



A gyermekek testi-lelki egészsége

Gyermekjogi projekt



Az állampolgári jogok országgyűlési biztosának
gyermekjogi projektjét 2011-ben
a Nemzeti Erőforrás Minisztérium és
a Nyílt Társadalom Intézet (Open Society Institute)
támogatta.

Szerzők

DR. BÁCSKAI KRISZTINA (4.7. fejezet)
DR. BENE BEÁTA (3.5., 4.3., 4.6., 4.8. fejezet)
DR. GYÓRFFY ZSUZSANNA (3.5. fejezet)
DR. HARASZTI MARGIT KATALIN (4.5. fejezet)
DR. HERCZOG MÁRIA (5.1. fejezet)
DR. KOZICZ ÁGNES (3.4., 4.2., 4.4., 4.6. fejezet)
DR. LUX ÁGNES (1., 2., 3.3., 5.2., 5.3., 5.4., 5.5., 6. fejezet)
DR. RAJZINGER ÁGNES (4.6. fejezet)
DR. TÓTH LÁSZLÓ (3.1. fejezet)
DR. ZEMPLÉNYI ADRIENNE (3.4., 4.1., 4.2. fejezet)
DR. VARGA ÉVA (3.2. fejezet)

Szerkesztette
DR. LUX ÁGNES

Kézirat lezárva: 2012. január 31.

ISSN 2063-3645
ISBN 978-963-89170-8-9

Kiadó: Alapvető Jogok Biztosának Hivatala
1051 Budapest, Nádor utca 22.
Telefon: 475-7100, Fax: 269-1615
Internet: www.obh.hu • www.gyermekjogok.obh.hu
Felelős kiadó: PROF. DR. SZABÓ MÁTÉ
Készült a Mondat Kft. nyomdájában

Tartalom

Előszó	5
Köszönetnyilvánítás	6
1. Alapjogi bevezetés	7
2. A gyermekjogi projekt éves tevékenységének bemutatása	10
2.1. Műhelymunka	10
2.2. Jogon túli eszközök	12
3. A projekthez kapcsolódó kiemelt vizsgálatok	16
3.1. A gyermekek drog- és alkoholfogyasztásával kapcsolatos vizsgálatról	16
3.2. A gyermekpszichiátriai ellátás hiányosságairól	33
3.3. A szakellátásban nevelkedő gyermekek sérelmére elkövetett szexuális bántalmazás jelenségével kapcsolatos vizsgálatról	39
3.4. A gyermekprostitúcióról szóló vizsgálatról	46
3.5. Gyermekotthonok átfogó vizsgálata – különös tekintettel az egészséghez való jog érvényesüléséről	51
4. Egyéb, gyermekeket érintő vizsgálatok áttekintése	62
4.1. A területi védőnői ellátással kapcsolatos vizsgálatról	62
4.2. A gyermekek iskola-egészségügyi ellátásának problémái	65
4.3. Az iskolai étkeztetéssel kapcsolatos ombudsmani vizsgálatról	70
4.4. A testnevelés, gyógytestnevelés problémái a gyerekjogok szemszögéből	76
4.5. A külföldre vitt gyermekek anyakönyveztetése	81
4.6. Az egészséghez való jog érvényesülése az oktatási intézményekkel összefüggésben; egyéb oktatási joggal kapcsolatos ügyek	85
4.7. Fogyatékosággal élő gyermekek egészségügyi ellátáshoz való joga	98
4.8. Hepatitis B-vírussal fertőzött gyermekek óvodai ellátásával kapcsolatos problémák	100
5. Nemzetközi tendenciák	104
5.1. Összefoglaló az ENSZ Gyermekjogi Bizottságának 2011. évi munkájáról	104
5.2. Az Európai Unió fellépése a gyermeki jogok védelmében	108
5.3. Az Európa Tanács részvétele a gyermeki jogok védelme terén	109

5.4. A gyermekekkel szembeni szexuális bántalmazás elleni küzdelem nemzetközi keretrendszere	111
5.5. A gyermekek drog- és alkohol fogyasztását vizsgáló ombudsmani jelentés háttere – Nemzetközi keretrendszer a drogpolitikában	116
6. Az ombudsman nemzetközi munkája 2011-ben a gyermekjogok terén	131
6.1. Gyermekjogi Ombudsmanok Európai Hálózata (ENOC)	131
6.2. Eurochild	133

Előszó

„Egy gyermek életében csak egyszer van lehetőség a normális testi és lelki felnövekedésre”

UNICEF Innocenti Jelentés 2010

Az egészséges gyermek nemcsak a belőle majdan felnőtté váló társadalom felbecsülhetetlen értékű záloga, amely miatt a gyermekek testi-lelki egészségébe való befektetés, az egyenlő esélyű hozzáférés univerzalitásának megteremtése, az ártalmas szokásoktól, szenvedélyektől való prevenció meghonosítása, a bántalmazás minden formájától való védelem garantálása, az ép önkép és testtudat kialakítása nemcsak az állam és felnőtt társadalmunk morális és alkotmányos kötelessége, hanem önérdéke is.

Az egészségben való lemaradás és elmaradás nem csupán egészségügyi gondokat – és ezzel együtt járó jelentős plusz költségeket – jelent, hanem az az élet valamennyi területén hosszú távon okoz(hat) hátrányt a gyermeknek, kihatása az iskolai teljesítményre, majd a munka világában való helykeresésre és az anyagi javakból történő részesedés mértékére vitán felül áll.

A gyermekek egészsége, jóléte- és jóléte érdekében elengedhetetlen a gyermekközpontú társadalom megteremtése, többek között szükséges az átfogó szemléletű gyermekközpontú jogalkotás, a mindenki számára hozzáférhető gyermekegészségügyi szolgáltatások; gyermekbarát egészségügyi intézmények; teljes körű iskolai egészségfejlesztési programok; az iskolai oktatás keretében a családi életre és a „pozitív szülőiségre” nevelés, az önismeret és a konfliktuskezelés; a korai fejlesztő és felzárkóztató programok a hátrányos helyzetű gyermekeknek és szüleiknek; a gyermekek mentális egészségfejlesztése és hatékony intervenciós lehetőségek megszervezése; a gyermekbalesetek és a gyermekbántalmazás prevenciója.

A gyermekek egészségének kérdése jól láthatóan túlmutat az egészségügyi ellátás kérdésén, ennek az átfogó szemléletnek megfelelően igyekezett az alapvető jogok biztosa is képviselni a gyermekek védelemhez és testi-lelki egészséghez való jogának érvényesülését 2011. évi projektje során, amikor e speciális gyermeki jogokat a legtágabban értelmezve vizsgálta a nemzetközi jogi és alkotmányos kötelezettségek érvényesülése tükrében.

Budapest, 2012. január 31.

DR. LUX ÁGNES
projektvezető

Köszönetnyilvánítás

Munkánk során több alkalommal egyeztettünk hazai (Család Gyermek Ifjúság, Kék Vonal Gyermekkrízis Alapítvány, Nemzetközi Gyermekmentő Szolgálat, UNICEF Magyar Bizottság, ESZTER Alapítvány) és nemzetközi civil szervezetek (Eurochild) képviselőivel, továbbá kormányzati (Nemzeti Erőforrás Minisztérium, Közigazgatási és Igazságügyi Minisztérium) szakemberekkel, valamint az Országos Gyermekegészségügyi Intézet kollégáival, akiknek ezúton is köszönjük segítő együttműködésüket.

Külön köszönet illeti a Nemzeti Erőforrás Minisztériumot és a Nyílt Társadalom Intézetet a projekt megvalósításához nyújtott anyagi támogatásért.

Szeretnék köszönetet mondani az általa nyújtott szakmai konzultációkért DR. ZACHER GÁBORNAK a Péterfy Sándor utcai Kórház klinikai toxikológiai osztálya vezetőjének, továbbá köszönöm DR. HERCZOG MÁRIÁNAK, a Eurochild és a CSAGYI elnökének, az ENSZ Gyermekjogi Bizottsága tagjának, aki itthoni és nemzetközi elfoglaltságai mellett szakmai észrevételeivel idén is aktívan és folyamatosan segítette munkánkat, valamint DR. GYURKÓ SZILVIÁNAK, az Eszter Alapítvány munkatársának, aki nemcsak szakmai konzultációt nyújtva állt rendelkezésünkre, hanem önzetlen módon „pro bono” vállalta, hogy továbbképzésben részesítse munkatársaimat a gyermekek szexuális bántalmazása témakörében.

Végül, de nem utolsósorban nagyon köszönöm valamennyi munkatársamnak, hogy egyszerűzetükkel és áldozatos munkájukkal segítettek, hogy ombudsmanként a gyermekjogi projekt vizsgálatait eredményesen lefolytathattam!

PROF. DR. SZABÓ MÁTÉ
az alapvető jogok biztosa

1. Alapjogi bevezetés

Az állampolgári jogok országgyűlési biztosa, a gyermekvédelmi törvény felhatalmazása alapján – önálló intézmény híján – gyermekjogi ombudsmanként eljáró országgyűlési biztosként 2011-ben is folytatta hivatala kiemelt gyermekjogi projektjét. 2008-ban gyermekjogi munkája fókuszában a gyermekek jogtudatosítása, 2009-ben a gyermekek erőszakkal szembeni védelemhez való joga, 2010-ben pedig a család és a családpótló intézmények szerepe állt – hasonlóan az ideihez, mindhárom év munkáját összefoglalta egy-egy – elektronikus formában honlapunkról is letölthető – projektfüzetben.

Idén némiképp rendhagyó módon, de annál hatékonyabban kapcsolódott össze tematikájában is az ombudsman két projektje, hiszen az ún. „Méltóság projektek” sora 2011-ben kiemelten az egészségügyi ellátással és betegjogokkal holisztikusan foglalkozó programmal folytatódott, míg a gyermekjogi projekt a *gyermekek tágran értelmezett egészségvédelmének kérdéseit –nemcsak az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés, hanem a szexuális bántalmazás, a gyermekprostitúció, az egyes ártalmas szokásoktól és más rizikómagatartásoktól való védelem, a testnevelés, gyógytestnevelés, az egészséges étkezés tárgykörét – járta körül.*

Közös kiindulópontunk az alapjogok összefüggésrendszerében ismét az *emberi méltósághoz való jog érvényesülésével és a lehető legmagasabb szintű testi és lelki egészséghez való jog biztosításával összefüggő állami kötelezettség-rendszer volt.*

Az Alkotmány 70/D §-a kimondta, hogy a Magyar Köztársaság területén élőknek joguk van a lehető legmagasabb szintű testi és lelki egészséghez, amely 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. *A testi és lelki egészséghez való jogot a 2012. január elsejével hatályba lépett Alaptörvény XX. cikkében rögzíti.*

Az egészséghez való jog szűkebb témájának tárgyalásakor a gyermeki jogok alapjogi megközelítése kapcsán nem kerülhető meg az állam védelmi feladatának ismételt idecítálása sem. Az Alkotmány 67. §-a rögzítette, hogy *a Magyar Köztársaságban minden gyermeknek joga van a családjá, az állam és a társadalom részéről arra a védelemre és gondoskodásra, amely a megfelelő testi, szellemi és erkölcsi fejlődéséhez szükséges.* Az új Alaptörvény XVI. cikkének (1) bekezdése tartalmazza ezt a jogot – igaz, külön kötelezettek megjelölése nélkül. Nem lehet elégszer hangsúlyozni, hogy a gyermeket mint embert, minden alkotmányos alapvető jog megillet, de életkorából és eltérő érettségi szintjéből, mindezekből következő speciálisan védendő helyzetéből, azok biztosítása

a felnőtt társadalomra hárul – a korábban hatályos Alkotmány kifejezett államcélként is jelölte meg az ifjúságvédelmet, valamint annak címzettjeként határozta meg a családot, a társadalmat és az államot. Az OBH 2057/2008. számú ügyben született jelentésében az AB gyakorlat¹ alapján – elvi érrel állapította meg az ombudsman, hogy az Alkotmány 67. § (1) bekezdésében meghatározott felsorolás (család, állam, társadalom) egyben „rangsornak” is tekinthető: a gyermeknek elsődlegesen (lehetőleg) a családtól kellene a szükséges védelmet és gondoskodást megkapnia, és ezt egészíti ki, rosszabb esetekben pedig pótolja, helyettesíti az állami intézményvédelem (gyermekvédelmi kötelezettség). Habár az Alaptörvény a korábban hatályos Alkotmányhoz képest szűkebben határozza meg a gyermekek védelmének feladatát, az Alkotmánybíróság és ombudsman korábbi gyakorlata összhangban a hazánkra érvényes nemzetközi jogi kötelezettségekkel, megalapozza, hogy a korábbi alkotmányos gyakorlat és alapjogi védelmi szint alkalmazható és fenntartható legyen.

Mindehhez kapcsolódóan az ombudsman projektje 2011-ben támaszkodott a *Gyermek jogairól szóló ENSZ Egyezmény 24. szakaszára is, amely elismeri a gyermeknek a lehető legjobb egészségi állapothoz való jogát, valamint, hogy orvosi ellátásban és gyógyító nevelésben részesülhessen.* Ez alapján a részes államok erőfeszítéseket tesznek annak biztosítására, hogy egyetlen gyermek se legyen megfosztva az ezeknek a szolgáltatásoknak az igénybevételére irányuló jogától, valamint a fenti jog teljes körű megvalósításának biztosítására, és alkalmas intézkedéseket tesznek különösen arra, hogy

a) csökkentsék a csecsemő- és a gyermekhalandóságot;

b) biztosítsák minden gyermek számára a szükséges orvosi ellátást és egészségügyi gondozást, legfontosabbnak tekintve az egészségügyi alapellátás fejlesztését;

c) küzdjenek a betegség és a rossz tápláltság ellen, az egészségügyi alapellátás keretében is, különösen a könnyen rendelkezésre bocsátható technikák felhasználásával, valamint tápláló élelmiszerek és ivóvíz szolgáltatásával, figyelembe véve a természeti környezet szennyezésével járó veszélyeket és kockázatokat;

d) biztosítsák az anyák terhesség alatti és szülés utáni gondozását;

e) tájékoztassák a társadalom valamennyi csoportját és különösen a szülőket és a gyermekeket a gyermek egészségére és táplálására, a szoptatás előnyeire, a környezet higiéniájára és tisztántartására, a balesetek megelőzésére vonatkozó alapvető ismeretekről, továbbá megfelelő segítséget nyújtsanak ezen ismeretek hasznosításához;

f) fejlesszék a megelőző egészséggondozást, a szülői tanácsadást, valamint a családtervezési nevelést és szolgáltatásokat.

¹ Lásd 995/B/1990. AB határozat, ABH 1993, 515, 528.

Az ombudsman megkereste a *Gyermekjogi Ombudsmanok Európai Hálózatát* is, hogy tájékoztatást kérjen tapasztalataikról e kérdések kapcsán, melyeket integrált jelentéseibe.

Zsinórmértékül szolgált az éves munka során az, hogy amellet, hogy egy társadalom általános fejlettségi szintjét meg lehet állapítani a népesség egészségi állapotából, illetve abból, hogy az egészség mennyire igazságosan és méltányosan oszlik meg az egyes társadalmi rétegek között, különös és sürgető aktualitás ad a gyermekek ügyének az *UNICEF 2010 novemberében napvilágot látott, a gyermekek egészségéről szóló jelentése*.²

A kutatás a gyermekek jól-létét a materiális javakhoz való hozzáféréshez, az oktatáshoz és az egészséghez kapcsolódó dimenzióban méri. Míg az oktatás kapcsán Magyarország a jobb ellátást biztosító államok között szerepel a kutatásban részt vevő 24 OECD-ország között, a materiális jól-létet tekintve már az alsó egyharmadban. Ennél is riasztóbb képet mutat az, hogy az OECD-átlagnál jelentősen rosszabb teljesítményt nyújtva a magyar gyermekek egészségállapotában mutatkozik a legnagyobb esélyegyenlőtlenség. Az egészség dimenzióját a kutatásban három indikátorral mérték a WHO Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása (2005–2006) című, 41 ország részvételével zajló, nemzetközi kutatásának³ adataiból leszűrve: (1) a gyermekek saját egészségi állapotukra vonatkozó panaszai (az elmúlt hat hónapban tapasztaltak-e 11, 13, 15 éves iskolás gyerekek: fejfájást, gyomorfájást, rossz közérzetet, rosszkedvet, idegességet, ingerültséget, alvásproblémát, szédülést); (2) az egészséges étkezés; (3) a rendszeres testmozgás végzése alapján.

A kutatás egységes módszertana és átfogó jellege miatt szociokulturális összehasonlítást is lehetővé tesz, amely a gyerekek egészségmagatartásának vizsgálatán túl információt kíván nyújtani a döntéshozók számára is.

² The children left behind. A league table of inequality in child well-being int he world's rich countries. Unicef Innocenti Research Centre. Report Card 9. http://www.unicef-irc.org/publications/pdf/rc9_eng.pdf

³ Health Behaviour in School-aged Children 2005–2006.

2. A gyermekjogi projekt éves tevékenységének bemutatása

A gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról szóló törvényben kapott felhatalmazás alapján a gyermekek alkotmányos jogainak védelmét az országgyűlési biztos a maga sajátos eszközeivel segíti. Ennek során feladata, hogy a gyermekek alkotmányos jogait érintő – tudomására jutott – visszaéléseket kivizsgálja, és orvoslásuk érdekében általános vagy egyedi intézkedéseket kezdeményezzen. Emellett a biztos kiemelt figyelmet fordít a jogsérelmek megelőzésére, az úgynevezett *proaktív jogvédelemre* is.

Ennek jegyében PROF. DR. SZABÓ MÁTÉ – gyermekjogi szakombudsmanni teendőköt is ellátva – 2008-ban a gyermekek jogainak érvényesülését fókuszba helyező alapjogi projektet indított. A projekt célja a gyermeki jogokkal kapcsolatban felmerült visszásságok feltárása, illetve a gyermeki jogok érvényesülésének elősegítése. A projektmunkát a biztos mandátumának teljes ideje alatt folytatja, minden évben más-más – a gyermeki jogok érvényesülésével kapcsolatos – témára fókuszálva tevékenységét. 2009-ben ez a téma a gyermekek erőszakkal szembeni védelme volt. Ennek keretében hangsúlyozottan vizsgáltuk az iskolai erőszak kérdését. A korábbi évekhez hasonlóan az országgyűlési biztos 2010-ben is egy, a gyermekjogok biztosításával, védelmével összefüggő kérdéskört helyezett a fókuszba, ez a kiemelt téma a család szerepe volt a gyermekek jogainak biztosításában: a gyermekek családban nevelkedéshez való joga és az állam szerepe ennek elősegítésében (támogatások), valamint az állami családpótló ellátások rendszerének működése.

2011-ben a gyermekjogi projekt tevékenységének középpontjában a gyermekek testi és lelki egészségéhez való joga állt. Ez a program nemcsak tematikájában, hanem rendezvényeiben is együtt valósult meg az ugyancsak 2011-ben meghirdetett „Beteg jogaink – Egészséges Méltóság” elnevezésű egészségügyi/betegjogi projekttel.

2.1. Műhelymunka

Az első egészségüggyel kapcsolatos projektrendezvény (*Egészségügy alapjogi szemmel*) 2011. április 28-án) aktuális témája a hazai betegjogok érvényesülésének problémáiról készült ombudsmanni státusjelentés bemutatása, valamint figyelemmel a különböző típusú ellátások speciális jellegére, a HIV fertőzöttek gondozásának akut kérdéseit elemző jelentés néhány tartalmi elemének megvitatása volt, valamint rövid áttekintést adtunk az ombudsmanok eddigi egészségügyet érintő tevékenységéről, a kérdés alapjogi aspektusairól.

A betegjogi projekttel közösen az első gyermekjogi műhelybeszélgetés 2011. június 7-én került megrendezésre, amelyen a várandósságtól a szülés körülményein át, a gyermekegészségügy dilemmáit, az egészségtudatosság mint az egészséges társadalom főbb pilléreit igyekeztünk feltárni. A rendezvény gyermekegészségüggyel kapcsolatos tematikus délelőtti Dr. NAVRACSICS TIBOR közigazgatási és igazságügyi miniszter, miniszterelnök-helyettes előadásában úgyis, mint az Európai Unió Tanácsának soros elnök országának képviselője vázlatot adott az Európai Unió gyermekjogi napirendjéről és a kormányzat szándékáról a gyermekbarát igazságszolgáltatás megteremtése, a gyermekek szexuális bántalmazása elleni fellépés szükségessége, az interneten terjedő gyermekeket károsító bűncselekmények megfékezése, az áldozatvédelem terén. Az ombudsman munkatársai bemutatták a gyermekpszichiátriai ellátással foglalkozó, a gyermekek drog- és alkoholfogyasztásával kapcsolatos jelentéseket, illetve DR. PÁSZTHY BEA a Semmelweis Egyetem docense a gyermekek EGÉSZ-ségéről, mint nemzetstratégiai kérdéstről tartott előadást, ODOR ANDREA, az ÁNTSZ Országos Tisztifőorvosi Hivatalának osztályvezetője a védőnői hálózat helyzetéről és kihívásairól beszélt, különös tekintettel a jelzőrendszer működésének kérdésére; DR. HUSZÁR ANDRÁS a Házi Gyermekorvosok Országos Egyesületének elnöke pedig a gyermekegészségügyi alapellátás gyakorlati kérdéseiről beszélt hozzászólásában.

A korábbi évek hagyományát megőrizve, a gyermeki jogok nemzetközi napjához kapcsolódóan 2011. november 25-én került megrendezésre az idei zárókonferencia az Országgyűlési Biztosok Hivatalában. DR. PÉTERFALVI ATTILA hivatalvezető köszöntőjét követően a már rendszeresen visszatérő szakmai közönségnek a gyermekjogi projektvezető bemutatta a 2011. évi gyermekjogi projektet és kiemelt vizsgálatait, majd az ombudsman munkatársai összefoglalták a többcélú gyermekotthonokról szóló átfogó vizsgálat, a szakellátásban nevelkedő gyermekek szexuális bántalmazásáról szóló vizsgálat, valamint a gyermekprostitúcióról szóló vizsgálat megállapításait. Az ombudsmani jelentésekre reflektált előadásában DR. GYURKÓ SZILVIA, a szexuális bántalmazás áldozataivá vált gyermekekkel foglalkozó ESZTER Alapítvány és az Országos Kriminológiai Intézet munkatársa; a kormányzat részéről DUDÁS ZOLTÁN a Nemzeti Erőforrás Minisztérium Gyermekvédelmi és Gyámügyi Főosztályának vezetője. DR. HERCZOG MÁRIA, a Eurochild elnöke és az ENSZ Gyermekjogi Bizottságának tagja nemzetközi kitekintést adva az ENSZ Gyermekjogi Bizottságának 2011. évi munkáját és a Gyermek jogairól szóló ENSZ Egyezmény rendelkezéseinek végrehajtásáról szóló, a Részes Államok számára kötelezően benyújtandó Jelentés és a civilszervezetek által, a kormányzati jelentést kiegészítendő Alternatív Jelentés kiemelt szerepéről adott elő.

2.2. Jogon túli eszközök

2011-ben a Nemzeti Erőforrás Minisztériumának támogatásával *sikerült megújítani gyermekjogi honlapunkat*, melynek köszönhetően mind külső formában (pl. galéria feltöltésével) mind érdemben bővültek az elérhető tartalmak. A jövő év során igyekszünk forrásainkhoz mérten továbbfejleszteni a honlapot, elsődlegesen annak interaktivitását javítva.

Kapcsolódóan a gyermekjogi honlap megújításához, próbálván felzárkózni a web 2.0 korszakhoz, 2011 nyarán a *biztos létrehozta a gyermekjogi oldal facebook-profilját* is – ennek köszönhetően a hozzánk beérkező kérdések, panaszok száma jelentősen megugrott, hetente átlagosan 2-3 kérdés érkezik a gyermekjogi honlapra.

Örvendetes tény, hogy 2011-ben az *Európa Tanács (ET) kijelölte az állampolgári jogok országgyűlési biztosát nemzeti kapcsolattartónak* (national focal point) a Nemzeti Erőforrás Minisztérium mellett, amelynek keretében a biztos közreműködik az Európa Tanács munkájának hazai megismertetésében, az ET Egyezmények ratifikációját segítő kampányokban; amely különösen a gyermekjogi munka terén jelent nagy lehetőséget (pl. külön menüpontot alakítottunk ki a gyermekjogi honlapon az ET tartalmi számára; valamint a biztos jelentéseiben is igyekszik a nemzetközi jogi kötelezettségek vizsgálatakor figyelemmel lenni az ET dokumentumaira).

Korábbi jó kapcsolatunkat továbbéltetve a biztos és munkatársai részt vesznek a Speciális Olimpiai Bizottság különféle rendezvényein is.

Az ombudsman 2011-ben immár *állandó meghívottként rendszeresen részt vett a „Legyen Jobb a Gyermekeknek!” Stratégia Értékelő Bizottságának egyeztetésein* a Közigazgatási és Igazságügyi Minisztériumban.

2011. május 4–5-én az országgyűlési biztos munkatársai a korábbi évekhez hasonlóan idén is részt vettek a *Telekom Gyerekszigeten*. Figyelemfelkeltő, ugyanakkor szórakoztató programjaink célja idén is a gyermekek és a szülők jogtudatosságának szélesítése volt, általában az emberi, és különös figyelemmel a gyermeki jogokra. A gyermekek számára érdekes, izgalmas játékokkal, feladatokkal, kvízkérdésekkel, a szülők számára informatív tájékoztatással készültünk az eseményre. Az ombudsmansátorban 2011-ben is nagy sikert aratott a *Kiskompasz* kézikönyvből kölcsönzött gyermekjogi táblásjáték óriásváltozata, a gyermekjogi honlap grafikáit felhasználó hatalmas memóriajáték, valamint a kisebbek körében az egy-egy jogot megjelenítő színezők. Tapasztalataink szerint a gyermekek fejében a különböző játékok közben számos kérdés és megfigyelés vetődik fel, amelyet így könnyebben megosztanak munkatársainkkal. A gyermekekkel történő közvetlen kapcsolatfelvételen túl ugyanakkor ez a szülők számára is remek alkalmat kínál, hogy kérdéseikre, problémáikra választ, iránymutatást kapjanak.

Elősegítendő a gyerekek véleményének – lehetőségeinkhez képesti – közvetlen becsatornázását, az idei év újdonságaként mindkét nap felállítottunk

egy-egy óriástáblát, amelyen a gyerekek üzenhettek az ombudsmannak. Az üzeneteket kiállítottuk őszi zárókonferenciánkon, az Országgyűlési Biztosok Hivatalában.

2.2.1. Előadások, konferenciárészvétel

Az ombudsman és a gyermekjogi projektben dolgozó munkatársak számos szakmai rendezvényen vettek részt előadóként, panelistaként vagy résztvevőként mind hazai, mind nemzetközi fórumokon.

PROF. DR. SZABÓ MÁTÉ, a Safer Internet Advisory Board tagja és a Nemzetközi Gyermekmentő Szolgálat hivatalos együttműködő partnere 2010 óta. Az együttműködés következményeképpen az országgyűlési biztos és munkatársai aktívan bekapcsolódtak a Nemzetközi Gyermekmentő Szolgálat koordinációja alatt működő *Safer Internet Program*⁴ magyarországi tevékenységébe. Ennek okán az ombudsman 2011 januárjában részt vett a Magyar Kiváló Online Gyermektartalom Díj zsűrizésében, illetve ezt követően a Magyar Kiváló Online Gyermektartalom Díj ünnepélyes átadásán is, a Biztonságos Internetezés napján 2011. február 8-án. A magyar soros uniós elnökségi program részeként, a Missing Children Europe és együttműködő partnerünk, a Kék Vonal Gyermekkrízis Alapítvány által megrendezett nemzetközi szakértői konferencián 2011. március 10-én az országgyűlési biztos előadást tartott a gyermekvédelmi intézményi ellátással kapcsolatos ombudsmani vizsgálatok tapasztalatairól és az eltűnt gyermekek témájában. A pozsonyi magyar nagykövetségen 2011. június 2-án tett hivatalos látogatásán az ombudsman előadást tartott a gyermekjogi munkáról *The children's rights project of the Hungarian Ombudsman* címmel.

2011. február 3-án negyven hátrányos helyzetű gyöngyösi fiatal látogatott az Országgyűlési Biztosok Hivatalába, akiket az ombudsman köszöntött, majd a munkatársak segítségével bepillantást nyertek az ombudsmani munkába is.

BALAJTI ÁGNES képviselte az országgyűlési biztost az Európai Unió 2011. november 23-án Brüsszelben tartott „6th European Forum on the Rights of the Child” című fórumán.

BENE BEÁTA részt vett a közétkeztetés témája kapcsán az Országos Tisztifőorvos által szervezett fórumon 2011. október 12-én.

GYÖRFFY ZSUZSANNA 2011. május 14-én előadást tartott a szakellátásban nevelkedő három év alatti gyermekekkel kapcsolatos ombudsmani vizsgálatról az Országos Gyermekvédelmi Konferencián, továbbá előadott „Gyermekvédelmi szolgáltatások az ombudsman szemével” címmel a VII. Országos Szociális Szakmai Konferencián 2011. november 4-én, valamint „A gyermekek jogai az

⁴ Az Európai Bizottság 1999-ben indította el Biztonságosabb Internet Akciótervet, melyet – a hosszú távú fenntarthatóság érdekében – folytatólagosan követett a 2004-ben elindított Safer Internet Plus program. www.saferinternet.hu

intézményen belül” címmel, 2011. december 10-én tartott előadást a Merlin Színházban.

KOZICZ ÁGNES részt vett „A hátrányos helyzetű népcsoportok esélyegyenlőségének biztosítása a népegészségügyi ellátásban” címmel a Magyar Faluegészségügyi Tudományos Társaság V. Konferenciáján 2011. szeptember 20-án, valamint a Magyar Testnevelő Tanárok Országos Egyesületének Konferenciáján 2011. október 15-én.

LUX ÁGNES 2011. március 10-én, az ELTE Állam- és Jogtudományi Karán, az ELTE Gyermekjogi Köre által szervezett szakmai fórumon előadást tartott az ombudsman gyermekjogi tevékenységéről. A 2011. április 29-én Szécsényben gyermekszegénység témában megrendezett konferencián az európai gyermekpolitikáról tartott előadást. 2011. május 20-án, az ELTE Társadalomtudományi Karán mesterszakos, szociálpolitika szakos hallgatók részére tartott vendégelőadást az ombudsman gyermekjogi munkájáról. 2011. szeptember 6-án részt vett és előadást tartott a „Pandóra szelencéje” nevű kutatási projekt eredményeinek bemutatására szervezett, „A gyermekek szexuális bántalmazása – jelentés a magyarországi helyzetről” című kerekasztal-beszélgetésen a Független Média-központban. A Gyermekjogi Ombudsmanok Európai Hálózatának (ENOC) 2011. szeptember 14–16. között, Varsóban tartott éves konferenciáján az állampolgári jogok országgyűlési biztosát LUX ÁGNES képviselte, és előadást tartott az gyermekvédelmi intézményekkel kapcsolatos ombudsmani vizsgálatok tapasztalatairól. 2011. október 26-án vendégelőadást tartott az ELTE Állam- és Jogtudományi Karának Gyermekjogi Jogklinikáján az ombudsman gyermekjogi tevékenységéről. 2011. november 8-án a gyermekbarát igazságszolgáltatásról és az alternatív konfliktuskezelési modellekről tartott előadást a Közigazgatási és Igazságügyi Minisztérium által rendezett „Párbeszéd a gyermekbarát igazságügyért – ha a gyermek az áldozat” címmel megrendezésre került szakmai fórumon. A Házi Gyermekorvosok Egyesületének 2011. november 18–19-én Budapesten tartott XVII. Egészségpolitikai Konferenciáján előadást tartott az ombudsman gyermekegészségüggyel kapcsolatos vizsgálatairól. 2011. november 23-án, az Országos Rendőr-főkapitányság konferenciát szervezett a rendőrök és más szakemberek részére az iskolai erőszak témájában, amelyen LUX ÁGNES előadott az ombudsman iskolai erőszakkal kapcsolatos 2009-es átfogó vizsgálatáról. 2011. december 13-án, az UNICEF Magyar Bizottsága bemutatta az internet használatról és veszélyekről frissen publikált jelentését, amelyhez kapcsolódó kerekasztal beszélgetésen adott elő az ombudsman tapasztalatairól és európai jó gyakorlatokról.

Ezekon kívül képviselte az ombudsmant számos nemzetközi konferencián, így 2011. január 27–28-án Brüsszelben az Európai Parlament „Citizen’s AGORA” „válság és szegénység” témában rendezett fórumán; 2011. március elsején az Európai Bizottság és az Európa Tanács által közösen szervezett „Shared Social Responsibility” című brüsszeli konferencián; a Eurochild, az Amici dei Bambini és az Európai Néppárt a nevelőszülői intézményről közösen rendezett „Foster

care under lenses” című konferenciáján Brüsszelben 2011. május 24-én, valamint szintén Brüsszelben, 2011. május 25–26-án az eltűnt gyermekek nemzetközi napja – és a Missing Children Europe 10. évfordulója alkalmából rendezett konferencián; valamint a washingtoni Johns Hopkins University és az International Centre for Missing and Exploited Children nevű szervezet által rendezett, egy univerzálisan alkalmazható gyermekvédelmi modelltörvény kidolgozása érdekében tartott szűk körű szakértői egyeztetésen 2011. július 17–19. között Valenciában, továbbá a Eurochild 2011. november 30. és december 2. között Cardiffban rendezett éves közgyűlésén és konferenciáján.

RAJZINGER ÁGNES „A gyermekbántalmazás jelensége az ombudsmani vizsgálat tükrében” címmel tartott előadást a Jahn Ferenc Dél-pesti Kórház szervezésében 2011. június 4-én.

2.2.2. Publikációk

PROF. DR. SZABÓ MÁTÉ – DR. BENE BEÁTA – DR. GYÖRFFY ZSUZSANNA – DR. LUX ÁGNES:

A lilliputiak jogai Gulliver országában. Az országgyűlési biztos gyermekjogi munkája. In: Takács István – Csillag Ferenc – Trencsényi László (szerk.): *Hogyan szeressük a gyermeket? Korczak és magyar gondolkodók írásai*. Budapest: ELTE Eötvös Kiadó, 2011. 143–161. o.

DR. GYÖRFFY ZSUZSANNA: Ombudsmani vizsgálat a közoktatási és gyermekvédelmi feladatokat ellátó intézményekben. *Fordulópont*, XIII. évfolyam, 53. szám, 2011/3. 96–110. o.

DR. ZEMPLÉNYI ADRIENNE: Gyermekprostitúció Magyarországon – Az ombudsman vizsgálatának tükrében. *Együtt a gyermekvédelemben* (megjelenés alatt)

DR. ZEMPLÉNYI ADRIENNE – DR. KOZICZ ÁGNES: A gyermekek iskola-egészségügyi ellátása – Az ombudsman vizsgálatának tükrében. *Együtt a gyermekvédelemben* (megjelenés alatt)

DR. ZEMPLÉNYI ADRIENNE: Gyermekmunka Magyarországon. *Család, Gyermek, Ifjúság*, 2011. január.

3. A projekthez kapcsolódó kiemelt vizsgálatok

3.1. A gyermekek drog- és alkoholfogyasztásával kapcsolatos vizsgálatról⁵

I. A vizsgálat megindulásának indokai és főbb megállapításai

Az ombudsman 2011-ben a gyermekjogi projekt keretében vizsgálta a *gyermekek drog- és alkoholfogyasztásának* jelenségét is. A drog- és az alkoholfogyasztás esetében az adatok emelkedő tendenciát mutatnak, egyidejűleg az érintett gyermekek – a kipróbálás idején betöltött – életkorának csökkenését igazolják. Az elmúlt évtized alapján hazánk, nemzetközi kitekintésben közepesen „fertőzött” országnak tekinthető. Már a kilencvenes évek második felében, az évtized elejéhez képest közel kétszeresére növekedett a tiltott szerek és/vagy inhalánsok együttes életprevalencia értéke, mely növekedés határozott, bár eltérő intenzitású volt. További fontos adat az elmúlt évekre vonatkozóan, hogy több mint negyedével növekedett a visszaélészerű gyógyszerhasználat életprevalencia értéke is.

Mindezek, továbbá a rendelkezésre álló egyéb információk alapján felmerült a gyermek védelemhez és gondoskodáshoz, valamint a lehető legmagasabb szintű testi és lelki egészséghez való jogával összefüggő alapjogi visszásság gyanúja, ezért az ombudsman az állampolgári jogok országgyűlési biztosáról szóló 1993. évi LIX. törvény (Obtv.) 16. § (2) bekezdése alapján hivatalból vizsgálatot indított.

A gyermekek drog- és alkoholfogyasztásáról rendelkezésre álló adatok

A hazánkban 2006-ban végzett az „*Iskoláskorú Gyermekek Egészségmagatartása*” (Health Behaviour in School-aged Children – HBSC) vizsgálat eredményei azt mutatták, hogy az alkohol kipróbálása mindkét nem esetében magas arányú, mely az életkor előrehaladtával folyamatosan növekszik. A legtöbben 14 éves koruk környékén kísérleteznek először az alkohollal, azonban minden hatodik fiú már 11 évesen vagy ennél fiatalabban kipróbálja az alkoholt, a lányok hasonló hányada 12 évesen teszi ezt.

A 2010. évben végzett *felmérésben*, a teljes mintában a fiataloknak mindössze 53,1%-a válaszolta, hogy még soha életében nem rúgott be. A többszöri részegség előfordulásának aránya jelentősen magasabb a felsőbb osztályokban tanuló diákok körében.

A válaszoló 9. és 11. osztályos tanulók közel egyharmada fogyasztott már

⁵ AJB 1092/2011. számú jelentés

életében valamilyen illegális szert, illetve visszaélészerűen gyógyszert vagy inhalánsokat. A kannabiszfogyasztók aránya a legnagyobb az összes droghasználó fiatal közül. A gyógyszer, valamint az alkohol gyógyszerrel történő együttes alkalmazása a második leggyakoribb szer (visszaélészerű gyógyszerhasználat), az összes többi szerhasználat együttes prevalencia-értéke ennél valamivel magasabb: 14,7%.

Hazánk helyzetének európai összehasonlítására vonatkozóan az Országos Gyermekegészségügyi Intézettől kapott válasz szerint a 2006/2007-es HBSC-kutatás⁶ arról tájékoztat, hogy a 11 éves magyar lányok 3%-a, a fiúk 6%-a minden héten legalább egy alkalommal fogyaszt alkoholt. A 13 éves lányok körében ez az arány 7%, a fiúk körében 11%; a 15 éves lányoknál 24%, a 15 éves fiúknál 35%. A 13 és 15 éves korosztály közötti ugrásszerű növekedés más országokban és más rizikómagatartásokban is megfigyelhető. Magyarország ebben a tekintetben a negyven vizsgált ország rangsorában a 21., 22. és 16. helyen, vagyis körülbelül középen helyezkedik el. Hasonló tendencia tapasztalható a részegség esetében is. Míg a magyar 11 éves lányoknak csak 1%-a, a fiúknak 3%-a volt már életében legalább két alkalommal részeg, addig a 13 éves lányok 9 és a fiúk 12%-a, a 15 évesek 32, illetve 40%-a számol be erről. Ezzel egyre rosszabb helyre kerülünk a nemzetközi összehasonlításban: a növekvő életkorral a 23., 20. és 13. helyen szerepel Magyarország.

Összefoglalva a fenti adatokat, *nemzetközi összehasonlításban Magyarország, az alkoholfogyasztás tekintetében a középmezőnyben foglal helyet, míg a fiatalok drogérinitettsége az átlagnál alacsonyabb.*

A 35 európai ország részvételével készült 2007. évi ESPAD (*The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*)⁷ vizsgálat adatai alapján Magyarországon a megkérdezett 8–10. évfolyamos fiatalok 64,1%-a dohányzott már életében (21,9% napi rendszerességgel dohányzik), 92,2%-uk fogyasztott alkoholt (az előző hónapban 55,8%-uk) és 15,9%-uk (fiúk 17,7%-a és a lányok 14,2%-a) próbált már valamilyen tiltott szert (marihuána vagy hasis, ecstasy, amfetaminok, LSD vagy más hallucinogének, crack, kokain vagy heroin). 21,2% (fiúknál 23,3%, lányoknál 19,3%) azoknak az aránya, akik biztosan droghasználati céllal fogyasztottak valamilyen szert (pl. mágikus gomba, GHB, szerves oldószerek, patron/

⁶ A HBSC kutatás 2010. évi adatgyűjtése alapján összeállított adatbázis feldolgozása még folyamatban van.

