szóló 4/2000. (11. 25.) EüM rendelet 3. § (1) bekezdése alapján a háziorvos köteles ellátni az ellátási területén lakó, a külön jogszabályban foglaltak szerint hozzá bejelentkezett és az általa elfogadott biztosítottakat. A biztosított szabadon választhat orvost, így ha az orvos ellátási területén kívülről érkezik egy bejelentkezett beteg, az orvos mérlegeli, hogy az ellátási területén élő biztosítottak mellett őt még tudja-e fogadni vagy sem.

Ha viszont a háziorvos elfogadja a biztosítottat, akkor köteles azt ellátni, addig, amíg a biztosított szabad akaratából máshova nem jelentkezik. Előfordulhat azonban, hogy önkormányzati döntés miatt nő a háziorvos ellátási területe (körzete), így a területi ellátási kötelezettségéből adódóan a betegforgalma is, ilyen esetben *az orvos megkérheti a beteget*, hogy jelentkezzen át a lakcíme szerint ellátási kötelezettséggel tartozó háziorvoshoz, hiszen az első orvos az ellátási területén kívülről érkező biztosított elfogadásakor még nem tudta számításba venni a megnövekedett területtel járó betegforgalmat. Ilyen esetben a területi ellátási kötelezettséggel rendelkező orvos a különösen indokolt esetet kivéve köteles a biztosítottat ellátni. Az alapellátásban és a szakellátásban is az egészségügyi szolgáltatók területi ellátási kötelezettsége garantálja azt, hogy egyetlen beteg se maradjon egészségügyi ellátás nélkül. Különösen indokolt eseteket az Eütv. 131. § tartalmazza.

3.2.3 *A Nemzeti Erőforrás Minisztérium egészségügyért felelős államtitkára az alábbi álláspontjáról tájékoztatott az üggyel kapcsolatban.*

Az egészségügyről szóló 1972. évi II. törvény végrehajtásáról szóló 16/1972. (IV. 29.) MT rendelet 13/A. § (1) szerint minden személynek joga van háziorvost, illetőleg házi gyermekorvost (a továbbiakban együtt: háziorvos) választani. Az orvos a jelentkezést elutasíthatja, de csak különösen indokolt esetben utasítható el annak a személynek a jelentkezése, akinek lakóhelye a háziorvos ellátási területén (körzetében) van, azonban abban az esetben is el kell látnia a területén lakó beteget, ha az más orvost nem választott és ellátatlansága az egészségét károsító vagy a gyógyulást lassító állapotromláshoz vezetne.

Évente egy alkalommal indokolás nélkül, ezen túlmenően indokolt esetben lehet átjelentkezni másik háziorvoshoz. Indokolt az átjelentkezés a tartózkodási hely megváltozása esetén, illetőleg minden olyan esetben, amikor a választott orvos felkeresése akadályba ütközik. A vitás esetek megoldására megfelelő megoldást tartalmaz a jogszabály, hiszen előírja, hogy a fentiekkel kapcsolatos vitás kérdésekben a jelentkező személy állandó tartózkodási helye szerint illetékes városi (fővárosi kerületi) tiszti főorvos dönt.

A finanszírozási vagy más szabályok nem tartalmaznak megszabott felső korlátot a praxisok létszámát tekintve, mert *félő, hagy egy ilyen határ területi ellátási feszültséget hozna.* Az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet II., az egészségügyi alapellátásról szóló fejezete *a parttalan létszámbővítést az alábbiak szerint korlátozza*: „7 § (1) A háziorvosi, házi gyermekorvosi és fogorvosi tevékenységről szóló 4/2000. (II.25.) EüM. rendelet hatálya alá tartozó háziorvosi és házi gyermekorvosi (a továbbiakban együtt: háziorvosi) tevékenységet nyújtó szolgáltató által nyújtott ellátásra a szolgáltató a finanszírozóval szerződést köt."

A kormányrendelet szerint a területi ellátási kötelezettséggel működő háziorvosi szolgálat finanszírozására az OEP a 2. § j) pontja szerinti („a körzet lakója: az a biztosított, akinek az 1992. évi LXVI. törvény szerinti lakóhelye vagy tartózkodási helye a körzet területén van") lakosok igazolt számának figyelembevételével köt finanszírozási szerződést a szolgáltatóval a háziorvosi körzet (a továbbiakban: körzet) lakosságának ellátására. Területi ellátási kötelezettséggel működő új háziorvosi szolgálatra akkor köthető finanszírozási szerződés, ha az új körzet 14 év feletti lakosainak a száma 1200-1500 fő (felnőtt körzet).