⁷ Az ESPAD-kutatás célja, hogy időben és nemzetközileg összehasonlítható adatokat gyűjtsön Európa fiataljainak dohányzásáról, alkohol- és egyéb drogfogyasztási szokásairól, mérje a fiatalok fogyasztási szokásaiban bekövetkezett változásokat, összehasonlítsa az országonként eltérő trendeket. Az első adatfelvételre 1995-ben került sor 26 európai ország részvételével, 1999-ben 30 ország, 2003-ban és 2007-ben 35 ország és több mint 100 ezer diák vett részt a kutatásban. A kutatás az iskolában tanuló 16 éves fiatalokra terjedt ki. Valamennyi ESPAD-kutatás a CAN (The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs) szervezésében, az Európa Tanács Pompidou Csoportja, valamint az EMCDDA támogatásával készült. Az ESPAD-kutatások valamennyi magyarországi adatfelvétele a Budapesti Corvinus Egyetemen készült.

lufi stb.). Az összes (tiltott és legális) szerfogyasztás életprevalencia-értéke a megkérdezett 8–10. évfolyamos diákok körében 28,3% (fiúknál 27,8%, lányoknál 28,7%).

A 2007-ben, a budapesti 8-10. évfolyamos fiatalok körében készült kutatás eredményei az országos átlaghoz képest magasabb fogyasztási arányokat mutattak. A budapesti fiatalok 22,7%-a fogyasztott már életében valamilyen tiltott szert (fiúk 25,8%-a, a lányok 19,9%-a). 28% azoknak az aránya, akik biztosan droghasználati céllal fogyasztottak valamilyen szert (fiúknál 30,7%, lányoknál 25,6%).

A Kék Vonal Gyermekkrízis Alapítvány elnöke tájékoztatása alapján 2010-ben 56 hívó (a hívások több mint negyede) 13–15 éves volt. (Ez a korosztály hívja általánosságban leggyakrabban a Kék Vonal számait.) Ebben az életkorban a drogabúzzsal kapcsolatos telefonbeszélgetések nagyon jellemző kezdése, hogy „van egy barátom...”. Sokszor sejthető, hogy egy-egy kitalált történetbe ágyazva teszik fel a gyerekek saját kérdéseiket és csak ilyen többszörös áttétellel merik megosztani problémáikat vagy azok egy részét.

A 16–19 éves korosztályt képviseli a függőséggel, szerfogyasztással kapcsolatos hívások közel fele (98), és itt már jellemző, hogy a beszélgetésből valóban egyértelműen kiderül, hogy maga a hívó rendszeres szerfogyasztó vagy más függőségben (játék, internet) szenvedőnek vallja magát.

Az ombudsman megkeresésében az OEP Finanszírozási Informatikai Főosztályától is tájékoztatást kért a rendelkezésére álló, a kábítószer-használat és alkoholfogyasztás miatt fekvőbeteg ellátásban részesült 18 év alatti személyek számával (2005–2010 közötti időszakban), esetlegesen az egy adott személyt érintő többszöri ellátások számával és az ellátás területi megoszlásával kapcsolatban.

A fekvőbeteg ellátásra vonatkozó adatsorok szerint, 2005 és 2010 között a legmagasabb betegszám az alkohol okozta mentális- és viselkedészavarok, az alkohol toxikus hatása, és szándékos önmérgezés antiepileptikum, altató-nyugtató és antiparkinson szerek következtében állt elő. Ezek közül is növekvő tendenciát mutat az alkohol toxikus hatása okán ellátásra szoruló 18 év alatti fiatalok száma (2005-ben 319 beteg, míg 2010-ben 710 beteg). Némiképpen nőtt a többféle drog- és pszichoaktív anyag használata által okozott mentális és viselkedészavar okán fekvőbeteg ellátásra szoruló betegek száma.

A járóbeteg-ellátás esetén szignifikáns eltérés mutatkozik az eset- és a betegszám között. Legtöbb esetben az alkohol okozta mentális és viselkedészavar következtében került sor járóbeteg-ellátásra a 18 év alatti személyek körében: 2005-ben a betegszám 49 269; 2010-ben 38 353; az esetszám ugyanakkor 2005-ben 177 025; 2010-ben pedig 116 691. Hasonlóan nagy az eltérés a betegszám és az esetszám között az opiátok, a nyugtatók és altatók, a cannabis és származékai, valamint az egyéb stimulánsok, illetve többféle drog és egyéb pszichoaktív anyagok használata okozta mentális és viselkedészavarok esetében; mindez arra utal, hogy feltehetően jelentős a visszaesők száma a betegek között.

Az OEP által szolgáltatott adatokkal kapcsolatban nem mellőzhetjük annak megjegyzését, hogy ezek jelentős – akár 40%-os – eltérést mutathatnak a tényleges adatokhoz képest, hiszen az egyes intézmények által alkalmazott besorolásokat a különböző finanszírozási arányok is befolyásolhatják, ezért ezek nem feltétlenül fedik a valóságos állapotot.

Az *országos rendőrfőkapitány* arról tájékoztatta a biztost, hogy a fiatalkorú bűnelkövetők között az alkohol hatása még mindig sokkal gyakoribb, mint a kábítószer hatása. 2010-ben összesen 5789 személy követett el visszaélést kábítószerrel, ami 12%-kal több az előző évben regisztráltaknál. A fiatalkorúak és a gyermekkorúak arányát tekintve érdemel említést: fogyasztói típusú magatartást 12 gyermekkorú elkövetőnél regisztráltak (2009-ben 4 elkövető, ez 300%-os emelkedés), terjesztői típusú magatartást 3 gyermek követett el. Fogyasztói típusú magatartást 564, 14–17 éves személy követett el (2009-ben 361 elkövető), amely 56%-os emelkedés. Terjesztői magatartást 30 fiatalkorú követett el, amely 25%-kal kevesebb, mint egy évvel korábban; azonban fontos kiemelni e bűncselekmény esetében a magas latenciát. Bizonyos megyékben kifejezetten negatív tendenciák figyelhetők meg, például Baranya megyében másfélszeresére, Borsod-Abaúj-Zemplén megyében pedig duplájára emelkedett a bűncselekmények száma; Budapest Rendőr-főkapitányság illetékességi területén ugyanakkor 10%-os csökkenést regisztráltak, azonban a kiskorú elkövetők aránya 13%-kal emelkedett. *A leggyakrabban előforduló kábítószeres a marihuána mellett a szintetikus anyagok, és egyre szembetűnőbb a tiltó listán nem szereplő „legális” szerek térnyerése.*

A drogprevenció szintjei és formái

A drogprevencióval foglalkozó nemzetközi kutatások több olyan veszélyeztetettségi tényezőt azonosítottak, melyek szerepet játszhatnak a veszélyes droghasználati mintázatok, illetve a szociális kirekesztettség kialakulásában. A veszélyeztetett csoportok számos szempont alapján azonosíthatóak, azonban lényeges, hogy kutatások által bizonyított oksági kapcsolat álljon fenn az adott tényező megléte és a drogprobléma kialakulása között. A veszélyeztetett csoportok tagjaival célzott preventív beavatkozások keretében foglalkoznak. Az Európai Monitoring Központ [European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA)] a következő csoportokat nevesíti a kábítószer-fogyasztás szempontjából veszélyeztetettként: gyermekvédelmi gondoskodásban élő fiatalok, iskolából kimaradók, kábítószer és/vagy alkoholproblémákkal küzdő családok gyermekei, hajléktalan fiatalok, rossz környéken élő fiatalok, etnikai kisebbségek, „partizó” fiatalok, (alkohol, kábítószer, szegénység miatt) veszélyeztetett családok gyermekei.

Hazánkban a drogprevencióval kapcsolatos teendőket központi szinten a *Nemzeti Drogmegelőzési Iroda* látja el, melynek feladatait az Országgyűlés 106/2009 (XII. 21.) OGY határozata a kábítószer-probléma kezelése érdekében készített nemzeti stratégiai programban leírtaknak megfelelően látja el.

Tevékenységeinek súlypontja mindazon hivatásos/civil szervezetek, illetve laikus kezdeményezések módszertani támogatása, amelyek részt vesznek a drogprevenció/kezelés/ártalom csökkentésének szakmai munkájában. A terepen dolgozó szervezetek/intézmények/közösségek programjainak jelentős hányada minden bizonnyal érinti a gyermekkorúakat is.

A *drogprevenció napi gyakorlata számos ellentmondással terhelt*. Nagy és nyilvánvaló ellentmondás feszül a különböző megelőzési programok és az azokat körülvevő társadalmi közeg értékvilága, megoldási mechanizmusai között. A szokványos társadalmi közeg (információhiányával, részvétlenségével, túlzottan materiális irányba tolódtott értékrendszerével, olykor hibás problémakezelési sémájával stb.) gyakran komoly kihívást jelent a más értékek, célok mentén szerveződő prevenciók tevékenységei számára. A másik probléma, hogy több prevenció program „technológiai” jellegű – elsősorban jól strukturált ismeretek átadására szorítkozik. Sok esetben a „prevenció” – mivel „drogközpontú” – a szerhasználattal összefüggésben szinte ösztönző, ötletadó hatású. Amint a vonatkozó kutatásokból kitűnik,⁸ az iskolai szinten csökkennek a megelőzésre fordítható saját anyagi és szellemi erőforrások. Másfelől viszont – örvendetes fejleményként – az iskolai megelőzésben hangsúlyosabbá váltak az általános lelki egészséget előtérbe állító (mentálhigiénés jellegű) programok.

Az országos rendőrfőkapitány az országgyűlési biztos megkeresésére tájékoztatást adott a Dohányzás – Alkohol – Dro – AIDS (DADA) programmal kapcsolatban. A DADA programról az Országos Kriminológiai Intézet 2007-ben végzett felmérést, amelynek során a kontrollcsoport és a programban részt vevő diákok a bűnözéssel, drogokkal, és a szenvedélyszerekkel kapcsolatos információhitelességét vizsgálta. A kutatás szerint nincs lényeges eltérés a két csoport információforrásai között.

A *Kék Vonal Gyermekkrízis Alapítvány elnöke* problémának látja a prevenció kapcsán, hogy az egyes programok a tiltás kérdésére fókuszálnak és (még mindig) az elrettentést tartják a prevenció legfőbb eszközének, miközben kevés figyelmet szánnak arra a kérdésre, hogy ki miért nyúl a droghoz.

Veszélyeztetettség

A szakirodalom által a drogfogyasztás szempontjából veszélyeztetettnek tekintett speciális csoportok drogfogyasztását vizsgáló kutatásokban a következő veszélyeztetett csoportok szerepelnek: pszichés problémákkal küzdő gyermekek,⁹ gyermekvédelmi gondoskodásban élő fiatalok, roma fiatalok,¹⁰ nevelőintézetben élő fiúk és elektronikus zenei partikat látogató fiatalok.¹¹

⁸ Paksi, B. (2010): A közoktatási intézmények prevenciók kompetenciáinak és tevékenységeinek változásai az utóbbi 5 évben. *Addiktológia*, IX/3, 185–215. o.

⁹ Lásd *Éves Jelentés*, 2006, 11. fejezet

¹⁰ Lásd *Éves Jelentés*, 2005, 2. fejezet

¹¹ Lásd *Éves Jelentés*, 2004, 2. fejezet

A Fővárosi Módszertani Gyermekvédelmi Szakszolgálat igazgatója által küldött tájékoztatás szerint a Fővárosi Gyermekvédelmi Szakértői Bizottság tartja nyilván a drog- és alkoholfogyasztással kapcsolatos adatokat.

A Szakértői Bizottság adatai szerint 2010. január 1. és 2011. május 1. között, 83 alkohol- és drogfogyasztással érintett fiatal vizsgálata történt. Közülük 35-en a vizsgált időszakban kerültek ki a családjukból, 48-an már korábban nevelésbe kerültek. A 77 szerhasználó közül nyolcan alkoholfogyasztók, a többiek drogokkal, illetve kábító hatású gyógyszerekkel követik el a visszaéléseket.

A pszichoaktív szerhasználó fiatalok számára a gyermekvédelemben a speciális ellátás biztosít kezelést. A fiatalok 8 fős csoportokban, nemek szerint elkülönítve kerülnek elhelyezésre olyan gyermekotthonokban vagy lakásotthonokban, akiknek erre a problémaprofilra van működési engedélyük. A gondozási helyeken a szakmai program a drogfogyasztás csökkentését, az absztinencia elérését célozza meg. A szakmai teamben pszichológus és általában addiktológus, illetve pszichiáter is jelen van. A program két évre van kialakítva. Amennyiben a fiatal kezelésére a két év nem volt elegendő, akkor a speciális ellátás az Országos Gyermekvédelmi Szakértői Bizottság javaslatára meghosszabbítható.

A Fővárosi Módszertani Gyermekvédelmi Szakszolgálat Befogadó Otthonában a BRFK Bűnmegelőzési Osztálya által kidolgozott drogreprevenációs előadások az időről időre visszatérő programok közé tartoznak (pl. „Ne tedd!” program) A munkatársak tapasztalata szerint ugyanakkor arról számolnak be, hogy ezek az előadások a már droghasználó vagy kipróbáló fiataloknál kevésbé hasznosak.

Az ESPAD-kutatások a fiatalok szerfogyasztása és a családi háttérváltozók kapcsolatát is vizsgálják. A 2003. évi magyarországi ESPAD-kutatás eredményei szerint a „lógás” miatti hiányzás mind a lányok, mind a fiúk tekintetében szignifikáns kapcsolatot mutatott a szerfogyasztás mutatóival. A családszerkezetet vizsgálva megállapítható volt, hogy a legális és illegális szerek fogyasztásával szemben óvó hatása van az ép családnak, a valamely biológiai szülő nélkül nevelkedő fiatalok veszélyeztetettebbek.

Az illegális szerhasználat tekintetében a kábítószer-használó szülők gyermekei mutatkoznak a legvesélyeztetettebbeknek.

Az egészségügyi ellátásban megjelenő, kábítószer-fogyasztás miatt kezelésbe kerülő fiatalok, egyének veszélyeztetettségéről nem álltak rendelkezésre információk a Nemzeti Drogfókuszpont számára.

Új trendek – designer drogok

Az úgynevezett designer drogok megjelenése komoly kihívás elé állította a döntéshozókat, hiszen az újfajta pszichoaktív szerek megjelenésével a jelenlegi szabályozási rendszer átláthatatlansága, a döntéshozatal lassú menete teljes mértékben megmutatkozott.

A designer-drogok a kábítószer-listákon szereplő anyagokétól kissé eltérő

kémiai szerkezetű pszichoaktív szerek, amelyek azok ellenőrzés alá vonásáig jogi következmények nélkül terjeszthetők, ennek ellenére legtöbbször a tiltott szerek piacán, olykor azok helyettesítőjeként jelennek meg. Többnyire ismeretlen összetételű növény(keverék)ek, szintetikus drogokat tartalmazó porok és „partitabletták” (KATI, GINA) melyeket különböző módokon használnak (felszívják, szippantanak, lenyelnek), annak ellenére, hogy illatosítóként, növényi füstölőként, fürdőszóként vagy kísérleti vegyszerként hirdetik és forgalmazzák őket. Ezek a szerek tehát éppen a tiltólistán szereplő anyagokétól történő kis eltérés miatt jelenhetnek meg legálisan a piacon, egészen addig, amíg azok tiltólistára történő felvétele nem történik meg. Hazánkban eddig csak a mefedron származékok kerültek fel a tiltólistára, ugyanakkor a szakértők egyöntetű véleménye szerint ma már indokolt további anyagok listára kerülése is.

Az egyes országokban különböző szabályozási módszerek alakultak ki a kábítószeres tilalmának szabályozását illetően. A generikus rendszer a kémiai hasonlóság alapján vonja a hatóanyagokat ellenőrzés alá, az analóg rendszer pedig a fiziológiai, toxikológiai hasonlóságot is alapul veszi. Az újonnan megjelenő szerek listára vételét illetően is különböző eljárások léteznek, így az általános jellegű, standard eljárás; a rapid eljárás, amennyiben egy szert sürgősen kell listára venni; illetve az *emergency procedure*, amely eljárást követően a szer csak átmenetileg (ideiglenesen) kerül ellenőrzés alá, az átmeneti időszak alatt azonban szükséges a standard eljárás lefolytatása.

Hazánkban a Kábítószerügyi Koordinációs Bizottság 2010. március 4-i ülésén 2/2010. számú határozatával döntést hozott a Kábítószer Listák Szakbizottság (a továbbiakban: Szakbizottság) felállításáról. A határozat szerint a Szakbizottság „saját véleményezési menetrendjében foglaltak szerint – kezdeményezi az illetékes hatóságoknál a szükséges vizsgálatok elindítását, szakmai vélemények bekérését, ezek alapján elvégzi a szükséges kockázatelemzést, majd szakmai álláspontjának kialakítását követően javaslatot tesz az illetékes miniszternek a tárgyalt anyag listára vételét, vagy ismert szer új besorolását illetően”.

A Szakbizottság alakuló ülésén, 2010. március 29-én felmerült a mefedron listára vételének kezdeményezése, amely végül csak 2011. január 1-től történt meg, az Európai Unió által 2010 decemberében meghozott, listára vételt elrendelő határozatát követően.

A vizsgálat megállapításai

A jelentés elkészültekor hatályos Nemzeti Drogstratégiát a kábítószer-probléma kezelése érdekében készített nemzeti stratégiai programról szóló 106/2009. (XII. 21.) OGY határozat melléklete tartalmazta. A 2010-től érvényes, a Nemzeti Stratégiához kapcsolódó cselekvési program Kormány elé terjesztése azonban nem történt meg. A jogbiztonság követelményének érvényesülésével kapcsolatban mindenekelőtt arra a kérdésre kell kitérni, hogy noha rendelkezésre állt a hatályos Nemzeti Drogstratégia, amelyet az Országgyűlés elfogadott, és amelynek egyik célkitűzéseként jelenik meg a gyermek- és ifjúsági

addiktológia kialakítása, azonban az erre vonatkozó cselekvési tervet nem fogadta el a Parlament.

Tekintettel arra, hogy új drogstratégia kidolgozására és elfogadására, valamint az azok végrehajtását szolgáló akciótervek kidolgozására a jelentés elkészültéig nem került sor, nem állt rendelkezésre a szakma számára követendő szakmapolitikai stratégiai döntés. Ennek hiánya a szóban forgó területen teljes szabályozatlanságot eredményez. Ebből következően az ombudsman megállapította, hogy a keretnormák hiánya a jogállamiság elvéből levezethető jobbiztonság követelményével összefüggő visszásságot idéz elő.

Az ombudsman jelentésében megállapította, hogy a gyermek- és ifjúsági addiktológia területén túlmenően is szabályozatlan helyzet nemcsak a gyermekek addiktológiai ellátásával, hanem a felnőtt addiktológiai ellátás vonatkozásában is visszásságot okoz a jogállamiság elvéből fakadó jobbiztonság követelményével összefüggésben.

A vonatkozó jogi szabályozás áttekintése alapján a kábítószerre és pszichotróp anyagokra vonatkozó szabályozás igen összetett, szerteágazó és a jogszabályok (beleértve a kábítószeres és pszichotróp anyagok beszerzésére, raktározására, forgalmazására vonatkozó szabályokat) a területen dolgozó érintett szakértők számára is nélkülözik az egyértelmű iránymutatást az alkalmazandóság, a követendő eljárás tekintetében.

Ennek kapcsán ki kell emelni, hogy az egyébként más rendelkezéseiben hatályon kívül helyezett, az emberi felhasználásra kerülő gyógyszerekről szóló 1998. évi XXV. törvény – a korábbi Gyógyszertörvény – melléklete tartalmazza azon anyagok jegyzékét, amelyek nem a Pszichotróp Egyezmény alapján minősülnek kábítószerrel egy tekintet alá eső veszélyes pszichotróp anyagnak.

Az úgynevezett designer drogok megjelenésével összefüggésben a jelentés utalt arra, hogy az egyes országokban különböző szabályozási módszerek alakultak ki az újonnan megjelenő szerek listára vételét illetően. Így az általános jellegű, standard eljárás; a rapid eljárás, amennyiben egy szert sürgősen kell listára venni; illetve az emergency procedure, amely eljárást követően a szer csak átmenetileg (ideiglenesen) kerül ellenőrzés alá, az átmeneti időszak alatt azonban szükséges a standard eljárás lefolytatása.

Magyarországon nincs sem ún. rapid, sem pedig emergency eljárás az egyes hirtelen, nagy számban megjelenő szerek listára vétele vonatkozásában, így a döntéshozatali rendszer nem teszi lehetővé az adott szer megjelenése esetén az arra való gyors reagálást.

Az előzőek alapján a jelentés megállapította, annak ténye, hogy a veszélyes új szerek – így az úgynevezett designer drogok – listára vételét illetően hazánkban nincs az új szerek listára vétele vonatkozásában gyors reagálást lehetővé tevő, sürgősségi eljárás, a jogállamiság elvéből fakadó jobbiztonság követelményével összefüggő, valamint az Alkotmány 67. § (1) bekezdésében szabályozott a gyermek védelemhez és gondoskodáshoz való joggal összefüggő visszásságot okoz.

A területen dolgozó szakértőktől érkezett jelzések szerint ugyancsak a designer drogok visszaszorítását eredményezhetné, ha a gyógyászati felhasználással nem rendelkező, illegális forgalomban megjelent, a visszaélés szempontjából veszélyes új szer – így a designer drogok alapjául szolgáló vegyi anyagok,

növényi tápszerek, fürdőszó stb. – forgalmazása, árusítása külön engedélyhez kötött lenne, amelynek beszerzése a jelenlegi szabályozás szerint nem szükséges. A szakértőkkel folytatott személyes egyeztetések alkalmával ugyancsak felmerült, hogy az új designer drogok elleni küzdelem hatékonyságának növeléséhez is szükség lenne a KKB szakbizottság munkájának minél intenzívebb segítésére, a szabályozás megváltoztatásához a KKB Jogi Szakbizottságának összehívására és hatékony működtetésére.

A tapasztalatok alapján, melyeket a megkeresésekre adott válaszok is megerősítettek, gyermek- és ifjúsági addiktológia mint önálló ellátási forma nem létezik Magyarországon, nevesített formában sem. Az *Egészségügyi Szakmai Kollégium Addiktológiai Tagozatának tájékoztatása szerint* az Országos Addiktológiai Centrum 2010-ben előkészített egy komplex programot, az addiktológiai problémával küzdő gyermekek és serdülők egészségügyi ellátása javításának érdekében, amelynek részét képezte volna a hazai gyermek- és ifjúsági addiktológiai ellátás áttekintése, a kezelés szempontjából fennálló szükségletek feltérképezése és a hazai ellátás szakmai, intézményi környezetének fejlesztése, illetve javaslatétel a hazai intézményrendszer kialakításával kapcsolatban. Sajnos a program megvalósítása adminisztratív okokból elmaradt.

Megoldatlan probléma a 16 év alattiak addiktológiai rehabilitációja, mivel a jelenleg szociális intézményként működő drogrehabilitációs intézetek csak ezen életkor felett vehetnek fel betegeket, illetve, csak ekkor kapnak finanszírozást. 15 év alatti személy csak az állami gondozás rendszerébe kerülve és ezt követően speciális lakásotthonban elhelyezve (Alsónémedi, Szedres), vagy gyermek- és ifjúsági pszichiátriai osztályon, egészségügyi keretek között (mely kevésbé alkalmas a súlyos szerhasználók terápiájára) kezelhető.

Az NCsSzI rendszerében működő Addiktológiai Módszertani Munkacsoport kidolgozott egy tanodaként működő, bentlakásos, terápiás jellegű kollégiumot és hozzá tartozó iskolát, mely alkalmas lehetne az enyhén problémás (de környezetükből kiemelni szükséges) fiatalok kezelésére, míg a legsúlyosabbak (inkább rehabilitációra, mint rehabilitációra szoruló fiatalok) a jelenleg működő rehabilitációs intézményekbe kerülhetnének (intézményenként 2–4 fő), a megfelelő finanszírozás biztosítása mellett.

A kábítószer-alkohol problémákkal küzdő gyermekek ambuláns egészségügyi- és szociális alapszolgáltatásba kerülése lehetséges ugyan, azonban kevés a megfelelő képzettségű szakember (gyermekpszichiáter, addiktológiai szakpszichológus stb.), így ez az ellátási rendszer is komoly hiányosságokkal küzd.

Természetesen nemcsak a rehabilitáció okoz gondot, hanem az akut ellátás is, és az ambuláns kezelési igény sem elégíthető ki megfelelően. Ez a megállapítás sajnálatosan az addiktológia minden területére értendő, noha az alkohol tekintetében csak az akut intoxikáció ellátása ütközik problémába.

Országosan az akut detoxikálás sürgősségi osztályokon, gyerek intenzív osztályokon-részlegeken történik, természetesen csak azokban az intézményekben, ahol ezek rendelkezésre állnak. Amennyiben nincs elérhető toxikológus

szakorvos, gyakran felnőtt pszichiátereket hívnak konzíliumba (felnőtt pszichiáter gyerekeknek gyógyszeres javaslatot elvileg nem adhat), megvonási tünetek kezelésére – kórházi osztályos kezelésre – „elvileg” szintén nincs lehetőség, de felnőtt pszichiátriai osztályok kényszerűségből átmenetileg kezelnek 14 év feletti fiataalt, akit aztán, ha van fogadókészség, át tudnak adni gyerekpszichiátriára.

Az ambuláns ellátás terén hasonló a helyzet, itt problémaként felmerül továbbá az is, hogy felnőtt pszichiáter-addiktológus – legalábbis gyógyszeresen gyereket nem kezelhet, a gyermekpszichiáterek drogfogyasztó gyerekeket nem fogadnak terápiába – felnőtt addiktológus nem utasíthat el elterelésre jelentkezőt.

A kialakult szakmai vélemények alapján megállapítható, hogy a jelenlegi visszás helyzet javítása érdekében legelsősorban a gyerekorvosok, gyerekpszichiáterek pszichológusok addiktológiai képesítettségét lehetne javítani, fontos lenne érdekeltté tenni a szakembereket az addiktológiai szakvizsga megszerzésére, de legalábbis átmeneti megoldásként a gyermekgyógyász-pszichiáter-pszichológus képzettség követelményei közé be kellene iktatni az alapszintű addiktológiai szakismeretek megszerzését is.

Az Egészségügyi Szakmai Kollégium Addiktológia Tagozatának álláspontja szerint a gyermek- és ifjúsági ellátórendszer problémái – az egészségügy keretein belül, az állami ellátásban dolgozó szakemberek számára gondolva – elsődlegesen e területen észlelhető súlyos szakemberhiányból fakadnak. Ehhez adódik hozzá gyakran az optimális tárgyi feltételek hiánya.

Általános tapasztalatként jelenik meg, hogy addiktológiai szakmai szempontból a mai kor igényeinek jobban megfelelné a betegek számára nagyobb szabadságot biztosító, alacsonyabb költségigényű, a társadalomban jobban elfogadott, kevésbé stigmatizáló, lakosság közeli ún. „nappali kórház” ellátási forma, komplex rehabilitációs módszerekkel.

Megállapítható, hogy a gyermek- és ifjúsági pszichiátriai ellátás strukturális szervezési, illetve humán erőforrás gondokkal küzd. A gyermekek ellátásában részt vevő egészségügyi, szociális és oktatási intézményrendszerek egymástól elszigetelten működnek, a rendszerek közti átjárhatóságot gyakran bürokratikus akadályok is nehezítik, így működésük alacsony hatásfokú.

Mivel a gyermekaddiktológiai ellátás intézményesen jelenleg gyakorlatilag nem létezik, az intoxikált gyermekeket és serdülőket a toxikológiai vagy sürgősségi gyermek-felnőtt osztály látja el, de ezt követő ambuláns vagy osztályos kezelésük ad hoc jellegű. Ha van társuló pszichiátriai betegségük, a gyermekpszichiátriákon (ahol van) látják el őket, de az egyre emelkedő számú fiatal szerfüggők rehabilitációja, egyáltalán nem megoldott. Néhány városban működik ifjúsági drogcentrum, de ezek inkább a fiatal felnőttek (18–28 évesek) ellátására specializálódtak.

Az ifjúsági alkohol-/drogambulanciák az eseteket 16 éves kor felett fogadják, ugyanez vonatkozik a rehabilitációra is. A 18 év alatti alkohol és drog intoxikált

betegeket a gyermek/felnőtt detoxikálók, sürgősségi ambulanciák, osztályok ellátják, de ezt követően gondozásuk esetleges. Ha felmerül valamilyen egyéb pszichiátriai probléma/betegség az intoxikáció hátterében, akkor a hiányos, túlterhelt gyermekpszichiátriai ellátásra bízják.

Fontos felhívni a figyelmet a gyerekkori drog és alkoholfogyasztás, szenvedélybetegségek felismerése terén a *jelzőrendszer* kiemelt szerepére. A gyermekvédelmi szakma tapasztalatai alapján a jelzőrendszer működésének egyik sarkalatos kérdése a szubjektivitás. Egyes szakemberek néhány üveg elfogyasztott alkoholt, illetve egy-két kipróbált kábítószerrel droghasználatának ítélik meg, míg mások a visszatérő szerhasználatot is kamaszkori sajátosságként kezelik, ezért a jelzések a gyermekvédelem irányába nagy különbözőséget mutatnak. Emiatt előfordul, hogy a kipróbáló fiatal kötelező elterelésre jár, míg a függőség felé haladó kamasz eltűnik a szakemberek elől és semmilyen segítséget nem kap.

Budapest Főváros Önkormányzatának Módszertani Gyermekvédelmi Szakszolgálat igazgatójától kapott tájékoztatás kiemelte a jelzőrendszer működésének sarkalatos kérdéseként az információhiányt is, amely az újabb bódításra alkalmas szerek piaci feltűnése következtében állt elő. Ezeknek az újonnan megjelenő szereknek a hatása a szakemberek számára is nehezebben felismerhető, a „becenévvel” ellátott drog nehezebben beazonosítható. („Kati”, „Ica”, „mp4”, „Gina”)

Különösen súlyos droghasználat esetén a speciális ellátást minisztériumi fenntartású speciális gyermekotthon biztosítja. A program ez esetben is két éves, amely szükség esetén szintén hosszabbítható. Néhányszor, magasabb életkorban és erős motiváció esetén, a fiatalok felnőtt drogrehabilitációs otthonba is kerülhetnek. Rehabilitációjuk a felnőtt korúakkal azonos módon történik.

Intézkedések, miniszteri válasz

Az ombudsman nagy terjedelmű jelentése a többi között felveti, hogy a gyorsan megjelenő úgynevezett designer drogokat másutt akár sürgősségi eljárással is nyilvántartásba veszik. A jelentésében kiemelte, hogy a jelenlegi döntéshozatali rendszerben Magyarországon ma nincs lehetőség a gyors reagálásra, amennyiben új drogfajta jelenik meg. Emiatt a biztos a nemzeti erőforrás miniszterhez fordult, és felkérte őt, hogy fontolja meg a designer drogok listára vétele, a sürgősségi eljárás, valamint a veszélyes szerek forgalmazásának, engedélyezési szabályainak kidolgozását és a feladatok végrehajtásába vonja be az érintett társadalmi szervezeteket is.

Figyelemmel a hazai gyermekaddiktológiai, gyermek- és ifjúságpszichiátriai, valamint egyéb társult szakmabeli ellátás tényeire és következtetéseire, az ellátó rendszer hiányaira, és a finanszírozási ellentmondásokra, a biztos felkérte a kormányt, hogy tegyen sürgős és hathatós lépéseket a gyermekaddiktológiai ellátás megteremtésére és a kapcsolódó gyermek- és ifjúsági pszichiátriai ellátás problémáinak haladéktalan megoldására, továbbá, hogy kezdeményezze soron kívül a kábítószer-probléma kezelésére készített Nemzeti Droghasználati Stratégia

akcióterveinek kidolgozását és elfogadását, vagy kezdeményezzen új Nemzeti Drogstratégiát, tekintse át a teljes kábítószerügyi szabályozást.

A *nemzeti erőforrás miniszter* válaszában lényegében a fenti hiányosságokat teljes mértékben elismerte, és arról tájékoztatott, hogy éppen ez indokolja azt, hogy a Kormány által elfogadott Semmelweis Terv is kiemelten foglalkozik a gyermekpszichiátria ellátás fejlesztésének koncepciójával. A Semmelweis Tervben az államtitkárság térségenként koncentráltan, de nem feltétlenül a térségi központban javasolja a gyermekkort érintő szakmacsoportok és szubspecialitások, közöttük nevesítve a gyermekpszichiátriai ellátás megszervezését.

A Drogstratégiával kapcsolatosan a miniszter kifejtette, hogy az Európai Unió Drogstratégiáját (2005–2012) és a hozzá kapcsolódó cselekvési tervet meghatározó dokumentumnak tekinti a hazai drogügyi koordináció. Mindamellet, hogy az aktuálisan érvényes Drogstratégia illeszkedik az uniós dokumentumban foglaltakhoz, a jelenlegi Kormány új stratégia kidolgozása mellett döntött, mivel szükségesnek tartja, hogy a prevenció és az egészséget támogató szemlélet még nagyobb hangsúlyt kapjon a drogpolitikai irányelvek meghatározásában. A magyar kormányzat a multidiszciplináris, komprehenzív, a kereslet- és kínálatcsökkentés egyensúlyára építő szemléleti keretben végzi az uniós szintű drogpolitikai folyamatokban történő részvételt.

Kifejezetten a 18 éven aluli korosztályt célozzák az oktatási-nevelési intézményekben zajló univerzális és célzott prevenció programok, amelyek az iskola pedagógiai programjára, illetve az annak szerves részét képező iskolai egészségfejlesztési, egészségnevelési feladatokra, továbbá az abban megfogalmazott drogstratégiára épülnek. Az iskolai programok feltárására irányuló kutatás eredményei alapján elmondható, hogy egy átlagos tanévben a prevenció s foglalkozások összesen mintegy 310 ezer diákot érnek el, amely a közoktatási intézményekben tanuló diákok összlétszámát tekintve azt jelenti, hogy az országosan az 1–12. évfolyamos diákok közül évente körülbelül minden negyedik diák vesz részt valamilyen drogprevenció célzattal (is) zajló programban.

A miniszter szerint kétségtelen, hogy növekedő igény és szükséglet mutatkozik a 16 éven aluli korosztály megfelelő ellátására, lépéseket kell tenni az egyenlőtlenségek csökkentésének, a komplex fejlesztés elősegítése céljából: az addiktológiai és pszichiátriai rehabilitációt nyújtó szervezetek az Új Széchenyi Terv Regionális Operatív Programja keretében pályázhatnak támogatásra. A pályázat során szakmai prioritásként a pszichiátriai és addiktológiai rehabilitációs szakterületen fekvőbeteg szakellátást nyújtó szolgáltatók fejlesztései, illetve az ezen egységekhez kapcsolódó integrált járóbeteg-szakellátás fejlesztések támogathatók.

A jelzőrendszer működésbe lépésével kapcsolatban a miniszter kifejtette, hogy a Gyermekvédelmi Törvény nevesíti azokat az intézményeket, személyeket, akik a gyermekvédelmi jelzőrendszer keretében jelzéssel élhetnek a gyermek veszélyeztetettsége esetén a gyermekjóléti szolgálat felé, illetve hatósági eljárást kezdeményezhetnek a kiskorú önmagát veszélyeztető magatartása esetén.

II. Az európai gyermekjogi ombudsmanok válaszai az állampolgári jogok országgyűlési biztosának kérdésére a gyermekek drog- és alkoholfogyasztására vonatkozóan

Horvátország

A horvát gyermekjogi ombudsman hivatala fennállása óta hangsúlyozza, a drog- és alkoholfogyasztással, valamint a dohányzással kapcsolatos preventív programok támogatása mellett, hogy a vendéglátásról szóló törvény és a kereskedelmi törvény rendelkezéseinek hatékonyabb végrehajtására van szükség (ez utóbbinak megfelelően ugyanis tilos kiszolgálni a 18 évnél fiatalabb személyeket alkoholtartalmú italokkal a vendéglátóipari egységekben, és eladni alkoholtartalmú italokat ezeknek a személyeknek). Problémásnak találja a társadalom megengedő hozzáállását a fiatalok alkoholfogyasztása terén, valamint sérelmezi az alkoholdermékek széles körű reklámozásának engedélyezését. Az ombudsman azt javasolta, hogy a közrend fenntartásáról szóló új törvénytervezetnek tartalmaznia kell egy olyan rendelkezést, amely szerint a kiskorúak nyilvános alkoholtartalmú ital fogyasztását mint vétséget kell szabályozni, amely megnyitja a lehetőséget a javító intézkedéseknek is. Az alkoholfogyasztáson, a dohányzáson és a kábítószer-használaton kívül, a függőség jelensége egyre gyakrabban jelent problémát a szerencsejáték, a fogadás és a számítógépes játékok esetében is. A függőség problémája nem oldható meg csak szankciókkal. Fontos a gyermekek számára olyan tartalmakat ajánlani, ami távol tartja őket függőségük tárgyától, ezért meg kell szervezni értelmes módon a szabadidejüket, és szükség van a különböző hatékony preventív programokra is.

Szerbia

Annak ellenére, hogy a szerb gyermekjogi ombudsman-helyetteshez még nem érkezett drog- és alkoholfogyasztással vagy dohányzással összefüggő panasz, tekintettel a jelenség egyértelmű létezésére és fontosságára, arról tájékoztattott, hogy a gyermekek védelemhez való joga érdekében az új gyermekjogi törvénytervezet szigorúbb rendelkezéseket tartalmaz a drog- és alkoholfogyasztás, valamint a dohányzás és más tudatmódosító szerek használatára vonatkozóan.

Franciaország

A francia gyermekjogi ombudsman 2007. évi tinédzserekről szóló tematikus jelentése szerint Európa egyik leveszélyeztetettebb országa Franciaország, ahol a fiatalokat érintő függőségek ismertebb formái külön-külön, vagy összetett formában (poliaddikció) is jelen vannak. Az alkohol, a dohánytermékek vagy a különféle drogszármazékok használata 17%-kal emelkedett 1997 óta. (Ez a szám 2007-ben elérte az iskoláskorúak 34%-át). A szerek használatának növekedési rátája a középiskola végére éri el csúcát, annak ellenére, hogy az

állami és civil szervezetek preventív kampányokat, színes, informatív honlapokat használnak az általános tájékoztatásra és addikció veszélyeire való figyelemfelhívásra.

Még így is előfordul, hogy az alkohol, a dohányzás, de legfőképpen a kábítószer-származékok tinédzserkori használatáról gyakran félretájékoztatják a közvéleményt. Sokszor vonnak le téves következtetéseket, hogy „az ilyen szerrel élők száma összességében nem is magas”, továbbá, hogy „a fiatalok csak lázadásból próbálják ki ezeket a szereket”. Holott számokkal igazolt tény, hogy Franciaországban a legmagasabb a 12 és 18 év közötti kábítószer-fogyasztók aránya. Minden második 18 éves kipróbált már valamilyen kannabiszszármazékot is. Az összes alkalmi fogyasztó 36,8%-a fiú, míg 28,8%-a lány. A fiatalok saját bevallásuk szerint kb. 50 alkalommal fogyasztanak drogot évente, miközben tisztában vannak a drogfogyasztás negatív hatásaival. A 16 évesek 64%-a káros szenvedélynek, és az egészségre károsnak tartja ugyan a kannabiszszármazékok fogyasztását, ennek ellenére rendszeresen él velük.

Az alkalmi fogyasztók elsősorban ecstasyt, más kokain és amfetamin származékokat használnak legalább egyszer egy hónapban, mivel alkalmazásuk „feldobja a hangulatot és segít ellazulni” a szórakozóhelyeken vagy házibulikokon.

A másik jellemző „élvezeti cikk” a cigaretta, melynek fogyasztása tekintetében azonban már csökkenés figyelhető meg az elmúlt években. Míg a 14 és 17 év közöttiek 99%-a kipróbálta már életében egyszer a cigarettát, addig a rendszeres fiatalkorú fogyasztók száma lecsökkent 23,4%-ról 17%-ra, köszönhetően a felnőtteknek is szóló óriási ellenkampánynak és a határozott politikai fellépésnek (pl. a dohányzók középületből való kitiltása, valamint a cigarettaárak jelentős megemlése). A kevesebb felnőtt fogyasztóval arányosan kevesebb gyermek gyújt rá rendszeresen.

Nagyobb veszélyt jelent azonban a vény nélkül is beszerezhető pszichotróp gyógyszerek egyre nagyobb mértékben való használata. A 16 évesen valamilyen nyugtatót használó francia fiatalok száma Európában a harmadik legtöbb. Ami még meglehetősen meglehetősen rossz adat, hogy az öngyilkosságot elkövető fiatal lányok 85%-a használ ilyen készítményeket.

A rendszeresen, jelentős mennyiségű alkoholt fogyasztó fiatalok száma ijesztő adatokat mutat: egyre korábban kezdik, s a fogyasztott mennyiség is egyre több. Nem ritka jelenség Franciaországban a 12-13 éves etilkomás beteg; a 15 és 19 éves korosztály pedig legalább négyszer lesz totálisan részeg évente. Ennél magasabb mutatószámokkal csak Nagy-Britanniában és Finnországban találkozhatunk.