A díjfizetés alapjául szolgáló pontszámot a meghatározott korcsoportonkénti pontszám összegének degressziós tényezővel korrigált értéke, valamint a szakképzettségi szorzó szorzataként kell megállapítani. *A degressziót 2400 ponttól, illetve vegyes háziorvosi szolgálat esetén 2600 ponttól kell alkalmazni. A degresszió számításánál az adott háziorvoshoz bejelentkezett valamennyi biztosítottat figyelembe kell venni*, függetlenül attól, hogy azok ellátására egy vagy több rendelőben, illetve azonos vagy eltérő rendelési időben kerül sor.

A területi ellátási kötelezettséggel működő háziorvosi körzetek létesítése, megszüntetése vagy határaik módosítása a települési önkormányzat hatáskörébe tartozik, erre vonatkozó javaslatot a háziorvos is tehet, de *a döntés joga az önkormányzaté* (Eütv. 152. §).

A háziorvos a fentiek figyelembe vételével a körzet lakóit köteles befogadni, ám a beteg kérésére, saját döntési kompetenciával vállalhat területen kívülieket is, erre azonban nem kötelezhető. A döntés vonatkozásában nem korlátozza őt jogszabály abban a tekintetben, hogy ezt mivel magyarázza: a számára kötelező feladatot jelentő betegek számával, a körzet morbiditási adottságaival, vagy éppen a terület földrajzi paramétereivel, vagy bármi egyébbel. A háziorvosi, házi gyermekorvosi és fogorvosi tevékenységről szóló 4/2000. (II. 25.) EÜM rendelet szerint ugyanis a háziorvos köteles ellátni az ellátási területén lakó, a külön jogszabályban foglaltak szerint hozzá bejelentkezett és az általa elfogadott biztosítottakat, s ugyan feladatait a háziorvos a rendelőjében végzi, de indokolt esetben a beteg otthonában. A háziorvos köteles ellátni továbbá a rendelési idejében hozzá forduló személyeket, ha heveny megbetegedésük vagy krónikus betegségük miatt ellátatlanságuk az egészséget károsító vagy a gyógyulást lassító állapotromláshoz vezethet, vagyis a rendelőben történő ellátás kötelezettsége független a praxisba való befogadás kötelezettségétől.

A szaktárca a maga részéről *indokoltnak tartja mind a szabad háziorvos választás jogát, mind az orvosok e vonatkozásban megnyilvánuló jogát a továbbiakban is fenntartani* éppen a betegek biztonságos és megfelelő színvonalon történő ellátása érdekében. A konkrét panasz esetében a területi ellátási kötelezettséggel működő orvos részéről nem látják az elutasítás indokoltságát, de e vonatkozásban a már hivatkozott 16/1972. (IV. 29.) MT rendelet kellő támpontot ad az eljáró hatóság megnevezésével. *Az önkormányzatoknak jelenleg érdemben nem befolyásolható joga kapcsolódik a háziorvosi körzetek meghatározásához.* Az elmúlt időszak tapasztalati és a felhalmozódott problémák megoldása érdekében ugyanakkor a szaktárca álláspontja szerint is szükséges, hogy a szakmai és a betegjogok hatékonyabb érvényesülése érdekében bizonyos változtatások következzenek be ezen a téren.

Érintett alkotmányos jogok és alapelvek

- a jogállamiság elvéből fakadó jogbiztonság követelménye és a tisztességes eljáráshoz való jog (Alkotmány 2. § (1) bekezdés: *„A Magyar Köztársaság független, demokratikus jogállam."*);
- a tulajdonhoz való jog (Alkotmány 13. § (1) - (2) bekezdés *„A Magyar Köztársaság biztosítja a tulajdonhoz való jogot. Tulajdont kisajátítani csak kivételesen és közérdekből, törvényben szabályozott esetekben és módon, teljes, feltétlen és azonnali kártalanítás mellett lehet."*)
- az egyenlő bánásmód követelménye (Alkotmány 70/A. § (1) bekezdés *„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."*
- az *egészséghez való jog* (Alkotmány 70/D. § (1)-(2) bekezdés): 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.

Alkalmazott jogszabályok

- az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény (a továbbiakban: Eütv.);
- a pszichiátriai betegek intézeti felvételének és az ellátásuk során alkalmazható korlátozó intézkedések szabályairól szóló a 60/2004. (VII. 6.) ESzCsM rendelet (a továbbiakban: ESzCsM rendelet);
- A háziorvosi, házi gyermekorvosi és fogorvosi tevékenységről szóló 4/2000. (II. 25.) EüM rendelet;
- Az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet;
- Az egészségügyről szóló 1972. évi II. törvény végrehajtásáról szóló 16/1972. (IV. 29.) MT rendelet (a továbbiakban: MT rendelet).

Megállapításaim

I. A hatáskör tekintetében

Az állampolgári jogok országgyűlési biztosának feladat- és hatáskörét, valamint ennek 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 visszásságot 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.

A vizsgálattal érintett ÁNTSZ, valamint Dunaújváros Megyei Jogú Város Önkormányzata az Obtv. 29. § (1) bekezdése alapján hatóságnak tekintendő, így tevékenységének vizsgálata az Obtv. 16. §-a alapján ombudsmani hatáskörbe tartozik.

II. Az alkotmányos alapjogok és alapelvek tekintetében

Az országgyűlési biztos – amint erre már több jelentésemben is felhívtam a figyelmet – egy adott társadalmi 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 megalakulása óta az országgyűlési biztos következetesen, zsinórmértékként támaszkodik az Alkotmánybíróság alapvető jogállami garanciákkal és az alapjogok tartalmával kapcsolatos elvi megállapításaira, valamint – az ombudsmani jogvédelem speciális vonásainak megfelelően – alkalmazza az alapjog-korlátozás alkotmányosságát megítélni hivatott egyes alapjogi teszteket.[4]

1. Az Alkotmánybíróság már működése első éveiben elvi éllel állapította meg, hogy a jogállam nélkülözhetetlen eleme a *jogbiztonság*. A jogbiztonság az állam – s elsősorban a jogalkotó – kötelességévé 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.[5] Az irányadó alkotmánybírósági tézis szerint a jogállamiság elvéből folyó követelmény, hogy a közhatalommal rendelkező szervek a *jog által megállapított működési rendben*, a polgárok számára megismerhető és

[4] Jellemzően az ún. szükségességi-arányossági tesztet, a nem alapvető joggal összefüggő hátrányos megkülönböztetés esetén az ésszerűségi tesztet, a tulajdonjog korlátozása esetén pedig közérdekűségi tesztet.
[5] 9/1992. (I. 30.) AB határozat, ABH 1992, 59, 65.

kiszámítható módon szabályozott *korlátok között* fejtik ki tevékenységüket.[6] Utóbbival összefüggésben egyetértek azzal az összefoglaló megállapítással, hogy a közigazgatás törvényessége akkor valósul meg, ha jogilag szabályozott eljárási keretek között működik.[7]

Az Alkotmánybíróság irányadó döntéseiben felhívta a figyelmet, hogy a jogállamiságnak számos összetevője van: a jogalkotásra vonatkozó törvényi követelmények megtartása, az eljárási garanciák, *a jogbiztonság, az önkényes jogértelmezést kizáró és a jogintézmények kiszámítható működését biztosító világos és követhető normatartalom megléte.* Az Alkotmánybíróság szerint, ha egy jogszabály tényállása túl részletező, túl szűk, túlságosan eseti, az megköti a jogalkalmazót és megakadályozza, megnehezíti, hogy a jogszabály az életviszonyok szabályozásában betöltse szerepét. Ha pedig egy jogszabály törvényi tényállása túl elvont, túl általános, akkor a jogszabály rendelkezése a jogalkalmazó belátása szerint kiterjeszthető vagy leszűkíthető. Az ilyen szabály lehetőséget ad a szubjektív jogalkalmazói döntésre, a különböző jogalkalmazók eltérő gyakorlatára, a jogegység hiányára. Ez csorbítja a jogbiztonságot.[8] Az Alkotmánybíróság által alkalmazott szigorúbb mérce alapján ugyanakkor alkotmányellenessé csak az a szabály nyilvánítható, amely értelmezhetetlen voltánál fogva teremt jogbizonytalanságot, mert hatását tekintve nem kiszámítható: csak a jogalkalmazás számára eleve értelmezhetetlen jogszabály sérti a jogbiztonságot.[9]

2. Az Alkotmány 13. § (1) bekezdése szerint a Magyar Köztársaság biztosítja a tulajdonhoz való jogot. Az Alkotmány szempontjából a tulajdont a vonatkozó jogszabályok együttese definiálja: az alapjogként védett tulajdon tartalmát a mindenkori (alkotmányos) közjogi és magánjogi korlátokkal együtt kell érteni.[10] A törvényalkotó továbbá a tulajdonhoz való jog alapján mindig köteles tiszteletben tartani azokat a jogosítványokat, amelyeket korábban ő maga alakított ki alkotmányos értelemben vett tulajdonként.[11] Az Alkotmánybíróság szerint a magánjogi tulajdonjogi tárgyakon túl azon egyéb vagyoni értékű jogok is tulajdonvédelemben részesülnek, amelyek esetében, a tulajdon „önálló részjogosítványáról" van szó. *„Az Alkotmánybíróság [...] az alkotmány tulajdonvédelemmel kapcsolatos rendelkezéseit olyan alapjognak tekinti, amelyet mind az Alkotmánybíróság, mind a bíróságok az egyéb dologi jellegű vagyoni jogok védelmére is alkalmaznak."*[12]