Az „alkoholfogyasztás-motivációja” továbbra is kutasok tárgyát képezi. A mértéktelen ivásnak („binge-drinking”) több szociális oka lehet: a rossz családi háttér, a hétköznapi életből való kiszabadulás („egy pillanatnyi másállapot iránti vágy”), vagy a barátoknak való megfelelés egyaránt szerepel az alkoholfogyasztás motivációjának listáján. Az egészségkárosodás mellett több más ve-

szélyforrást is magában rejt a bódult vagy más állapot, gondoljunk például az autóvezetésre.

2007 júniusában a francia ombudsman az alábbi javaslatokat nyújtotta be a probléma megoldásának elősegítése érdekében a francia Egészségügyi Tanácsnak:

- a fiatalok szeszitalokhoz való hozzáférési lehetőségeinek csökkentése;
- a dohányzás-ellenes kampányhoz hasonló típusú és mértékű kampány az alkohol- és drogfogyasztás terjedésének megakadályozására;
- az alkohol- és drogfogyasztásra külön adók kivetése;
- kórházak és egyéb speciális addiktológiai intézmények létrehozása, szakemberek képzése az ilyen jellegű gondokkal küzdő tinédzserek segítésére és kezelésére;
- a nyugtatók és egyéb pszichotróp gyógyszerek hozzáférhetőségének szigorúbb szabályozása.

Az ombudsman a korai beavatkozás fontosságának hangsúlyozása mellett tinédzserek részére országsszerte felállítandó központok létrehozására tett javaslatot; ezeknek a központoknak könnyen elérhetőnek, ingyenesnek, szülői beleegyezéshez nem kötöttnek kell lenniük, ahol a problémákkal küzdő gyerekek szakszerű és komplex segítséget kapnak.

E probléma megoldásához nemcsak az érintettek aktív részvétele szükséges, hanem az egész társadalom együttes fellépése is.

Norvégia

A norvég gyermekjogi ombudsman az ENSZ Gyermekjogi Bizottságának 2009-ben benyújtott Alternatív Jelentésében a „Kizsákmányolás áldozatává vált gyermekek, a testi és lelki felépülés és társadalmi reintegrációhoz való joggal” kapcsolatos fejezetben tér ki a tiltott kábítószeres használatára, az ENSZ Gyermekjogi Egyezményének vonatkozó 33. cikkéhez kapcsolódóan.

A gyermekek által használt anabolikus-androgén szteroidokra (doppingszerek) vonatkozó jelenleg elérhető adatok nem elegendők. A gyakorlatban dolgozók tapasztalata szerint a fogyasztás egyre nő. A gyermekjogi ombudsman szerint a hatóságoknak kiemelt figyelemmel kell kezelni a szervezett sportoláson kívüli dopping-szer-fogyasztás elleni küzdelmet, mind prevencióra, mind a rehabilitációra nagyobb figyelmet kell fordítani. Az ombudsman azt kéri a Gyermekjogi Bizottságtól, hogy a részes feleket hívja fel arra, hogy minél több információt kell gyűjteni a gyermekek szerfogyasztása terén.

Az ombudsman nem kapott kifejezetten alkohol- és drogfogyasztással kapcsolatos panaszokat, azonban megosztotta, hogy információi szerint a gyermekaddiktológiai ellátás nem megfelelő az országban. Munkája során támaszkodik a SIRUS alkohol- és drog kutatóintézet felméréseire is (www.sirus.no).

Svédország

A gyermekjogi ombudsman éves jelentése nemcsak az adott év munkáját foglalja össze, hanem előtérbe helyez bizonyos kiemelt kérdéseket és problémákat, ahol a gyermekjogi ombudsman módosítási javaslattal kíván élni a jogalkotás terén. A 2004. évi jelentés kiemelt témája a kábítószerfogyasztás volt, és az ombudsman arra kérte a gyermekeket és fiatalokat, hogy saját véleményüket is fejtsek ki az alkoholról, a kábítószerekről és dohányzásról.

A 2004. évi témaválasztást indokolta, hogy az ombudsmannal folytatott beszélgetések során visszatérő kérdéskört ölelt fel a drogprobléma. A dohányzás, az alkohol és a kábítószer olyan terület, amelynek kapcsán sok kérdés merül fel a hozzá forduló fiatalokban: sokan aggódnak barátaik miatt, akik rendszeresen isznak és dohányoznak, míg mások úgy vélik, hogy nehezen lehet ellenállni, amikor a többiek presszionálják, és vannak, akik kíváncsiságból próbálják ki a különböző szereket.

Sok fiatal mondta el, hogy könnyen és olcsón lehet megszerezni az alkoholt és a kábítószereket. Mindössze egy telefonhívásba kerül és a szeszcsempész vagy drogkereskedő tulajdonképpen házhoz érkezik, és senki nem ellenőrzi a vevő korát. Mindezek alapján az volt az ombudsman benyomása, hogy a felnőtt társadalom nem igazán tartott lépést az e téren végbement gyors fejlődéssel.

Az alkohol- és a kábítószerhelyzet egészen más ma, mint amilyen volt néhány évvel ezelőtt. A személyes behozatalra vonatkozó új szabályok, az alacsonyabb árak, a könnyebb rendelkezésre állás, könnyebb hozzáférés miatt nőtt a felnőttek alkoholfogyasztása is, amely egyúttal azt jelenti, hogy fennáll a veszélye, hogy a fiatalok alkoholfogyasztása is nő. A drog kapcsán is megváltozott a helyzet. Az interneten a legkülönbözőbb kábítószerek vétele és eladása vált hétköznapivá. A jelenleg hatályos rendelkezések a fiatalok körében való kábítószer-használat ellensúlyozására, valószínűleg, nem bírnak elegendő visszatartó erővel.

A probléma nemcsak a szabadabb rendelkezésre állás, hanem az a tény, hogy a visszaélések ellen bevezetett megelőző intézkedések korlátozottak. Sok helyütt Svédországban nincsenek már meg azok az ifjúsági szabadidő központok, amelyek korábban léteztek. Az 1990-es évek „baby boom korszakának” gyermekei elérték a tizenéves kort, akik számára kluboknak, sportegyesületeknek, ifjúsági és szabadidőközpontoknak kellene működniük, hogy programot kínáljanak.

Az alkohol- és a kábítószer-fogyasztás elleni korábbi politika megpróbálta enyhíteni a negatív hatásokat a hozzáférhetőség korlátozása révén, a visszaélések elleni korai beavatkozással, és a függővé vált egyének kezelésével. Fontos kiemelni Svédország megszorító álláspontját – miszerint a kábítószer-birtoklás is bűncselekmény –, mert ez egyértelmű jele annak, hogy a kábítószer-fogyasztás elfogadhatatlan a svéd társadalomban.

A szabadabb hozzáférés, a terjedő globalizáció, és mind a prevencióra, mind a rehabilitációs programokra rendelkezésre álló források korlátozott volta okán a társadalom részéről erőteljesebb fellépésre és új módszerek kidolgozására van szükség. Kiindulási pontként a fiatalok saját tapasztalatainak kell szolgálniuk. En-

nek érdekében az ombudsman a vele kapcsolatban álló iskolák tanulói körében végzett kérdőíves felmérést, jelentésében 771 beérkezett választ dolgozott fel.

Amikor megkérdezték a fiatalokat a droggal kapcsolatban, a dohányzás és a narkotikumokkal összefüggő veszélyek, kockázatok kapcsán nagyfokú tudásról tettek tanúbizonyságot. Ami az alkoholt illeti, a fiatalok többsége azon a véleményen volt, hogy az egyénen múlik, akar-e alkoholt inni. Van egy másik viszonylag elterjedt tévhit az alkohollal kapcsolatban: a fiatalok úgy vélik, hogy ha nem isznak alkoholt, „lemaradnak a többiektől, hiszen mindenki iszik”. Ennek fényében is fontos annak tudatosítása, hogy a gyermekek és a fiatalok tudják, hogy sokan vannak, akik még nem próbálták az alkoholt, és nem rúgtak be.

A szülők természetesen döntő szerepet játszanak a gyermekek és a fiatalok hozzáállásának kialakításában a dohányzás, az alkohol- és a kábítószer-fogyasztás terén, mivel a fiatalok elsősorban a szülőktől várják el, hogy törődjenek velük és szabják meg a határokat. Ha a szülők túl szigorúan kezelik a gyermekek alkohollal való kapcsolatát, ez késleltetheti a gyermekek fogyasztását, de sok szülő bizonytalan ebben és fél a következményeitől és nem tudja, hol talál segítséget. Ezért is egyre sürgetőbb a szülők támogatása és annak elősegítése, hogy ők tudják tájékoztatni megfelelőképpen a gyermekeiket az alkohol-, drog- fogyasztás vagy a dohányzás hatásairól. A szülők mellett a gyermekek viselkedését befolyásolják a barátai is. Még a korábbi ombudsmani felmérések azt mutatták, hogy a dohányzás, az alkohol- és a kábítószer-fogyasztás kérdésében az iskolákban folytatott felvilágosító programok hatékonyságán javítani kell. Meg kell őket ismételni többször is, megnézni, milyen hatása volt az adott intézményben, utánkövetésre van szükség. Sok fiatal panaszkodik arra, hogy ezek a programok gyakran csak egy napra szólnak, és utána nem történik semmi.

Drog- és alkoholmentes szabadidős programokat a fiatalok maguk is keresnének. Nincs túl sok hely, ahová azok a fiatalok is járhatnak, akik nem érdeklődnek az alkohol iránt. Napjainkban különösen fontos, hogy az alkohol- és a kábítószer-problémákat komolyan vegyüek, amikor úgy tűnik, hogy a fiatalok mentális megbetegedései is egyre gyakoribbak. Az ENSZ Gyermekjogi Egyezménye kimondja, hogy a gyermekeknek és fiataloknak joga van drogmentes környezetben felnőni.

Amennyiben a gyermekjogi ombudsmanhoz a gyermekek alkohol- és drogfogyasztásával vagy értékesítéssel kapcsolatos panasz érkezik, továbbítja az információt a rendőrséghez és az illetékes gyermekvédelmi szolgálathoz, amely helyben felelős a gyermek jogainak védelméért. Ebben az esetben közvetlenül felléphetnek, és vizsgálhatják a gyermek családi és életkörülményeit. Ha bármely jogsérelem bebizonyosodni látszik, szociális munkások kezdenek a családdal foglalkozni.

A 2010. éves jelentés alapján 23 olyan panasz érkezett, amelyben a felnőttek alkoholfogyasztása, dohányzása vagy kábítószer-használata következtében állt elő a gyermeki jogok sérelme. Hat esetben kaptak panaszt, amikor gyermekek használtak valamilyen szert.

3.2. A gyermekpszichiátriai ellátás hiányosságairól¹²

I. A vizsgálat nemzetközi keretrendszere

A Gyermek jogairól szóló ENSZ Egyezményben részes államok elismerték a gyermeknek a lehető legjobb egészségi állapothoz való jogát, valamint, hogy orvosi ellátásban és gyógyító-nevelésben részesülhessen, és erőfeszítéseket tesznek annak biztosítására, hogy egyetlen gyermek se legyen megfosztva az ezeknek a szolgáltatásoknak az igénybevételére irányuló jogától.

Az Európai Unió a lelki egészség megőrzését az elkövetkezendő évtizedek legfontosabb prioritásának határozta meg, és a WHO-val együttműködve valamennyi európai országot összefogó egészségügyi programot fogadott el. (A WHO, 2005. január 12–15. Helsinkiben, Európai Miniszteri Konferencia „Európai Nyilatkozat a Mentális Egészségről – Szembenézve a kihívásokkal, megoldásokat keresve.”)

A Helsinkiben tartott konferenciát követően 2005. október 14-én útjára bocsátott Zöld Könyv (Green Paper), „A lakosság mentális egészségének javítása. Az EU mentális egészségügyi stratégiájának kialakítása” címmel.

A Bizottság konklúzióját követően, a Zöld Könyv folytatásaként jött létre „A Lelki Egészség Európai Paktuma” (LEEP). A Bizottság szándéka szerint a Paktum pragmatikus és cselekvésorientált, átlátható, szektorok közötti program. Lehetővé kell tennie a legszélesebb konzultációs folyamatot, amely a döntéshozókkal, a szakmai és civil szervezetekkel, valamint az érintett polgárokkal, illetve az őket képviselő uniós szervezetekkel, a WHO-val és más nemzetközi szervezetekkel való kooperációval történik.

Az Európai Unió 2008. június 13-án, Brüsszelben „Együtt a lelki egészségért és jól-létért” címmel megrendezett konferenciáján a tagállamok kinyilvánították, hogy elismerik, hogy a lelki egészség az emberi jogok egyike, mely képessé teszi a polgárokat arra, hogy jól-létben, egészségben minőségi életet éljenek. A lelki egészség elősegíti a tanulást, a munkavégzést és a részvételt a társadalom életében.

A konferencián elfogadott Paktum III. pontjában öt prioritási területet határoztak meg. Az I. alpont a tagállamokat a depresszió és az öngyilkosság megelőzésére szólítja fel. A II. alpont szerint az egész életre szóló lelki egészség megalapozása a korai életévekben történik. A mentális zavarok mintegy 50%-a serdülőkorban jelentkezik először. A fiatalok körében 10-20%-ra tehető a lelki zavarban szenvedők aránya, és ez az érték magasabb lehet a hátrányosabb helyzetű népességi csoportokban.

A Paktum a politikai döntéshozókat és az érintetteket cselekvésre szólítja fel a fiatalok lelki egészsége, ill. a lelki egészség és az oktatás vonatkozásában, beleértve a következőket:

¹² AJB 1298/2011. számú jelentés

- Korai beavatkozásra lehetőséget adó rendszerek kialakítása az oktatási rendszer keretei között;
- A szülői készségeket támogató programok kialakítása;
- A lelki egészséggel és jól-léttel foglalkozó szakemberek képzésének támogatása az egészségügyi, oktatási, ifjúsági és más releváns szektorokban;
- A szocio-emocionális tanulásnak a beiskolázás előtti oktatás és az iskolák tantervi és tanterven kívüli tevékenységeibe, illetve kultúrájába történő integrációjának elősegítése;
- A fiatalok bántalmazásának, megfélemlítésének, az ellenük irányuló erőszaknak, illetve a társadalmi kirekesztésnek a megelőzését szolgáló programok létrehozása;
- A fiatalok oktatásból, kultúrából, sportból és foglalkoztatásból történő részesedésének támogatása.

A Paktum V. pontja rögzítette azt is, hogy küzdeni kell a megbélyegzés és a társadalmi kirekesztés ellen, ugyanis a megbélyegzés kockázati tényezője és egyúttal következménye a mentális zavaroknak, és gátolhatja a segítségkérést és a gyógyulást.

A Paktum munkájában a meghatározott öt prioritás mentén, tematikus konferenciákon keresztül érvényesül a közösen kitűzött cél, egy lelkileg egészségesebb, gazdaságilag versenyképesebb Európa megteremtése érdekében. A Bizottság, az adott ország kormányzati szerveivel, valamint nem kormányzati szervezetekkel közösen öt tematikus konferenciát szervezett, melyek közül az elsőt „A fiatalok lelki egészsége és a lelki egészség az oktatásban” címmel Stockholmban, 2009. szeptember 29–30. között rendezték meg.

Az UNICEF a világ gyermekeinek helyzetéről szóló 2011-es jelentésében rámutat arra, hogy a becslült adatok szerint a világ fiataljainak 20%-a küzd valamilyen mentális vagy viselkedési problémával. A depresszió globálisan a legnagyobb arányban előforduló betegség a 15-19 év közötti tinédzserek körében, a 15–23 év közötti fiatalok körében pedig az öngyilkosság a harmadik leggyakoribb halálozási ok. A világon körülbelül 71 000 tizenéves követ el öngyilkosságot évente, a kísérletek száma ennek 40-szerese. A mentális rendellenességek körülbelül fele 14 éves kor alatt alakul ki, 70%-a pedig 24 éves korig.

A kezeletlen mentális egészségügyi problémák a fiatalok körében együtt járnak az alacsony iskolázottsággal, a munkanélküliséggel, a droghasználattal, a kockázatkereső magatartással, a bűnözéssel, a nem megfelelő öngondoskodással, ezek a tényezők pedig az élethosszig tartó betegség kialakulását és/vagy a korai halálozást is eredményezik.

A jelentés szerint a mentális egészségügyi problémák kialakulásának alapjául a gyermekkori bántalmazás, a családi, iskolai, szomszédosági erőszak, a szegénység, a társadalmi kirekesztettség, valamint az oktatáshoz való hátrányos hozzáférés is szolgálhat. Kockázati tényezőként jelenik meg és növeli a fiatalok veszélyeztetettségét a családon belüli erőszak, valamint minden pszichológiai problémákkal kísért társadalmi feszültség, amely humanitárius, fegyveres,

vagy természeti katasztrófa nyomán jön létre. A mentális egészségügyi problémákkal küzdő fiatalok megbélyegzése, valamint az emberi jogaik megsértése tovább erősíti ezeket a káros következményeket.

Az UNICEF értékelése alapján a mentális egészségügyi problémák társadalmi tudatosítása, valamint a fiatalok szélesebb körű szociális támogatása alapvető és nélkülözhetetlen a hatékony megelőzéshez és segítségnyújtáshoz. A tizenévesek mentális egészségének megőrzése a szülőkkel, a családdal, az iskolákkal és a közösségekkel kezdődik. A mentális problémáik hatékony enyhítésére az érzelmi nehézségek korai felismerése és a képzett – nem feltétlenül egészségügyi – szakemberek által nyújtott „pszichoszociális” támogatás lehet képes.

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

Az Egyezmény aktív szerepet szán a civil társadalomnak. Előírja, hogy a fogyatékossgal élő személyeknek képviselői szervezeteiken keresztül biztosítani kell a részvételi lehetőséget a végrehajtásra irányuló jogalkotás és politikák kidolgozása és végrehajtása során, továbbá a fogyatékos személyeket érintő kérdésekkel kapcsolatos más döntéshozatali eljárásokban, valamint az ellenőrzési folyamatok megvalósulása tekintetében. Így érvényesülhet a „semmit rólunk nélkülünk” elve, amely végigkíséri a fogyatékos emberek legkülönbözőbb mozgalmainak legkülönbözőbb akcióit. Ez az elv adta az esszenciáját a „Befogadó társadalom alapja a diszkriminációmentességgel párosuló pozitív cselekvés” címet viselő Madridi Nyilatkozatnak is, melyet az Európai Fogyatékosügyi Kongresszus 2002-ben fogadott el.

Az Egyezmény 7. cikke a fogyatékossgal élő gyermekek jogainak védelmében hangsúlyozza, hogy „a részes államok minden szükséges intézkedést meghoznak, hogy a fogyatékossgal élő gyermekek számára más gyermekekkel azonos alapon biztosítsák valamennyi emberi jog és alapvető szabadság teljes körű gyakorlását”. Az egészségüggyel foglalkozó 25. cikkben pedig „a részes államok elismerik, hogy a fogyatékossgal élő személyek jogosultak a lehető legmagasabb színvonalú egészségügyi ellátásra a fogyatékossgal alapján történő bármiféle hátrányos megkülönböztetés nélkül. A részes államok min-

den szükséges intézkedést megtesznek, hogy a fogyatékossgal élő személyek hozzáférjenek a nemhez igazodó egészségügyi szolgáltatásokhoz, beleértve az egészséghez kapcsolódó rehabilitációt. A részes államok különösképpen:

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

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

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

II. A vizsgálat megindításának indoka és főbb megállapításai

Egyre kritikusabb a gyermekek mentális állapota, a tanulási nehézséggel, magatartászavarral küzdő gyermekek száma folyamatosan növekszik. Az elmúlt évben és az idei év első felében is több 24 év alatti fiatal és gyerek kísérelt meg, illetve követett el öngyilkosságot. Ugyanakkor az akut krízishelyzetben lévő gyermekek ellátása jelenleg nem megoldott: ma Magyarországon összesen 60–70 gyermekpszichiáter dolgozik .

A Magyar Gyermekeurologiai, Idegsebészeti, Gyermekek és Ifjúságpszichiátriai Társaság Gyermekek és Ifjúságpszichiátriai Szekciójának (Gyermekek- és ifjúságpszichiátriai Társaság) elnökének véleménye szerint a gyermek- és ifjúságpszichiátriai ellátás hazánkban súlyos elmaradást mutat. A WHO a gyermek- és ifjúságpszichiáterek létszámát egy országon belül a felnőtt pszichiáterekéhez javasolja viszonyítani, és annak 20%-ában határozza meg. Bár Magyarországon a felnőtt pszichiáterek lakosságra viszonyított száma is igen alacsony – meg sem közelíti az európai elvárásokat – a hazai gyermekpszichiáterek létszáma még annak 10%-át sem éri el. Ennek ellenére a gyermekpszichiáter szakma nem szerepel a szaktárca által hiányszakmának minősítettek között, míg például a pszichiátria és a gyermekgyógyászat igen. Az elnök tájékoztatása szerint a szakorvosok nagyon egyenetlen területi elosztásban dolgoznak. A gyermekpszichiátriai ellátás multidiszciplináris team munkát igényel (gyermekpszichiáterek, klinikai gyermek szakpszichológusok, gyógypedagógusok, szociális munkások, különféle pszichoterapeuták együttműködését), s egy egyszemélyes szakrendelés ezt a feladatot ellátni nem tudja. Álláspontja szerint azokban a megyékben, ahol csupán egyetlen szakorvos van, sérül a gyermekeknek, serdülőknek és közvetve

a családoknak a megfelelő betegellátáshoz való joga. Rámutatott arra, hogy a rezidens rendszer bevezetése óta 2010-ig, a rezidenseket a kétéves törzsképzésük alatt központi (minisztériumi) keretből fizették, majd azt követően kellett a területen státust keresni nekik. A törvénymódosítást követően – 2010 óta – viszont, csak akkor lehet az egyetemeken rezidens helyet meghirdetni, ha van olyan intézet (kórház, szakrendelő), amely már a törzsképzés idejére is szerződést köt velük, és erre az időre is fizeti illetményüket. A számos nehézséggel küzdő egészségügyi ellátók lehetőleg minden területen igyekeznek leszorítani az orvosok létszámát, a legtöbb kórházban, rendelőintézetben létszámstop van, és egyáltalán nem érdekük, hogy olyan ellátásra, amellyel kapcsolatban nincs is nevesített ellátási kötelezettségük, új álláshelyeket létesítsenek. Véleménye szerint a gyermekpszichiátriai szakorvosok száma nem elsősorban a képzési idő könnyítésén vagy lerövidítésén múlik (mely 4 évnél rövidebb alap szakvizsga esetén nem is lehet), hanem azon, hogy a képzési idő alatti ki fizeti illetményüket, illetve lesz-e állásuk a szakképzés befejezésekor. E célból vagy nevesíteni kellene az ellátási kötelezettséget a törvényben, ezzel kikényszerítve az egészségügyi ellátóktól azt, hogy kérjenek az OEP-től kapacitást a gyermekpszichiátriai szakellátásra, és ennek alapján kérjenek rezidens helyeket az egyetemektől, vagy a gyermek és ifjúságpszichiátriai rezidenseket a képzési idejük teljes időtartamára központi keretből kellene finanszírozni.

A fenti álláspontot osztja a Magyar Pszichiátriai Társaság is. Továbbá a Társaság elnöke szerint nagy gondot jelent a gyermek- és ifjúságpszichiátriai sürgősségi ellátás ma Magyarországon. A közvetlen veszélyeztető magatartást mutató gyermekek egy része gyermekosztályra, a 14-18 éves korosztály felnőtt pszichiátriai osztályra kerül. Álláspontja szerint a nagy gyermekgyógyászati centrumokhoz hasonlóan biztosítani kellene, hogy gyakorlott gyermekpszichiáter álljon rendelkezésre, konzultációs lehetőséget biztosítva a gyermekgyógyászatra, illetve felnőtt pszichiátriai osztályra felvett pszichiátriai beteg gyermekek ellátáshoz.

A Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Társaság elnöke arról is tájékoztatta a biztost, hogy a regionális szakfőorvosok 2010-es jelentése szerint számos 100 000 feletti lakost ellátó kistérségben egyáltalán nem igényelnek még a nagy rendelőintézetek sem gyermekpszichiáter rezidens helyet, mert ezt a típusú szakellátást nem tartják fontosnak, s nincs törvényben megjelölt ellátási kötelezettségük nevesítve erre a szakterületre.

A fekvőbetegek ellátásának területén általában súlyos kapacitáshiány figyelhető meg. Az országban 5 olyan gyermek- és ifjúságpszichiátriai osztály van (kettő Budapesten), ahol komplett gyermekpszichiátriai team szolgálja a betegellátást, s megfelel a lefektetett minőségi követelményeknek. A Dunántúlon vagy az Észak-magyarországi régióban viszont egyetlen ilyen osztály sincs. Így ezeken a területeken helyben kiképezni sem lehet gyermekpszichiátereket. A gyermekpszichiátriai betegeket gyermekgyógyászati osztályok ad hoc ágyain vagy felnőtt pszichiátriai betegekkel együtt kezelik, minden gyermekpszichiáter

szakorvosi felügyelet vagy konzílium nélkül, ami nem felel meg a „jó orvosi gyakorlat” szabályainak. Az OPNI bezárásával a 30 ágyas gyermek- és ifjúságpszichiátriai osztály kapacitását a Heim Pál Gyermekkórház és Rendelőintézet fogadta be, az életkori határ azonban a 0–14 éves kor felé tevődött, hiányzik a 14-18 éves betegek sürgősségi ellátása, ami a korábbi pszichiátriai integrációban megvolt.

A gyermek- és ifjúságpszichiátriai ellátás jelenlegi helyzetének vizsgálata kapcsán kiderült, hogy a gyermekpszichiáter annak ellenére sem szerepel a hiányszakmák között, hogy a mindössze 60–70 ilyen szakorvos átlagéletkora magas. Sokan nyugdíj mellett praktizálnak és van olyan régió, ahol az egyetlen elérhető gyermekpszichiáter 72 éves. Egy 2009-es ombudsmani jelentés szerint a 64 gyermekpszichiáter közül tízen külföldön praktizáltak, tízen pedig nem dolgoztak a szakmában. Az elmúlt két évben összesen 14 orvos szerzett gyermekpszichiáteri szakképesítést, ugyanakkor több tapasztalt szakorvos külföldre távozott.

További probléma, hogy nem valós adatokon alapul az egészségügyi intézmények ellátási kötelezettségének szabályozása. Az ÁNTSZ szerint például ellátási kötelezettsége van a Pécsi Tudományegyetem Gyermekgyógyászati Klinikájának, amely azonban nem rendelkezik akkreditált gyermekpszichiátriai osztállyal és nincs is szakorvosa. Súlyos problémát jelent a gyermekek sürgősségi ellátása, annak beutalási rendje is. Egyrészt nagyon kevés intézményben adottak a sürgősségi ellátás feltételei, másrészt a megyei népegészségügyi szakigazgatási szerveknek nincs nyilvántartása a sürgősségi ellátóhelyekről, így szabályozni sem tudják a kérdést. Ennek következtében a beteg gyermekek ellátása sokszor teljesen esetleges és kiszámíthatatlan. De például az is probléma, hogy míg az egészségügyi törvény értelmében a szülő jogosult arra, hogy folyamatosan a pszichiátrián kezelt beteg gyermeke mellett tartózkodjon, a gyermekpszichiátriai osztályokon nem áll rendelkezésre elegendő alkalmas szoba.

A biztos megállapította, hogy *mindezek sértik az egészséghez fűződő, valamint az egészségügyi ellátáshoz való jogot, az emberi méltósághoz fűződő jogból levezethető önrendelkezés jogát, valamint az esélyegyenlőség elvét.* Az ombudsman számos jelentésében és ezúttal is hangsúlyozta, hogy a jogegyenlőség megteremtése, az egyenlő méltóságú személyként kezelés biztosítása elsődleges állami kötelezettség. Az állami beavatkozás nem fakultatív feladat az olyan emberek csoportjainál, amelyek objektíve hátrányba kerülnek valamely tulajdonságukból, állapotukból – így különösen az életkorukból, egészségi állapotukból, betegségükből – adódó sajátos, kiszolgáltatott helyzetük miatt: az állam itt köteles hatékony lépéseket tenni az eredendően és súlyosan egyenlőtlen helyzet felszámolására.

A jelentésben az ombudsman felkérte a nemzeti erőforrás miniszterét, hogy

- tegyen határozott és összehangolt lépéseket annak érdekében, hogy hazánk e jelenséggel érintett régióiban megszűnjön a gyermekpszichiátriai fekvőbeteg-és sürgősségi ellátáshoz való hozzáférés jelenlegi hiánya;

- tegyen intézkedéseket a gyermekpszichiáterek számának emelkedését

eredményező feltételrendszer kialakítása, a jelenlegi helyzetben pedig a jelzett szakterület hiányszakmává minősítése érdekében;

– vizsgálja meg milyen kormányzati eszközökkel biztosítható a szülői jelenlét feltételeinek a gyermek- és ifjúságpszichiátriai osztályokon tapasztalt hiányosságainak megszüntetése;

– a sürgősségi ellátás vonatkozásában utasítsa az Országos Tisztifőorvosi Hivatalt, hogy az a jövőben vezessen nyilvántartást a sürgősségi gyermekpszichiátriai ellátó helyekről és gondoskodjon a sürgősségi beutalási rendek valós adatoknak megfelelő elkészítéséről;

– tegyen intézkedéseket továbbá arra vonatkozóan, hogy az Országos Egészségbiztosítási Pénztár készítsen egységes és hiteles nyilvántartást az aktív gyermekpszichiáterekről, továbbá vizsgálja meg, hogy az országban működő gyermekpszichiátriai ellátóhelyek egységesen a gyermekpszichiátria számára fenntartott szakmakódon működnek-e.

3.3. A szakellátásban nevelkedő gyermekek sérelmére elkövetett szexuális bántalmazás jelenségével kapcsolatos vizsgálatról¹³

I. A vizsgálat megindításának indokai és megállapításai

A gyermekek szexuális bántalmazásának esetei ritkán kerülnek nyilvánosságra, miközben éppen a fiatal áldozatok a leginkább kiszolgáltatottak és a legkevésbé képesek érdekeik képviselésére. Az ombudsman ezt a gyakorta elhallgatott problémát és a gyermekek testi és lelki egészséghez való jogának érvényesülését is vizsgálta projektjében.

A bántalmazás különböző formái közül sokak szerint a legnehezebben tárgyalható és kezelhető a szexuális abúzus kérdésköre. Nyilvánvalóan nehézséget okoz az emberek többségének – így a gyermekekkel foglalkozó szakembereknek is – hogy beszéljenek e problémáról. Mindemellett, elfogadhatatlan, hogy a szakemberek egyöntetű álláspontja szerint még mindig nem sikerült olyan elfogadó környezetet és közállapotot teremteni, amelyben a gyermekek pszichoszexuális fejlődési szükségleteinek megfelelően mindazokat az ismereteket és készségeket elsajátíthatnák, amelyek egyrészt megvédenék őket egy esetleges szexuális bántalmazástól és/vagy annak titokban maradásától, másrészt biztosítanák, hogy a gyermekek felnőve kiegyensúlyozott módon, egészséges, ép testtudattal, fizikai integritásuk ismeretében foglalkozzanak saját szexualitásukkal.

A *szexuális bántalmazás* olyan cselekmény, amely ritkán kap nyilvánosságot, gyermekekkel szemben pedig – éppen azok védtelensége, gyenge érdekérvényesítő képessége, és az ezekből következő kiszolgáltatottsága miatt – különösen magas a latencia (a szexuális bántalmazásnál egyébként is magas a rejtve maradás az áldozat büntudata, szégyene, önvádja és környezet reakciójától

¹³ AJB 2031/2011. számú jelentés

való félelem miatt). A WHO által megfogalmazott definíció szerint „szexuális bántalmazás körébe tartozik minden olyan cselekmény, amelynek során valamely szexuális aktivitásba bevonnak egy gyermeket, ha a gyermek életkoránál, fejlettségénél fogva nem tekinthető felkészültnek, érettnak erre, illetve ha ez a magatartás ellenkezik az adott ország törvényeivel, az elfogadott társadalmi normákkal. A szexuális visszaélés megvalósulhat gyermek és felnőtt, gyermek és gyermek között, ha a gyermek kora és fejlettsége alapján feltételezhetően bizalmi vagy hatalmi viszonyban van a bántalmazottal, és e cselekmény az elkövető igényeinek kielégítésére irányul”.

A becslések szerint Európában az emberek 10–20%-a éli át a szexuális abúzus valamilyen formáját gyermekkorában, amely előfordulásának gyakorisága természetesen nagy eltéréseket mutat az egyes országokban.

A jelentés kiemeli, hogy a biztos tudomása szerint utoljára 1999-ben KOVÁCS ESZTER készítette átfogó jelleggel tanulmányt e kérdésben, amikor 20 Területi Gyermekvédelmi Szakszolgálatnál végzett kérdőíves felmérést azt körüljárva, hogy a gyermekvédelmi szakellátásban dolgozó szakemberek tudnak-e a gyermekeket ért szexuális bántalmazásról, és ha igen, mit tesznek annak érdekében, hogy segítsék őket a trauma feldolgozásában. A kérdőívet visszaküldő szakszolgálatok mindegyike beszámolt olyan gyermekről, aki szexuális visszaélés áldozata lett (összesen 138 szexuálisan bántalmazott gyermekről érkezett jelentés; akik 82%-a lány volt). A szexuális erőszak leggyakoribb formája a gyermek nemi szervének érintése, simogatása (35%), ezt követte a gyermekkel történő közösülés (22%), és a gyermek orális szexre kényszerítése (15%) volt¹⁴.

A jelentés ugyan nem részletezi a szexuális bántalmazás fajtáit, ugyanakkor megemlíti annak *büntetőjogi relevanciájú eseteit* a magyar jogrendszerben, amelyet szankcionál a Büntetőtörvénykönyvről szóló 1978. évi IV. törvény (Btk.), hangsúlyozva azt a tételt, hogy a gyermekek védelmének rendszere akkor működik jól, ha a büntetőjognak csak kivételes esetben van szerepe. A Btk. bünteti a következőket: erőszakos közösülés (197. §), a szemérem elleni erőszak (198. §), megrontás (201. §), melyek esetében minősítő tényező a fiatal, illetve gyermekkor; valamint annak esete, ha a sértett az elkövető nevelése, gondozása, felügyelete alatt áll. A Btk. bünteti a vérfertőzés tényállását (203. §), valamint a tiltott, pornográf felvétellel való visszaélés (204. §) cselekményét is.

A szakirodalom szerint¹⁵ a *szexuális visszaélések* gyakran öltik magukra a

¹⁴Lásd erről bővebben: KOVÁCS ESZTER: Mit tudunk az intézményekben élő gyermekek elleni szexuális bántalmazásokról? *Család, Gyermek, Ifjúság*, 2001/5. szám.

¹⁵Lásd a kérdésről többek között HERCZOG MÁRIA: *Gyermekbántalmazás*. Budapest: Complex Kiadó, 2007; Herczog Mária: A gyermekek elleni erőszak más megközelítésben – a bántalmazó rendszer. *Belügyi Szemle*, 2005. LIII. évf. 9. szám; HERCZOG MÁRIA – NEMÉNYI ESZTER – RÁCZ ANDREA: *A gyermekekkel szembeni szexuális bántalmazásról*. Budapest: ECPAT–UNICEF, 2001; HERCZOG MÁRIA – NEMÉNYI ESZTER – RÁCZ ANDREA: *A gyermekekkel szembeni szexuális visszaélésekről*. Budapest: Csanyi Könyvek, 2002; KOVÁCS ESZTER: Mit tudunk az intézményekben élő gyermekek elleni szexuális bántalmazásról? *Család, Gyermek, Ifjúság*, 2001/5. szám; CSEHÁK HAJNALKA – DRÁVUCZ MARGIT: Zaklatott gyermekek. *Fordulópont*, 2009/41.

gyermek együttműködésének látszatát. A gyermek azonban nem szexuális tevékenységben kívánna részt venni – még akkor sem, ha a gyermeki közeledés, érzékiség emlékeztethet arra, amit a felnőtt szexuális vonzalomnak ismer –, hanem a vele szemben visszaélő, a gyermeket félreértelmező felnőtt testi, érzelmi szeretetére vágyik, összhangot keresve a biztonságot nyújtó felnőttel. A felnőtt által félreértelmezett gesztusokkal a gyermek feltétlen szeretetét és ragaszkodását adja tudtul, melyet a felnőtt szexuális vágyainak, erotikus jelrendszerének megfelelően értelmez. Ennek a gyermeki ártatlanságnak, tisztaságnak, a felnőttel szemben tanúsított bizalomnak a megsértése, félreértelmezése a gyermekkel szembeni szexuális visszaélés. A felnőtt valamely (hatalmi, tudásbeli, helyzeti) előnyét kihasználva visszaél a gyermek bizalmával, szereztegyényét egyoldalú szexuális vágyainak kielégítésére használja. A gyermekkel szembeni szexuális visszaélés nem veszi figyelembe a gyermek vágyait, vagy azokat félreértelmezve használja fel, megkérdőjelezve ezáltal a gyermek saját énjét, megalázva őt emberi méltóságában, kétségbe vonva a gyermek érzelmi és testi, szexuális szabadságát.

A jelentés röviden kitért arra, hogy a szakirodalom megkülönbözteti a szexuális bántalmazás áldozatainak sérülései szempontjából *elsődleges (primer)* és *másodlagos (szekunder)* sérüléseket.¹⁶ Az elsődleges sérülések magából a szexuális bűncselekmény elkövetéséből erednek, míg a másodlagos károsodást a szexuális bűncselekményre való informális, illetve formális reakciók hiánya vagy elhibázottsága váltja ki.

Elsődleges pszichés és szociális sérülés lehet (1) az ún. traumatikus szexualizáció, melynek során a gyermek nemisége a normálistól eltérően, az emberi kapcsolatok tekintetében diszfunkcionálisan fejlődik (szexuális zavarok, promiszkuitás, szexualitástól való félelem; alacsony önértékelés); (2) a megbélyegzettség (stigmatizáció) érzése, amikor a gyermek személyiségéhez mikrokozonyezete olyan személyiségjegyeket rendel, mint például romlottság, szégyen, bűnös-ség; amely büntudat és/vagy szégyenérzet mellett a társadalmi elszigeteltség, esetleg öngyilkosság gondolata/kísérlete is társul; (3) az „elárulás” érzete, amikor a gyermek rádöbben, hogy a felnőtt, akire az élete volt bízva, visszaélt a bizalmával, szeretetével.

Másodlagos sérülések közé sorolható, (1) ha a bűncselekményt elhallgatják, a gyermek-áldozat elsődleges pszichikai-szociális sérülései kezelés nélkül maradnak, továbbá minden olyan trauma, amit nem kezelnek, magában hordozza az áldozat további, felnőttkori sérülésének veszélyét; (2) a sértett családtagjainak, illetve környezetének túlfűtött érzelmi reakciói és társadalmi kontroll intézmé-

szám. VELKEY LÁSZLÓ: A „megvert”, „megkínzott”, „megrázott”, „bántalmazott” gyermek syndroma. *Gyermekgyógyászat*, 1994/4. szám. *Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence*. World Health Organization, 2003.

¹⁶Lásd erről bővebben: RÁCZ ANDREA: A gyermekek sérelmére elkövetett szexuális bűncselekmények, mint a gyermeki jogok tagadása. http://static.saxon.hu/websys/datafiles/N/21/21764_Gyermekek_elleni_szexuális_buncselekmények.pdf

nyeinek dramatizált fellépése elősegítheti a bűncselekmény hibás társadalmi feldolgozását; (3) ha sem a nyilvánosság, sem a felelős hatóságok nem hisznek a gyermeknek, így a történet többszöri elmondatása által a gyermeknek újra át kell élnie a történetet.

A gyermek védelemhez és gondoskodáshoz való alkotmányos joga egyúttal az államnak a gyermek személyiségfejlődése intézményes védelmére vonatkozó köteletségét is megalapozza. Ez a rendelkezés az állam köteletségévé teszi, hogy a gyermek személyiségfejlődéséhez szükséges védelmet és gondoskodást nyújtson, ami egyrészt vonatkozik az egyértelműen káros hatások távol tartására, másrészt magában foglalja azt, hogy az állam a gyermek személyiségét, így az egész jövőendő életét meghatározó súlyos kockázatvállalást is elhárítsa.

Egy korábbi AJB-2227/2010. számú ombudsmani jelentés részletesen foglalkozott a gyermekekkel szembeni rossz bánásmód egyes aspektusaival, melynek során a biztos kiemelte, *hogy a gyermekvédelmi jelzőrendszer feladata a gyermek veszélyeztetettségének megelőzése, vagyis minden olyan tényező feltárása és kiküszöbölése, amely a gyermek testi, értelmi vagy erkölcsi fejlődését gátolja vagy akadályozza.* A veszélyeztetettség felismerése, a gyermekvédelmi jelzőrendszer működése különösen fontos a gyermekekkel való rossz bánásmód eseteinek feltárásában, mivel az akár a gyermek életét vagy testi épségét is veszélyeztetheti közvetetten vagy közvetlenül.