Az Alkotmány 13. § (2) bekezdése alapján tulajdont kisajátítani csak kivételesen és közérdekből, törvényben szabályozott esetekben és módon, teljes, feltétlen és azonnali kártalanítás mellett lehet. Az Alkotmánybíróság kimondta, hogy a *„kisajátítás a tulajdonviszonyokba való állami beavatkozás legerősebb eszköze, a tulajdon közhatalmi eszközökkel való elvonására ad módot. Ezért a tulajdonhoz való jog védelme érdekében a kisajátítás feltételeit, alapvető garanciáit maga az Alkotmány határozza meg. [...] Az Alkotmány kivételesen és közérdekből teszi lehetővé a tulajdon elvonását."*

Az Alkotmánybíróság álláspontja szerint *„Az Alkotmány 13. § (2) bekezdése által a kisajátítás esetében támasztott teljes, feltétlen és azonnali kártalanítás követelménye a tulajdonhoz való alapvető jog védelmének egyik alkotmányi biztosítéka. Az Alkotmány a tulajdon elvonása esetére értékgaranciát nyújt a tulajdonos számára. Az államnak az Alkotmány 13. § (2) bekezdésével összefüggésben az Alkotmány 8. § (1) bekezdéséből folyó objektív intézményvédelmi kötelezettsége körébe tartozik az, hogy gondoskodjon a tulajdonos Alkotmányban meghatározott követelményeknek megfelelő kártalanításáról. Ez a törvényhozóra azt a kötelezettséget hárítja, hogy a kisajátítás szabályozása során törvényben*

---

[6] 56/1991. (XI. 8.) AB határozat, ABH 1991, 454., 456.
[7] Vö. Jakab András (szerk.): Az Alkotmány kommentárja I. Századvég Kiadó, Budapest, 2009. 164. o.
[8] Vö. 1160/B/1992. AB határozat, ABH 1993, 607, 608.
[9] Vö. 36/1997. (VI. 11.) AB határozat, ABH 1997, 222, 232.; 42/1997. (VII. 1.) AB határozat, ABH 1997, 299, 301.
[10] Az Alkotmány kommentárja I., Századvég Kiadó, Budapest, 2009., 463. o.
[11] Az Alkotmány kommentárja I., Századvég Kiadó, Budapest, 2009., 459. o.
[12] Az Alkotmány kommentárja I., Századvég Kiadó, Budapest, 2009., 456. és 462.o

köteles szabályozni a teljes, feltétlen és azonnali kártalanítás megvalósulásának anyagi jogi és eljárásjogi biztosítékait."[13]

Az Alkotmánybíróság szerint tehát a tulajdonhoz való jog kivételes alapjog, tekintettel arra, hogy azt az állam akár teljes egészében elvonhatja, vagyis a tulajdont kisajátíthatja. A kisajátítás jogszerűségének vizsgálandó feltételei a közérdekűség, a kivételesség, a kisajátítás módja (csak törvényben szabályozott esetekben és módon történhet), valamint a kártalanítás. A kártalanítás megfelelősége csak előző feltételek megléte esetén vizsgálható. Az előfeltételek fennállása esetén a kisajátítás alkotmányos, amennyiben az azonnali, teljes és feltétlen kártalanítás mellett történik. *A kártalanítás feltétlensége* kategorikus követelmény, mely azt jelenti, hogy az nem tehető függővé például a költségvetés teherbíró képességétől, sem a kisajátítást elszenvedő tulajdonos személyében vagy egyéb körülményeiben rejlő valamely októl, a kisajátítandó tulajdoni tárgytól, sem bármilyen egyéb körülménytől.[14]

3. Az Alkotmány 70/A. § (1) bekezdése rögzíti *az egyenlő bánásmód követelményét*, kimondja, hogy 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.