Fontos hangsúlyozni, hogy vannak olyan tényezők, amelyek fokozzák a gyermek áldozattá válásának kockázatát, hiszen például az érzelemszegény környezetben felnövő, a társadalmilag elszigetelten élő, állami gondoskodásban nevelkedő gyermekek hajlamosabbak a szexuális áldozattá válásra. Ennek okán különösen fontos, az állam objektív intézményvédelmi kötelezettségéből fakadóan a szakellátásban élő gyermekek érzelmi-fizikai-pszichikai biztonságának fokozott garantálása.

Ehelyütt merül fel az *intézményes bántalmazás* kérdésköre, amelyről beszélhetünk minden olyan módszer, eljárás, egyéni reakció esetén az intézményi ellátásban élő gyermekkel kapcsolatban, amely bántalmazó, elhanyagoló módon bánik a rábízottal, amely a gyermek egészségi állapotát, biztonságát, fizikai vagy lelki jóllétét veszélyezteti, bármely módon kihasználja, vagy visszaél a gyermekkel, alapvető jogainak érvényesítését akadályozza, ellehetleníti¹⁷.

Nemzetközi és hazai szakemberek egyértelműen rizikófaktornak tekintik az intézményi elhelyezést az abúzus előfordulásának szempontjából. Természetesen nagyon sokféle intézmény működik, és a szakellátásba kerülő gyermekek is különböző háttérrel rendelkeznek. Többek között a szülői gondoskodás valamely okból való hiánya (szülő halála, átmeneti vagy tartós akadályoztatása, gondozási képtelensége, szegénység vagy betegség okozta elhanyagolás, elhagyás) miatt; rossz, bántalmazó szülői bánásmód miatt; fogyatékoság, speciális szükségletek miatt; bentlakásos iskolai elhelyezés okán; bűncselekmény elkövetése

¹⁷ HERCZOG MÁRIA: *Gyermekbántalmazás*. Budapest: Complex Kiadó, 2007. 143. o.

miatt; saját hazájából valamely okból történő menekülés következtében; kísérelés nélkül menekültként, vagy más okból elhagyott gyermekként. Ezen okokból, különböző életkorban, lelki-fizikai-mentális állapotban a legkülönbözőbb intézményekbe, gondozási formákba kerülnek a gyermekek. *Kiemelt jelentőségű éppen ezen tényezők miatt egyénre szabottan, a gyermek jóllétét, igényeit biztosítani, fokozott figyelmet, speciális gondoskodást és védelmet nyújtani* abban a helyzetben, amely eleve sok frusztrációt, egyenlőtlen hatalmi viszonyokat, kirekesztést, sebezhetőséget hordoz egy egészségesen működő, kiegyensúlyozott családi élethez képest. Ehhez járulhat hozzá további nehézségként (és egyben kockázati tényezőként) a segítő személyzet – jószándékának megléte esetén is – a fenti körülményekből fakadó nehéz helyzetek, problémák kezelésére való képtelensége, megfelelő alap- vagy továbbképzésük hiánya, túlterheltsége, a szakemberek egymás közötti egyeztetésének hiánya következtében. *Minél zártabb egy intézmény, annál rosszabbak a kilátások a gyermekek számára, hogy a falak mögött elkövetett és szemtanúként vagy áldozatként elszenvedett erőszak nyilvánosságra kerüljön, ismertté és vizsgálat tárgyává váljon, amely nemcsak a rövid távú segítség nyújtását, a kártérítés lehetőségét zárja ki, hanem hosszú távon tartja fenn az ellenőrizhetetlen, felelősségre vonás nélkül maradó, legitim bántalmazás szabadságát.*

A 0–3 éves gyermekeket gondozó intézményekben folytatott vizsgálat AJB 849/2010. számú jelentésében az ombudsman részletesen foglalkozott az intézményi ellátás kérdése kapcsán azzal, hogy (különösen a korai életszakaszban eltöltött) intézményes nevelés nem képes az egészséges fejlődéshez szükséges, egyénre szabott, pszichológiai és fejlődés-lélektani feltételeket biztosítani, ezért az intézményekben elhelyezett gyermekek fejlődése néhány hónap alatt is visszafordíthatatlan károkat szenvedhet. Ennek okán az Európai Unió a 0–3 éves kor közötti intézményes nevelést alapvetően nem támogatja, s a nemzetközi szervezetek jelentős része, e korosztály intézményi elhelyezésének kifejezett tilalmát javasolják.

A *de-institucionalizáció* egyre intenzívebb nemzetközi trendjének dacára egyes adatok szerint, mintegy 8 millió gyermek nevelkedik intézményi gondoskodásban világszerte, s körülbelül több mint 1 millió Közép-Kelet Európában. *Magyarországon semmilyen adat nem áll rendelkezésre arról, hogy az intézményekben élő gyerekek között és sérelmükre milyen gyakorisággal, súlyossággal, jelleggel fordulnak elő bántalmazás bármely formában, ki az elkövető, holott a gyermekek egymás közötti és a gondozók részéről elkövetett erőszakos cselekmények is fontos jelzései lehetnek az intézményi problémáknak; és annak megismerését követően, ha nem is teljességgel megszüntetni, de annak mértékét és elfogadottságát csökkenteni lehetne.*

Az ombudsman gyermekotthonoktól, civil segítő, illetve orvosszakmai szervezetektől, az országos rendőrfőkapitánytól és a legfőbb ügyésztől, a Közigazgatási és Igazságügyi Minisztérium Áldozatsegítő Szolgálatától is kapott tájékoztatást, a Gyermekjogi Ombudsmanok Európai Hálózatától pedig a nemzetközi állapotokról érdeklődött.

A gyermekek bántalmazása, különösen a sérelmükre elkövetett szexuális

erőszak rendkívül nehezen tetten érhető jelenség, a vizsgált gyermekotthonok nem rendelkeznek egységes szakmai protokollal a bántalmazás felismerésére, sem módszertani útmutatóval a probléma kezelésére. A biztos vizsgálata arra is rámutatott, hogy a gyermekvédelmi jelzőrendszer a bántalmazás jóval kevesebb esetét mutatja ki, mint a társadalomtudományi kutatások. A szakellátásban nevelkedő gyermekek sérelmére elkövetett bántalmazásokról pedig nincsenek is adatok, holott a nemzetközi felmérések a magas latencia mellett olyan esetszámokról számolnak be, amelyekből arra lehet következtetni, hogy hazánkban sem lehet jobb a helyzet.

A vizsgálat során feltűnő jelenségként volt észlelhető, hogy milyen kevés esetszámról számolnak be a megkeresett szervek és milyen kevés gyermek kér segítséget. Ez utóbbit több ok magyarázza: túlságosan fiatalok a problémájuk jelzéséhez, jogaik érvényesítéséhez, továbbá a gyermekvédelmi jelzőrendszer szervei nem eléggé érzékenyek ezekre a panaszokra. A jelentés azt is megfogalmazza, hogy a gyermekek panasztételi joga ugyan formálisan biztosított, de a gyermekvédelmi jelzőrendszer megfelelő működése az ott dolgozók személyes elkötelezettségén múlik. Előfordul, hogy a gyermekvédelmi jelzőrendszer tagjai sokszor azért nem teljesítik kötelezettségüket, mert félnek, hogy a jelzéssel érintett személyek ezt megtorolják rajtuk.

Az *Országos Gyermekegészségügyi Intézet főigazgatója* az ombudsmannak küldött válaszában azt hangsúlyozta, hogy a *gyermekvédelmi jelzőrendszer működtetése* interdiszciplináris feladat, melyet *szakmaközi kapcsolatok bővítésével és jól célzott állami támogatási rendszerrel lehetne hatékonyabbá tenni*. Az OGYEI számos programmal,¹⁸ képzéssel és tematikus kiadványaival¹⁹ igyekszik a szakembereket és a laikusokat²⁰ segíteni ezen a területen. Munkájuk során a szakemberekkel folytatott párbeszédnek köszönhetően maguk is szembesültek azzal, hogy az állami szervek kötelezettsége nem maradéktalanul teljesül, s hogy a *jogszabályok betartása hiányos*, mely részben joghézagokra és jogi biztosítékok hiányára, részben pedig az érintettek – gyermekek, szülők- tájékoztatlanságára vezethető vissza.

II. A Gyermekjogi Ombudsmanok Európai Hálózata tagjainak válaszai

A *norvég gyermekjogi ombudsman* arról tájékoztatta a biztost, hogy 2009-ben az ENSZ Gyermekjogi Bizottságának benyújtott Alternatív Jelentésében kitért a

¹⁸ 2010-ben indították a „Sose rázd a kisbabádat” programot, a megrázott gyermek szindróma megelőzésére, mellyel több, mint 3000 szakembert – orvost, védőnőt, közigazgatási szakembert, rendőrt, pedagógust – értek el jelenleg országsszerte. Eddig közel húszezren látogatták meg a 2011-ben indított www.gyermekbántalmazas.hu weboldalt (a honlap egyik alfejezete kifejezetten a gyermekjogokkal foglalkozik, amelynek kialakításában az ombudsman munkatársai is közreműködtek).

¹⁹ Az OGYEI 2004-ben adta ki „*A gyermekbántalmazás és elhanyagolás megelőzése, felismerése és kezelése*” c. módszertani levelet, amelynek aktualizált változatát készíti elő jelenleg.

²⁰ „Hogyan figyeljünk gyermekünkre” kiadvány szülők számára.

szexuális kizsákmányolás és bántalmazás kérdésére. 514 esetben regisztrált gyermekek ellen elkövetett szexuális erőszakot a jelentés által használt kutatás. Az ombudsman 2009–2010 során a családon belüli erőszak, incestus áldozataivá vált lánygyermek áldozatokból szakértő csapatot működtetett a probléma feltárására, és annak kezelésére. A szakértői csoport a segítő személyekkel való együttműködést és a kapott segítséget negatívnak értékelte, beszámoltak az ismeretek és a kommunikációs képességek, a képzettség hiányairól is. Egyértelműen megállapításra került, hogy a gyermekjóléti szolgálatok, az oktatási intézmények dolgozóinak több ismeretre van szükségük a szexuális erőszak kérdéséről, annak felismeréséről, a szükséges segítségnyújtás formáiról és lehetőségeiről és az utánkövetésről. Az ombudsman jelentésében aggodalmát fejezte ki a szexedukáció kapcsán, amely kevés figyelmet szentel a bántalmazás jelenségének és problémásnak találja, hogy arra meglehetősen későn, gyakran felsőtagozatosnak megfelelő életkorban kerül sor. A gyermekektől kapott visszajelzés szerint a szexedukáció alapvetően nem megfelelő.

A horvát gyermekjogi ombudsman 2010-ben 282 panaszt kapott gyermekek elleni erőszak, vagy elhanyagoló magatartás miatt (2009-ben 259-et), ebből 216 esetben vonatkozott erőszakra, 66 esetben elhanyagolásra. A legnagyobb számban az erőszak az oktatási intézményekben történt (83), majd otthon (75), illetve más intézményben (9). A fennmaradó 49 panasz más erőszak formára vonatkozott (pl. kortárs bántalmazás, vagy a szomszéd által elkövetett bántalmazás). A korábbi időszakhoz képest az iskolai erőszakkal kapcsolatos panaszok száma nőtt, míg a családon belüli erőszaké csökkent. Összességében 49 eset vonatkozott fizikai, 33 pszichikai, 16 szexuális, 118 pedig összetett jellegű erőszakra.

Az ombudsman tisztában van azzal, hogy az intézményekből érkező panaszok relatíve csekély száma nem a valós képet tükrözi, az ombudsman helyszíni vizsgálatai során tapasztaltak alapján az intézményen belüli bántalmazás gyakrabban történik. Az erőszakkal szembeni tolerancia magas szintje az egyik oka annak, hogy az erőszakot nem jelzik az intézményekből. Ugyancsak növeli annak előfordulását, hogy a gyermekek nem tudják, hogy adott esetben valamely bántalmazás áldozatává váltak. Ezért különösen fontos, hogy az intézményben élő gyermekek minél több ismeretet szerezzenek a bántalmazás különböző formáiról és a jelzési-, panasztételi lehetőségekről és ahhoz való alapvető jogukról. Súlyos problémát jelent az megtörtént bántalmazást követő válaszreakció, felelősségre vonás nem megfelelő volta vagy teljes hiánya.

A szerb gyermekjogi ombudsman arról adott tájékoztatást, hogy 2010 során számos alkalommal vizsgálta a szexuális bántalmazás, más bántalmazási forma és elhanyagolás eseteit. Az előző évhez képest a szexuális bántalmazással kapcsolatos panaszok száma nőtt, amelyben közrejátszott az is, hogy a szexuális erőszak kérdése a médiában és a közvélemény egyéb fórumain előtérbe került. A bántalmazással kapcsolatos panaszok az iskolát, az otthont és szakellátási intézményeket érintettek. A gyermekprostitúció kérdése is súlyos problémát jelent, ennek kapcsán két ombudsmani vizsgálat folyt 2010-ben. A tapasztalatok

összegezhető abban, hogy nem megfelelőek az ellátó intézmények reakciói bántalmazás, erőszak és elhanyagolás esetén, hiányzik az átfogó, jól strukturált és támogató hálózata a gyermek áldozatok körül. Ugyanakkor elfogadtak egy Nemzeti Stratégiát a bántalmazás megelőzésére és az az elleni védelemre, amely interdiszciplináris szemléletet, együttműködő részt vevők szükségességét, a gyermek-áldozat holisztikus kezelésének igényét tükrözi; azonban mindez még nincs abban a fázisban, hogy megfelelő védelmet nyújtson a gyermekeknek.

A *madridi gyermekjogi ombudsman* 2008-ban számos intézménynek tett javaslatot arra, hogy módosítsa szabályait megfelelően az általa „Intézkedések a gyermekek szexuális kizsákmányolása és bántalmazás elleni védelem érdekében”. Számos jogszabályt módosítottak a gyermek védelmének erősítése érdekében, így a Büntető és a Polgári Kódexeket is. Célul tűzték ki olyan központok létrehozását, amely komplex és integrált módon segítené a szexuális bántalmazást elszenvedett gyermekeket. 2010-ben, 15 szexuális erőszakot érintő eset érkezett az ombudsmanhoz.

A *Gyermejjogi Ombudsmanok Európai Hálózata (ENOC)* 2011-ben felmérést készített tagjai körében, az intézményi ellátásban élő gyermekek jogainak helyzetéről, amely különös figyelmet szentel az erőszak valamennyi formájával szembeni védelem biztosításának.

Az ombudsman kiemelten fontosnak tartaná, ha a képzéseken, továbbképzéseken megismertetnék a szakellátásban dolgozókat a gyermekbántalmazással szemben kidolgozott legújabb módszertani útmutatókkal, a kutatások friss eredményeivel. Javasolta, hogy a nemzeti erőforrás miniszter fordítson kiemelt figyelmet a gyermekek jogtudatosítására és annak ismertetésére, hogy gyermekbántalmazás, szexuális abúzus, vagy elhanyagolás esetén a gyermek mely szervekhez fordulhat segítségért. Az ombudsman felhívta Budapest Főváros Önkormányzata Módszertani Gyermekvédelmi Szakszolgálatának vezetőjét, hogy dolgozzon ki egységes szakmai standardokat a gyermekek elleni bántalmazás, kiemelt figyelemmel a szexuális bántalmazás felismerésére, kezelésére, utánkövetésére, és ezeket módszertani javaslatok formájában jutassa el hatáskörébe tartozó intézményekhez.

3.4. A gyermekprostitúcióról szóló vizsgálatról²¹

A szexuális kizsákmányolás szinte minden országban jelen van, és országhatárokat átívelő jelenséggént nemzetközi, szervezett bűncselekményként is megjelenik. Az Egyesült Államokban minden harmadik, utcán lévő prostituált 18 év alatti, a nem utcai prostituáltaknak pedig a fele, fiatalabb 18 évnél. Az ENSZ Gyermekkereskedelemlről, Gyermekprostitúcióról és Gyermekpornográfiáról szóló Különleges Jelentése kb. 1 millió főre becsüli azon gyermekek

²¹ AJB 1472/2011. számú jelentés

számát, akik az ázsiai szexkereskedelemnek estek áldozatául, de a gyermekprostitúció Európában, Észak-Amerikában, Japánban és Ausztráliában is feltörekvőben van. Világviszonylatban a prostitúció elkezdésének átlagos kora 11 és 13 év közé esik.

Hazánkban az általános közfelfogás *gyermeknek* a 14 év alatti fiatalokot tekint. Így – e szerint a vélekedés szerint – gyermekprostitúció legfeljebb csak néhány kirívó esetben fordulhat elő, elsősorban a társadalom szegényebb, leszakadó rétegeiben. Ezzel szemben az ENSZ Gyermekjogi Egyezménye alapján gyermeknek kell tekinteni minden 18 éven aluli fiatalot, így azok a fiatalok, akik ezen életkoruk előtt prostituálódnak, a gyermekprostitúció áldozatai.

Ha tehát az Egyezményben meghatározott életkor szem előtt tartásával gondoljuk végig azt a kérdést, hogy van-e gyermekprostitúció Magyarországon, akkor már nem utasíthatjuk vissza magabiztosan a feltételezést, hiszen a mindennapok során – az ország minden területén – az aluljárókban, tereken, forgalmasabb utak mentén egyre gyakrabban találkozhatunk olyan (nagyon) fiatal lányokkal – esetenként fiúkkal – akik a testüket árulják. A társadalom többsége azonban közömbösen, tudomást sem véve róluk – szemlesütve – elmegy mellettük.

Az állampolgári jogok országgyűlési biztosa – mint gyermekjogi szakombudsman – e kötelezettségéből fakadóan, illetve mivel a korábbi ombudsmani gyakorlatban ilyen jellegű vizsgálatra még nem került sor, fontosnak tartotta, hogy a gyermekprostitúció jelenségével, illetve az annak feltárása és visszaszorítása érdekében tett hatósági intézkedésekkel kapcsolatban vizsgálatot indítson, s a gyermekprostitúció visszaszorítása érdekében az ombudsman eszébe is jöjjön. Vizsgálatának célja egyrésztől annak megismerése volt, hogy a hatályos jogi szabályozás alkalmas-e arra, hogy megvédje a gyermekeket a szexuális kizsákmányolással szemben, másrésztől arra is választ keresett, hogy a gyermekek védelmére hivatott állami szervezetek tudomására jut-e, s amennyiben igen, úgy milyen módon járnak el, hogyan kezelik, milyen intézkedéseket hoznak azon kiskorúak védelme érdekében, akik gyermekként prostituálódnak. Eleget tesznek-e azoknak a kötelezettségeiknek, amelyeket a nemzetközi és a hazai jogi szabályozás előír a számukra, s rendelkezésre áll-e az az intézményi és szakemberekből álló védőháló, amely alkalmas lehet arra, hogy a prostitúció áldozatává vált gyermekek lelki-pszichikai sérüléseit segítsen feldolgozni, orvosolni.

A vizsgálat eredményes lefolytatása érdekében részletes tájékoztatást kért, a gyermekvédelmi jelzőrendszer tagjaitól: a települési családsegítő és gyermekjóléti szolgálatoktól, a gyermekotthonoktól, a megyei rendőr-főkapitányságoktól, valamint a gyámhivataloktól. Annak érdekében, hogy az egész országra vonatkozó, átfogó képet kaphasson, eljárását kiterjesztette a főváros hat kerületére (II., VIII., IX., X., XI., XVII. kerület) és öt megyére (Borsod-Abaúj-Zemplén és Szabolcs-Szatmár-Bereg, Győr-Moson-Sopron, Baranya és Csongrád megyékre). Valamennyi megyében és kerületben ugyanazokat a (helyi) szervezeteket keres-

te meg és minden szervtípusnak ugyanazokat a kérdéseket tette fel. A részletes válaszadás mellett arra kérte a jelzőrendszer tagjait, hogy az e tárgyban esetlegesen rendelkezésére álló adatokat, iratokat is juttassák el hozzá. Az iratokba történő közvetlen betekintést azért tartotta szükségesnek, mivel elsősorban azokból – a gyermekekre vonatkozó határozatokból, helyszíni jegyzőkönyvekből, a felvett tanúmeghallgatásokból, a hatóságok egymás közötti levelezéséből – volt lehetősége megállapítani, hogy a vizsgálat alá vont szervek eljárásuk során szem előtt tartják-e a gyermekprostitúció tilalmára és a gyermekekre vonatkozó speciális szabályokat és a hatósági eljárás során figyelembe vették-e az érintett gyermekek érdekeit.

A megkeresésekre adott válaszokból a biztos megállapította, hogy gyakorlatilag majdnem mindegyik szerv találkozott már, vagy jelenleg is „szembesül” a gyermekprostitúció jelenségével, vagy legalábbis annak *gyanújával*. Mivel azonban a cselekmény alapvetően latens jellegű és többnyire rejtve marad a gyermekvédelmi szakemberek előtt, ezért az gyakran csak a gyanú szintjén marad, nem bizonyítható. Így az ilyen esetek száma, a probléma valódi súlya fel sem becsülhető (!).

A vizsgálat szerint a legveszélyeztetettebbek a 14–17 év körüli lányok, akik rossz családi és anyagi körülmények között élnek. Családjaik jellemzői az alacsony iskolázottság, a mélyszegénység, az elvált, csonka család, vagy ahol nincs erős érzelmi kapcsolat a családtagok között, esetleg szenvedélybeteg családtag, illetve ahol családon belül elfogadott a korai szexuális kapcsolat létesítése. Sokaknál előfordult gyermekkori szexuális zaklatás, molesztálás, pedofil személy a családban.

A válaszokból a biztos megállapította, hogy az alapellátásban dolgozó szakemberek, a *gyermekjóléti szolgálatok*, akik először, mintegy közvetlenül találkoznak a gyermekkel – de a jelzőrendszer többi tagjai is –, nehezen ismerik fel a prostitúció jeleit. Ráadásul *mindaddig amíg „csak” a gyanú áll fenn, nem intézkednek*, nem teszik meg a gyermek védelme érdekében szükséges lépéseket. Nem „merik felvállalni” annak a következményeit, hogy mi történik akkor, ha „alaptalanul gyanúsítják meg” a gyermeket. *Arra várnak, hogy a prostitúciós cselekmény egyértelműen bizonyítást nyerjen*, vagy valamelyik *másik jelzőrendszeri tag jelezzen*. Pedig – talán – éppen ez az az időszak, amikor a gyermek még kimenthető lenne, amikor még meg lehetne akadályozni, hogy véglegesen prostituálódjon.

Ez a szakmai megközelítés azonban a biztos szerint nem elfogadható. Már a gyanú felmerülése is indokolttá teszi a gyermekek védelmére hivatott szervek intézkedését, a veszélyeztető okok feltárását, sőt lehetőség szerinti megszüntetését.

A *gyermekotthonok* tájékoztatása szerint, bár kifejezetten az otthonba való betulalás indokaként ritkán szerepel a gyermekprostitúció, azonban a tevékenységre utaló gyanú számos gyermeknél észlelhető. Mivel azonban az otthon nem zárt intézmény, azaz csak korlátozhatják a gyermek kimenőjének idejét, így a legnagyobb problémát, veszélyt számukra az otthonokból való (el)szö-

kés jelenti. A szökés időtartama alatt ugyanis a gyermekek rossz társaságba keverednek, ahol gyakori az alkoholizmus, gyógyszer/drogfogyasztás, prostituálódás. Sok esetben csak késedelmesen, illetve a szökésből visszatért gyermek meghallgatásáról készült jegyzőkönyvből értesülnek arról, hogy távolléte idején mi történt vele. A fiatal lányok beszámolóí szerint a szökés időtartama alatt a „futtatójuk” fedezte az ellátásukat, ruhával, dohányáruval egyéb „luxus” cikkel kedveskedett nekik. Elmondásuk szerint számukra fontos, hogy ők is ugyanolyan márkás ruhát viseljenek, mint kortársaik, megvehessék azt, amit egy normál körülmények között nevelkedő gyermeknek a családja biztosít. Bár a szökéseket (engedély nélküli távozás) az otthonok minden esetben jelzik a rendőrségnek, akik elrendelik a gyermek körözését, mégis gyakran előfordul, hogy egészségügyi intézményben (toxikológia, pszichiátria, szülészet) ellátják a szökésben lévő gyermeket, de a gyámot nem értesítik, illetve külföldre viszik a lányokat. Arra is volt példa, hogy a szökésben lévő fiatal havi rendszerességgel megjelent pártfogójánál, aki azonban nem jelzett az otthon felé és a gyermek új tartózkodási helyéről sem tájékoztatta a központot.

A gyermek családba való hazagondozása esélytelen, hiszen a prostitúció hatására gyakran megromlanak a családi kapcsolatok, más esetekben pedig a gyermekek családjában elfogadott a nők prostitúciós tevékenysége, így az egész család részére szükséges lenne a terápiás kezelés nyújtása.

Sajnos a gyermekotthonok a bizalmi kapcsolat és az otthonhoz való kötődés kialakításán, valamint a személyes beszélgetéseken kívül többnyire nem rendelkeznek olyan eszközökkel, amelyek az otthont nyújtó ellátásban részesülő gyermek hatékony és biztonságos védelmét biztosítaná.

A rendőrség szerepével kapcsolatban a biztos a megkeresésére adott válaszokból megállapította, hogy minden megkeresett megyében és a fővárosban is – a rendőrség számára is érzékelhető módon – jelen van a gyermekprostitúció. Az intézkedő rendőrök azonban – mint a bűncselekmények feltárásáért felelős, nyomozó hatóság munkatársai – elkövetőként, és nem áldozatként tekintenek a gyermekekre. Így, ha prostitúciós tevékenységen érik őket, úgy büntető vagy szabálysértési eljárást indítanak ellenük. Az intézkedés azonban csak a fiatalkorút érinti, a háttérben lévő bűnözői kört, illetve a fiatalkorúak szolgáltatásait igénybe vevőket nem.

A rendőrkapitányságok ugyanakkor hangsúlyozták, hogy a hatályos jogszabályok alapján gyermekkorúnak kizárólag a 14. életévét be nem töltött személyeket értik, míg a 14–18 év közöttieket fiatalkorúaknak tekintik. Ennek megfelelően más jogkövetkezményeket és eljárásjogi kötelezettségeket alkalmaznak a gyermekkorú „elkövetőkre” és másokat a fiatalkorúakra.

A megyei rendőr-főkapitányságok tájékoztatása szerint az, hogy az illetékeségi területükön a gyermekprostitúció nem öltött nagyobb méreteket, a fertőzött területekre szervezett folyamatos, rendszeres rendőri ellenőrző akcióknak – ún. ifjúságvédelmi őrzőjáratoknak, az egyenruhás rendőri jelenlétnek köszönhető.

A gyermekprostitúció jelenségével kapcsolatban ugyanakkor a rendőrségnek fontos bűnmegelőzési feladatai is vannak. Az általános és középiskolák tanulói, valamint az intézeti neveltek részére folyamatos felvilágosító programokat, előadásokat tartanak, amely során a gyermekek megismertetik a prostitúció, a prostitúcióra kényszerítés veszélyeit.

A *gyámhivatalokkal* kapcsolatban a biztos megállapította, hogy a gyámhatósági eljárás jellemzően nem a prostitúció gyanúja alapján indul. Az eljárási cselekmények (tárgyalás, jegyzőkönyvi meghallgatás, szakemberek javaslata) során a prostitúcióra utaló cselekmények általában nem jutnak a hatóság tudomására, rejtve maradnak. A legtöbb gyermek azért kerül a gyermekvédelmi szakemberekkel, hatóságokkal kapcsolatba, mert magatartási problémáik voltak, sokat hiányoztak az iskolából, valamiféle pszichoaktív szert használtak, szabálysértések, vagy bűncselekmény elkövetésébe keveredtek. Ezekben az esetekben csak sejteni lehet, hogy a gyermek prostitúciós tevékenységet folytatott, illetve volt kénytelen folytatni valakinek a nyomására.

Azok a gyámhatóságok, amelyeknek az illetékességi területén nem merült fel a gyermekprostitúció gyanúja, a jelzőrendszer működését illetően nem fogalmaznak meg hiányosságokat. Ahol azonban a prostitúció jelen van, ott a jelzőrendszer tagjai arról panaszkodtak, hogy a jelzés vagy nem érkezett meg, vagy csak szóban tették meg, tartva a rágalmazás vádjától. Hasonlóan oszlik meg a gyámhatóságok véleménye a rendőrség tevékenységét illetően is. A gyermekprostitúcióban nem érintett gyámhatóságok általánosan szemlélik a rendőrség szerepét, elsősorban a prevenció, másodsorban a tényleges tettenérés terén; a konkrét ügyekkel szembesülő hatóságok azonban azt tapasztalják, hogy csak megalapozott (bizonyított) gyanú esetén jár el a rendőrség, és indokolatlanul hosszú idő telik el a feljelentés és a nyomozati szakasz lezárása között.

Valamennyi megkeresett szerv arról tájékoztatta a biztost, hogy gyermekprostitúcióval kapcsolatos konferencián, tréningen, továbbképzésen nem vettek részt, illetve nincs olyan munkatársuk, aki rendelkezne ilyen jellegű speciális szaktudással, ismeretekkel. Hangsúlyozták azt is, hogy a jelzőrendszeri tagok között nem egyértelmű a kompetencia határok kijelölése, így nem tudják, hogy mely esetekben kellene jelzéssel élniük.

Összességében a biztos megállapította, hogy azáltal, hogy a gyermekvédelmi jelzőrendszer tagjai a prostitúció gyanújának felmerülése esetén nem élnek jelzéssel egymás felé és nem működnek együtt, illetve hogy nem hozzák meg a gyermekek védelme érdekében szükséges intézkedéseket, sérül a gyermekek védelemhez és gondoskodáshoz való joga. Mindez az állam gyermek- és ifjúságvédelmi, valamint intézményvédelmi kötelezettségével összefüggésben alkotmányos visszásságot idéz elő.

Vizsgálata során ugyanakkor feltárta azt is, hogy a gyermekvédelem szakemberei számára nem állnak rendelkezésre olyan speciális ismeretek, valamint szakmai protokollok, gyakorlati útmutatók, amelyek segítenék a munkájukat a gyermekprostitúció feltárásában és a gyermekek védelme érdekében köte-

lezően megteendő intézkedések meghozatalában. Ezek hiányában pedig nem tudnak kellő időben és hatékonysággal fellépni, valamint megfelelő segítséget nyújtani a prostitúció áldozatává vált gyermekeknek.

Ezen visszásságok orvoslása és jövőbeni megelőzésük érdekében a biztos felkérte a nemzeti erőforrás minisztert, hogy a szükséges szakmai protokollok és módszertani útmutatók kimunkálása és hatékony közvetítése segítségével gondoskodjék arról, hogy a gyermekvédelmi jelzőrendszer tagjai eleget tegyenek jelzési és együttműködési kötelezettségüknek és kezdeményezzen komplex vizsgálatot azzal kapcsolatban, hogy milyen társadalmi okai vannak a gyermekprostitúciónak. E vizsgálat megállapításai alapján pedig dolgozzon ki preventív programot a veszélyeztetett fiatalok számára, illetve fordítson kiemelt figyelmet a gyermekek jogtudatosítására, különös tekintettel annak az ismeretnek az elmélyítésére, hogy szexuális kizsákmányolásuk esetén mely szervekhez fordulhat segítségért;

Emellett felkérte a belügyminisztert, hogy kezdeményezzen határozott intézkedéseket arra vonatkozóan, hogy a gyermeket szexuálisan kihasználó szervezett bűnözői csoportokat mielőbb felszámolják, valamint az Országos Rendőr-főkapitányság vezetőjét, hogy gondoskodjon arról, hogy a továbbképzések alkalmával az állomány tagjai részletes ismeretanyaghoz jussanak a gyermekprostitúció jelenségéről, illetve az annak visszaszorítására, és megelőzése érdekében tehető rendőri intézkedésekről.

3.5. Gyermekotthonok átfogó vizsgálata – különös tekintettel az egészséghez való jog érvényesüléséről²²

A 2011. évi gyermekjogi projekt keretében a biztos átfogó vizsgálatot indított annak feltárására, hogy a gyermekvédelmi szakellátásban nevelkedő, többcélú (közoktatási és gyermekvédelmi feladatokat is ellátó) intézményekben elhelyezett gyermekeknél az egészséghez való jog miként érvényesül. A nemzeti erőforrás minisztertől részletes tájékoztatást és adatszolgáltatást kért az országban működő többcélú közoktatási intézményekről, a korábban általános iskolaként, diákotthonként és gyermekotthonként működő intézmények átalakításáról, majd ezt követően döntött a helyszíni vizsgálattal érintett intézményekről. Áttanulmányozta a vizsgált intézmények alapító okiratát, működési engedélyét, házirendjét, szakmai programját. A vezetőktől az időben legutolsó – a fenntartó, valamint a szociális és gyámhivatal által végzett – ellenőrzés jegyzőkönyvének rendelkezésére bocsátását kérte. A jelentés a helyszíni vizsgálat tapasztalatain kívül rögzíti az intézmények alapfeladatait és a gyermekotthonokra vonatkozó adatokat. Az ombudsman munkatársai a helyszíni vizsgálaton tájékoztattak a gyermekvédelmi szakellátásba kerülés okairól, a gondozottak kapcsolattartásáról, étkeztetésükről, egészségügyi ellátásukról, szabadidejük eltöltéséről,

²² AJB 797/2011. számú jelentés

a munkatársak szupervíziójának lehetőségéről. A vizsgálatot végzők érdeklődtek a gyermekek gyámjainak tevékenységéről, az őket segítő és ellenőrző szakemberek munkájáról, az érdekképviseletről.

A miniszter válasza szerint az intézményeket a gyermekek védelméről és gyámügyi igazgatásról szóló 1997. évi XXXI. törvény (Gyvt.) többször módosított, és azóta már hatályon kívül helyezett határidejére sem sikerült átalakítani, ezért a gyermekotthonok kialakításának végpontja 2012 végére tolódott. Az átlagos gondozási-nevelési szükségletű gyermekeket gondozó gyermekotthonokból már csak öt vár átalakításra, a különleges nevelési igényű 15 főnél több fogyatékos és/vagy tartósan beteg gondozott gyermeket ellátó intézmények (korábban döntően általános iskolai diákotthonok) jelenleg közoktatási és gyermekvédelmi feladatokat is ellátó többcélú intézmények közül még tizenegy vár kiváltásra.

A biztos megállapította, hogy a gyermekvédelmi szakellátási feladatokat is ellátó többcélú intézmények kiváltásának elmaradása és az átalakításra vonatkozó határidő hiánya visszásságot okoz a jogállamiság elvéből eredő jogbiztonság követelményével, valamint a gyermekek védelemhez és gondoskodáshoz való jogával összefüggésben. A nemzeti erőforrás minisztert a gyermekotthonok kiváltásáról való tájékoztatásra, valamint a jogszabályhely hatályon kívül helyezésére kérte. Válasz ez idáig nem érkezett.

A vizsgálat átfogó jellegére való tekintettel a helyszíni vizsgálattal érintett intézmények kiválasztása területi alapon történt. A biztos munkatársai jártak Sopronban,²³ Bakonyoszlopon,²⁴ Lentiben,²⁵ Budapesten,²⁶ Pásztón,²⁷ Kisújszálláson²⁸ és Makón²⁹. Az intézmények megyei önkormányzatú fenntartásúak, a budapesti és a bakonyoszlopi gyermekotthont a fővárosi önkormányzat tartja fenn.

A soproni gyermekotthon két szakmai egységét az oktatási feladatokat is ellátó intézmény területén alakították ki, a személyi feltételek hiányossága miatt a működési engedély határozott időre szól.

²³ Doborjáni Ferenc Egységes Módszertani Intézmény, Óvoda, Fejlesztő Iskola, Általános Iskola, Speciális Szakiskola, Készségfejlesztő Speciális Szakiskola, Kollégium, Gyermekotthonok, Utógondozó Otthon és Pedagógiai Szakszolgálat

²⁴ Általános Iskola, Speciális Szakiskola és Gyermekotthon

²⁵ Móricz Zsigmond Általános Iskola, Speciális Szakiskola, Kollégium, Egységes Gyógypedagógiai Módszertani Intézmény, Nevelési Tanácsadó, Egységes Pedagógiai Szolgálat, Gyermekotthon

²⁶ Általános Iskola, Egységes Gyógypedagógiai Módszertani Intézmény, Diákotthon és Gyermekotthon

²⁷ Nógrád Megyei Egységes Gyógypedagógiai Módszertani Intézmény és Gyermekotthon

²⁸ Jász-Nagykun-Szolnok Megyei Kádas György Általános Iskola, Szakiskola, Egységes Gyógypedagógiai Módszertani Intézmény Diákotthon és Gyermekotthon

²⁹ Pápay Endre Óvoda, Általános Iskola, Alapfokú Művészeti Oktatási Intézmény, Szakiskola, Diákotthon. Gyermekotthon és Egységes Gyógypedagógiai Módszertani Intézmény

A határozatlan idejű működési engedéllyel rendelkező bakonyoszlopi gyermekotthon tárgyi feltételei kiemelkedőek. A gyermekotthon és az iskola egy telken van, de a lakásotthonokat a közeli településeken vásárolták meg.

Lentiben és Makón a személyi feltételek teljes körűen nem biztosítottak, a gyermekvédelmi szakellátási feladatoknak – a lakásotthoni elhelyezés mellett – mindkét intézmény úgy tesz eleget, hogy az iskolával egy épületben is működtesse a gyermekotthont. Pásztón csak az iskolából leválasztott részben működik a gyermekotthon, a személyi feltételek itt is hiányosak.

A budapesti intézmény elégtelen tárgyi feltételei miatt otthont nyújtó ellátásra nem alkalmas.

Az adatbázisból véletlenszerűen kiválasztott intézmények többcélú intézményekké átalakítása megtörtént, azonban az otthont nyújtó ellátás jogszabályi feltételeinek több vizsgált intézmény nem felel meg maradéktalanul.

A nagy létszámú gyermekotthonok, valamint a döntően valamilyen fogyatékossgal élő gyermekek nevelését, oktatását ellátó intézmények kis létszámú gyermekotthonokkal, lakásotthonokkal való kiváltásának célja a családi modellhez való közelítés. Az iskola épületében (telkén) kialakított gyermekotthonokban a gondozott gyermekek idejük jelentős részét egy meghatározott területen töltik, döntően a velük egy iskolában járó, illetve a gyermekotthonban velük együtt élő gyermekekkel, illetve nevelőikkel, gondozókkal élnek együtt.

A biztos álláspontja szerint az ún. „védett közeg” a gondozott gyermekek társadalmi integrációját akadályozza, „izolációs” tüneteket idézhet elő, ami a gyermekvédelmi szakellátásban élő gyermekek tekintetében az állam és a társadalom részéről megillető védelemhez és gondoskodáshoz való joguk sérelmének közvetlen veszélyét hordozza magában.

A vizsgálat során feltárt tárgyi és személyi feltételek hiányosságai pedig visszasszögölést idéznek elő a gyermekek védelméhez és gondoskodáshoz fűződő jogaival összefüggésben. A biztos a fenntartók intézkedését kérte annak érdekében, hogy a személyi és a tárgyi feltételek jogszabályi követelményeknek megfeleljenek.

Csongrád, Nógrád és Zala Megye Önkormányzata az ajánlásnak finanszírozási okok miatt nem tudott eleget tenni, a megoldást a kormányhivataloktól várják. A Fővárosi Önkormányzat a jövő év első felében tervezi a közgyűlés elé terjeszteni a budapesti gyermekotthon további működésére vonatkozó javaslatát. Győr-Moson-Sopron megye az ajánlásnak eleget tett.

A vonatkozó jogszabály szerint³⁰ a speciális gyermekotthonok, és a 3 év alatt

³⁰ 257/2000. (XII. 26.) Korm. rendelet a közalkalmazottak jogállásáról szóló 1992. évi XXXIII. törvénynek a szociális, valamint a gyermekjóléti és gyermekvédelmi ágazatban történő végrehajtásáról 15. § (5) Speciális gyermekotthonban, javítóintézetben foglalkoztatott nevelőt, gyermekfelügyelőt, gondozót, család- és utógondozót, pszichológust, gyógy-pedagógust, fejlesztő pedagógust, munkaoktatót, orvost, ápolónőt speciális otthoni pótlék illeti meg, a pótlék mértéke legalább a pótlékalap 50%-a.

(6) A bölcsődében a fogyatékos gyermekek rehabilitációját végző csoportban és a 0–3 éves

ti gyermekeket ellátó különleges gyermekotthon közalkalmazottai jogosultak a gyógypedagógiai pótléokra, de a tartósan beteg, vagy fogyatékossgal élők el-látó gyermekotthonok alkalmazottai – bár leterheltségük nem különbözik a spe-ciális gyermekotthonok alkalmazottaitól – gyógypedagógiai pótlékot nem kap-nak. Tekintettel arra, hogy az eltérő pótlékmegállapítás azonos szakmai területen dolgozó szakembereket érint, indokolatlan, és ezzel önkényes megkülönböztetés a jövedelem pótlását illetően. A speciális otthoni pótlék jogi szabályozásának hi-ányossága hátrányos megkülönböztetéshez vezet, mely ellentétes az egyenlő bá-násmód alkotmányos követelményével, ezért visszasságot idéz elő.