Az Alkotmánybíróság gyakorlatában az egész jogrendszerre kiterjedően alkalmazza a diszkrimináció tilalmát. Az Alkotmánybíróság már legelső döntéseinek egyikében megállapította, és azóta következetesen alkalmazza, hogy a diszkrimináció tilalma nem jelenti minden megkülönböztetés tilalmát. A megkülönböztetés tilalmából az következik, hogy a jognak mindenkit egyenlőként, *egyenlő méltóságú személyként kell kezelnie*; azonos tisztelettel és körültekintéssel, az egyéni szempontok azonos mértékű figyelembevételével kell a jogosultságok és a kedvezmények elosztásának szempontjait meghatározni.[15] Az Alkotmánybíróság következetesen érvényesített álláspontja szerint a diszkrimináció tilalma elsősorban az alkotmányos alapjogok terén tett megkülönböztetésekre terjed ki. Az alkotmánybírósági gyakorlatban az emberi méltósághoz való jog és az egyenlő bánásmód követelménye szorosan összekapcsolódik: ha a megkülönböztetés nem alapvető jog tekintetében történt, az eltérő szabályozás alkotmányellenessége akkor állapítható meg, ha az az emberi méltósághoz való jogot sérti. Az alapjognak nem minősülő egyéb jogra vonatkozó, személyek közötti hátrányos megkülönböztetés alkotmányellenessége akkor állapítható meg, ha a jogalkotó önkényesen, a tárgyilagos megítélés alapján ésszerű indok nélkül tett különbséget az azonos helyzetű, azonos szabályozási kör alá vont jogalanyok között.[16]

Az Alkotmánybírósági gyakorlat által kimunkált ún. ésszerűségi teszt alkalmazásával állapítható meg, hogy egy adott normatív szabályozás, jogalkalmazói gyakorlat vagy egyedi döntés ellentétes-e a hátrányos megkülönböztetés alkotmányi tilalmával.[17] Az ésszerűségi teszt egyrészt egy összehasonlíthatósági, másrészt egy indokolhatósági próbából áll. Az összehasonlíthatósági próba során azt kell vizsgálni, hogy a megkülönböztetés azonos helyzetben lévő jogalanyok között merül-e fel, az indokolhatósági próba pedig annak vizsgálatát jelenti, hogy ha azonos csoportba tartozók között áll fenn a megkülönböztetés, akkor az ésszerű indokon nyugszik-e, van-e „tárgyilagos mérlegelés szerinti ésszerű indoka".

---

[13] 35/2005. (IX. 29.) AB határozat

[14] Az Alkotmány kommentárja I., Századvég Kiadó, Budapest, 2009., 484. o

[15] 9/1990. (IV. 25.) AB határozat, ABH 1990, 46, 48.

[16] 9/1990. (IV. 25.) AB határozat, ABH 1990, 46, 48.; 21/1990. (X. 4.) AB határozat, ABH 1990, 73, 77-78.; 61/1992. (XI. 20.) AB határozat, ABH 1992, 280, 281-282., 35/1994. (VI. 24.) AB határozat, ABH 1994, 197.; 30/1997. (IV. 29.) AB határozat, ABH 1997, 130, 138-140.

[17] Lásd az AJB-6800/2009. számon, valamint az AJB-4439/2010. számon kiadott ombudsmani jelentéseket.

4. Az Alkotmány 70/D. § (1) és (2) bekezdése alapján 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.

Az Alkotmánybíróság több határozatában értelmezte a legmagasabb szintű testi és lelki egészséghez való jog tartalmát és korlátozhatóságát.[18] Eszerint a legmagasabb szintű testi és lelki egészséghez való jog alkotmányi követelményként értelmezendő: az államnak azt az alkotmányos kötelezettségét jelenti, hogy a nemzetgazdaság teherbíró képességéhez, az állam és a társadalom lehetőségeihez igazodva olyan gazdasági és jogi környezetet teremtsen, amely a legkedvezőbb feltételeket biztosítja a polgárok egészséges életmódjához, életviteléhez.[19] 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 igénybevételének lehetőségét, azaz azt, hogy a szolgáltató intézmények hiánya miatt senki ne maradjon ellátatlanul."

Az alkotmánybírósági gyakorlat ugyanakkor utalt arra is, hogy „az egészségügyi intézményhálózat és az orvosi ellátás körében elvontan, általános ismérvekkel csak egészen szélső esetekre korlátozottan határozhatja meg az állami kötelezettség kritikus nagyságát, vagyis azt a szükséges minimumot, amelynek hiánya már alkotmányellenességhez vezet. Ilyennek volna minősíthető például, ha az ország egyes területein az egészségügyi intézményrendszer és az orvosi ellátás teljesen hiányozna." Az Alkotmánybíróság olvasatában „az ilyen szélső eseteken túl azonban az 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 kötelezettségként fogalmazódik meg, amely magában foglalja azt a kötelezettséget, hogy a törvényhozó a testi és lelki egészség bizonyos területein alanyi jogokat határozzon meg."[20]

Több jelentésemben[21] is elvi éllel rögzítettem, hogy az egészségügyi ellátások területén az ombudsmani jogvédelem az alkotmánybíróságitól részben eltérő, magasabb mércéjében két végpont határozható meg. Értelemszerűen *nem állapítható meg az egészséghez való joggal összefüggő visszásság 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. Ha azonban az egészségügyi intézményrendszeren belül meghatározott területeken bizonyos speciális szakellátások megszűnnek, érdemben elérhetetlenné válnak és ez az állapot elviselhetetlenül hosszú időn keresztül stabilizálódik, akkor az alapvető jogok szempontjából visszás helyzet állhat elő. Az ombudsmani gyakorlat szerint az egészséghez való joggal összefüggő visszásságot okozhat az a helyzet, ha az intézményrendszer átalakítása hatására vagy megfelelő fejlesztésének hiányában – pusztán a teherbíró képességre hivatkozva, az anyagi, célszerűségi megfontolások miatt – potenciálisan jelentős számú beteg kerülhet veszélybe.

---

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

[19] 56/1995. (IX. 15.) AB határozat, ABH 1995, 260, 270., 37/2000. (X. 31.) AB határozat, ABH 2000, 293, 297.

[20] 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 ismérv 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.

[21] Lásd OBH 2464/2007, AJB 3536/2009. számú ügyek.

III. Az ügy érdeme tekintetében

Az ismertetett alkotmánybírósági gyakorlattal, valamint a korábbi jelentésekben tett megállapításaimmal összhangban, a vonatkozó jogszabályi rendelkezések áttekintését követően a következőket állapítottam meg:

1. A praxisjog szabályozásának átalakítása, a kártalanítás intézménye

Ahogyan azt már az AJB 2377/2010. számú ügyben kiadott Jelentésemben részletesen kifejtettem, álláspontom szerint a praxisjog működésének újragondolása alapvetően az eredeti koncepcióból kimaradt kártalanítás intézményének, a kártalanításra okot adó egyes eseteknek, a kár nagysága számítási módjának, a kártalanítás eljárásrendjének szabályozásával veheti kezdetét. A számomra megküldött Javaslat számos alkotmányos adósságot törleszt és – megvalósulása esetén – jelentős előrelépést jelentene, így rendelkezne a kártalanítás intézményéről. A megvalósítás konkrét részleteiről még nem kaptam tájékoztatást, de a jogintézmény alapos szabályozásának fontosságát nem lehet eléggé hangsúlyozni, mivel eleve számos, az alapellátással összefüggő visszás helyzet megoldását jelentheti.

Ezúttal továbbra is jelezni kívánom, hogy mindaddig, amíg a kártalanítás intézményének hiánya fennáll, sérelmet szenved az érintettek tulajdonhoz való joga, illetőleg a jogállamiságból levezethető jogbiztonság követelményével összefüggő visszás és ellentmondásokkal terhelt jogi helyzet is fennmarad.

2. Az E-Alapból folyósított finanszírozás felhasználásával kapcsolatban

Az AJB-6175/2010. számú ügyben nem igazolható, hogy az érintett önkormányzat a rendelők megvételére kötelezte volna az alapellátást nyújtó háziorvosokat. Mivel a csatolt iratok tanúsága szerint elővásárlási joguk gyakorlására hívta fel őket, így a konkrét panasz kapcsán, *alapvető joggal összefüggő visszásságot nem állapítottam meg.*

Az OEP főigazgatójától kapott tájékoztatásból, valamint az idézett jogszabályokból egyértelműen kiderül, hogy az önkormányzat és a feladatot ellátó egészségügyi (háziorvosi) szolgáltató a jogszabályok és a finanszírozási szerződésben foglaltak megtartása mellett jogosult megállapodni az egészségügyi szolgáltatás nyújtásának feltételeiben, beleértve ebbe a felújítás, karbantartás végzésére és vagyonbiztosítási díjak fizetésére vonatkozó megállapodásokat is. Ebben a *kétoldalú megállapodásban* rögzített feltételek, jogok és kötelezettségek meghatározása jelenleg a két félre tartozik.

A Semmelweis Terv rögzíti: *„Az ezredforduló környékén az alapellátásban bekövetkező funkcionális privatizáció keretében az önkormányzat tulajdonában levő rendelőt működtetésre vette át a háziorvos, azonban az amortizáció fedezet továbbra is sok esetben vita tárgya, a duális finanszírozás hátulütőjeként. Nincs pontosan rögzítve, hogy a működéshez szükséges feltételek közül melyiket kell az egészségbiztosítótól származó finanszírozásból kigazdálkodni, illetve melyiket kell az önkormányzatoknak fedezni. Ennek megfelelően jelentős eltérések mutatkoznak abban, hogy az adott önkormányzat mit gondol saját feladatának, és milyen terheket ró a háziorvosi praxisokra."*