A biztos a nemzeti erőforrás miniszternél kezdeményezte, hogy a gyógype-dagógiai pótlékot a különleges gyermekotthonokban dolgozóakra is terjesszék ki. Válasz még nem érkezett.

Az intézményvezetők a szakellátásba kerülés vezető okaként a csavargást, iskolai kudarcokat, az olykor hosszabb ideig tartó iskolakerülést, a szülők el-hanyagoló magatartását jelölték meg. A gyermekek többsége kamaszkorban – sokszor már nem pótolható, több éves iskolai lemaradást követően – kerül csak a szakellátó rendszerbe.

A szakellátórendszernek a gyerekekről addig kell gondoskodnia, amíg csa-ládjá képessé nem válik visszafogadására. A gyermek hazagondozása a család-jával való rendszeres és folyamatos kapcsolattartás nélkül nem lehetséges. A kapcsolattartáshoz, esetenként kialakításához, elmélyítéséhez a szakemberek-nek kell segítséget nyújtani. Mindennek érdekében a személyes gondoskodást nyújtó intézmények ellátási területének meghatározásakor arra is tekintettel kell lenni, hogy az intézmény és az ellátottak lakóhelye közötti távolság lehe-tőleg ne haladja meg az 50 km-t.³¹ A vizsgált intézményekben elhelyezett gyer-mekek és a szülők lakóhelye/tartózkodási helye közötti távolság – a fővárosi fenntartású bakonyozslopi gyermekotthon kivételével – többnyire nem haladja meg ezt a távolságot. Figyelemmel arra, hogy a gyermekeket hetente felhozzák Bakonyozslopról a fővárosba kapcsolattartásra, és a visszautazásukról is gon-doskodnak, a gondozottak kapcsolattartáshoz való joga itt sem sérül. A gyer-mekek hazautazásának költségeit – a teljes körű ellátás keretében – a gondozó intézmények fizetik.

A soproni gyermekotthon számolt be arról, hogy a gyermekét látogató szü-lő utazási költségeit havonta egy alkalommal tudják támogatni, Kisújszálláson pedig tájékoztatják a szülőket arról, hogy támogatást kérhetnek az önkormány-zattól. Az időszakos kapcsolattartás alatt a rászoruló szülőket mindkét intéz-mény tartós élelmiszersomaggal segíti.

Ritkán fordul elő, hogy a gyermekét látogató szülő elszállásolását kéri. Az ilyen kérések teljesítésétől az intézmények még kapacitás hiányában sem zár-

korú gyermekeket ellátó gyermekotthonban a fogyatékos gyermekek rehabilitációját végző kisgyermeknevelőt gyógypedagógiai pótlék illeti meg, a pótlék mértéke legalább a pótlék-alap 25%-a.

³¹ Gyvt. 96. § (2) bek.

kóznak el. Több szakember számolt be a családi kapcsolatokat erősítő tevékenységről, annak nehézségeiről, a gyermekvédelemben e téren bekövetkezett pozitív szemléletváltozásról. A biztos a vizsgált intézményekben nem észlelt kapcsolattartást gátló, vagy akadályozó tényezőket, ennek ellenére a gondozott gyermekek közül sokan egyáltalán nem járnak haza, hazagondozás csak elvétve fordul elő, a gyermekek többsége huzamos időt tölt a szakellátásban.³²

A szakemberek a kapcsolattartás hiányát, a hazagondozás ellehetetlenülését a szülők motiválatlanságával, a munkaerőpiacon való elhelyezkedés elnehezülésével, valamint az anyagi helyzet romlásával indokolták. A szülők egy része pedig nem tudja vállalni egészséges gyermeke mellett, egy másik, fogyatékos és/vagy tartósan beteg gyermekének gondozását. Mindezek olyan társadalmi és gazdasági kérdéseket vetnek fel, amelyek vizsgálata túlmutat az ombudsmani jelentés keretein.

A gondozott gyermek számára naponta, az életkorának megfelelő, legalább ötszöri, legalább egy alkalommal meleg, az egészséges táplálkozás követelményének megfelelő étkezést kell nyújtani, az energia- és a tápanyagbeviteli, illetve az ételkészítés-felhasználási ajánlásokat tartalmazó jogszabályban foglaltaknak megfelelően.³³ Az ajánlásokat a vendéglátó termékek előállításának feltételeiről szóló 67/2007. (VII. 10.) GKM-EüM-FVM-SZMM együttes rendelet melléklete tartalmazta. A rendelet a 2011. augusztus 1-jétől hatályát veszítette.

A 2011. augusztus 1-jén hatályba lépett, a vendéglátó-ipari termékek előállításának és forgalomba hozatalának ételbiztonsági feltételeiről szóló 62/2011. (VI. 30.) VM rendelet hatálya kiterjed a közétkeztetési tevékenységre, a rendeletben foglaltakat azonban a lakásotthonban nem kell alkalmazni. A rendelet energia- és tápanyagbeviteli, illetve ételkészítés-felhasználási ajánlásokat nem tartalmaz.

A biztos az AJB 560/2011. számú jelentésében a gyermekétkeztetés normatív rendszerével kapcsolatban alkotmányos visszásságot állapított meg, amelyre tekintettel ebben a jelentésben ajánlást nem tett. Ugyanakkor aggályosnak tartotta, hogy a VM rendelet hatálya alól kivételt képeznek a lakásotthonok, ezért a vidékfejlesztési miniszternek ajánlotta, hogy fontolja meg a rendelet egyes rendelkezéseinek (pl. tárolás, ételkészítés, ételminta) lakásotthonokra való kiterjesztését.

A módosítást a miniszter, bár tudomása van a gyermekvédelmi szakellátásban nevelkedők átlagosnál gyengébb érdekérvényesítési képességéről, valamint fokozott kiszolgáltatottságáról – figyelemmel a lakásotthonokban gondozott gyermekek számára – nem tartja elvárhatónak és szükségesnek. Álláspontja szerint az Országos Élelmezés- és Táplálkozástudományi Intézet (OÉTI) „A

³² A KSH 2009. december 31-i adatai szerint átmeneti nevelt gyermekek 37,7%-a 5 évet meghaladóan élt ebben a státuszban.

³³ Lásd 15/1998. (IV. 30.) NM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó gyermekjóléti és a gyermekvédelmi intézmények, valamint személyek szakmai feladatairól és működésük feltételeiről 76. § (1) bek.

rendszeres étkezést biztosító, szervezett ételmezési ellátásra vonatkozó táplálkozás-egészségügyi ajánlás közétkeztetők számára” című – nem kötelező erejű – kiadványa a lakásotthonokban élők élettani szükségleteinek megfelelő étrend kialakításához is segítséget nyújt.

A biztos válaszában a szaktárca vezetőjét tájékoztatta arról, hogy egy, a közelmúltban lezárult vizsgálata³⁴ során a nemzeti erőforrás minisztertől azt az információt kapta, mi szerint egyes önkormányzati fenntartók az intézményvezetőket arra utasították, hogy csak kenyeret és párizsit vásárolhatnak a gyermekeknek, drágább péksüteményt, vagy felvágottat nem. Az ombudsman álláspontja szerint – figyelemmel arra, hogy a gyermekvédelmi szakellátás nyújtása állami/önkormányzati feladat – a gondozási helytől függetlenül az ellátott gyermekek egészséghez, valamint védelemhez fűződő joga érvényesülése érdekében a vendéglátó rendelet egyes rendelkezéseinek (pl. tárolás, ételkészítés) lakásotthonokra való kiterjesztése indokolt.

2011. január 1-jétől a gyermekek napi ötszöri étkezésére fordított költség összege naponta nem lehet kevesebb az öregségi nyugdíj mindenkori legkisebb összegének 2,4%-ánál (684 Ft).³⁵ A vizsgált gyermekotthonokban az egy gondozottra megállapított napi étkezési normák nagy eltérést mutatnak (a legkevesebb 430 Ft, a legtöbb 795 Ft). A soproni, a lenti, a pásztoói, a kisújszállási, valamint a makói gyermekotthon étkezési normatívája nem éri el az NM rendeletben előírt minimális összeget.

A legkevesebb összeggel gazdálkodó soproni gyermekotthonban hetente egyszer van hús, a gyermekek egyhangú és szénhidrátdús ételeket kapnak. A vizsgált intézmények többségében kevés a gyümölcs és a zöldség, az intézmények gyakorlatilag – anyagi lehetőségeikre is tekintettel – szabadon, akár az egészséges táplálkozás követelményeinek figyelmen kívül hagyásával döntenek az étlap összeállításáról, valamint arról, hogy ahhoz használnak-e valamilyen segédanyagot (pl. kalóriaszámlálás).

Mindebből következően a biztos a jogállamiságból elvéből fakadó jogbiztonság, valamint a gyermekek védelemhez való joga sérelmét állapította meg az NM rendeletben rögzített költségösszegeknél kisebb étkezési normák tekintetében, ezért a fenntartókat arra kérte gondoskodjanak az étkezési norma jogszabálynak megfelelő megállapításáról és folyósításáról. A válaszok szerint nincs anyagi forrás a normatíva növelésére.

A vonatkozó szabályok³⁶ előírják a gondozott gyermekek teljes körű ellátását, ami magában foglalja az egészségügyi ellátási kötelezettséget is. A fenntartó köteles a különleges ellátásra szoruló gondozott gyermek számára a fejlődésükhöz, illetve fejlesztésükhöz, a gyógyulásukhoz, rehabilitációjukhoz, terápiájukhoz szükséges és indokolt eszközök beszerzésére.

³⁴ Lásd AJB 2478/2011. számú jelentés

³⁵ NM rendelet 76. § (1) bek.

³⁶ Gyvt. 45. § (1) bekezdése és 53. §-a, NM rendelet 81. §-a

A vizsgált intézmények mindegyikében van iskolaorvos, a településeken, vagy azok közelében házi orvos, gyermekorvos, szakorvosi rendelő, illetve kórház. Sopronban és Pásztón az iskolaorvosnak azonban külön rendelési ideje nincs, „szükség szerinti” gyakorisággal keresi fel az intézményeket. Előre kiszámítható rendelés hiányában a gyermeknek nincs lehetősége arra, hogy az esetleg közvetlen orvosi beavatkozást, kezelést nem igényelő olyan egészségügyi problémáját jelezze, amit a vele foglalkozó szakdolgozókkal nem kíván megosztani. Jellemzően a különleges ellátást is igénylő gyerekek, fiatalok számára nem minden helyen, és időben megoldott a szükséges pszichiátriai kezelés, csupán a gyógyszerek felírására és azok kontrolljára szorítkozik az ellátás, ami hosszútávon beláthatatlan következményekkel járhat.

A kiszámítható, illetve szükség esetén folyamatos orvosi, egészségügyi ellátás hiánya, az „ad hoc” iskolaorvosi rendelés visszásságot okoz a jogállamiságból eredő jogbiztonsággal összefüggésben, egyúttal veszélyezteti a gyermekek lehető legmagasabb szintű testi, lelki egészséghez fűződő jogának érvényesülését is. Erre tekintettel az érintett intézmények vezetőinél az ombudsman kezdeményezte, hogy gondoskodjanak az iskolaorvos rendelési idejének kiszámíthatóságáról. Az igazgatók a kezdeményezésnek eleget tettek.

A gyermek- és ifjúsági pszichiátriai ellátás hiányosságait minden vizsgált intézmény jelezte. Az e tárgykörben folytatott ombudsmani vizsgálatokat³⁷ lezáró jelentések az ellátórendszer hiányossága tekintetében az egészséghez fűződő és az egészségügyi ellátáshoz való jogokkal összefüggő visszásságot állapítottak meg, melyet a biztos továbbra is fenntartott.³⁸

Az otthont nyújtó ellátás keretében gondoskodni kell a gondozott gyermekek szabadidejének³⁹ hasznos eltöltéséről, a kulturálódáshoz, a játékhoz, a sporthoz szükséges eszközökről. A szabadidős tevékenységekhez szükséges és indokolt költségek az ellátást nyújtót terhelik.

A sport jelentőségét a gyermekek életében minden vizsgált intézmény vezetője hangsúlyozta, arra elsősorban az iskolában van lehetőség. Mindenhol igyekeznek részt venni a település szabadidős programjaiban és az intézmények is nyitott kapukkal várják rendezvényeik iránt érdeklődőket.

A gyermekek nyaraltatását pályázati erőforrásokból, magánszemélyek,

³⁷ Lásd OBH 3536/2009., AJB 1092/2011. és AJB 1298/2011. számú jelentések

³⁸ Az AJB 1298/2011. számú jelentésben a feltárt alkotmányos jogokkal összefüggő visszásságok orvoslása és jövőbeni megelőzése érdekében az Obtv. 25. § alapján a biztos felkérte a nemzeti erőforrás miniszterét hogy tegyen határozott és összehangolt lépéseket annak érdekében, hogy hazánk e jelenséggel érintett régióiban megszűnjön a gyermekpszichiátriai fekvőbeteg- és sürgősségi ellátáshoz való hozzáférés jelenlegi hiánya; továbbá tegyen intézkedéseket a gyermekpszichiátriai számának emelkedését eredményező feltételrendszer kialakítása, a jelenlegi helyzetben pedig a jelzett szakterület hiányszakmává minősítése érdekében. A miniszter válasza szerint a gyermekpszichiátriai és addiktológiai ellátás problémáinak megoldása érdekében az egyeztetések a szociális és az egészségügyi szakterület között megkezdődtek.

³⁹ Gyvt. 9. § c) pontja, NM. 80. §

szponzorok adományaiból, illetve alapítványi forrásokból oldják meg.

A vizsgálók a soproni gyermekotthonban észlelték a hasznos/értelmes időtöltés hiányát, a szabadidő szervezetlenségét. Aggályos a makói gyermekotthon azon gyakorlata, hogy a gyermekek zsebpénzüket tévé vásárlására fordítják, és már a kora délutáni órákban tévénézéssel töltik idejüket.

A biztos legutóbb az egyik budapesti gyermekotthon utóvizsgálatát lezáró jelentésében⁴⁰ is kifejtette, hogy a szabadidő hasznos eltöltése magában foglalja a gyermekek hét közbeni, hétvégi szabadidejének értelmes, részben a felnőttek által kezdeményezett/javasolt (időnként irányított) tevékenységet is. Az intézményen, valamint a csoportokon belüli, a gyermek életkorának, érdeklődési körének megfelelő szabadidős programok felkínálása a gyermekkel közvetlenül foglalkozó szakemberek kompetenciája. A közös programok a csoportkohéziót erősítik, megelőzhetik/csökkenthetik a magatartási problémákat, az agressziót.

A lenti, valamint a budapesti gyermekotthon igazgatója a Gyvt. 1997. november 1-jei hatálybalépését követően részt vett gyámi képzésen, továbbképzésen. A többi vizsgált intézmény vezetője a gyakorlatban, tapasztaltabb kollégák iránymutatása alapján, a gyámhivatal munkatársainak segítségével tanulta meg feladatait.

A Gyvt. vonatkozó rendelkezései⁴¹ szerint a gondozott gyermekek gyámja a gyámhivatal határozata alapján a gyermekotthon vezetője. A gyám joga és kötelessége, hogy – gyámi kötelezettsége keletkezésétől annak megszűnéséig – gyámoltját személyi és vagyoni ügyeiben képviselje, vagyis a gyermek helyett, vagy a korlátozottan cselekvőképes gyermekkel együtt annak hivatalos ügyeiben eljárjon, jognyilatkozatot tegyen. Az NM rendelet részletesen szabályozza a gyámi feladatokat.

A biztos álláspontja változatlan a tekintetben, hogy a jogszabályban meghatározott feladatok maradéktalan ellátásához a gyámok ez irányú képzése szükséges, annak elmaradása a gyermekvédelmi gondoskodásban nevelkedők védelemhez és a gondoskodáshoz való alkotmányos joga sérelmének közvetlen veszélyét keletkezteti.⁴²

A gyámok képzésére az ombudsman ugyancsak a már említett, AJB 457/2011. számú jelentésében tett javaslatot. A nemzeti erőforrás miniszter válasza szerint a tárcánál megkezdődött a független gyermekvédelmi gyám jogintézményének létrehozására irányuló szakmai munka. Figyelemmel arra, hogy a tárca tervei között szerepel valamennyi gyermekvédelmi gyám képzése, a biztos újabb ajánlást nem tett.

A gyermeki jogok érvényesülése érdekében a gyámi-gondozói tanácsadó feladata, hogy szakmai szempontok alapján folyamatosan segítse és ellenőrizze a gondozott gyermek gyámjának, gondozójának nevelői, gondozói, illetve gyámi

⁴⁰ Lásd AJB 457/2011. számú jelentés

⁴¹ Gyvt. 87–89. §

⁴² Lásd AJB 457/2011. számú jelentés

tevékenységét. Ennek érdekében a tanácsadónak legalább két havonta egyszer a gondozási helyen találkoznia kell a gyermekkel, a gondozóval és a gyámmal.⁴³

A gyámi-gondozói tanácsadók rendszeresen látogatják a vizsgált intézményeket, a velük való személyes találkozást a gondozottak igénylik, arra mindenhol lehetőség van. A soproni gyermekotthon napi kapcsolatban van a tanácsadóval, a bakonyoszlopi és a kisújszállási otthon vezetői bármilyen ügyben kérhetik segítségét. A lenti gyermekotthonban az ellenőrző funkciót érzékelik, de tanácsot, segítséget nem kapnak.

A gyermekjogi képviselő feladatait a Gyvt. 11/A. §-a határozza meg. A jogszabály a gyermekjogi képviselőt nem kötelezi a gyermek gondozási helyén való felkeresésére. A kapott tájékoztatás szerint a gyermekjogi képviselő Makón hetente,⁴⁴ Kisújszálláson kéthetente tart fogadóórát. A képviselő a soproni gyermekotthont nem kereste fel, Bakonyoszlopon 2010 nyarán járt, a budapesti intézmény látogatására évente egyszer, a pásztóiéra 2-3 havonta kerül sor. A Lentiben elhelyezett gyermekek jogvédelmére hivatott képviselő az elmúlt két évben az otthonban nem járt.

A gyermekjogi képviselők tevékenységét a biztos az AJB 849/2010., valamint az AJB 457/2011. számú jelentésében vizsgálta és – a gyermekek védelemhez és gondoskodáshoz való joga sérelmének közvetlen veszélyét megállapítva – a Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal főigazgatójának a gyermekjogi képviselők létszámának növelésére tett javaslatot. A főigazgató a létszámnövelésre nem látott lehetőséget, de a szaktárca vezetője arról informálta az ombudsmant, hogy a gyermekvédelmi gyámság jogintézményével összefüggő jogalkotás során szükséges a gyermekjogi képviselői rendszer áttekintése.

Az ombudsman a gyermeki jogok védelme és érvényesítése érdekében továbbra is elengedhetetlennek tartja a megfelelő számú, erre a feladatra képzett, független szakember személyes, és rendszeres jelenlétét a szakellátás intézményeiben, e tekintetben további álláspontját a jogszabály-módosítás tervezetének ismeretében kívánja kifejtetni.

A gyermekvédelmi szolgáltató tevékenységet végzőknek gondoskodniuk kell arról, hogy a gyermekek számára megismerhető legyen a gyermekjogi képviselő neve, telefonszáma, valamint fogadóóráinak helye és időpontja.⁴⁵ A Lentiben vizsgált lakásotthonban a gyermekjogi képviselő elérhetősége nem volt kifüggesztve, Makón pedig az egyik lakásotthonban a jogvédő neve, címe és telefonszáma csupán a gondozottak által nyilvánvalóan rendszeresen nem látogatott nevelői szobában volt látható.

A gyermekjogi képviselővel kapcsolatos információk hiánya, illetve eshetőleges megismerése visszásságot okoz a jogállamiság elvéből fakadó jog-

⁴³NM rendelet 150. § (1) és (2) bek.

⁴⁴A www.jogvedok.hu honlap szerint a gyermekjogi képviselő Makón minden harmadik hét szerdáján tart fogadóórát.

⁴⁵NM rendelet 2. § (2) bek.

biztonság követelményével kapcsolatban, valamint veszélyezteti a gyermekvédelmi gondoskodásban nevelkedő gyermekek védelemhez és gondoskodáshoz való jogát is. Az ombudsman az intézmény vezetőket felkérte, intézkedjenek a gyermekjogi képviselő elérhetőségének – a gyermekek számára jól látható helyen való – kifüggesztéséről. A kezdeményezéssel az igazgatók egyetértettek.

Az NM rendelet 112. §-a szerint a házirendben kell megállapítani a napi-rendből adódó feladatokat, a gondozottak viselkedésére, az egymással szembeni magatartásra vonatkozó feladatokat. A házirendnek tartalmaznia kell a hozzátartozókkal, illetve más személyekkel való kapcsolattartásra, a látogatás rendjére, az intézetből való eltávozás és visszatérés rendjére, valamint a panaszjog érvényesítésének módjára, az érdek-képviselési fórum véleményezési és egyetértési jogának gyakorlására vonatkozó előírásokat. A házirendet a nevelőtestület, valamint a gyermekönkormányzat véleményének figyelembevételével és az intézményben működő érdek-képviselési fórum egyetértésével az igazgató hagyja jóvá.

A soproni gyermekotthon mindkét szakmai egységének házirendje tartalmazza, hogy *„az eltávozásra, szabadságra vitel időpontját és módját a gyermekotthon házirendje, illetve a gyám, az illetékes és a hozzátartozó előzetes megállapodása határozza meg”*.

Az NM rendelet 87. § (1) bekezdése szerint a kapcsolattartásra jogosult és a gondozott gyermek kapcsolattartása a gyámhivatal határozatán alapul. A házirend – az NM rendelet előírása ellenére – nem tartalmazza az érdek-képviselési fórum véleményezési és egyetértési jogának gyakorlására vonatkozó előírásokat, azon az igazgató aláírása nem szerepel.

A lenti gyermekotthonban a napirend és a kapcsolattartásra vonatkozó rendelkezések a szakmai programban szerepelnek.

A pásztói gyermekotthon házirendje nem tartalmazza a napirendből eredő feladatokat, valamint az érdek-képviselési fórum véleményezési és egyetértési jogára vonatkozó információt.

A makói gyermekotthon házirendjében a panaszjog érvényesítésének módja nem szerepel.

A jogszabályban előírt kötelező tartalmi elemeket nem tartalmazó házirendek tekintetében a jogállamiság elvéből levezethető jogbiztonság követelményével összefüggő visszasságokat állapított meg a biztos és azok módosítását kérte. Az érintett gyermekotthonok a házirendet módosították.

Az érdek-képviselési fórumot minden intézményben megalakították, e tekintetben alapvető joggal összefüggő visszasságot nem tárt fel a vizsgálat.

A szupervízió olyan speciális szakmai személyiségfejlesztő módszer, amelynek alkalmazása nélkülözhetetlen a segítő foglalkozásúak – köztük a szociális területen személyes gondoskodást végző szakemberek – hivatásgondozásában, saját mentálhigiéniájában, szakmai továbbképzésében és munkájának minőség-biztosításában

A külső szupervízor igénybevételére 2011-ben – anyagi erőforrás hiányában –

egyik intézményben sem volt lehetőség. A bakonyoszlopi, a budapesti és a makói gyermekotthon szakdolgozóit saját munkatársuk segíti. A szupervízió hiánya – ahogyan azt a biztos a gyermekjóléti alapellátást vizsgáló jelentéseiben is megállapította⁴⁶ – a szakemberek és a gondozottak lehető legmagasabb szintű testi, lelki egészséghez való joga sérelmének közvetlen veszélyét idézi elő.

A gyermekjóléti és gyermekvédelmi szolgáltató tevékenység engedélyezéséről, valamint a gyermekjóléti és gyermekvédelmi vállalkozói engedélyről szóló 259/2002. (XII. 18.) Korm. rendelet 14. § (1) bekezdése szerint a működést engedélyező szerv – helyszíni ellenőrzés keretében – legalább évente köteles ellenőrizni, hogy az otthont nyújtó ellátás az intézményben a jogszabályokban és a működési engedélyben foglaltaknak megfelelően működik-e. A Győr-Moson-Sopron Megyei Kormányhivatal Szociális és Gyámhivatalának jogelődje ezen ellenőrzési kötelezettségének nem tett eleget.

A Gyvt. 104. § (1) bekezdésének e) pontja alapján a fenntartó köteles ellenőrizni és évente egy alkalommal értékelni a gyermekvédelmi szolgáltató tevékenységet, a szakmai munka eredményességét, a szakmai program végrehajtását, valamint a gazdálkodás szabályszerűségét és hatékonyságát. A vizsgált intézmények közül az elmúlt évben csupán a lenti gyermekotthont ellenőrizte a fenntartó. A jogszabályban rögzített fenntartói/engedélyezői ellenőrzési kötelezettség elmulasztása visszásságot okoz a jogállamiság elvéből eredő jogbiztonsággal kapcsolatban, továbbá sérti a gyermekvédelmi gondoskodásban élő gyermekek kiemelt védelemhez fűződő jogát is.

Összességében az egyes intézményeknél feltárt hiányosságok, amelyek több esetben az anyagi erőforrások, valamint a jogi szabályozás elégtelenségére is visszavezethetők, visszásságot okoznak a jogállamiság elvéből fakadó jogbiztonság követelményével, a gyermeket az állam és a társadalom részéről megillető kiemelt védelemhez fűződő jogával, az egyenlő bánásmód követelményével, végül a gyermek egészséghez való jogával összefüggésben.

⁴⁶Lásd OBH 4226/2006. és OBH 5158/2007. számú jelentés

4. Egyéb, gyermekeket érintő vizsgálatok áttekintése

4.1. A területi védőnői ellátással kapcsolatos vizsgálatról⁴⁷

A területi védőnőként dolgozó panaszos azért fordult az állampolgári jogok országgyűlési biztosához, mivel sérelmezte, hogy a három településre kiterjedő körzetében, a jogszabályban megengedett 250 helyett, jóval nagyobb létszámú, összesen több mint 600 gyermeket kell egyedül ellátnia. Panaszával korábban már fordult a helyi önkormányzathoz, az országos védőnőhöz, valamint az érintett szakminiszterhez és kérte a védőnői körzet megosztását, azonban érdemi változás nem történt. Sérelmezte azt is, hogy többletmunkájáért illetmény-kiegészítést nem kap, a területi pótlékot pedig az önkormányzat nem utalja át a számára, mivel – álláspontja szerint – a pótlék a szolgáltatót, azaz az önkormányzatot illeti meg. Beadványát – jelezve, hogy az abban foglalt jogsérelem nemcsak őt, hanem a gondozott gyermekeket is érinti – több szülő, iskola-óvodapedagógus is aláírta.

Eljárása során az ombudsman – a konkrét panaszban foglalt sérelmek mellett – a védőnői szolgálat helyzetével kapcsolatban az egész országra kiterjedő, átfogó tájékoztatást kért a nemzeti erőforrás minisztertől és az országos vezető védőnőtől.

A miniszter tájékoztatása szerint a védőnői ellátás biztosítása – az egészségügyi alapellátás körében – a helyi önkormányzat feladata, így az önkormányzat képviselő-testülete állapítja meg és alakítja ki annak körzeteit. Azt pedig, hogy a védőnő mennyi illetményre jogosult – az általa ellátott gyermekek létszáma arányában – a vonatkozó jogszabály állapítja meg. A jogszabály azonban kizárólag a megengedett ellátotti létszámig biztosít finanszírozást, azaz a védőnő hiába lát el adott esetben kétszer annyi gyermeket, nincs lehetőség arra, hogy ezért magasabb fizetést kapjon. Arra vonatkozóan sincs szabályozás, hogy a területi pótlék a szolgáltató önkormányzatot, vagy a feladatot ténylegesen ellátó védőnőt illeti meg.

Ezzel kapcsolatban a biztos megállapította, hogy *az a tény, hogy a védőnő a jogszabályban maximálisan megengedettnél lényegesen magasabb létszámot lát el, önmagában alkalmas arra, hogy a jogállamiság elvét, valamint a jobbiztonság követelményét sértse. Ezen túl, a védőnői ellátási rendszer működési problémájából adódóan az ilyen jogi helyzet a gyermekek egészséghez való jogával összefüggő visszásságot okoz, mivel jogsérelem közvetlen veszélyét hordozza magában.*

Ez az „állapot” csak kivételesen és mindig csak átmeneti időtartamra, az új

⁴⁷ AJB-3809/2010. számú jelentés

körzet kialakításáig tartható fenn. Sem a szolgáltató, sem a működést felügyelő szervek nem követelhetik meg, nem várhatják el a védőnőtől, hogy hosszú időn keresztül a megengedett – maximális – létszámon felüli ellátottat gondozzon. Az esetleges finanszírozási nehézségekre hivatkozva egyetlen szolgáltató-önkormányzat sem „élhet vissza” a védőnővel szemben támasztott azon munkáltatói és egyben társadalmi elvárással, hogy ezekben az esetekben is igyekezzen – akár munkaidejét meghaladóan – minden ellátott számára biztosítani a megfelelő védőnői ellátást. A szolgáltatóknak minden intézkedést meg kell tenni, adott esetben a körzet megosztásával biztosítania azt, hogy a védőnő a jogszabályban meghatározott keretek között végezhesse a munkáját.

A biztos felhívta a figyelmet ugyanakkor arra is, hogy a finanszírozás kialakításakor figyelemmel kell lenni az ellátottak létszámára és biztosítani kell annak lehetőségét, hogy az átmenetileg magasabb ellátotti létszám után a védőnő magasabb díjazásban részesüljön, ez a finanszírozható létszám azonban nem lehet magasabb, mint a jogszabályban megállapított maximálisan ellátható létszám. (Ellenkező esetben ugyanis a többletfinanszírozás magát a védőnőt tenné érdekeltté a magas létszámú körzetek fenntartásában, amely esetleg „konzerválná” az alapjog sértő állapotot.)

A vizsgálat ugyanakkor feltárta azt is, hogy a védőnői ellátáshoz való hozzáférés az ország egyes régióiban, illetve a régiókon belül az egyes körzetekben, teljesen eltérő. Ennek oka – az országos vezető védőnő tájékoztatása szerint –, hogy a védőnők sok esetben, a területi védőnői feladataik ellátása mellett, iskolai védőnői tevékenységet is ellátnak. Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár adatai alapján, 2008 szeptemberében 4004 védőnői szolgálatból kizárólag területi védőnői feladatokat 1222 (30,5%) végzett, míg a területi és iskola-védőnői ellátást egyaránt biztosító „vegyes” szolgálatok száma 2782 (69,5%) volt. *A vegyes körzeteket ellátó területi védőnők esetében, akik körzeti, óvodai és iskolai munkát is ellátnak, a családokra fordítható idő, illetve a családok számára való rendelkezésre állás szükségképpen korlátozott. Az ellátás egyenlőtlenségét okozhatja az ellátottak, illetve a fokozott ellátást igénylők magas létszáma is, illetve az a tény, hogy a védőnői körzet több – akár hat, hét – településre is kiterjed. Ezekben a körzetekben a védőnők a munkaidejük jelentős részét utazással töltik és sokkal kevesebb időt tudnak fordítani az érdemi védőnői munkára. További egyenlőtlenséghez vezet, hogy a betöltetlen védőnői állásokat sok esetben tartós helyettesítéssel látják el. A tartós helyettesítéssel ellátott körzetekben a védőnői ellátás ugyanabban a munkaidőben történik, mint az „ún. saját körzetben”. Mivel nincs „előírás” arra, hogy mi tekinthető a védőnői „minimum ellátásnak”, illetve az ellátás szempontjából nem történhet megkülönböztetés az egyes körzetek között, ezért ezekben a – saját és helyettesített – körzetekben nagy valószínűséggel nem biztosított a szükséges hozzáférhetőség, a megfelelő védőnői ellátás. A 33 halmozottan hátrányos kistérségben a települések száma összesen 719, melyek közül 364 településen – azaz több mint a felében (50,6%) – egyáltalán nincs szervezett védőnői ellátás. A területi védőnői jelentések alapján 2006-ban az országosan nyilvántartott, gondozott családok*

száma 610 810 volt, melyből 69 884 család (11,4%) gondozása a 33 halmozottan hátrányos településen volt. Ezekből az adatokból megállapítható, hogy a területi védőnői ellátáshoz való hozzáférés, a jelenlegi védőnői feladatok megfelelő ellátása éppen azokban a régiókban teljesíthető legkevésbé – észak-alföldi, az észak-magyarországi, a dél-alföldi és a dél-dunántúli – ahol a 33 hátrányos helyzetű kistérségek is megtalálhatóak.

Végezetül az országos vezető védőnő felhívta a figyelmet a védőnők életkor szerinti megoszlására is. Míg a védőnők közel 40%-a 45 év feletti (46–50 éves 11%; 51–55 éves 14%; 56–60 éves 9%; 61–65 éves 4%; 65 év feletti 59 fő, azaz 1%), addig a 21–25 év közöttiek aránya mindössze 6%.

Mindezek alapján az elkövetkezendő években várhatóan évente 300 fő védőnő nyugdíjba menetele feltételezhető, akiknek az utánpótlása – tekintettel arra, hogy éves szinten kb. 200 fő szerez főiskolai védőnői oklevelet, akik közül nem mindenki helyezkedik el védőnői állásban – nem megoldott.

Vizsgálata eredményeként az ombudsman megállapította, hogy a védőnői ellátáshoz való hozzáférés egyenlőtlensége, annak funkcionális elérhetetlensége vagy korlátozott elérhetősége az adott területen élő személyek, különösen az ellátott gyermekek egészséghez való jogával összefüggő visszásságot okoz.

Az állampolgári jogok biztosa mindezek miatt felkérte a nemzeti erőforrás minisztert, hogy tegye meg a szükséges intézkedéseket annak érdekében, hogy megszűnjön az egyes védőnői körzetek között tapasztalható jelenlegi súlyos egyenlőtlenség, illetve kezdeményezze a védőnői ellátás finanszírozásáról szóló jogszabály megfelelő módosítását.

Tekintettel arra, hogy az ombudsmani eljárás megindulása után, a panaszos sérelmét orvosolták – a védőnői körzet megosztásra került – ezért a konkrét ügyben a biztos intézkedést nem kezdeményezett.

A nemzeti erőforrás miniszter válaszában arról tájékoztatta a biztost, hogy az egységesség és a következetesség elvét szem előtt tartva nem tartja támogathatónak a védőnői ellátás finanszírozásának megosztását, mert ilyen alapon bármely más egészségügyi dolgozóra is hasonló szabályokat kellene alkotni. Arra is hivatkozott, hogy a vonatkozó jogszabály jelenleg sem zárja ki, hogy a szolgáltató (a települési önkormányzat, vagy az egészségügyi szolgáltató) a területi pótlék meghatározott részét „átengedje” a védőnőnek.

Azt sem tartja támogathatónak, hogy a védőnő a megengedett létszámon felüli, de maximálisan ellátható létszámnak megfelelő ellátotti számig átmeneti, kiegészítő díjazásban részesüljön. Álláspontja szerint ugyanis a közalkalmazottak jogállásáról szóló törvény, illetve annak végrehajtási rendelete konkrétan meghatározza, hogy milyen munkakörökben állapítható meg illetménypótlék, s ezen felsorolásban nem szerepel a védőnőnek juttatandó pótlék.

A miniszternek írt válaszelevelében a biztos ismételten hangsúlyozta, hogy az OEP a jogszabályban meghatározott díjat – így a területi pótlék összegét is – a szolgáltató számára utalja át, amelyből a védőnő csak a munkáltató-önkormányzat által kötött megállapodás alapján részesülhet. Tekintettel azonban arra, hogy

a tényleges ellátást nyújtó védőnő kiszolgáltató helyzetben van a szolgáltatóval szemben, így kizárólag a szolgáltató „jóindulatától függ”, hogy részesül-e a területi pótlékból, vagy sem. A védőnő tehát jelenleg is részesül(het) területi pótlékban, azonban annak mértéke eshetőleges. Ezen egyenlőtlen, visszás helyzet miatt tartja szükségesnek, a területi pótlékkal kapcsolatos egyértelmű jogi szabályozást.

A megengedett létszámon felüli, de maximálisan ellátható létszámnak megfelelő ellátotti számig történő átmeneti, kiegészítő díjazással kapcsolatban a biztos megismételte azt a – jelentésében is kifejtett – álláspontját, mely szerint ő sem tartja megfelelőnek azt a helyzetet, amikor a védőnő a megengedett maximum, illetve azt meghaladó gondozotti számot lát el. Az ilyen jogi helyzet ugyanis a gyermekek egészséghez való jogával összefüggő visszásságot okozhat. Éppen ezért hangsúlyozta, hogy a szolgáltatónak és a működést felügyelő szervezetnek minden intézkedést meg kell tenniük – adott esetben a védőnői körzetet meg kell osztaniuk – annak érdekében, hogy a védőnő a jogszabályban meghatározott keretek között végezhesse a munkáját. A finanszírozás kialakításánál ugyanakkor figyelemmel kell lenni az ellátottak létszámára és biztosítani kell annak lehetőségét, hogy az átmenetileg magasabb létszám után a védőnő magasabb díjazásban részesüljön.

Az ombudsman ugyanakkor örömmel vette tudomásul a nemzeti erőforrás miniszter azon tájékoztatását, mely szerint az irányítása alá tartozó minisztérium a TÁMOP 6.1.4. PROGRAM 2011–2013 akcióterve szerint a védőnői ellátás fejlesztését kiemelt prioritással szándékozik fejleszteni.

4.2. A gyermekek iskola-egészségügyi ellátásának problémái⁴⁸

Az országgyűlési biztos 2011. évi gyermekjogi projektje keretében az iskola-egészségügyi ellátás helyzetét is vizsgálta. A vizsgálat arra irányult, hogy a tan köteles gyermekek, a 6 és 18 év közötti diákok számára a jogszabályban előírtaknak megfelelően biztosítják-e az iskolaorvosi-, fogorvosi, iskolapszichológusi valamint védőnői ellátást.

Az ombudsman az iskola-egészségügyi ellátással kapcsolatos konkrét kérdések vonatkozásában tájékoztatást kért a Nemzeti Erőforrás Minisztériumtól, az országos vezető védőnőtől. Az iskola-egészségügyi ellátás finanszírozásával kapcsolatos kérdésekben az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (továbbiakban: OEP) Finanszírozási Osztályát, az iskolaorvosok helyzetével kapcsolatban a Fodor József Iskola-egészségügyi Társaságot kereste meg.

Az ellátásra kötelezett intézmények közül három, az ország különböző területén lévő, eltérő „adottságú” megyéjében – Békés, Nógrád, Zala megyében –, illetve a fővárosban működő oktatási intézmények közül általános és középiskolákat (gimnáziumokat és szakiskolákat), összességében 18-t keresett meg. Minden

⁴⁸ AJB 536/2011. számú jelentés

megyében és a fővárosban is vizsgálta az önkormányzati fenntartású (8), illetve alapítványi (5) és egyházi (5) intézményeket is, annak érdekében, hogy tájékozódhasson arról, hogy a gyermekek számára nyújtott ellátásban van-e különbség attól függően, hogy az egyes intézménynek ki a fenntartója. A megkeresett iskolák közül 3 megyei jogú városban, 3 vidéki kisközségben, 6 vidéki településen, 6 pedig a fővárosban működik. Valamennyi oktatási intézménynek ugyanazokra a kérdésekre kellett választ adnia, amelyek összevetésével alakította ki megállapításait.

Az iskolák és azok fenntartóinak válaszai mellett a biztos szolgáltatást nyújtó gyermekorvosok, védőnők, illetve a szülők véleményére is kíváncsi volt, ezért megkereste a Fodor József Iskola-egészségügyi Társaságot, a Magyar Pszichológiai Társaság Iskolapszichológiai Szekcióját, az országos vezető védőnőt, valamint a Nagycsaládosok Országos Egyesületét, akiktől azzal kapcsolatban kért tájékoztatást, hogy milyen gyakorlati nehézségekbe ütközik az ellátás megfelelő biztosítása, illetve milyennek látják a szülők a gyermekek számára nyújtott egészségügyi szolgáltatás elérhetőségét, színvonalát.

Az oktatási-nevelési intézményekben végzett egészségügyi ellátás egy olyan ellátási forma, amely hozzájárul a gyermekek egészségi állapotában és egészségügyi ellátásban meglévő esély egyenlőtlenségek mérsékléséhez. Széles körben, a leghátrányosabb területen élő, és hátrányos helyzetű gyermekek számára is biztosíthatja fejlődésük és egészségi állapotuk meghatározott életkorokban történő vizsgálatát, valamint a fertőző betegségeket megelőző védőoltásokat. Az iskolaorvosok és védőnők közreműködése az egészségnevelésben felbecsülhetetlen segítség mind a pedagógusok, mind pedig a szülők számára.

Az oktatási-nevelési intézmények egészségügyi ellátása, ezen belül az életkorhoz kötött orvosi és védőnői vizsgálatok döntően a prevenciót szolgálják, nem beteg gyermekek vizsgálata folyik; a testi, érzékszervi és a mentális fejlődés értékelése, és az ehhez szükséges vizsgálatok elvégzése a feladat. Ez nem történhet meg a teljes fizikális vizsgálat elvégzése nélkül, amely egyébként is minden korrekt orvosi vizsgálatnak része kellene, hogy legyen.

A jelenleg hatályos szabályozás szerint az iskola-egészségügyi ellátást a 3–18 éves korosztály, valamint a 18 év feletti, nappali rendszerű iskolai képzésben részt vevők számára, valamennyi oktatási-nevelési intézményben biztosítani kell. Ez azt jelenti, hogy az ország minden óvodájának, általános és középiskolájának – az oktatási-nevelési feladatai mellett – ezt a speciális, elsősorban a gyógyításra, megelőzésre hangsúlyt tevő egészségügyi ellátást is nyújtania kell.

Az iskolaorvosi ellátással kapcsolatban a vizsgálat feltárta, hogy az iskolaorvosi ellátás minőségét alapvetően befolyásolja a főfoglalkozású iskolaorvosok alacsony aránya. Sajnos egyre több az ún. „vegyes körzet”, amelyben az iskolaorvosi tevékenységet a gyermek ellátást is végző felnőtt háziorvos látja el. Ez az ellátási forma azonban a komplex iskolaorvosi feladatok ellátását nem teszi lehetővé, mivel ezekben az esetekben gyakori az orvos túlterheltsége, az időhiány, az ellátáshoz szükséges idő pedig nincsen megfelelően szabályozva. Az iskola-egészségügyi

hálózat hatékony működését jelentősen megnehezíti, hogy a vonatkozó jogszabályok nem rendelkeznek arról, hogy a tárgyi feltételek (pl. rendelő) biztosítása kinek a kötelessége (az oktatási intézménynek, az egészségügyi szolgáltatónak, az önkormányzatnak?). Nagyon gyakori panasz az iskolaorvosok részéről, hogy bár a közoktatás jogszabályai előírják az iskola-egészségügyi tevékenység szabályozását, a tanórák merev védelme időben rendkívül behatárolja a szűrővizsgálatokra fordítható időt. Az iskolaorvos által ellátható tanulósám – több főfoglalkozású iskolavédőnő segítségével – maximum 2400 fő lehet, amely szám – főleg ha ez több iskolában oszlik el –, önmagában is magas. Számos esetben azonban ennél magasabb tanulósámot is ellátnak. Formálisan ugyan az alapellátási szakfelügyelet által biztosított az igen magas számú szolgáltató szakfelügyelete, a gyakorlatban azonban ez nem hatékony. Mivel az iskola-egészségügyi ellátás komplex team munkát igényel, nagy szükség lenne az ellátók azonos személettel végzett közös szakfelügyeletére

Az iskolapszichológus alapvető feladata a nevelőmunka egészének segítése, a társas-közösségi viszonyok fejlesztésében való felkészült, tevőleges részvétel, és az egyes egyénnel való foglalkozás terén a differenciált bánásmód érvényesítésének támogatása pszichológiai szempontokkal és fejlesztő eljárások alkalmazásával. Az iskolapszichológusi hálózat 1986-ban 30 fővel jött létre az Oktatási Minisztérium támogatásával. Azóta lassú létszámemelkedés tapasztalható, de fejlesztése az önkormányzatok finanszírozási lehetőségén múlik. Mivel a szolgáltatás tárgyi feltételeit a munkáltatónak kell biztosítania, ezért a munkáltató, ill. az önkormányzat szemlélete, és anyagi lehetőségei szerint az igen eltérő.

Országos szinten az iskoláknak csak 21,6%-ában van iskolapszichológus. A különböző iskolatípusokban ezen belül is nagyok a különbségek. Legkevesbé ellátottak az általános iskolák, amelyeknek csak 18%-ában van rész- vagy egész állásban pszichológus, a leginkább ellátottak pedig – a csekély számú – speciális szakiskolák, amelyek 38%-ának van iskolapszichológusa. Ezen belül jellemzően a részfoglalkoztatás van túlsúlyban – az iskolák 15,8%-ában – teljes munkaidős pszichológus csak az iskolák 6,3%-ában dolgozik. Arról azonban nincs statisztikai kimutatás, hogy ez összességében hetente hány óraszámot jelent.

Ugyanakkor az ország 7 régiójában nagyon eltérő, egyenetlen az iskolapszichológusi ellátottság. A legjobban ellátott Budapest, a Dél-Dunántúl és az Észak-Alföldi régió. A kevés számú teljes állású iskolapszichológus jellemzően Budapesten és a megyeszékhelyeken kerül alkalmazásra. Bár statisztikai adat nem áll rendelkezésre, de a *Nevelési Tanácsadók Egyesülete* információi szerint a hátrányos helyzetű kistérségekben a pedagógiai szakszolgáltatás – és ezen belül az iskolapszichológiai szolgáltatás – elérhetősége lényegesen rosszabb, mint a nagyvárosokban, vagy az északi régiókban. A különböző intézmény típusok ugyan nyitottak lennének az iskolapszichológus alkalmazására, de az önkormányzati forráshiány akadályozza a további státuszok létesítését.

Az iskolafogászati megelőző és gyógyító ellátás megszervezése, működési feltételeinek biztosítása a fogászati alapellátást működtető szerv és az oktatási intéz-

ményt fenntartó közös feladata. Az iskolafogorvosi szolgáltatást 3–18 éves korig csoportos vagy egyéni formában nyújtják; a tanulók évi kétszeri csoportos szűrővizsgálata és kezelése szorgalmi (tanítási) időben a területileg illetékes fogorvosi rendelőben történik. Az ellátás 18 éves korig térítésmentes. Az iskolafogászati ellátást úgy kell megszervezni, hogy valamennyi oktatási intézmény számára fogászati rendelőt kell kijelölni, és az ellátással fogorvost kell megbízni. A gyermekek fogászati ellátását főállású iskola-, gyermek- és ifjúsági fogorvos végzi, illetve vegyes praxisokban, ún. 4+1, illetve 3+2 rendszerben történik az ellátás; azaz a fogorvos a hét 4, illetve 3 munkanapján felnőtteket kezel, egy, illetve két napot pedig a tanulók ellátására fordít.⁴⁹ A fővárosban, nagyobb városokban és több kisvárosban főfoglalkozású (gyermek-) fogorvosok végzik az ellátást, míg vidéken a vegyes praxisban történő ellátás a jellemző.

Az ellátásban részesülő gyermekek és szülei számára nagy gondot jelent, hogy nincsen egységes szakmai vélemény és gyakorlat arra vonatkozóan, hogy meddig terjed az iskolafogorvos feladatköre. A vizsgálat – állapotfelmérés, diagnosztizálás – és a kezelés sok esetben nem elhatárolható, ugyanakkor a kezeléshez a szülő engedélye is szükséges. Mindez indokolja egy egységes szakmai protokoll kidolgozását. A vizsgálat során szintén kérdésként merült fel, hogy amennyiben a gyermekeknek az iskolafogászati vizsgálaton való megjelenés utazási költségeket von maga után, azokat a nevelési-oktatási intézménynek, a szülőnek, illetve az önkormányzatnak kell-e megtérítenie. A biztos véleménye szerint, a kötelező önkormányzati feladat ellátásával kapcsolatos költségek nem háríthatók át az ellátásban részesülőre, illetve szüleikre. Egyértelmű szabályozásra szorul továbbá az alapítványi és az egyházi nevelési-oktatási intézményben tanulók fogászati ellátásának megszervezése is. Nem elfogadható az a gyakorlat, mely szerint az alapítványi iskolába járó gyermekek azért nem részesülnek iskolafogászati ellátásban, mert nem önkormányzati nevelési-oktatási intézmény tanulói.

Az eljárás eredményeként – az *iskolaorvosi és védőnői szolgálat* tekintetében – a biztos megállapította, hogy az ország területén élő, 6–18 év közötti tanköteles gyermekek, akik részt vesznek valamely oktatási-nevelési intézmény nappali tagozatos képzésében, hozzájutnak a kötelező iskola-egészségügyi szűrővizsgálatokban, oltásokban.

Bár a szolgáltatás „minősége” és elérhetősége, gyakorisága között – attól függően, hogy a diák valamely nagyobb városban vagy egy kistelepülésen él –, jelentős különbségek vannak, *a kötelezően előírt ellátást (szűrővizsgálatot, oltást) minden tanuló megkapja.*

A városi, illetve a kistelepülésen működő iskolák iskola-egészségügyi ellátásában meglévő jelentős különbségeket az eljárás során megkeresett csekély számú iskola válaszai is feltárták. Ezek alapján az ombudsman megállapította, hogy az ellátást jelentősen befolyásolja, hogy a diákok magában az iskolában kialakított

⁴⁹ Lásd: *Iskola-egészségügy*. Budapest: Országos Gyermkegészségügyi Intézet. Budapest, 2005

rendelőben, az – akár hetente többször jelen lévő – főállású gyermekorvost, védőnőt kereshetik-e fel (amely inkább a fővárosban és a nagyobb városokban jellemző), vagy pedig az iskolától távol, akár másik településen lévő orvosi rendelőben, a felnőtt háziorvos nyújtja a szolgáltatást (kistelepülés). Szintén fontos tényezője az ellátásnak, hogy a pedagógusok hány tanórát tudnak „nélkülözni” annak érdekében, hogy a diákok valóban alapos vizsgálaton tudjanak részt venni. A vizsgálatok elvégzéséhez ugyanis megfelelő/elegendő idő szükséges, amely a gyakorlatban valóban a kötelezően előírt tanórák megtartásának „rovására megy”. Ennek lehető legoptimálisabb megszervezéséhez szükséges lenne a megfelelő kommunikáció kialakítására az „érintettek” orvos-diák-szülő-pedagógus között.

Ugyanakkor önmagában az a tény, hogy a gyermek önkormányzati, egyházi vagy alapítványi iskolába jár, nem befolyásolja az ellátás biztosítását, hiszen valamennyi fenntartó eleget tesz ezen törvényi kötelezettségének. Vizsgálat azonban feltárta azt is, hogy a megkeresett iskolák közül több esetben az alapítványi, egyházi iskolák magasabb színvonalú ellátást biztosítottak, mint az önkormányzat által fenntartott intézmények.

Az *iskolapszichológiai ellátással* kapcsolatban szintén megállapította a biztos, hogy attól függően, hogy a gyermek hol lakik (s ebben az esetben nemcsak a falu-város között, hanem még a nagyobb városok között is jelentősek az ellátásbeli különbségek) igen eltérő a gyermekek „hozzájutása” a szolgáltatáshoz. Bár minden típusú (általános, közép, szak-) iskola úgy nyilatkozott, hogy az oktatási, nevelési munkájuk hatékonyságának növelése érdekében szükség lenne az ellátásra és a diákok mellett sok esetben a tanárok is igénybe vennék ezt a szolgáltatást, gyakorlatilag csak kevés iskola tudja biztosítani, hogy főállású iskolapszichológus segítse a pedagógusok munkáját.

Az *iskolafogorvosi ellátással* kapcsolatban a vizsgálat feltárta, hogy bár jogszabályi előírás az évi két alkalommal történő szűrővizsgálat, ennek a kötelezettségnek az iskolák csak „nehézkösen” tesznek eleget. Ennek oka, hogy a fogorvosi ellátás minden esetben az iskolán kívüli fogorvosi rendelőben vehető igénybe, így az ellátás – a közlekedéssel együtt – igen időigényes. Ráadásul az utazás költségét az intézmények sok esetben a szülőkre hárítják. További probléma, hogy az ellátás – szintén az idő szűkössége miatt – gyakorlatilag kizárólag szűrésre korlátozódik, s csak kevés esetben kerül sor tényleges fogorvosi beavatkozásra. Így a gyermekek ténylegesen fogászati kezelésben nem részesülnek.

Valamennyi iskolai egészségügyi ellátás vonatkozásában megállapította a biztos, hogy az érintettek nagyon kevés információval rendelkeznek például annak finanszírozásáról, a kötelező szakmai protokollról, amelynek oka lehet a hiányzó szakmai felügyelet.

A biztos megállapította, hogy az iskola-egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés egyenlőtlensége miatt, azon ellátottak vonatkozásában, akik csak korlátozott módon részesülnek az ellátásban, sérül az Alkotmányban biztosított lehető legmagasabb szintű testi és lelki egészséghez való jog, illetve a kifogásolt gyakorlat a hátrányos megkülönböztetés tilalmába ütközik.

A vizsgálat feltárta azt is, hogy az iskola-egészségügyi ellátás egyes részterületein hiányoznak az ellátás minőségét garantáló szakmai protokollok. Ennek hiányában sem az ellátást biztosító egészségügyi dolgozók, sem az érintettek nincsenek tisztában azzal, hogy kötelezően mely időtartamban és milyen ellátást kell biztosítani, amely bizonytalanság a jogállamiság elvéből fakadó jobbiztonság követelményének sérelmét idézi elő.

A biztos mindezek nyomán felkérte a nemzeti erőforrás miniszterét, hogy kezdeményezze az egyes iskola-egészségügyi ellátásokra vonatkozó szakmai protokollok kidolgozását, a szakmai felügyelet kiépítését, a szükséges szakmai, tárgyi, valamint finanszírozási feltételek biztosítását, valamint tegyen határozott és összehangolt lépéseket annak érdekében, hogy a gyermekek azonos feltételek szerint részesüljenek azonos színvonalú ellátásban.

A nemzeti erőforrás miniszter a vizsgálat megállapításaival kapcsolatban válaszában arról tájékoztatta a biztost, hogy a minisztérium az iskolaegészségügy rendszerének teljes felülvizsgálatát tervezi; a jelentésben tett megállapításokkal a miniszter egyetért, és azokat a jövőben tevékenységük során figyelembe veszik.

4.3. Az iskolai étkeztetéssel kapcsolatos ombudsmani vizsgálatról⁵⁰

A biztoshoz forduló panaszosok valamennyien gyermekeik óvodájában, illetve iskolájában nyújtott étkeztetés színvonalát, illetve a speciális étkezési igényű gyermek étkeztetése megoldásának hiányát sérelmezték. Továbbá az Országos Élelmiszerbiztonsági és Táplálkozástudományi Intézet (OÉTI) 2005–2006-ban végzett budapesti reprezentatív vizsgálatának adatai a gyermekkori elhízás egyre nagyobb népegészségügyi problémájára világított rá, amely szerint a 7–14 éves korú gyerekek közül minden negyedik túlsúlyos vagy elhízott (a fiúk 25,5%-a, a lányok 25,9%-a). A 2009/2010-es tanévben, reprezentatív országos mintán, 7 éves korosztályra vonatkozó felmérés minden negyedik lány és minden ötödik fiú túlsúlyos vagy elhízott állapotát mutatta. Az iskola-egészségügyi jelentések adatai alapján az elhízás előfordulásának gyakorisága minden korosztályban növekedett; az elmúlt 10 év alatt háromszorosára emelkedett.

Mindezekre tekintettel az ombudsman a gyermekjogi és az egészségügyi projektje keretében átfogó vizsgálatot indított a gyermekek közétkeztetésével összefüggő körülmények feltárására. A vizsgálatában figyelemmel volt a korábbi jelentésében rögzítettek⁵¹ miszerint: „(...) a gyermekek étkezésének minőségét meghatározó jogi szabályozás ajánlásként való megfogalmazása nem biztosítja a gyermekek megfelelő szintű táplálkozásának biztosítását, de e szabályozás miatt az intézmények a szülőkre nem háríthatják át táplálkozás biztosításának kiegészítését, hiszen a szülő térítési díjat fizet az igénybevett szolgáltatásért, amelyre az óvoda, mint a gyermek napközbeni ellátását biztosító intézmény a felelős. Megállapítom azt is, hogy az étkezés kiegészítése ebben a formában nem biztosítja az étkezés-egészségügyi kontrollt sem. Ez a helyzet – amellett, hogy aggályos

⁵⁰ AJB 560/2011. számú jelentés

⁵¹ AJB 2365/2008. számú jelentés

a jogállamiság követelménye és az oktatáshoz való jog szempontjából – az alapvető jogok védelme és biztosítása tekintetében is visszásság veszélyét hordozza magában.” Az orvoslás érdekében kezdeményezte az oktatási és kulturális miniszternél, hogy tegye meg a szükséges jogalkotási intézkedéseket országosan egységes gyakorlat kialakítására, amely azonban az átfogó vizsgálat megindításáig nem történt meg.

A biztos az átfogó vizsgálatnál több iskolafenntartótól és oktatási intézménytől kért tájékoztatást, valamint szakmai álláspontjuk ismertetésére kérte az országos tiszti-főorvost, az Országos Élelmezéstudományi Intézetet (OÉTI), az Országos Gyermekegészségügyi Intézetet (OGYEI), a Magyar Védőnők Egyesületét, a Magyar Élelmiszer-biztonsági Hivatalt (MÉBH), a Mezőgazdasági Szakigazgatási Hivatalt (MGSZH), a Magyar Gyermekorvosok Társaságát.

Az így feltárt körülmények alapján az ombudsman az alábbi megállapításokat tette:

a) *Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény (Eütv.) 50. § (3) bekezdése értelmében a közétkeztetésben – különös tekintettel az egészségügyi, szociális és gyermekintézményekben nyújtott közétkeztetésre – az élettani szükségletnek megfelelő minőségű és tápértékű étkezést kell biztosítani. A gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról szóló 1997. évi XXXI. törvény 41. § (1) bekezdése pedig rögzíti, hogy a gyermekek napközbeni ellátásaként többek között a családban élő gyermekek életkorának megfelelő étkeztetését kell megszervezni. E törvény 146. § (4) bekezdése pedig kimondja, hogy a gyermekek napközbeni ellátása keretében biztosított gyermekétkeztetés szabályait kell alkalmazni a bölcsődében, hetes bölcsődében, a családi napköziben, a családi gyermekfelügyelet során, az óvodában, a nyári napközis otthonban, az általános és középiskolai diákotthonban, kollégiumban, illetve az itt szervezett externátusi ellátásban, az általános iskolai menzai ellátás, továbbá – ha külön jogszabály másképpen nem rendelkezik – közép fokú iskolai menzai ellátás keretében, a fogyatékos gyermekek, tanulók nevelését, oktatását ellátó intézményben, illetve a fogyatékos gyermekek számára nappali ellátást nyújtó, az Szt. hatálya alá tartozó fogyatékosok nappali intézményében, a szociális nyári gyermekétkeztetés keretében nyújtott étkeztetésre.*

Míg a vizsgálat a Gyvt. hatálya alá tartozó ellátási formákban biztosított közétkeztetésre terjedt ki, ugyanakkor számos esetben nem lehetett figyelmen kívül hagyni más törvény hatálya alá tartozó ellátási formák keretében biztosított közétkeztetésre vonatkozó szabályokat sem. A Gyvt. ezekkel ellentétben nem rendelkezik a gyermekek számára nyújtandó étkezések számáról, illetve jellegről, sem a speciális étkezési igényű gyermekek számára biztosítandó étkezésekről. A gyermekétkeztetésre vonatkozó szabályok között nem lelhetőek fel olyan, az étkeztetés megfelelő színvonalát biztosító garanciális szabályok sem, amelyek meghatároznák az étkezési szolgáltatás nyújtásakor az étel előállításához szükséges személyi feltételeket (pl. a gyermeklétszámhoz viszonyított főző- és tálalókonyhai alkalmazottak számát, élelmezésvezető képzettségét) és a kulturált étel- és ivóvízfogyasztás tárgyi feltételeit (pl. a kis és főétkezések fo-

gyasztásának helyét az étkezőt, a gyermekek számának megfelelő evő- és tálaló eszközök, szalvéta biztosítását).

b) Az Eütv. már idézett rendelkezése nem csak a közétkeztetés területeit jelöli ki, hanem rendelkezik arról is, hogy annak az élettani szükségletnek megfelelő minőségű és tápértékű étkezést kell biztosítani. Ennek érdekében a törvény 247. § (2) bekezdésének sz) pontjában felhatalmazást adott az egészségügyért felelős miniszternek a rendszeres étkezést biztosító, szervezett ételmezési ellátás keretében szolgáltatott élelmiszerekre vonatkozó táplálkozás-egészségügyi előírások meghatározására.

Az időközben már hatályon kívül helyezett az élelmiszerekről szóló 2003. évi LXXXII. törvény 20. §-ának (12) bekezdésében kapott felhatalmazást az élelmiszerbiztonságért felelős miniszter, hogy rendeletben szabályozza a vendéglátó termékek előállításának feltételeit. E jogkörben eljárva született meg a vendéglátó termékek előállításának feltételeiről szóló 67/2007. (VII. 10.) GKM-EüM-FVM-SZMM együttes rendelet, amelynek 10. § (1) bekezdése rögzítette, hogy a vendéglátás keretében történő csoportos étkeztetésre vonatkozó energia-tápanyagbeviteli, illetve élelmiszer-nyersanyag felhasználási ajánlásokat – a korcsoportonként megadott napi energia- és tápanyagbevitel ajánlott értékeit, valamint az egészsznapos étkeztetéshez, a napi háromszori étkeztetéshez, és a csak ebéd szolgáltatáshoz megadott (1 főre 10 ételmezési napra vonatkozóan) – a melléklet „A”, „B”, „C” és „D” táblázata tartalmazza. Az együttes rendelet csupán ajánlás formájában írta elő a követelményeket, ezért az abban foglaltak nem bírtak kötelező erővel, és azokat a feltárt vizsgálati eredmények szerint nem is tartották be.

Az együttes rendeletet 2011. augusztus 1-jei határidővel hatályon kívül helyezte a vendéglátó-ipari termékek előállításának és forgalomba hozatalának élelmiszerbiztonsági feltételeiről szóló 62/2011. (VI. 30.) VM rendelet. A VM rendelet hatálybalépésével egyidejűleg megszűnt a korcsoportonként megadott napi energia- és tápanyagbevitel értékeire vonatkozó jogszabályi előírás is. Ugyanakkor az országos tisztí főorvos az ÁNTSZ honlapján 2011. augusztus 1-jei dátummal közzétette „a rendszeres étkezést biztosító szervezett ételmezési ellátásra vonatkozó táplálkozás-egészségügyi ajánlását a közétkeztetők számára. Az ajánlás fogalom-meghatározásokat, étrendtervezési szabályokat tartalmaz, meghatározza az étkezések számát, a felhasználható és kerülendő élelmiszereket, a diétás étkeztetést, személyi feltételeket, hatósági ellenőrzés szabályait, stb.

Az országgyűlési biztos az Alkotmánybíróság határozatára tekintettel rámutatott arra, hogy „ajánlás” nem töltheti be a hatályon kívül helyezett együttes rendelet mellékletének hatályon kívül helyezésével létrejött joghézagot, így az, ebben a formában nem alkalmas a kívánt joghatás kiváltására, mivel a törvényben foglalt garanciális szabályok be nem tartásával alkotott, iránymutatások könnyen válhatnak a jogi szabályozást pótló, a jogszabályok érvényesülését lerontó irányítási eszközökké, s ez a jogállamiság követelményével összeegyeztethetetlen.

c) Az élelmiszerláncról és hatósági felügyeletéről szóló 2008. évi XLVI. törvény (Éltv.) 4. § i) pontja alapján az élelmiszerlánc hatósági felügyelet kiterjed az élel-

miszer-termelés, -előállítás, -feldolgozás, -tárolás, -szállítás és forgalomba hozatal minden szakaszára, illetve a törvény 32. § (3) bekezdésében kapott felhatalmazás körében az élelmiszerlánc-felügyeleti szerv nyilvántartja a bejelentett és kivizsgált élelmiszer-mérgezéseket és -fertőzéseket, továbbá azok adatait rendszeresen értékeli és közzéteszi.

Az Éltv. 35. § (3) bekezdés szerint az élelmiszer-biztonsági feladatainak keretében az *élelmiszerlánc-felügyeleti szerv ellenőrzi* az élelmiszer-vállalkozások tevékenységét; rendszeres jelleggel a járványügyi, higiéniai, élelmiszer-biztonsági és élelmiszer-minőségi előírások betartását az élelmiszerek termelésének, előállításának, feldolgozásának, tárolásának, szállításának és forgalomba hozatalának bármely szakaszában, illetve az előző tevékenységekben közreműködő személyekre vonatkozó egészségügyi alkalmassági és higiénés előírások betartását; az élelmiszer-vállalkozásoknál bevezetett „Jó Higiéniai Gyakorlatot”, a nyomkövetési, az élelmiszer-visszahívási és a „veszélyelemzés, kritikus szabályozási pontok”-ra (HACCP) vonatkozó rendszereket, valamint az élelmiszer-vállalkozásoknál felhasznált tisztító- és fertőtlenítőszeres, fertőtlenítő eljárások megfelelőségét, beleértve a rovar- és rágcsálóirtást is; az emberi fogyasztásra szánt állatokat kísérő bizonyítványokat, okiratokat.

E feladatokat a fővárosi és megyei kormányhivatalok mezőgazdasági szakigazgatási szerveinek kijelöléséről szóló 328/2010. (XII. 27.) kormányrendelet 3. § (1) és a 6. § (5) bekezdésében foglaltak alapján a megyei kormányhivatalok élelmiszerlánc-biztonsági és állategészségügyi igazgatóságainak önálló feladat- és hatáskörrel rendelkező szervezeti egységeiként egyes élelmiszerlánc-felügyeleti hatósági feladatok ellátására kerületi állat-egészségügyi és élelmiszer-ellenőrző hivatalok látják el.

Továbbá az egészségügyi hatósági és igazgatási tevékenységről szóló 1991. évi XI. törvény 4. § (továbbiakban Ehtv.) (5) bekezdés *b*) pontja értelmében (*ba*) az élelmezés- és táplálkozás-egészségügy keretében az *egészségügyi államigazgatási szerv* vizsgálatokat végez a lakosság táplálkozási helyzetére, tápláltsági állapotára, a táplálkozás és az egészségi állapot közötti összefüggésekre vonatkozóan, (*bb*) különös tekintettel a vendéglátás – ezen belül kiemelten a munkahelyeken, az egészségügyi intézményekben, az oktatási és nevelési intézményekben, továbbá a szociális ellátás, a gyermekjóléti és gyermekvédelmi szolgáltatás keretében bármely formában nyújtott étkeztetés – területén a szolgáltatott élelmiszerekre, ételekre, étrendre vonatkozóan, tápanyagszámítással és biokémiai elemzéssel. Továbbá a fenti területeken (*bc*) közreműködik a táplálkozás-egészségügyi előírások kidolgozásában és ezek végrehajtásával összefüggő eredményekről (*bd*) tájékoztatja az élelmiszerlánc-biztonsági tudományos szervet.

Az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálatról, a népegészségügyi szakigazgatási feladatok ellátásáról, valamint a gyógyszerészeti államigazgatási szerv kijelöléséről szóló 323/2010. (XII. 27.) Korm. rendelet 13. §-a értelmében államigazgatási szervként a szolgálat és a megyei népegészségügyi szakigazgatási szerv jár el az egészségügyi hatósági és igazgatási tevékenységről szóló 1991. évi

XI. törvényben foglaltak feladatokban, így a munkahelyeken, az egészségügyi intézményekben, az oktatási és nevelési intézményekben, továbbá a szociális ellátás, a gyermekjóléti és gyermekvédelmi szolgáltatás keretében bármely formában nyújtott étkeztetés területén a szolgáltatott élelmiszerekre, ételekre, étrendre vonatkozóan, tápanyagszámítással és biokémiai elemzéssel folytatott vizsgálatok elvégzésére.

A Korm. rendelet ugyanakkor a 15. § (3) bekezdésével az egészségügyi hatósági és igazgatási tevékenységről szóló 1991. évi XI. törvény 4. § (5) bekezdés *b)* pont *ba)* és *bc)* alpontja szerinti feladatok ellátására az OÉTI-t jelöli ki.

A fenti szervek a vizsgálatok során az Ehtv.-ben, illetve a Ket-ben biztosított intézkedéseket teszik, az Ehtv. 13/A. § (1) bekezdés *f)* pontja külön nevesíti azt is, hogy ha az eljáró szerv megállapítja az ételmezés- és táplálkozás-egészségügyi jogszabályi rendelkezésekben foglaltakat súlyosan vagy ismételtelen megsértették, egészségügyi bírságot szab ki.

A feltárt körülmények alapján a biztos megállapította, hogy mind az egészségügyi államigazgatási szerv, mind az élelmiszerlánc-felügyeleti szerv folytatott ellenőrzéseket, a vizsgálatok irányai megegyeztek, azok teljesen azonos szempontok szerint párhuzamosan folytak. Ugyanakkor egyik szerv vizsgálata sem terjedt ki konkrétan a gyermekek számára feltálatl étkezéseknél a kiadagolt ételek mennyiségére, illetve az ételek minőségére, azoknak az akkor hatályos együttes rendeletben foglalt feltételeknek való megfelelésére.

Az ellenőrzésében a hatóságok mellett részt vesz mind az iskola orvosa, mind az iskola védőnője. Az iskola-egészségügyi ellátásról szóló 26/1997. (IX. 3.) NM rendelet körvonalazza az orvos és a védőnő e téren ellátandó feladatait, kimondva, hogy a területi védőnő az iskola-egészségügyi ellátással összefüggő feladatait a nevelési-oktatási intézményt ellátó iskolaorvossal együttműködve végzi. A rendelet 2. számú mellékletének 3/c pontja szerint a közegészségügyi-járványügyi feladatai körében az iskola-orvos feladata a nevelési-oktatási intézményben folyó étkeztetés ellenőrzése, aki hiányosságok észlelésekor javaslatot tesz a hibák megszüntetésére, valamint a fővárosi és megyei kormányhivatal kistérségi népegészségügyi intézetét értesíti. A rendelet 3. számú mellékletében rögzítettek szerint a védőnő részt vesz az étkeztetés higiénés ellenőrzésében.

A vizsgálattal érintett intézmény védőnője, továbbá a védőnői egyesület elnöke is arról számolt be, hogy a közétkeztetéssel kapcsolatos véleményüket hiába fogalmazzák meg, arra való fogadókészség hiányában az étkeztetésben nem történik változás. A megkeresett szervek az iskolaorvos által végzett ellenőrzésről, illetve az étkeztetésben való közreműködéséről a feltett kérdés ellenére sem számoltak be.

A biztos álláspontja szerint az iskolaorvos feladatát meghatározó szabályok túl általánosak, mivel hiányosság esetén az orvos csupán javaslatot tesz, illetve értesíti a népegészségügyi intézetet. A szabályokból azonban nem derül ki, mire terjed ki az orvos ellenőrzési kötelezettsége (pl. a tényállásban rögzítettek szerint a tanév kezdésekor az ebédlő ellenőrzésére, vagy esetleg már az étlap összeállításánál ki kell kérni a véleményét, a feltálatl ételek minőségellenőrzésére, vagy esetleg az

ételekkel kapcsolatba kerülő alkalmazottakra nézve is). Az iskola védőnője pedig a szabályok alapján nem jogosult önállóan eljárni, mivel feladatait az iskola orvossal együttműködve végzi, a közétkeztetéssel kapcsolatosan nevesített feladata csak a közétkeztetés egy területére terjed ki, annak higiénés ellenőrzésében való részvételre, vagyis *a jelenlegi szabályok mellett az iskolaorvos, védőnő nem vehet részt hatékonyan az ellenőrzésben, annak ellenére sem, hogy jelenlétük szinte állandó az oktatási intézményekben.*

d) A közoktatásról szóló 1993. évi LXXIX törvény 10. § (4) bekezdésében az étkeztetés térítési díjával kapcsolatosan rögzítette, hogy a gyermek, a tanuló joga, hogy a nevelési-oktatási intézményben, családjá anyagi helyzetétől függően, kérelmére ingyenes vagy kedvezményes étkezésben részesüljön, valamint 115. § (3) bekezdésének értelmében a tanuló a nevelési-oktatási intézményben igénybe vett étkezésért jogszabályban meghatározottak szerint térítési díjat fizet.

A térítési díj megállapításával kapcsolatos szabályokat azonban már a Gyvt. határozza meg, annak vizsgálatkor hatályos 147. § (1) bekezdése kimondta, hogy a személyes gondoskodás körébe tartozó ellátások intézményi térítési díját az intézményt fenntartó évente kétszer állapíthatja meg. A gyermekétkeztetés intézményi térítési díjának alapja – ide nem értve a bölcsoédét – az élelmezés nyersanyagkötségének egy ellátottra jutó napi összege. A bölcsoéde intézményi térítési díjának alapja az élelmezés nyersanyagkötsége és a nyersanyagkötség legfeljebb 50%-át kitevő rezsikötség egy ellátottra jutó napi összege. A személyi térítési díjat az intézményvezető az intézményi térítési díja általános forgalmi adóval növelt összegének és az igénybe vett étkezések számának, valamint a kedvezményeknek a figyelembevételével állapítja meg. A térítési díjak megállapításával kapcsolatos további részlet szabályokat a személyes gondoskodást nyújtó gyermekjóléti alapellátások és gyermekvédelmi szakellátások térítési díjáról és az igénylésükhöz felhasználható bizonyítékokról szóló 133/1997. (VII. 29.) Korm. rendeletet határozta meg.

Ugyanakkor a személyes gondoskodást nyújtó gyermekjóléti és a gyermekvédelmi intézmények, valamint személyek szakmai feladatairól és működésük feltételeiről szóló 15/1998. (IV. 30.) NM rendelet 76. § (1) bekezdése az otthont nyújtó szolgáltatások körében 2011. január 1-jétől meghatározta a gyermekek napi ötszöri étkezésre fordított költség összegét, amely naponta nem lehet kevesebb az öregségi nyugdíj mindenkori legkisebb összegének 2,4%-ánál (684 Ft). Ehhez hasonló szabályozás azonban a közétkeztetésre nézve a Gyvt.-ben annak ellenére sem található, hogy e szabály garanciát nyújt a megfelelő mennyiségű és minőségű közétkezés biztosítására.

A biztos megfogalmazta, hogy minden a közétkeztetést igénybevevő gyermek számára szükséges az ellátás garanciális feltételeinek meghatározása, függetlenül attól, hogy az adott szolgáltatásra szakszolgáltatás keretében kerül sor, vagy más ellátási körében, ezért szükségesnek tartotta, hogy a közétkeztetés keretében minden ellátási forma esetén egységesen kerüljön megállapításra az e célra fordítandó forrás minimuma.

e) Az „iskolai büfékkel” összefüggésben rögzítette, mivel azok a közoktatási

intézményekben elsősorban az iskolába járó gyermekek és alkalmazottak étkezéssel kapcsolatos szükségleteit elégítik ki, erre figyelemmel a kereskedelmi egység tekintetében a vonatkozó szabályok figyelembevételekor e tényt nem lehet figyelmen kívül hagyni. A szolgáltatást igénybevevők köre miatt indokoltnak tartotta ezen üzletekre a közétkeztetésre vonatkozó élelmiszer minőségi szabályok hatályát kiterjeszteni. Így a büfé kínálatánál is érvényesülhetnek a táplálkozás egészségügyi előírások, amelynek keretében szükséges az ott árult élelmiszerek és italok (energia italok) körének meghatározása.

Az ombudsman összességében megállapította, hogy a közétkeztetés átfogó szabályozásának hiányában nem megoldott a minőségi szolgáltatás. Álláspontja szerint szükséges egy egységes, a gyermekétkeztetésre vonatkozó jogszabály megalkotása, amely a közétkeztetést komplex módon, annak a jelentésben feltárt valamennyi területére (a közétkeztetés fogalmára, intézményi körére, forrásaira, költségeire, térítési díjak megállapítására, minőségi és mennyiségi követelmények meghatározására, a speciális igényű gyermekek étkezésének biztosítására, az iskolai büfék élelmiszer és ital kínálatára, a párhuzamos hatósági ellenőrzések megszüntetésére, az egészséges ivóvíz használatára, az iskola-egészségügy e téren való megerősítésére, a főzés és kulturált étkezés tárgyi és személyi feltételeire) egyaránt kiterjed. Szükségesnek tartotta a közétkeztetés megfelelő szabályozása érdekében az érintett szaktárcák (Nemzeti Erőforrás Minisztérium, Vidékfejlesztési Minisztérium, Belügyminisztérium, Nemzetgazdasági Minisztérium) együttműködését. Rámutatott arra is, hogy a hatályos jogszabály hiánya miatt kialakult helyzet következménye az országos tisztí főorvos – mint jogalkotási hatáskörrel nem rendelkező országos hatáskörű szerv – ajánlásának kiadása.

A feltárt körülmények alapján a biztos megállapította, hogy a közétkeztetésre vonatkozó jogszabályok hiánya, illetve az ebből fakadó ellátási egyenlőtlenségek, továbbá a mennyiségi és minőségi elégtelenségek – összefüggésben a gyermekek kiemelt védelemhez és gondoskodáshoz való jogával – a jogállamiság elvéből fakadó jogbiztonság követelményével összefüggésben okoz visszásságot. A visszásságok orvoslása és jövőbeni megelőzése érdekében felkérte a Magyar Köztársaság Kormányát, hogy kezdeményezze a közétkeztetésre vonatkozó szabályrendszer átfogó felülvizsgálatát és megfelelő szintű rekodifikációját.

A NEFMI válaszában a jogszabály előkészítésének folyamatáról adott tájékoztatást.

4.4. A testnevelés, gyógytestnevelés problémái a gyerekjogok szemszögéből⁵²

A gyermekek lehető legmagasabb szintű testi és lelki egészséghez való jogának érvényesülésére irányuló projekt keretében az ombudsman vizsgálta az iskolai testnevelés és sport helyzetét, szabályozási kereteit is. Elsősorban a nevelési és oktatási intézmények iskolai testneveléssel és diáksporttal kapcsolatos teendőire,

⁵² AJB 1942/2011 jelentés

valamint a gyógytestnevelés helyzetére fókuszált, illetve arra, hogy a tanköteles gyermekek, a 6 és 18 év közötti diákok számára biztosított-e az életkori sajátosságainak megfelelő és az egyéni igényeikhez igazodó testnevelés.

A vizsgálat eredményes lefolytatása és a megkeresett szervek válaszainak összehasonlíthatósága érdekében az iskolai testnevelés, diáksport és gyógytestnevelés helyzetére vonatkozó vizsgálatot a biztos kizárólag az iskoláskorú gyermekekre, fiatalokra (6–18 éves) terjesztette ki.

Tekintettel arra, hogy az ombudsmannak nem volt lehetősége arra, hogy valamennyi intézménytől tájékoztatást kérjen, így három, az ország különböző területén lévő és eltérő „adottságú” megyéjében – Békés, Nógrád, Zala megyében –, illetve a fővárosban működő oktatási intézmények közül keresett meg általános és középiskolákat (gimnáziumokat és szakiskolákat), összességében tizennyolcat. A megyékben és a fővárosban is vizsgálta önkormányzati fenntartású (8), alapítványi (5) és egyházi (5) intézményeket is, annak érdekében, hogy tájékozódjon arról, hogy az iskolai testnevelés, diáksport és gyógytestnevelés személyi és tárgyi feltételei között van-e különbség attól függően, hogy az egyes intézményeknek ki a fenntartója. A megkeresett iskolák közül 3 megyei jogú városban, 3 vidéki kisközségben, 6 vidéki településen, 6 pedig a fővárosban működik. Valamennyi oktatási intézménynek ugyanazokat a kérdéseket tette fel, a válaszok összevetésével alakította ki megállapításaimat.

Az önkormányzati fenntartású iskolák esetében tájékoztatást kért a fenntartó önkormányzatoktól is, illetve – az iskolai testnevelésre vonatkozó rendszerszintű kérdéseket illetően – a nemzeti erőforrás miniszter és az országos tisztí főorvos tájékoztatását kérte.

Az iskolák és azok fenntartóinak válaszai mellett fontosnak tartotta megismerni a testnevelő tanárok, a gyógytornászok, illetve a szülők véleményét is, ezért megkereste a Magyar Testnevelő Tanárok Országos Egyesületét, a Magyar Gyógytornászok Társaságát, a Magyar Szülők Országos Egyesületét, a Fodor József Iskola-egészségügyi Társaságot, és a tájékoztatásukat kérte, hogy milyen gyakorlati nehézségekbe ütközik az ellátás megfelelő biztosítása, illetve milyennek látják a szülők az iskolai testnevelés, diáksport és gyógytestnevelés jelen helyzetét.

A nevelési-oktatási intézmények kötelező (minimális) eszköz- és felszerelési jegyzékről rendelkező rendelet⁵³ értelmében *iskolánként 1 tornatermet* kell kialakítani – általános iskolában, amennyiben legalább nyolc évfolyammal alapították; gimnáziumban, továbbá szakközépiskolában, szakiskolában és szakmunkásképző iskolában, ha általános műveltséget megalapozó évfolyama van; kizárólag szakképző évfolyammal működő iskola esetén abban az esetben, ha az iskolát legalább százhusz tanuló befogadására létesítették. Ha annak igénybevételére nincs lehetőség, *iskolánként (székhelyen és telephelyen) 1 tornaszobát* kell létrehozni,

⁵³ A nevelési-oktatási intézmények működéséről szóló 11/1994. (VI. 8.) MKM rendelet 54. § (1) bekezdése értelmében a rendelet 7. számú melléklete

általános iskolában, szakközépiskolában, szakiskolában és szakmunkásképző iskolában, harminc mozgáskorlátozott tanulónként 1 tornaszobát kell létesíteni; mozgás korlátozott tanuló esetében minden esetben helyben.