Lényeges kiemelni, hogy a klasszikus magánjogban a felek egyenjogúságán, mellérendeltségén alapuló teljes szerződési szabadság ezen, a számos közjogi aspektussal, állami és önkormányzati szerepvállalással átitatott területen komoly veszélyt rejt magában. Egyfelől az önkormányzat, nem tekinthető egyenrangú szerződő félnek, hiszen a jelenlegi szabályozás szerint – előszerződés hiányában – indoklás nélkül egymaga dönthet arról, hogy kivel kíván feladat-ellátási szerződést kötni. Az egyes önkormányzatok erőfölényben vannak, így könnyen előállhat az helyzet, hogy a szerződési hajlandóságukért „cserében" egyoldalúan

határozza meg a szerződési feltételeket. Az is elképzelhető, hogy éppen a szerződési szabadságra hivatkozással, eltérő feltételekben állapodnak meg az egyes körzetek vonatkozásában kötendő feladat-ellátási szerződések feltételeinek meghatározásakor, hátrányosan megkülönböztetve ezzel egyes háziorvosokat.

A konkrét eseten túlmutatóan, az egyenlő bánásmód, a jogbiztonság követelményének érvényesülése, a kiszámíthatóság, az egészségügyi ellátás szintjének kiegyensúlyozottsága érdekében álláspontom szerint szükséges, hogy – a jogviszonyban szereplő két fél erőviszonyainak kiegyenlítése érdekében – jogszabályi szinten rögzítsék a feladat-ellátási szerződés minimális tartalmi elemeit. A jogalkotónak szükséges meghatároznia az alapellátás körében felmerülő egyes ellátandó feladatok gazdáját, és azok finanszírozásának forrását.

3. A területi ellátási kötelezettséggel járó körzetek alakításával kapcsolatos szabályozás

A jelenlegi körzetkialakítási, valamint körzetmódosítási jogosultság teljes és kizárólagos önkormányzati hatáskörbe utalása mind az alapellátásban dolgozó háziorvosok számára, mind pedig egyúttal a betegek számára is hátrányos következményekkel járhat.

A már ismertetett jelenlegi szabályozás pusztán azt a számadatot határozza meg, amelynek eléréstől kezdve szó *lehet* önálló körzet alakításáról, *kötelezettséget azonban nem jelent* az önkormányzat számára. Ez többek között nyilvánvalóan visszavezethető arra a fentebb tárgyalt tényre is, hogy a körzethatárok módosításának esetlegesen kártalanítást is kellene maga után vonnia, amelynek szabályai azonban nem rögzítettek.

A háziorvosok ezzel szemben kötelesek minden, a területi ellátási kötelezettségük szerint a körzetükhöz tartozó beteg ellátására, annak ellenére, hogy ez egy bizonyos számú és korösszetételű beteg felett már egyfelől megoldhatatlan terhet jelenthet, másfelől pedig degresszióval sújtott finanszírozási szempontból.

Az önkormányzattal kötött feladat-ellátási szerződésekben jellemzően általános megfogalmazásokat használnak, általában az önkormányzat adott település x. számú háziorvosi körzetének mindenkor hatályos jogszabályban előírt feladatainak határozatlan időre szóló ellátásával bízzák meg a háziorvost. A körzet határainak módosítása ugyanakkor kizárólag az önkormányzat kezében van, mint ahogyan az önkormányzat bír a körzet betegszámának alakulására is döntő befolyással, például a területrendezési koncepciók, valamint az építési engedélyek kiadása folytán.

Így egy lakópark vagy nagyobb társasház építési engedélyének kiadásával egy-egy körzet lakosságszáma jelentősen – és az orvos számára pedig előre nem látható mértékben – nőhet. Ennek ellenére az önkormányzatot semmilyen számon kérhető jogszabályi rendelkezés nem kötelezi arra, hogy – a minőségi betegellátás biztosítása érdekében – új körzetet hozzon létre vagy a jelenlegi körzetek határát módosítsa. Ráadásul az orvosok a körzeten kívüli betegek jelentkezését is elfogadhatják, elfogadhatták és – mivel a körzetükhöz tartozó betegek száma előre nem kalkulálható – eleinte ezt többen meg is tették. Az egyszer már „befogadott" beteget azonban nem küldhetik el többé, a beteg csak szabad akaratából válthat háziorvost.

A betegek oldaláról ez a probléma többek között az AJB-5849/2010. számú ügy tényállásában leírt módon jelentkezhet. A kezdeti időkben, a TAJ kártyák kibocsátást követő nagy leadási dömping idején mindenki megtalálta a számára megfelelő háziorvost a szabad orvosválasztásnak megfelelően, akár a körzethatároktól függetlenül is. Az évek múlásával a háziorvosi körzetek betegszámai ilyen-olyan indokokból meglehetősen eltérővé váltak, ami több következménnyel is járt: egyes – megnövekedett betegszámú – körzetekben jelentősen megnőtt a várakozási idő, azonban lecsökkent az egy betegre fordítható átlagos ellátási idő.