Sportudvart iskolánként (székhelyen és telephelyen) 1-et kell létesíteni, azonban helyettesíthető a célra alkalmas szabad területtel, szabadtéri létesítménnyel, továbbá kiváltható szerződés alapján igénybe vett sportlétesítménnyel.

Öltözőt és zuhanyzót szintén iskolánként és nemenként kell kialakítani.

Az oktatási intézmények 80%-a rendelkezik tornateremmel vagy tornaszobával, 19,9%-ában nincs tornaterem/tornaszoba, de a foglalkozások egyéb helyen megoldottak (pl. bérelt létesítmény, uszoda, kultúrház stb.), 0,1%-ában nincs olyan létesítmény, ahol a testnevelésóra megtartható. Mindezek értelmében a testnevelési órák megtartásának fedett létesítmény feltételei 99,9%-ban adóttak. Az osztott órák miatt (fiúk-lányok külön-külön) az átfedések nehezen küszöbölhetőek ki, a bérelt létesítmények pedig hosszú távon nem jelentenek megoldást. *Jelenleg azonban az iskolák 20%-ában nincs semmilyen fedett létesítmény.*⁵⁴

Az iskolák kb. 40%-ában van lehetőség a sportudvar kialakítására. Az oktatási intézmények 29%-ában ideális az udvar (sport, pihenés és játék céljára alkalmas), 31%-ában megfelelő (sportolás, pihenés vagy játék céljára alkalmas), 40%-ában nem tagolt az udvar, 1%-ában pedig nem található meg az udvar.

A testnevelésóra utáni tisztálkodás feltételei (pl. vizesblokk, idő) a következőként alakulnak: az oktatási intézmények 48%-ában van vizesblokk és a gyermekek számára biztosított a tisztálkodáshoz szükséges idő is, míg az iskolák 23%-a vizesblokkal ugyan rendelkezik, a gyermekek azonban időhiány miatt nem tudnak tisztálkodni testnevelésóra után; az intézmények 29%-ában azonban egyáltalán nem építették ki a vizesblokkokat. Mindezek értelmében *a tanulók 52%-ának nincs lehetősége tisztálkodni a testnevelési és sportfoglalkozások után.*⁵⁵

Az Alkotmány kimondja,⁵⁶ hogy 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 állam az ifjúság egészséges fejlődése érdekében biztosítja a közoktatás és felsőoktatás testnevelését és sportját, valamint az intézményen kívüli diáksportot. Az állam a szabadidősport és a diáksport támogatásával is előmozdítja a mozgásgazdag életmód elterjedését, a rendszeres testedzést.⁵⁷ Az óvoda, az iskola, a kollégium – a Közoktatási törvényben meghatározott feladatai ellátásának keretei között – felelős a gyermekek, tanulók testi, értelmi,

⁵⁴ KIR közoktatási statisztika szerint

⁵⁵ DR. ISTVÁNYI CSABA: A testnevelés tanításának tárgyi, dologi feltételei. In: *Magyar Testnevelő Tanárok Országos Egyesülete – Ajánlások az iskolai testnevelés és diáksport megújítására*. Budapest, 2010. június

⁵⁶ 70/D. § (1) bek.

⁵⁷ A sportról szóló 2004. évi I. törvény Preambulum

érzelmi, erkölcsi fejlődéséért, a gyermek- és tanulói közösség kialakulásáért és fejlődéséért.⁵⁸

A biztos vizsgálata eredményeként megállapította, hogy az iskolai testnevelés és diáksport intézményi feltételei hiányosak. Leginkább a községek és a kisebb települések iskolái – szemben a városi, megyei jogú városi oktatási intézményekkel – küszködnek ezekkel a hiányosságokkal. A meglévő tornatermek többsége korszerűtlen, elhanyagolt és balesetveszélyes, a felújításukat illetően az iskolák fenntartói nem rendelkeznek a szükséges anyagi forrásokkal. Hiányoznak az öltözők, és nincsenek meg az alapvető higiéniai (tisztálkodási) feltételek. Az oktatási intézmények testnevelésre vonatkozó eszközellátottsága szintén hiányos – a kötelező eszközlistán szereplő felszerelések megléte ugyan az iskolaalapítás alapvető feltétele, azonban az iskolafenntartók többsége csak részben teljesíti az előírásokat. Az iskolák intézményi és eszközellátottságát illetően mindaddig nem várható érdemi változás, amíg a nevelési-oktatási intézmények működéséről szóló rendelet⁵⁹ értelmében a megfelelő intézményi és tárgyi feltételek biztosítása kizárólag azokra a nem önkormányzati fenntartású oktatási intézményekre nézve kötelező, amelyek működési engedélyét a rendelet hatálybalépése után adták ki, vagy ha az állami, illetve önkormányzati fenntartású nevelési-oktatási intézmény a rendelet hatálybalépése után kezdi meg a tevékenységét. A sportlétesítmények (tornatermek, tornaszobák, sportpályák, udvarok stb.) építése, a meglévők felújítása érdekében szükség lenne a pályázati források további bővítésére, a kisebb települési önkormányzatok érdekében pedig a feltételrendszer liberalizálására.

A testnevelésóra szakszerű oktatását és a gyermekek biztonságát, illetve egészséges fejlődését szolgálná az, hogy a közoktatás 1–6. évfolyamain a testnevelő tanárokon kívül kizárólag csak a testnevelés műveltség területén képzettséggel rendelkező, illetve továbbképzett tanítók oktathatnának. Szükséges lenne a testnevelőtanárr-képzés és továbbképzés rendszerének – szakmai egyeztetetés alapján való – az oktatási rendszer gyakorlati igényeihez igazodó átalakítása. Azáltal, hogy a „Testnevelő-edző” alapképzési szakon megszerzett oklevéllel a közoktatás 1–6. évfolyamain is lehetne oktatni, ezeken az évfolyamokon is biztosított lenne egyrészt a testnevelés tantárgy testnevelő tanárok általi szakszerű oktatása, másrészt a testnevelő tanár képzés új lendületet kapna, és ezáltal az alap- és a mesterképzés között kevesebb hallgató veszítené el a motivációját és váltana át másik szakképzésre. A testnevelő tanárok képzésében és továbbképzésében nagyobb hangsúlyt kell fektetni azoknak a magatartásformáknak a kialakítására, amelyek a testnevelés megszerettetését és az egészséges életmód kialakítását elősegítik. A pedagógusok szakmai továbbképzésének intézményi, fenntartói, állami forrásokból való kiemelt támogatására lenne szükség a szükséges szakmai képesítések megszerzése érdekében.

⁵⁸ Közoktatásról szóló 1993. évi LXXIX. törvény 2. § (1) bek.

⁵⁹ A nevelési-oktatási intézmények működéséről szóló 11/1994. (VI. 8.) MKM rendelet 54. § (2) bek.

A gyermekek életkori sajátosságaihoz igazodó testnevelés órán használt sporteszközök nem állnak rendelkezésre. Kiemelten fontos lenne a tárgyi feltételek ellenőrzésének, és a testnevelés oktatás szakmai felügyeletének megszervezése. Nem elfogadható, hogy a testnevelésóra eszközeinek a minőségi és baleset-megelőzési követelményeknek való megfelelése az iskola, illetve a fenntartó költségvetésének függvénye. A szakmai útmutatók alapján, folyamatosan és tervszerűen működő szakfelügyeletei rendszer a testnevelés oktatás szakszerűségét, a szakmai fejlődést, és a szakmai követelmények érvényesülését biztosítaná.

Valamennyi oktatási intézmény belefoglalja ugyan a helyi tantervbe, a nevelési és a pedagógiai programjába a mindennapos testedzés megszervezését, azonban a gyakorlatban nem érvényesül a gyermekek egészségnevelésének elsődlegessége. A nevelési és oktatási intézmények nem biztosítják tanulóik részére a jogszabályban meghatározott – testnevelő tanár által tartott – mindennapos testedzést (heti 5/napi 1 testnevelésóra keretében), hanem a jogszabályi minimumra törekedve a közismereti tantárgyak javára átlagban 2–2,5 óra testnevelés órát építenek be órarendjeikbe. A testnevelés oktatásának ki kell terjednie a gyermekek egyéni adottságaihoz igazodó képességfejlesztésre is. Célszerű lenne a testnevelésben és a diáksportban rejlő nevelési és fejlesztési elveket, módszereket összefoglalni, és szélesebb szakmai körben – például képzések, továbbképzések alkalmával – közzé tenni.

Az oktatási intézmények többsége mára már sajnos nem végzi el a gyermekek fizikai teljesítményének felmérését, hiszen az utóbbi években elmaradt a központi értékelés és a visszacsatolás, aminek következtében az oktatási intézmények számára ez a feladat értelmét veszítette. A felmérés és az értékelés szakmai szempontjainak és irányvonalainak kidolgozására van szükség, és a jövőben kiemelt figyelmet kell fordítani a gyermekek fizikai állapotának mérésére, a felmérések összevont és egyéni értékelése után pedig egészségfejlesztő munkaterv kidolgozása lenne indokolt.

A diáksport intézményi és tárgyi feltételei – az iskolai testneveléshez hasonlóan – a települések (község, város, megyei jogú város) fejlettségi mutatói függvényében biztosítottak a gyermekek számára. Az oktatási intézmények többségében nem szerveznek iskolai sport foglalkozást, ahol pedig szerveznek, ott nem a jogszabályi előírásoknak megfelelően; az intézményi, fenntartói finanszírozás hiányában az iskolai sport költségeit a szülők – amennyiben anyagi körülményeik engedik – fedezik. A sportköri órák számának meghatározása, felosztása nem minden esetben és elsődlegesen nem a tanulók érdekeit szem előtt tartva történik, hanem a pedagógusok, tanítók kötelező órájának kitöltését szolgálja. A diáksport helyzetét jellemző általános forráshiány miatt nem tudják pótolni a szükséges sportfelszereléseket, az anyagi nehézségek az iskolán belüli és az iskolák közötti versenyeztetést sem teszik lehetővé.

Tekintettel arra, hogy a testnevelési csoportbesorolás az iskolaorvosoknak egyik részfeladata az iskola-egészségügyi ellátás keretében, a besorolást megalapozó vizsgálatokat legtöbbször felületesen, a gyermek valós fizikai állapotának felmé-

rése nélkül végzik el. Az iskolaorvosok nem minden gyógy-, illetve könnyített testnevelésre szoruló gyermeket szűrnék ki, így ők nem részesülnek gyógyító kezelésben. A gyógytestnevelés azokban az intézményekben működik hatékonyan és szervezeten, ahol főállású iskolaorvost és védőnőt alkalmaznak. Az esetek többségében nincs közvetlen kapcsolat a szakorvos és a gyógytestnevelő között; a gyermekek gyógyulását szolgálja az iskolaorvos, a védőnő, a testnevelő tanár és a szülők folyamatos együttműködése is. Sok gyógytestnevelésre utalt gyermek nem részesül a szükséges ellátásban, mivel a pedagógiai szakszolgálat keretében, illetve a kistérségi szinten megszervezett gyógytestnevelés foglalkozás kísérő felnőtt hiányában, vagy a késő délutáni időpont miatt nem elérhető számára. A problémát megoldaná, ha a fenntartó önkormányzatok intézményen belül, heti több alkalommal biztosítanák a gyermekek részére a gyógytestnevelést, vagy a gyógytornát, illetve ezek szakorvosi felülvizsgálatait.

A biztos megállapította, hogy azoknak a gyermekeknek, akik – az intézményi, tárgyi és személyi feltételek hiánya következtében – nem részesülnek az egészségi állapotuknak megfelelő és a testnevelési csoport szerinti ellátásban, sériül az Alkotmányban biztosított lehető legmagasabb szintű testi és lelki egészséghez való joga, továbbá a kifogásolt gyakorlat a hátrányos megkülönböztetés tilalmába is ütközik.

A vizsgálat feltárta azt is, hogy az iskolai testnevelés területén hiányzik az ellátás minőségét garantáló szakmai felügyeleti rendszer és a vonatkozó szakmai protokollok sem állnak rendelkezésre. Mindezek hiányában a testnevelő tanárok nem tudhatják, hogy kötelezően mely időtartamban és milyen szempontok alapján kell elvégezni a gyermekek fizikai állapotának felmérését, amely bizonytalanság a jogállamiság elvéből fakadó jogbiztonság követelményének sérelmét idézi elő.

A gyermekek védelemhez és gondoskodáshoz való jogával, valamint az állam intézményvédelmi kötelezettségével összefüggésben – tekintettel arra, hogy valamennyi gyermek részesül valamilyen szintű ellátásban – visszáság nem állapítható meg.

Az országgyűlési biztos a jelentésében feltárt problémák megoldásában a nemzeti erőforrás miniszter kezdeményezéseit kérte.

4.5. A külföldre vitt gyermekek anyakönyveztetése⁶⁰

A magyar állampolgárságú panaszos azért fordult az országgyűlési biztoshoz, mert a BM Bevándorlási Hivatal tájékoztatása szerint a négy kiskorú gyermeknek az Amerikai Egyesült Államokban történt születését – előre nem látható ideig – azért nem lehet Magyarországon anyakönyvezni, mert a szülőknek az Egyesült Államokban kötött házasságát Magyarországon nem regisztráltatták. A panaszos sérelmezte, hogy kiskorú gyermekei a semmiféle személyazonosításra, illetve a magyar állampolgárságuk igazolására alkalmas okmányt sem kaphatnak, így még az ingyenes közoktatáshoz, és a társadalombiztosítási ellátásokhoz sem férnek hozzá. A panaszos azt is kifogásolta, hogy a Bevándorlási Hivatal veszprémi

⁶⁰ AJB 2600/2011. számú jelentés

kirendeltsége – mint első fokú idegenrendészeti hatóság – az ő magyar állampolgárságára hivatkozva, a négy kiskorú gyermeke számára semmiféle, a külföldiek jogszerű magyarországi tartózkodását igazoló okmányt sem volt hajlandó kiállítani.

A panaszos 1995. március 16-án Egyiptom chicagói konzulátusán házasságot kötött egy egyiptomi állampolgárral. A házasságból négy közös gyermek származik, akik az Egyesült Államok területén születtek, amelynek állampolgárságát mindannyian megszerezték.

A család kezdetben az Egyesült Államokban élt, majd a panaszos férjének döntésére 2009 szeptemberében Egyiptomba, a Kairó közelében lévő Október 6 nevű városba költöztek. Miután sem a panaszos, sem az Egyesült Államokban felnőtt gyermekei nem tudtak az új környezetbe beilleszkedni, illetve a szülők házassága is megromlott, a panaszos és gyermekei, egyiptomi otthonukat elhagyva, 2011. január 18-án Magyarországra utaztak. A panaszos a Magyar Köztársaság, a négy gyermek az Egyesült Államok illetékes hatóságai által kiállított útlevéllel érkezett az országba.

A panaszos 2011. január 28-án Taliándörögd polgármesteri hivatal anyakönyvvezetőjénél benyújtotta a négy kiskorú gyermeke születésének hazai anyakönyvezése iránti kérelmét. A Bevándorlási Hivatal 2011. március 11-én kelt a hazai anyakönyvezési eljárást – bizonytalan időre – felfüggesztette azzal, hogy a házasság Magyarországon történő elismerhetősége kérdésében szüksége van a Közigazgatási és Igazságügyi Minisztérium Igazságügyi Együttműködési és Nemzetközi Magánjogi Főosztályának állásfoglalására. A főosztály 2011. március 22-én a Külügyminisztériumhoz fordult, kérve, tájékoztódjék arról, hogy Illinois Állam joga milyen feltételekkel teszi lehetővé a területén működő konzuli tisztviselők számára, hogy házasságkötések alkalmával anyakönyvvezetőként járjanak el. A kérdést a Külügyminisztérium Konzuli Főosztálya 2011. március 29-én továbbította a Magyar Köztársaság New Yorkban működő főkonzulátusának. A főkonzulátus írásban fordult az Egyesült Államok illetékes hatóságához, ahonnan válasz 2011. december hónap végéig, a többszöri sürgetés ellenére sem érkezett.

2011 márciusára egyértelművé vált, hogy a panaszos a négy iskoláskorú gyermeke számára – a születésük hazai anyakönyvezésének elhúzódása miatt – belátható időn belül nem lesz képes a magyar állampolgárságukat igazoló okmányokat beszerezni. Ekkor a panaszos a Bevándorlási Hivatal Közép-dunántúli Regionális Igazgatóságának Veszprémi Kirendeltségéhez fordult és kérte, hogy a gyermekei számára állítsanak ki bármilyen tartózkodási okmányt, amelynek birtokában legalább az ingyenes közoktatásra, illetve a társadalombiztosítási ellátásra jogosultak. Miután a kirendeltség eljáró munkatársa észlelte, hogy a panaszos magyar állampolgár, szóban tájékoztatta őt arról, hogy a gyermekei leszámazás alapján, már a születésükkor megszerezték a magyar állampolgárságot, így semmiféle, a külföldiek számára rendszeresített tartózkodási okmányt sem állíthat ki a számukra.

A Gyermek jogairól szóló, New Yorkban, 1989. november 20-án kelt Egyez-

mény kihirdetéséről szóló 1991. évi LXIV. törvény (a továbbiakban: gyermekjogi egyezmény) 7. cikk 1. pontja értelmében minden gyermeknek alanyi joga van ahhoz, hogy a születésekor anyakönyvezzék, nevet kapjon, és állampolgárságot szerezzen. A magyar állampolgárságról szóló 1993. évi LV. törvény (a továbbiakban: Áptv.) 3. § (1) bekezdése alapján születésénél fogva, leszármazással magyar állampolgárrá válik a magyar állampolgár gyermeke. Miután az anyakönyvi bejegyzés, illetve az annak alapján kiállított születési anyakönyvi kivonat, egyebek mellett, a szülők állampolgárságát is tartalmazza, a magyar állampolgár gyermeke születésének anyakönyvezése nem csak a névviselés, hanem a magyar állampolgárság keletkezésének igazolása szempontjából is ügydöntő jelentőséggel bír.

Az anyakönyvekről, a házasságkötési eljárásról és a névviselésről szóló 1982. évi 17. törvényerejű rendelet (a továbbiakban: At. 11. §) értelmében, az anyakönyvvezető a gyermek születését annak bejelentését követően azonnal anyakönyvezi. Az anyakönyvezést – az esemény időpontjától számítva – legfeljebb harminc napra el lehet halasztani, ha a születés bejelentésekor valamennyi anyakönyvi adat nem áll rendelkezésre, és a hiányt előreláthatólag pótolni lehet. Az anyakönyvezéshez való jog alapjogi jelentőségére tekintettel, az At. garanciális szabályként rögzíti, hogy a születés anyakönyvezését az apa adatainak, a szülők házassága vagy bejegyzett élettársi kapcsolata fennállása igazolásának hiánya miatt nem szabad elhalasztani.

A külföldön történt anyakönyvi események Magyarországon történő regisztrációja, más szóval a „hazai anyakönyvezés” speciális szabályait az At. 38–39. §-a, valamint a végrehajtásáról szóló 6/2003. (III. 7.) BM rendelet 81–82. §-a tartalmazzák. A BM rendelet 81/C. § (4) bekezdése szerint azonban a „kiskorú gyermek születése hazai anyakönyvezésének előfeltétele – ha az apasági vélelem alapja a szülők házassága – a szülők házasságának hazai anyakönyvezése is, ha a szülők vagy azok egyike magyar állampolgár”.

Az említett helyzetben, a hatóság a magyar állampolgár Magyarországon született gyermekét a szülők házassága fennállásának igazolására tekintet nélkül, legkésőbb harminc napon belül anyakönyvezi, ezzel szemben a magyar állampolgár külföldön született gyermekének anyakönyvezését a szülők külföldi házasságának hazai anyakönyvezéséig elhalasztja. A panaszos magyar állampolgár gyermekei születésének hazai anyakönyvezése iránti kérelme közel egy éve tartó elhúzódása is a BM rendelet 81/c. § (4) bekezdésére vezethető vissza.

Az Alkotmánybíróság gyakorlatában az Alkotmány 70/A. § (1) bekezdésében biztosított, „születési helyzet” szerinti hátrányos megkülönböztetés tilalma a jogrendszer egészét átható alkotmányos alapelveként kap értelmezést. Az Alkotmánybíróság álláspontja szerint alkotmányellenes megkülönböztetésről lehet szó, ha a jogszabály egymással összehasonlítható, a szabályozás szempontjából azonos csoportba tartozó jogalanyok között tesz különbséget anélkül, hogy annak alkotmányos indoka lenne. A megkülönböztetés csak akkor alkotmányellenes, ha alapjogsérelmet okoz, illetőleg az alanyi jogok tekintetében az egyenlő méltóság követelményét sérti. Bár az anyakönyvezéshez való jogot az Alkotmány nem

nevesíti, azt mind a Polgári és Politikai Jogok Nemzetközi Egyezségokmányának 24. cikke, mind a gyermekjogi egyezmény 7. cikke alapvető emberi jogként nevesíti, így az Alkotmány 54. § (1) bekezdésében biztosított emberi méltósághoz való jog, mint általános személyiségi jog egyik megnyilvánulásának tekinthető.

Miután az Áptv. 3. § (1) értelmében a magyar állampolgár gyermeke a születésének helyétől, valamint a szülők családi állapotától függetlenül magyar állampolgárrá válik, nincs alkotmányos indoka annak, hogy a jogalkotó a magyar állampolgár külföldön született, illetve magyar állampolgárságot szerzett gyermekének magyarországi anyakönyvezését a szülők külföldi házasságkötésének hazai anyakönyvezésétől tegye függővé. *Az említett okból, a 6/2003. (III. 7.) BM rendelet 81/C. § (4) bekezdése a magyar állampolgárok külföldön született gyermekeinek, „születési helyzet” szerinti hátrányos megkülönböztetését eredményezi, ami az Alkotmány 70/A. § (1) bekezdésében biztosított diszkrimináció tilalmával összefüggő visszásságot okoz, továbbá veszélyezteti az Alkotmány 67. § (1) bekezdésében biztosított, a gyermeki jogok érvényesülését.*

Az Áptv. 10. § értelmében, a magyar állampolgárság érvényes személyi igazolvánnyal, érvényes magyar útlevéllel, érvényes állampolgársági bizonyítvánnyal vagy – ellenkező bizonyításig – honosítási okirattal igazolható. Miután a panaszos gyermekei semmiféle, az Áptv. által felsorolt, a magyar állampolgárságuk fennállását igazoló okmánnyal sem rendelkeztek, a kirendeltség köteles lett volna a magyar állampolgár harmadik országbeli családtagjai számára rendszeresített tartózkodási okmány kiállítására irányuló eljárást megindítani. Az eljárás megindítása esetén, a kirendeltség jogosult lett volna arra, hogy – a közigazgatási hatósági eljárás és szolgáltatás általános szabályairól szóló 2004. évi CXL. törvény 50. § (1) bekezdésében előírt, a tényállás tisztázására irányuló kötelezettsége teljesítése keretében – az Áptv. 12. § alapján, a panaszos négy kiskorú gyermeke magyar állampolgársága fennállásának vizsgálatát kezdeményezze. *A Kirendeltség munkatársa az Alkotmány 64. §-ában biztosított, kérelem előterjesztéséhez való joggal összefüggő visszásságot okozott azzal, hogy a panaszos által szóban előterjesztett kérelmet érdemi eljárás nélkül elutasította, sőt azt még iktatni is elmulasztotta.*

A közoktatásról szóló 1993. évi LXXIX. törvény (a továbbiakban: Köt.) 6. § (1) bekezdése alapján a Magyar Köztársaságban a – a Köt.-ben meghatározottak szerint – minden gyermek tanköteles. A Köt. 66. § (2) bekezdése szerint azonban az „általános iskola – beleértve a kijelölt iskolát is – azt a tanköteles tanulót köteles felvenni, illetve átvenni, akinek lakóhelye, ennek hiányában tartózkodási helye a körzetében található”. Miután a Köt. az alapfokú oktatást nyújtó általános iskola felvételi kötelezettségét lakóhelyhez vagy tartózkodási helyhez köti – az általános tankötelezettség ellenére – az intézmények csak olyan gyermek beiratkozási kérelmét hajlandóak elfogadni, aki a Köt. 66. § (2) bekezdésében említett feltételek valamelyikét okirattal igazolja. A gyermekjogi egyezmény 28. cikk a) pontjában a részes államok elismerik a gyermek oktatáshoz való jogát, és vállalják, hogy e jog gyakorlásának fokozatos, az esélyegyenlőség alapján való gyakorlása céljából az alapfokú oktatást *mindenki számára* kötelezővé és ingyenessé teszik. A gyermekjo-

gi egyezmény 2. cikk 1. pontja alapján a részes államok az Egyezményben lefektetett jogokat – így a mindenki számára kötelező és ingyenes alapfokú oktatáshoz való jogot is – tiszteletben tartják és azokat a *joghatóságuk alá tartozó gyermekek* számára minden megkülönböztetés nélkül, így például a tartózkodási jogcímüktől függetlenül biztosítják.

Az Alkotmány 7. § (1) bekezdésében biztosított nemzetközi jogi kötelezettségek és a belső jog összhangjához, továbbá az Alkotmány 67. § (1) bekezdésében biztosított, a gyermek megfelelő szellemi fejlődéséhez szükséges gondoskodáshoz való joggal összefüggő visszasságot okoz, hogy a közoktatásról szóló 1993. évi LXXIX. törvény a Magyar Köztársaság joghatósága alá tartozó, tanköteles életkorban lévő, azonban lakcímet vagy tartózkodási helyet igazoló okmánnyal nem rendelkező gyermekek kötelező általános iskolai felvételét nem garantálja.

A vizsgálat eredményeként az országgyűlési biztos egyrészt azt javasolta, hogy a nemzeti erőforrás miniszter kezdeményezze a közoktatásról szóló 1993. évi LXXIX. törvény módosítását, illetve kiegészítését annak érdekében, hogy a Magyar Köztársaság joghatósága alá tartozó, iskolaköteles életkorban lévő gyermekek az ingyenes alapfokú oktatáshoz hivatalos lakcímet vagy tartózkodási helyet igazoló okmányok hiányában is hozzáférjenek. Másrészt az országgyűlési biztos kezdeményezte, hogy a közigazgatási és igazságügyi miniszter intézkedjen az anyakönyvekről, a házasságkötési eljárásról és a névviselésről szóló 6/2003. (III. 7.) BM rendelet 81/C. § (4) bekezdésének hatályon kívül helyezéséről.

4.6. Az egészséghez való jog érvényesülése az oktatási intézményekkel összefüggésben; egyéb oktatási joggal kapcsolatos ügyek

I. Tanérvárón rosszul lett gyermek orvosi ellátásának hiánya (AJB 7437/2010. számú ügy)

Az iskolai ballagási ünnepségen a nagy hőségben – 2. fokú hőségriasztáskor – rosszul lett gyermek édesanyja sérelmezte, hogy gyermekéhez az iskola tanárai nem hívtak mentőt, s őt is csak a ballagás végén értesítették, és a rosszullete miatt fekvő gyermek felügyeletét nagyrészt az iskola pedagógusa által felkért szülő látta el. Az *édesanya* gyermekét autóval az orvosi ügyeletre vitte, majd onnan mentővel kórházba szállították, aki a hétvégét kórházban töltötte. A zárójelentésben megállapított diagnózis „collapsus” (ájulás, összeomlás, rövid ideig tartó eszméletvesztés), amelyet a kórelőzmény szerint feltehetően napszúrás, illetve azt kísérő vegetatív dysfunctio okozhatta, az epikrízis azt is rögzítette, hogy a gyermek bőre a napfénynek kitett területen napégett. A szülő sérelmezte azt is, hogy a fenntartóhoz benyújtott panaszára nem kapott érdemi választ.

A gyermek védelemhez és gondoskodáshoz való jogának érvényesülését elsősorban a szülők kötelesek biztosítani gyermekük számára, és a gyermek tankötelezettségének teljesítése érdekében, e felügyeleti kötelezettségüket átruházzák az iskolára, azok pedagógusaira, arra az időtartam amíg a gyermek az intézményben tartózkodik. Ennek következtében az iskolának gondoskodnia kell a rábízott tanulók felügyeletéről, a nevelés és oktatás egészséges és biztonságos feltételei-

nek megteremtéséről, a tanuló- és gyermekbaleseteket előidéző okok feltárásáról és megszüntetéséről. A törvény szerint a felügyelet alatt értendő a tanuló testi épségének megóvásáról és erkölcsi védelméről történő gondoskodás, az iskolába történő belépéstől annak jogszerű elhagyásáig terjedő időben, ami továbbá a nevelési, illetve a pedagógiai program részeként tartott kötelező, az iskolán kívül tartott foglalkozások, programok ideje alatt is fennáll.

Az iskola házirendje ugyan tartalmazta balesetvédelmi előírások között a megelőző intézkedéseket, amelynek értelmében az iskola minden dolgozójának alapvető feladata, amennyiben észleli, hogy a tanuló balesetet szenvedett vagy ennek veszélye fennáll, a szükséges intézkedéseket megtegye. Ugyanakkor az iskola SZMSZ-ét, valamint házirendjét áttekintve a biztos nem talált további részletes szabályokat az iskola által szervezett nagyobb eseményeken (pl. ballagás, tanérváró) a pedagógusok számára a tanulók felügyeletével összefüggő gondoskodás (pl. milyen megelőző intézkedéseket kell tenni, hány pedagógusnak, hány gyermek felügyeletét kell biztosítani, baleset esetén mit kell tennie, kit kell értesítenie) feladatairól.

Az ombudsman álláspontja szerint az iskola megsértette a vonatkozó közoktatási tárgyú szabályokat azzal, hogy a tanulói jogviszonnyal rendelkező gyermek iskolai felügyeletét harmadik személyre hárította át, továbbá megállapította azt is, annak ellenére, hogy az iskola pedagógusai a gyermek rosszullétének körülményeiről tudtak, az intézmény vezetőjét csak több napos késedelemmel értesítették. Kifogásolta, hogy bár az osztályfőnök a megérkező szülőnek azt tanácsolta, a gyermeket vigye el az orvosi ügyeletre, az oktatási intézmény – bár arra minden lehetősége megvolt – nem tett lépéseket annak érdekében, hogy a gyermek mielőbb orvosi ellátáshoz jusson. Az iskola eljárása a jogállamiság elvéből eredő jogbiztonság követelményével, a tisztességes eljárással, valamint a gyermek védelemhez és gondoskodáshoz való alapvető jogaival összefüggésben visszásságot okozott.

A közérdekű kérelmekkel, panaszokkal és bejelentésekkel kapcsolatos eljárás szabályait meghatározó törvény értelmében e fajta beadványokat önkormányzati szerveknek a beérkezéstől számított harminc napon belül kell elbírálniuk és a vizsgálat befejezésekor a megtett intézkedésről vagy annak mellőzéséről – az indokok megjelölésével – kötelesek a panaszost értesíteni. Az országgyűlési biztos töretlen gyakorlata során kiemelte, hogy a *határidők* a jogilag szabályozott eljárások olyan elemei, amelyek általában az eljárások, ezen belül különösen egyes eljárási cselekmények lefolytatásának, illetőleg bizonyos jogosultságok gyakorlásának vagy kötelezettségek teljesítésének ésszerű időn belül való befejezését írják elő, megakadályozzák az eljárások parttalanná válását, ugyanakkor biztosítják az alapjogok gyakorlásának lehetőségét is.

A biztos megállapította, hogy az önkormányzat e törvényből eredő kötelezettségének nem tett eleget és ezzel a jogállamiság elvéből fakadó jogbiztonság követelményének és a tisztességes eljáráshoz fűződő alapvető jogokkal összefüggésben is visszásságot okozott.

A biztos a jövőbeni visszásságok elkerülése érdekében felkérte az intézményt fenntartó önkormányzatot, hogy tegye meg a szükséges intézkedéseket az iskolai rendezvények lebonyolításával kapcsolatos balesetmegelőzési szabályok iskolai

szabályzatban rögzítésére, valamint hívja fel az iskola igazgatójának a figyelmét a gyermekek felügyeletével kapcsolatos szabályok teljes körű betartására; valamint kezdeményezte, hogy a helyi önkormányzat fordítson kiemelt figyelmet a panasz kezelésére vonatkozó garanciális szabályok érvényesítésére.

Az iskolát fenntartó önkormányzat polgármestere a szükséges intézkedéseket megtette.

II. Az iskolaorvosi szűrővizsgálatok általános gyakorlatának ombudsmani vizsgálatáról (AJB 6790/2010.számú ügy)

Több panaszbeadvány érkezett az országgyűlési biztoshoz, amelyben az iskolaorvosi vizsgálatok általános gyakorlatát sérelmezték. Az egyik ügyben egy középiskolai tanár hívta fel a figyelmet arra, hogy az iskolájában tapasztaltak, valamint egy közkezdvelt internetes oldalon (www.gyakorikerdesek.hu) található, gyermekektől származó bejegyzések egyértelműen azt igazolják, hogy a diákok nem megfelelően tájékozottak a szűrővizsgálatok lefolyásáról, az őket megillető betegjogokról. A csoportosan történő vizsgálatok során a diákok megalázottságot élnek át, a kötelező szűrővizsgálatok pszichésen megterhelőek a számukra. A panaszosok beadványukban kitértek arra, hogy valószínűleg több szülőnek is volt hasonló, rossz élménye az átélt iskolai vizsgálatokról, így – a gyermekek kifejezett jelzése ellenére – maguk is azt gondolhatják, hogy a kötelező szűrővizsgálatok célja, vitathatatlan szükségessége mellett a fiatalok rosszérzése a vizsgálatok lefolytatási módjával kapcsolatban másodrendű, elhanyagolható kérdés.

A panaszokból lesűrhető volt, hogy a jelenlegi gyakorlatot érintően több alapvető joggal – úgymint az emberi méltósághoz való joggal, az abból levezethető önrendelkezési joggal, valamint a gyermek védelemhez és gondoskodáshoz való jogával – összefüggő visszásság gyanúja áll fenn, ezért az ügyben az ombudsman az egész ország területét lefedő, átfogó vizsgálatot rendelt el.

A vizsgálat eredményes lefolytatása érdekében szükséges volt az ÁNTSZ Országos Tisztifőorvosi Hivatal megkeresése. A megyei/fővárosi és kistérségi/kerületi házi gyermekorvos szakfelügyelők véleményének figyelembevételével DR. KOVÁCS JULIANNA országos házi gyermekorvos szakfelügyelő főorvos a magyarországi gyakorlatról az alábbiakban részletezett helyzetképet adta.

A gyermekek preventív ellátását és gondozását a hatvanas évekig az iskola-egészségügy végezte. A körzeti, majd a házi gyermekorvosi/háziorvosi hálózat kiépítését követően az iskola-egészségügyi ellátásban egyre több anomália és ellátási zavar mutatkozott. A korszerű gyermekorvosi alapellátás ma már nemcsak a betegellátással foglalkozik, hanem a gyermekért felelős „gazdaként” az öt választó 0-18 évesek körében egyre szélesebb körű prevenciósi tevékenységet is végez, a 0-6 éves korosztály tekintetében már a gyógyító- megelőző alapellátás komplex egészségét biztosítja.⁶¹

⁶¹A háziorvosi, házi gyermekorvosi és fogorvosi tevékenységről szóló 4/2000. (II. 25.) EüM rendelet 4. §

A főorvos véleménye szerint az iskolai egészségnevelés hatékonyabbá tételéhez az egészségügynek és az oktatásügynek a szoros együttműködésére van szükség. Az egészségügyi törvény külön részben rendelkezik az ifjúság-egészségügy,⁶² illetve család- és nővédelmi gondozásáról. A gyermekek szűrővizsgálataival kapcsolatosan az életkorhoz kötött szűrővizsgálatok közül az újszülöttek, valamint a tanköteles korú gyermekek jogszabályban meghatározott esetben való szűrése kötelező. A tankötelezettség fennállása alatt az iskola-egészségügyi szolgálat a szűrővizsgálatok elvégzésében az iskola-egészségügyi ellátásról szóló külön jogszabályban foglaltak szerint vesz részt, a vizsgálatokat az iskolaorvos végzi.⁶³ Tájékoztatásában a főorvos kitért az ellátásban fellelhető párhuzamosságok ismertetésére, miszerint a finanszírozásról szóló kormányrendelet a házi- orvosi finanszírozás feltételeként évenkénti törzskarton megújítást ír elő teljes körű fizikális vizsgálattal, a szűrővizsgálatban előírt vizsgálatok jelentésével együtt,⁶⁴ sőt a szűrővizsgálatok teljesítése a házi gyermekorvosi/házi- orvosi ellátás finanszírozási indikátori körébe is bekerült.

A 2009/2010. évi iskola-egészségügyi jelentés alapján a szolgáltatók száma, működési körülményeik rendkívül heterogén képet mutatnak. Az iskola-ellátórendszerben a feladatokat összesen 2720 orvos látja el, melyből a főfoglalkozású orvosok száma 279 fő, a részfoglalkozású házi gyermekorvosok száma 1265 fő, részfoglalkozású házi- orvosiok száma 1026 fő, egyéb részfoglalkozásúak száma 150 fő.

A főorvos válaszában kitért arra a tényre, hogy az iskola-egészségügyi ellátás szakmai és tárgyi minimumfeltételeit meghatározó 26/1997. (IX. 3.) NM rendelet 1. számú melléklete 2009. augusztus 31-ig tartalmazott rendelő és váró megnevezést, illetve nevesítette az ott szükséges tárgyi eszközöket is. A 2009. szeptember 1-jétől hatályos rendelet szövegében azonban ilyen megnevezések már nem szerepelnek.

A szűrővizsgálatra kötelezett kiskorú személy részvételéről a szűrővizsgálaton a *törvényes képviselő* köteles gondoskodni. Ha e kötelezettségének a törvényes képviselő írásbeli felszólításra sem tesz eleget, az egészségügyi államigazgatási szerv a szűrővizsgálatot elrendeli. A szűrővizsgálatot elrendelő határozat – közegészségügyi vagy járványügyi okból – fellebbezésre tekintet nélkül végrehajthatóvá nyilvánítható.⁶⁵

Amennyiben a szűrővizsgálaton a szülő, törvényes képviselő *nem kíván jelen lenni és a gyermek nem egyezik bele a fenti jogszabályban előírt kötelező szűrővizsgálat elvégzésébe*, ezt az egészségügyi dokumentációban *rögzíteni*, illetve erről a szülőt,

⁶² Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény (a továbbiakban: Eütv.) 42. §

⁶³ A kötelező egészségbiztosítás keretében igénybe vehető betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló egészségügyi szolgáltatásokról és a szűrővizsgálatok igazolásáról szóló 51/1997. (XII. 18.) NM rendelet 4. § c)

⁶⁴ Az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet 12. § (6)

⁶⁵ Eütv. 81. § (3) bek.

törvényes képviselőt *értesíteni* szükséges. A szülő azon nyilatkozatát, mely szerint a kötelező szűrővizsgálatot teljes egészében, vagy valamely részvizsgálatra vonatkozóan (pl. nemi érettség vizsgálata) a házi gyermekorvosnál, vagy szakorvosnál kívánja igénybe venni, a gyermek iskolai egészségügyi dokumentációjában rögzíteni szükséges.

Az iskola-egészségügy feladatait és lehetőségeit a jogi szabályozásokon túlmenően az adott intézmény feltételrendszere, a vizsgálandó gyermekek összetétele, felkészítése, az ellátó személyzet felkészültsége és elhivatottsága, valamint a rendelkezésre álló idő határozza meg. A mindennapi gyakorlat, jóllehet az elvek egységesek, de a fenti tényezők miatt csaknem intézményenként és helyzetenként eltérő képet mutat. A nagyvárosokban és kisebb településeken, a főállásban, illetve részfoglalkozás keretében biztosított ellátás tekintetében különbség észlelhető.

Az ombudsmani megkeresésre válaszul megküldött, regionális intézetek jelentései árnyaltabb képet mutatnak, tájékoztatásuk alapján megállapítható, hogy a gyermekek jogai nagymértékben sérülhetnek aszerint, hogy a közösségi preventív ellátásra kiváló lehetőséget adó iskolában milyen gondossággal, szakmaisággal történik a más módon nem, vagy nehezen elérhető gyermekek ellátása.