Az ilyen megnövekedett betegszámú körzetek orvosai számára a hatályos szabályozás azonban nem ad kiutat, így a panaszbeadványban foglalt módon, informális úton próbálnak betegeket a „saját érdekükben" más orvoshoz irányítani. A beteg ilyenkor felkeresheti a

lakóhelye szerinti körzet háziorvosát, aki hivatalosan köteles őt fogadni, sőt – ahogyan arra az egészségügyi államtitkár is rámutatott – a 16/1972. (IV. 29.) MT rendelet értelmében az illetékes tisztifőorvos erre akár rá is szoríthatja. Mindez azonban az önkormányzatokat kötelező körzetalakítási és módosítási szabályok hiányában, érdemi jogi garanciák nélkül önmagában nem változtat az ellátás helyzetén, kiszámíthatóságán.

Könnyen lehet ugyanis, hogy a beteg ebben az esetben is hasonló szituációban találja magát, mint az előző háziorvosánál: több órás várakozási idő, minimális az egy beteg ellátására fordítható idő, kimerült orvos és szakszemélyzet, stb. Egyrészt igaz tehát, hogy formálisan minden beteg tartozni fog valahová (vagyis formálisan hozzájut az alapellátáshoz), azonban ez nem jelenti, és nem is segíti elő a minőségi betegellátást. Ebből következően több ponton kódolt tehát az egészségügyi ellátáshoz való jog, illetve az egyes betegjogok sérülésének lehetősége.

Itt kell továbbá megemlíteni azt is, hogy a már említett Semmelweis Terv az alapellátással kapcsolatban a következő alapvetéseket szögezi le. „Az ellátórendszer kulcselemének tekintendő, és így prioritásként kell kezelni az alapellátást. *Erősíteni szükséges a háziorvosi, házi gyermekorvosi hálózat képességét és érdekeltségét a helyben befejezett ellátások arányának növelésére, a prevencióban, egészségnevelésben való aktív részvételre.* Ennek érdekében csökkenteni kell adminisztratív terheiket, támogatni a korszerű műszerpark kialakítását. A szükséges többletet a helyi morbiditási adatok alapján súlyozva, illetve kiegészítő teljesítményfinanszírozási elemek révén lehet biztosítani. Vissza kell adni az alapellátásban dolgozók munkájának értékét, hogy újra vonzó legyen, ez az életpálya jelenthessen a jövő szakemberei számára, csökkentve ezzel a hozzáférés esélyét súlyosan veszélyeztető intenzív elvándorlást a területről." Mindezen feladatok és tervek megvalósítását a jelenlegi körzetalakítási és módosítási szabályok nem támogatják.

Mindezek alapján megállapítható, hogy mind a háziorvosok, mind a beteg számára kiszámítható körzetalakítással, valamint körzetmódosítással kapcsolatos önkormányzati feladatokat és kötelezettségeket meghatározó törvényi, garanciális szabályozás hiányában sérül a jogállamiság elvéből levezethető jogbiztonság követelménye, valamint a fennálló jogi helyzet az egészséghez való joggal, ezen belül az egészségügyi ellátáshoz való joggal összefüggő visszásságot okoz, a jogsérelem közvetlen veszélyét jelenti.

Intézkedéseim

A jelentésemben feltárt, alkotmányos joggal összefüggő visszásság orvoslása és jövőbeni megelőzése, valamint az országosan egységes jogalkalmazás érdekében, az Obtv. 25. §-a alapján *felkérem* az egészségügyért felelős nemzeti erőforrás minisztert, hogy a vonatkozó jogszabályok megalkotásának, módosításának kezdeményezésével, illetve más szükséges intézkedések megtételével

1. mielőbb részleteiben is szabályozzák – a megküldött Javaslatnak megfelelően – a kártalanítás intézményét a háziorvosi praxisjoggal összefüggésben;
2. a szerződési szabadság elvének tiszteletben tartása mellett, egyértelműen, világosan és jogszabályi szinten határozzák meg – a Semmelweis Tervnek megfelelően – a feladatátvállalási szerződések minimális tartalmát, garanciális keretszabályait, ezáltal elősegítve a szükséges mértékű tartalmi egységességüket;
3. az önkormányzati autonómia tiszteletben tartása mellett, a kártalanítás intézményének bevezetését követően egyértelműen szabályozzák az alapellátási körzetek alakításával és módosításával kapcsolatos kötelezettségeket a minőségi betegellátás érdekében.

Budapest, 2011. november 10.

Prof. Dr. Szabó Máté