Általánosságban megállapítható, hogy a jogszabályban előírt osztályokat érintve – a hiányzások csökkentése és a tanórák védelme érdekében – a szűrővizsgálatokat a védőnő által az iskolával (igazgató, pedagógus), az ellátó orvossal *előzetesen egyeztetett munkaterv* alapján végzik. A nevelési-oktatási intézmények működéséről szóló 11/1994. (VI. 8.) MKM rendelet 16. § (8) szerint: *„Az orvosi szobára vonatkozó előírások megtartása nem kötelező abban az esetben, ha a gyermekek, tanulók ellátása a nevelési- oktatási intézmény közelségében található egészségügyi intézményben megtalálható.”* A rendelet idézett szakasza a szabályozatlanabb ellátás irányába hat. A jelenség gyakorisága – mely szerint a gyermekek/iskolások vizsgálata egymás jelenlétében történik – változó. A tapasztalat azt bizonyítja, hogy ahol a feltételek biztosítottak, ott az egy beteg egy védőnő és orvos kívánatos gyakorlata inkább érvényesül. Előfordul azonban, főleg a kisebb gyermekek esetében, hogy maguk kéri, hogy a barátjukkal/osztálytársukkal együtt szeretnének lenni a vizsgálatok alkalmával (mindez a szülői jelenlét igényének szükségességét támasztja alá).

Az ombudsman jelentésében leszögezte, hogy a – kvázi gyermekjogi szakombudsmani, jogvédő feladatából kifolyólag – a kötelező iskolaorvosi vizsgálatok körülményeivel összefüggésben felmerült, a *gyermekek alapvető jogai sérelmének vizsgálatát* tűzte célul, a szűrővizsgálatok orvos-szakmai szempontú megközelítése, felülvizsgálata ugyanis az erre hivatott szakmai fórumok feladata.

A jelentés megállapításai között az ombudsman elsőként a *gyermekek alapvető jogainak* elemzését végezte el. Nyilvánvaló, mégis gyakran elfeledett tény, hogy a gyermeket főszabályként *minden olyan alapjog megilleti*, amely a felnőtt társadalom tagjait is. (A magyar Alkotmányt áttekintve e szabály alól egyetlen kivételt találunk, nevezetesen a választójogot, amelynek gyakorlásából maga az alaptörvény zárja ki a kiskorúakat.) A gyermek az általános – felnőtteknek szóló – alapjogi védelemhez képest azonban – életkora, fizikai, szellemi, érzelmi valójának kiala-

kulatlansága, gondozóitól való függősége miatt – nagyobb oltalmat igényel. E kiterjedtebb védelmet hivatottak biztosítani a kifejezetten csak gyermekeket megillető jogok, amelyeket az *Alkotmány* 67. § (1) bekezdése rögzít. Eszerint a Magyar Köztársaságban minden gyermeknek joga van a *családja, az állam és a társadalom* részéről arra a *védelemre és gondoskodásra*, amely a megfelelő testi, szellemi és erkölcsi fejlődéséhez szükséges. Az alkotmányi felsorolás (család, állam, társadalom) egyben „rangszornak” is tekinthető: a gyermeknek elsődlegesen a családtól kell a szükséges védelmet és gondoskodást megkapnia. Ezt egészíti ki, illetve pótolja, helyettesíti az állam által nyújtott védelem és gondoskodás. Az állam természetesen nem pusztán a Magyar Államot, mint jogi személyt jelenti, hanem valamennyi, tételesen meg nem határozható állami- és önkormányzati szervet is.⁶⁶

Az ombudsmani jelentésben idézett alkotmánybíróági gyakorlat szerint az egészségügyi beavatkozásokra vonatkozó döntésképeség magában foglalja, hogy az érintett képes megérteni a döntéshez szükséges információkat; képes megérteni döntése minden lehetséges következményét; továbbá képes közölni döntését az orvossal. Általánosságban elmondható, hogy egyes beavatkozásokról a gyermekek is képesek autonóm döntést hozni.⁶⁷

Figyelembe kell venni továbbá azt is, hogy a gyermekek értelmi képességei a növekvő életkorral párhuzamosan fejlődnek, egyre szélesebben bontakozik ki döntési képességük, ezért egyre több kérdésben lesznek jogosultak a tájékoztatásra, majd egyre gyakrabban igényelhetnek érdemi beleszólást saját életük alakításába. Az Alkotmánybíróóság szerint például az óvodáskorú gyerekek már több mindent képesek megérteni az egyes orvosi vizsgálatok és beavatkozások céljáról, lezajlásáról és várható következményeiről, a 14. életév felettiek pedig már maguk dönthetnek a mindennapos egészségügyi kérdésekben (orvoshoz fordulnak-e, szednek-e gyógyszert, alternatív gyógymódot választanak-e stb.).⁶⁸

Az Alkotmánybíróóság az Alkotmány 54. § (1) bekezdésén alapuló általános személyiségi jog alkotóelemének tekinti a személyiség integritásához való jogot, amelynek része a testi integritáshoz való jog. A testi integritáshoz való jog a testület álláspontja szerint a betegekre vonatkoztatva azt is jelenti, hogy főszabályként a beteg egyetértése, hozzájárulása nélkül testéhez más nem nyúlhat.⁶⁹ Az egészségügyi törvény⁷⁰ deklarálja, hogy az egészségügyi ellátás során a beteg *emberi méltóságát tiszteletben kell tartani*.

A jelentés – alkotmánybíróági gyakorlaton, valamint a hatályos egészségügyi jogszabályokon nyugvó – megállapítása, hogy az egészségügyi ellátások biztosítása során a gyermekek alapjogait (így különösen az emberi méltósághoz és az önrendelkezéshez való jogát) *ugyanabban a védelemben kell részesíteni*, mint a felnőttek esetében.

⁶⁶ Vö. az AJB-3536/2009. számú ombudsmani jelentéssel

⁶⁷ Vö. 43/2005. (XI. 14.) AB határozat, ABH 2005, 536., 547–548., 551.

⁶⁸ Vö. 39/2007. (VI. 20.) AB határozat

⁶⁹ Vö. 36/2005. (X. 5.) AB határozat, ABH 2005, 390, 400., 22/2003. (IV. 28.) AB határozat

⁷⁰ Eütv. 10. § (1) bek.

Vitathatatlanul fokozott felelősség jelenik meg ugyanakkor a tájékoztatásuk terén. Amint az előzőekben említésre került, a szűrővizsgálatra kötelezett kiskorú személy szűrővizsgálaton való részvételéről a *törvényes képviselő* köteles gondoskodni. Ahhoz, hogy a gyermek, szülőjével közösen eldönthesse, hogy a kötelező szűrést hol szeretné elvégeztetni, az előzetes tájékoztatást *minden esetben, megfelelő részletezettséggel és közérthető módon, minden esetben fejlettségükhöz, korukhoz megfelelően meg kell kapniuk.*

Hozzá kell segíteni ugyanis a gyermekeket, diákokat ahhoz, hogy az egészségügyi ellátás igénybevétele során is tisztában legyenek a jogaikkal, mivel a jövő felnőtt társadalmát alkotva az egészségügyi intézményekben kívánatos, páciensközpontú szolgáltatási kultúra kialakításában is alapvetően fontos szerepük van. A tájékoztatás során hangsúlyt kell kapnia továbbá, hogy a szűrővizsgálatok csak akkor érik el céljukat, ha a kiszűrt eltérések szakorvosi ellenőrzése megtörténik, és az erről kapott dokumentáció visszaérkezik a védőnőhöz, iskolaorvoshoz.

Kétségtelen, hogy az egészségügyi vizsgálatok során megjelenő kiszolgáltatottság a diákok kötelező szűrővizsgálatának elvégzésekor fokozottabban megjelenik, aminek egyik következménye, hogy *az orvos-beteg közötti bizalmi légkör kialakítása a csoportosan történő vizsgálatok során, megfelelő tárgyi feltételek hiányában megnehezül, illetve bizonyos esetekben ellehetetlenül.* Az egészségügyi törvény szerint a beteg jogosult arra, hogy az egészségügyi ellátásában részt vevő személyek az ellátása során tudomásukra jutott egészségügyi és személyes adatait (a továbbiakban: orvosi titok) csak az arra jogosulttal közöljék, és azokat bizalmasan kezeljék.⁷¹ Mindezekre tekintettel a jelentésben az általános biztos fokozottan felhívta a figyelmet arra, hogy amennyiben a gyermekek közösen jelennek meg a szűrővizsgálatokon, illetve, ha a vizsgáló helyiségben csupán egy függöny választja el a vizsgált tanulót a várakozó társaitól, nem biztosított az orvosi titoktartáshoz való jog gyakorlati megvalósulása sem.

Az iskola-egészségügyi ellátásról szóló 26/1997. (IX. 3.) NM rendelet 5. § (2) bekezdése szerint a *gyermekek, tanulók egészségügyi ellátását az orvos és a védőnő a nevelési-oktatási intézmény vezetőjével egyeztetett rend szerint végzi.* Az ÁNTSZ Dél-alföldi Régiójából érkező részletes válaszban megfogalmazottak szerint összefüggés mutatkozik aközött, hogy a rendelőben egy időben mennyi gyermek tartózkodik, illetve aközött, hogy a vizsgálatot részfoglalkoztatású, vagy főfoglalkoztatású orvos végzi. A részfoglalkoztatású orvosok esetében ugyanis egy főre átlagosan 1–5 perc jut, míg a főfoglalkoztatású orvosoknál 10–15 perc. A kistérségi vezető védőnők szakfelügyeleti tapasztalata szintén azt támasztja alá, hogy a főállású iskolavédőnő és egyes területet ellátó védőnő iskola-egészségügyi tevékenysége között a munka minőségében, a gyermekekre fordított időben eltérés van, amely abból adódik, hogy a területi munkát előnyben részesítik az iskola-egészségügyi munka rovására.

A beszámoló alapján több térségben is jelentkező probléma, hogy a jogszabály

⁷¹ Eütv. 25. § (1) bek.

nem rendelkezik a szűrővizsgálatok miatt adható igazolt hiányzások számáról,⁷² így állandó alkudozás tárgyává válik, hogy a gyermekeket védőnői és orvosi szűrésre elengedjék. A tájékoztatásokban szerepelt továbbá, hogy a szűrővizsgálatok sikeressége sok esetben az oktatási intézmény és az iskolát ellátó orvos/védőnő jó kapcsolatán múlik.

Mindezekből kifolyóan az ombudsman jelentésében megállapította, hogy a kötelező iskolai szűrővizsgálatokról szóló előzetes tájékoztatás esetlegessége, a vizsgálatok tárgyi feltételeinek, módszerének szabályozatlansága folytán kialakult helyzet a gyermekek emberi méltóságához való jogával és az önrendelkezéshez fűződő jogával összefüggő visszasságok bekövetkeztének állandó és közvetlen veszélyét hordozza magában.

Az országgyűlési biztos jelentésében kiemelte továbbá, hogy a jogszabályi hiányosság, miszerint jelenleg nem meghatározott az iskola-egészségügyi szolgálat által egy tanulóra fordítani szükséges óraszám, valamint az az időkeret, amelyet az iskolának kell biztosítani tanulócsoportonként évente az előírt vizsgálatok, oltások elvégzése céljából, a gyermekek lehető legmagasabb szintű egészséghez való jogával összefüggő visszasságot okoz. *A gyermekek egészségügyi ellátása nem lehet ugyanis szubjektív, esetleges tényezők, így különösen a „személyes jó kapcsolat” függvénye.*

Mindezekre figyelemmel az ombudsman javasolta a nemzeti erőforrás miniszternek, hogy – az érintett szakmai kollégiumokkal és szervezetekkel együttműködve, a jogalkalmazói tapasztalatokra figyelemmel – a megfelelő jogszabályi rendelkezések módosításával (a módosítás kezdeményezésével) biztosítsa a kötelező iskolaorvosi szűrővizsgálatok megfelelő, a gyermekek jogait és mindenek felett álló érdekeit is tiszteletben tartó elvégzéséhez szükséges *szakmai, tárgyi, valamint finanszírozási feltételeket.*

Az ombudsman előremutató lépésként értékelte, hogy a megkeresésre adott válaszokkal egy időben az ÁNTSZ kistérségi intézeteinek egy része körlevélben hívta fel valamennyi iskola-egészségügyi feladatot ellátó szakember figyelmét az egészségügyi törvény vonatkozó előírásainak betartására és arra, hogy a vizsgálatokat korhatárra tekintet nélkül az emberi méltóságához való jog betartásával végezzék. Mindezek mellett azonban a jelentésben foglalt alkotmányos visszasságok megszüntetését a jogszabályi hiányosságok kiküszöbölésében, megfelelő, ellenőrizhető garanciák beiktatásával látja megoldhatónak.

Az általános biztos álláspontja szerint a főorvos által jelzett tény, miszerint a gyermekek felől a tárgyban panasz nem érkezett, panaszügy kivizsgálására az országos szakfelügyeleti tevékenysége során mindeztidáig nem került sor – tekintettel például az interneten fellelhető hozzászólások tartalmára – *a gyermekek betegjogokat érintő tájékozottságának, jogtudatosságának hiányára utal.* Ahogyan az

⁷² Az iskola-egészségügyi ellátásról szóló 26/1997. (IX. 3.) NM rendelet 6. § (5) bekezdésében meghatározottak szerint a fogászati szűrővizsgálatra és kezelésre egy tanuló tanévenként 10 tanítási óráról vonható el.

ombudsman már a korábbi jelentésben⁷³ felhívta a figyelmet, a gyermekeket jogaikkal élni – és nem visszaélni – a felnőtteknek kell megtanítaniuk. A megfelelő jogszabályi garanciák biztosítása mellett ugyanis a szülői, gyermeki és szakmai igény egyaránt az, hogy a szűrővizsgálatok oldott, jó hangulatban, félelemmentesen és együttműködve történjenek, ezzel együtt pedig mód és lehetőség legyen az aktuális problémák megbeszélésére és megoldására.

A Nemzeti Erőforrás Minisztérium helyettes államtitkára a jelentésre adott válaszlevelében arról tájékoztatta az ombudsmant, hogy a jelentésben kifejtettekkel egyetértve az iskola-egészségügyi ellátásról szóló 26/1997. (IX. 3.) NM rendelet módosítását tervezik. A feltárt alkotmányos joggal összefüggő visszásságok orvoslása és jövőbeni megelőzése érdekében a rendelet módosítása során biztosítani fogják a gyermekek alapvető jogainak és érdekeinek érvényesülését a kötelező iskolaorvosi szűrővizsgálatok alkalmával.

III. Az iskolarendőr intézkedése magatartászavaros gyermek ellen (AJB-2962-2011 számú ügy)

A panaszos beadványa szerint, gyermeke súlyos aktivitási és figyelemzavarral küzd, ezért tanulmányait magántanulóként folytatja a tatabányai Kertvárosi ÁMK Kőrösi Csoma Sándor Általános Iskolájában. A gyermek 2011. május 5-én konfliktusba keveredett tanítójával, aki az összetűzés miatt az illetékes iskolarendőrhez fordult tájékoztatásért. Rövid időn belül az iskolarendőr három társával és egy mentővel érkezett az iskolába. A történetek után panaszos gyermeke nem látogathatta az iskolát és a tanulmányi eredményei is romlottak. A gyermeket nagyon megrázták a történetek, amely – a szülő szerint – a fejlődésében is visszavetette őt.

A panaszos súlyos aktivitási és figyelemzavarral küzdő 10 éves gyermeke 2008 szeptemberében kezdte meg tanulmányait a tatabányai Kertvárosi ÁMK Kőrösi Csoma Sándor Általános Iskolájában (a továbbiakban iskola). A szakértői bizottság vizsgálata alapján 2009-ben hiperkinetikus magatartászavart diagnosztizáltak a gyermeknél – sajátos nevelési igényű,⁷⁴ gyermekpszichiátriai kontroll alatt áll, és gyógyszeres terápiában részesül. A gyermek rehabilitációs foglalkoztatását klinikai szakpszichológus, mint iskolapszichológus látta el. Panaszos gyermeke betegségére tekintettel gyest igényelt, így amikor a második tanév folyamán probléma adódott, a szülő a gyermeket hazavitte az iskolából, és segített a tanulásban való felkészülésben. A gyermek magatartása azonban tovább romlott, így 2010. szeptember 13-án klinikai szakpszichológus kezdeményezte a gyermek magántanulói státuszának engedélyezését. A Gyermekjóléti Központ támogatásával és a szülő kérvénye alapján Tatabánya Megyei Jogú Város Polgármesteri Hi-

⁷³ OBH 2096/2008

⁷⁴ A közoktatásról szóló 1993. évi LXXIX. törvény 121. § 29. b) pontja értelmében *sajátos nevelési igényű gyermek, tanuló* az a gyermek, tanuló, aki a szakértői és rehabilitációs bizottság szakvéleménye alapján a megismerő funkciók vagy a viselkedés fejlődésének súlyos rendellenességével küzd.

vatal Oktatási és Közművelődési Irodája, mint fenntartó engedélyezte, hogy 2011. október 1-jétől a gyermek magántanulónként folytassa tanulmányait.⁷⁵ A gyermek nehezen viselte, hogy kikerült az iskolai közösségből, hiszen kapcsolata a többi gyermekkel és tanítóival jó volt, szeretett iskolába járni.

2011. május 5-én panaszos gyermeke konfliktusba keveredett tanítójával, aki az iskolarendőrhöz fordult tájékoztatásért, valamint feljelentést akart tenni közfeladatot ellátó személy elleni erőszak miatt. Rövid időn belül az iskolarendőr három társával érkezett az iskolába, aki tekintettel a gyermek betegségére (gyermekpszichiátriai kezelés, gyógyszeres terápia) és arra, hogy a szülőt nem sikerült értesíteni, a helyszínrre gyermekorvost és mentőt kért. Az iskolarendőr az igazgató jelenlétében megkísérelte meghallgatni a gyermeket, aki azonban az iskolarendőr kérdéseire nem válaszolt, és haza akart menni. A kikerülő mentő a gyermeket panaszos kíséretében a tatabányai Szent Borbála Kórház Gyermekosztályára szállította.

Az illetékes rendőrkapitány tájékoztatása szerint, a gyermek tanítója által panaszos gyermeke ellen – közfeladatot ellátó személy elleni erőszak miatt – tett feljelentést a gyermek életkorára – 14. életévét nem töltötte be, büntethetőséget kizáró ok⁷⁶ – tekintettel határozatában elutasította.

A történetek a panaszos gyermekét nagyon megrázták, egészségi állapota megromlott, így nem látogathatta az iskolát, a tanulmányi eredményei is visszaestek. Az ombudsman álláspontja szerint a gyermek tanítója intézkedése során – miszerint a konfliktusos helyzetben az iskolarendőrt értesítette, majd „jelzési célzattal” feljelentést tett az életkora miatt még nem büntethető, valamint súlyos magatartási zavarral küzdő tízéves gyermek ellen – nem a gyermek, illetve a többi tanuló érdekeit szem előtt tartva járt el. A konfliktus kezelését illetően a tanító – az iskolarendőr értesítésével és a feljelentéssel – a rendelkezésére álló lehetőségek közül nem a lehető legkedvezőbb intézkedést választotta.

A panaszos gyermekének betegsége, magatartászavara és az, hogy gyógyszeres kezelés alatt áll, a tanító előtt ismert volt. A gyermek rohamát illetően

⁷⁵ A közoktatásról szóló 1993. évi LXXIX. törvény 7. § (1) bekezdése értelmében tankötelezettség – a szülő választása alapján – iskolába járással vagy magántanulónként teljesíthető.

A nevelési-oktatási intézmények működéséről szóló 11/1994. (VI. 8.) MKM rendelet 23. § (3) bekezdése értelmében a sajátos nevelési igényű tanuló az illetékes szakértői és rehabilitációs bizottság, a beilleszkedési, magatartási, tanulási nehézséggel küzdő tanuló a nevelési tanácsadó szakértői véleménye alapján tanulmányait magántanulónként folytatja, iskolai neveléséről és oktatásáról – felkészítéséről, érdemjegyeinek és osztályzatainak megállapításáról, illetve az ehhez szükséges pedagógusokról – a szakértői véleményben foglaltak szerint – az az iskola gondoskodik, amellyel a tanuló tanulói jogviszonyban áll.

⁷⁶ A büntetőeljárásról szóló 1998. évi XIX. törvény 174. § (1) bekezdés c) pontja értelmében az ügyész a tudomására jutott feljelentést három napon belül határozattal elutasítja, ha magából a feljelentésből megállapítható, hogy a Btk. 22. §-ban megfogalmazott büntethetőséget kizáró ok állapítható meg.

A Büntető Törvénykönyvről szóló 1978. évi IV. törvény (Btk.) 22. § a) pontja értelmében büntethetőséget kizáró ok a gyermekkor.

kizárólag az orvosi beavatkozás jelentette volna az elsődleges szükséges és szakszerű ellátást; a gyermekek érdekeire és az összes körülményre tekintettel – a kikerkező rendőrök látványa mind az iskola tanulóiban, mind a szülőkből, és panaszos gyermekében pedig különösen nagy riadalmat keltett – arányos és szükséges intézkedésként a mentőszolgálatot kellett volna értesítenie, és nem a rendőrséget.

A fentieket támasztja alá, hogy a kikerkező iskolarendőr elsődleges intézkedésként gyermekorvost és mentőt kért a helyszínrre, a kikerkező mentő pedig a gyermeket panaszos kíséretében a szükséges ellátás érdekében a kórházba szállította. Az iskolarendőr tájékoztatta továbbá a gyermek iskolába érkező másik szülőjét, hogy a történetkről értesíti a gyermekjóléti szolgálatot.

Mindezek alapján a biztos megállapította, hogy az iskolarendőr intézkedése (mentőorvos és a szülő értesítése) során a gyermek érdekeit szem előtt tartva járt el, és a jogszabályban meghatározott jelzési kötelezettségének is eleget tett; továbbá, hogy a *pedagógus intézkedésével – azaz a rendőrség értesítése, illetve a feljelentés megtétele – a gyermekek védelemhez és gondoskodáshoz való jogával összefüggésben alkotmányos visszásságot idézett elő panaszos gyermeke tekintetében.*

IV. Visszásság a felvételi eljárás során (AJB-7216 számú ügy)

A panaszos édesanyja beadványában Budapest Főváros XVII. kerületi Önkormányzatának eljárását, valamint a XVII. kerületi Sugár úti Általános Iskola közoktatási intézménybe való felvétellel kapcsolatos eljárását sérelmezte.

A személyiadat- és lakcímnnyilvántartás szerint a tanköteles korú gyermek a 2010. február negyedik hetében lezajlott első osztályba való jelentkezés és a 2010. áprilisi beiratkozás idején Budapest XVII. kerületében rendelkezett tartózkodási hellyel. A gyermek szülei 2010. február negyedik hetében nem nyújtottak be jelentkezési lapot a Budapest Főváros XVII. kerület Rákosmente Önkormányzata fenntartásában működő általános iskolába.

A XVII. kerületi Jókai Mór Általános Iskola a beiratkozást követően tájékoztatta az önkormányzatot azokról a tanköteles korú gyermekekről, akik az iskola körzetében lakóhellyel, illetve ennek hiányában tartózkodási hellyel rendelkeznek, azonban más település közoktatási intézményébe iratkoztak be. A tájékoztatás szerint panaszos gyermekét a péceli Szent Erzsébet Katolikus Általános Iskolába írták be. A szülők gyermeküket 2010. októberben a Müller György Óvoda és Általános Iskolába átírták, majd november 16-án a gyermek iskolai átvételéhez szükséges jelentkezési lapot nyújtottak be a – 2010. október óta – XVII. kerületi lakóhelyük szerinti körzeti (kötelező felvételt biztosító) Szabadság Sugárúti Általános Iskolába.

Az iskola igazgatója az átvételi kérelmet helyhiányra hivatkozva elutasította. Az elutasító határozat ellen gyermek szülője felülbírálati kérelmet nyújtott be, amelyet az önkormányzat Oktatási, Művelődési és Sport Irodája 2010. december 6-án vett át. Az iskola igazgatója a gyermek átvételét elutasító határozatát 2011. január 6-án kelt határozatában visszavonta, és panaszos gyermekének átvételével

kapcsolatos eljárást az iskola első évfolyama tíz tanulójának a nevelési tanácsadó-nál folyamatban lévő vizsgálatára hivatkozva felfüggesztette.

Az önkormányzat megkeresésére és a szülők egyetértésével a gyermeket 2011. január 11-én a Czimra Gyula Általános Iskola vette át.

Az Ötv.⁷⁷ és a Kt. felhatalmazó rendelkezései alapján Rákosmente önkormányzata megalkotta az önkormányzati fenntartású általános iskolák felvételi körzeiteiről és az önkormányzati fenntartású általános iskolákba történő jelentkezés rendjéről szóló 1/2009. (I. 26.) számú rendeletét (a továbbiakban: rendelet). Az önkormányzat rendeletében a Kt. felhatalmazása alapján, azonban annak meghatározásaitól eltérő fogalmat („az iskola szűkebb környezete”) vezet be a „felvételi körzet” megfogalmazásra. A törvényben meghatározott „felvételi körzet” megfogalmazástól eltérő, ugyanarra a meghatározásra alkotott más fogalom („szűkebb környezet”) használata indokolatlan, önkényes jogalkalmazásra ad lehetőséget az egyébként kiszámíthatatlan és nem egyértelmű norma. Az önkormányzat a törvény által kötelezően meghatározott feladat- és hatáskörében köteles eljárni, és ez vonatkozik a jogalkotási kötelezettségére is.

Az önkormányzat rendeletének a felvételi körzetek területét meghatározó rendelkezése ellentmond a Kt. előírásainak, mivel a 2. §-ában Budapest Főváros XVII. kerület Rákosmente Önkormányzata fenntartásában működő valamennyi általános iskola felvételi körzetét Budapest Főváros XVII. kerület Rákosmente közigazgatási területére terjeszti ki.

Mindezetre tekintettel az ombudsman megállapította, hogy Rákosmente önkormányzata rendeletével a jogállamiság elvéből következő jogbiztonság követelményével és a gyermek oktatáshoz való jogával összefüggésben visszásságot okozott.

Valamint, hogy a fentiek alapján a Sugár úti Általános Iskola igazgatójának eljárása – miszerint az iskola körzetében lakóhellyel rendelkező gyermeknek a kötelező felvételt biztosító (körzeti) iskolába való átjelentkezési kérelmét elutasította, majd határozatát visszavonva az átvételre vonatkozó eljárást felfüggesztette – nem elfogadható, és eljárásával a jogállamiság elvéből következő jogbiztonság követelményével, valamint a gyermek oktatáshoz való jogával összefüggésben visszásságot okozott.

A gyermek védelemhez és gondoskodáshoz való jogának hatékony érvényesülése érdekében kifejezetten nagy jelentőséggel bír a közoktatási intézmények értesítési kötelezettsége a lakóhely, ennek hiányában tartózkodási hely szerint illetékes jegyző felé.

Mindezetre tekintettel megállapította a biztos azt is, hogy az ügyben érintett iskolák értesítési kötelezettségük figyelmen kívül hagyásával a jogállamiság elvéből következő jogbiztonság követelményével és a gyermek védelemhez, gondoskodáshoz való jogával összefüggésben visszásságot okoztak.

⁷⁷ Az Ötv. 16. § (1) értelmében a képviselő-testület a törvény által nem szabályozott helyi társadalmi viszonyok rendezésére, továbbá törvény felhatalmazása alapján, annak végrehajtására önkormányzati rendeletet alkot.

V. A gyermek iskolába lépéséhez szükséges fejlettség megállapítása (AJB 2707/2011. számú ügy)

Az ombudsmanhoz forduló panaszos az óvoda vezetőjének, majd a felülbírálati eljárást lefolytató jegyző eljárását sérelmezte, mivel azok a Beszédvizsgáló Országos Szakértői és Rehabilitációs Bizottság szakvéleményében foglaltak ellenére a gyermek számára az általános iskolai tanulmánya megkezdését határozták meg.

A biztos feltárta, hogy a gyermek óvodájából a 2010–2011-es nevelési évben 43 gyermek érte el a tankötelezettség korhatárát, ebből 36 gyermek 2011 szeptemberében kezdhetette meg tanulmányait az általános iskola első osztályában. A panaszos gyermeke 2008-tól járt óvodába, ahol a fejlődését az óvodapedagógusok folyamatosan nyomon követték, eredményeit évente két alkalommal rögzítették. Véleményük alapján a gyermek fejlettsége – logopédiai problémái kivételével – elérte az iskolai alkalmasságot. Az óvoda ennek megfelelően átadta a szülőnek az óvodai igazolást (szakvéleményként), miszerint az intézmény javasolja a gyermek felvételét az általános iskola első osztályába, amely véleménnyel a szülő nem értett egyet.

Ezt követően a szülő kezdeményezésére a Szakértői Bizottság megvizsgálta a gyermeket, azt javasolta, hogy a szükségesnek látott logopédiai fejlesztés érdekében, a gyermek további egy évig maradjon az óvodájában. A javaslatot a szülő eljuttatta az óvodába.

A Szakértői Bizottság tájékoztatása szerint a gyermek vizsgálatát – nem az óvodával jogviszonyban álló – logopédus megkeresése és a szülő kérelme alapján folytatták le. A komplex vizsgálathoz – méltányolva a szülő kérését – óvodai szakvéleményt nem kértek. Az igazgató meggyőződése szerint, amennyiben a gyermek a szakszerű fejlesztést megkapja, úgy az a következő tanévben elegendő lesz számára a felzárkózáshoz.

Az országgyűlési biztos rámutatott arra, hogy az iskolai oktatásban való részvétel nem csak jog, hanem kötelezettség is, amely alól felmentés nem adható. A tankötelezettség beálltát a törvény két feltétel együttes fennálltától, az életkortól, továbbá az iskolába lépéshez szükséges fejlettség elérésétől teszi függővé. A gyermek utoljára abban az évben kezdhet óvodai nevelési évet, amelyben a hetedik életévét betölti, ha augusztus 31-e után született és a nevelési tanácsadó vagy a szakértői és rehabilitációs bizottság javasolja, hogy még egy nevelési évig maradjon az óvodában.

Az óvoda az iskolába lépéshez szükséges fejlettséggel kapcsolatos „döntését” saját tapasztalatai alapján, a gyermekkel való foglalkozások eredményeként hozza meg. A nevelési tanácsadó vagy a szakértői és rehabilitációs bizottság az óvodai nevelés meghosszabbítására javaslatot a szülő kérésére és az óvoda nevelőtestületének egyetértésével tehet. A nevelőtestület egyetértését a nevelési tanácsadó, illetve a szakértői és rehabilitációs bizottság a gyermek, tanuló vizsgálatának megkezdése előtt szerzi be. A nevelési tanácsadó, illetve a szakértői és rehabilitációs bizottság – szakvéleményének megküldésével – értesíti a lakóhely, ennek hiányában a tartózkodási hely szerint illetékes jegyzőt, ha javasolja, hogy

a gyermek további egy évig óvodai nevelésben vegyen részt. Amennyiben a gyermek az iskolába lépéshez szükséges fejlettséget nem érte el, a szakértői bizottság újabb időpontot tűz ki a szakértői vizsgálatra, egyúttal tájékoztatja a szülőt, hogy a gyermekének óvodai nevelésben kell részt vennie, és a gyermek fejlettségéről a lakóhely, ennek hiányában a tartózkodási hely szerint illetés jegyzőt értesíti. Továbbá az OKM rendelet is rögzíti, hogy Szakértői Bizottságnak a hetedik életévben újabb óvodai nevelési évet kezdő gyermek esetén a jegyzőt értesíteni kell.

Az ombudsman a vizsgált esetben megállapította, a szakértői bizottság elmulasztotta szakértői vizsgálatának megkezdését megelőzően az óvoda nevelőtestületének az egyetértését beszerezni, illetve a jegyzőnek sem küldte meg szakértői véleményét. Továbbá a Szakértői Bizottság az általa ismertetett gyakorlat szerint e két követelményt következetesen nem érvényesíti gyakorlatában, eljárását a törvényben foglaltak ellenére a 7. életévét betöltő gyermek esetén csak a szülő kérelmére folytatja le, *ezáltal a gyermekek védelemhez és gondoskodáshoz való jogával, a jogállamiságból fakadó jogbiztonság követelményével és a jogorvoslathoz való joggal összefüggő visszásságot idézett elő.*

A biztos hangsúlyozta azt is, hogy a tankötelezettség megkezdéséről az iskola igazgatója dönt. Ennek keretében vizsgálja, hogy a gyermek elérte a törvényben meghatározott életkort és a szükséges fejlettséget. Az iskola igazgatójának a rendelkezésére bocsátott vélemények alapján mérlegelési joga van, hogy azok alapján egyértelműen megállapítható-e az iskolába lépéshez szükséges fejlettség fennállása. Ha az iskola igazgatója megállapítja a tankötelezettség megkezdéséhez szükséges feltételek meglétét, a törvény erejénél fogva beáll a tankötelezettség, és annak elhalasztására nincs lehetőség. Az iskolába való jelentkezés elfogadásával és a tanuló beíratásával megtörténik a döntés arról, hogy a tanuló megkezdje tankötelezettségének teljesítését, tanulói jogviszonya keletkezik, amely csak a törvényben meghatározott esetekben szűnik meg.

A feltárt visszásság jövőbeni elkerülése érdekében a biztos kezdeményezte az Országos Szakértői és Rehabilitációs Bizottság Gyógypedagógiai Szolgáltató Központ igazgatójánál a jogszabályban foglaltak jövőbeni betartását, valamint a Szakértői Bizottság igazgatója által hivatkozott országos tapasztalatok megismérése érdekében a jelentést megküldte tájékoztatásul a nemzeti erőforrás miniszterhez.

4.7. Fogyatékossgal élő gyermekek egészségügyi ellátáshoz való joga⁷⁸

A fogyatékossgal élő betegek egészségügyi ellátásával kapcsolatos átfogó vizsgálat megindítását az indokolta, hogy 2009 óta folyamatosan, emelkedő számban érkeztek a hivatalhoz olyan panaszbeadványok, amelyek a fogyatékossgal élők egészségügyi ellátásával kapcsolatos kifogásokról, sérelmekről számolnak be. A panaszosok sérelmezték, hogy a kórházi ellátás során nem megoldott a szülő

⁷⁸ AJB 433/2010. számú jelentés

vagy más segítő elhelyezése, hiányosak az autizmussal és egyéb fogyatékos-sággal élő betegek ellátásának személyi, tárgyi feltételei. Problémát jelent továbbá az autizmussal és egyéb fogyatékos-sággal kapcsolatos kommunikációra, bánásmódr-ra vonatkozó ismeretek hiánya az ellátó személyzet részéről, valamint a korai diagnózis hiánya, a várakozás hossza, a vizit lefolyása. A beadványokban külön is kiemelték, hogy a fogyatékos-sággal élő gyermekek, különösen pedig a felnőttek fogászati ellátása megoldatlan. Sérelmezték továbbá a pszichiátriai fekvőbeteg-ellátás hiányát, az ellátás során tapasztalt bánásmódot.

A vizsgálat megállapította, hogy az autizmussal és az egyéb fogyatékos-sággal élő betegek fogászati ellátása nem megoldott, a hiányzó személyi és tárgyi feltételek akadályát képezik annak, hogy e betegkör tagjai megfelelő ellátásban részesüljenek, mindemellett az egészségügyi ellátásban számottevő területi eltérések tapasztalhatók.

A fogyatékos-sággal élő személyek fogászati ellátásának területe ugyan kiemelt finanszírozású, az azonban nincs arányban azzal a többlet ráfordítással, amit a felszereltség, a minimum feltételekhez szükséges infrastruktúra kialakítása, illetve a kezelési többlet idő jelent. Részben ebből adódik, hogy e betegkör esetében a kapacitások kihasználatlanok, holott a finanszírozás jogszabályi háttere adott.

A vizsgálat adatai szerint, az országos szinten 18 finanszírozási szerződéssel rendelkező szolgáltatóból összesen 4 rendelkezik a fogyatékos-sággal élő felnőttek fogászati ellátására finanszírozási szerződéssel. A fogyatékos-sággal élő felnőttek számára a speciális fogászati ellátás csak az ország déli részén, Dél-dunántúli és a Dél-alföldi régiókban érhető el, még a főváros és az Észak-alföldi régió teljesen ellátatlan. Az adatok tanúsága szerint a fogyatékos-sággal élő gyermekek ellátása pedig Zala, Baranya, Heves, Jász-Nagykun-Szolnok, Hajdú-Bihar, Szabolcs-Szatmár-Bereg, Békés megyékben egyáltalán nem biztosított.

Sok esetben a fogyatékos-sággal élők lakóhelyüktől nagyon távol jutnak egészségügyi ellátáshoz, amely – az anyagilag amúgy is leterhelt – családokra újabb terheket ró.

Azok a fogyatékos-sággal élő beteg felnőttek és gyermekek, akik számára az állapotuknak megfelelő egészségügyi intézményt, egészségügyi ellátáshoz való hozzáférést a lakóköznyezetükben az állam nem biztosítja, indokolatlanul hátrányosabb helyzetbe kerülnek azon társaikhoz képest, akik számára az ellátás elérhető. Amennyiben pedig az ország valamennyi térségében/régiójában teljesen hiányoznak a fogyatékos-sággal élő betegek ellátásának személyi és tárgyi feltételei, akkor sérül az érintettek egészséghez való joga, ha pedig a hozzáférés akadályozott, az állam nem teljesíti az esélyegyenlőség előmozdítására vonatkozó kötelezettségét. A biztos szerint, az autizmussal és az egyéb fogyatékos-sággal élő betegek fogászati ellátáshoz való hozzáféréseinek javításához olyan egészségügyi szolgáltatók kijelölése szükséges, amelyek szakmai működési feltételei szerint alkalmasak különleges ellátási igények, így elsősorban a fogyatékosok fogászati ellátásra vonatkozó igényeinek kielégítésére.

A vizsgálat feltárta, hogy a beteg ellátás során problémát jelent az is, hogy az

orvosok, fogorvosok és az egészségügyi dolgozók a fogyatékossgal élő betegekkel való kommunikáció és bánásmód terén nem rendelkeznek kellő jártassággal. A biztos szerint, az egészségtudományok területén különösen fontos a folyamatos képzés, hiszen ezen a területen a fejlődés rendkívül felgyorsult, így ennek követése, az új ismeretek elsajátítása még sürgetőbb igényé lett.

Az ombudsman ezért felhívta a figyelmet annak fontosságára, hogy az autizmussal és az egyéb fogyatékossgal kapcsolatos ismeretek az egészségügyi dolgozókra vonatkozó képesítési követelményekben, mind az alap, mind a szakképzés során, továbbá a továbbképzés rendszerében fokozottabban megjelenjenek. Hangsúlyozta, hogy a lehető legmagasabb szintű testi és lelki egészséghez való jog biztosításának egyik elengedhetetlen eszköze az egészségügyi ellátásban dolgozók megfelelő színvonalú és tartalmú képzése.

A fenti problémák orvoslása érdekében az ombudsman felkérte a nemzeti erőforrás minisztert, hogy tegye meg a szükséges intézkedéseket annak érdekében, hogy megszűnjön az egyes földrajzi területeken a betegkör ellátása tekintetében tapasztalható jelenlegi ellátatlanság, területi egyenlőtlenség, biztosítson a jelenleginél fokozottabb hozzáférést e betegek alap- és szakellátása, fogászati ellátása terén. Azt is javasolta a miniszternek, hogy vizsgálja felül a meglévő fogászati finanszírozási szerződéseket és az Országos Egészségbiztosítási Pénztárral együttműködve gondoskodjon új szolgáltatók kijelöléséről, olyan finanszírozási hétértet biztosítva az egészségügyi szolgáltatók részére, mely ösztönzőleg hat a szerződések megkötésére.

4.8. Hepatitis B-vírussal fertőzött gyermekek óvodai ellátásával kapcsolatos problémák⁷⁹

A hepatitis B vírussal fertőzött, óvodai jogviszonnal rendelkező gyermeket 2 év kihagyását követően 2010 nyarán orvosi igazolás birtokában édesanyja ismét óvodába vitte. A gyermeket az első óvodában töltött napon az intézményvezetőjének intézkedése nyomán haza kellett vinni, mivel az intézmény vezetőjének álláspontja szerint az óvoda nem tud felelősséget vállalni az esetleges tovább fertőződésért, illetve az óvoda vezetője a gyermek jövőbeni óvodai befogadását hepatológus, vagy ÁNTSZ nyilatkozatához kötötte, amely szerint a gyermek nem fertőz.

Időközben mind az óvoda vezetője, mind a gyermek szülei a regionális tisztí főorvoshoz fordultak. A tisztí főorvos a szülőket írásban tájékoztatta az általuk feltett kérdésekről. Az intézményt pedig tájékoztatta, hogy a jogszabályok értelmében nem lehetséges, és szakmailag sem indokolt a hepatitis B-vírushordozók és krónikus betegek közösségtől való eltiltása. Továbbá felajánlotta, hogy a helyszínen az óvoda és szülők részére tájékoztatót tart, valamint védőoltásban részesíti az igénylőket. Ezt követően az óvodában az ÁNTSZ tájékoztatót tartott, valamint

⁷⁹ AJB 7355/2010. számú jelentés

az óvoda nyilatkozta a gyermekek szüleit a felajánlott védőoltás igényléséről, amellyel ők nem kívántak élni. Ellenben az óvodába járó gyermekek szülei írásban nyilatkoztak arról, hogy amennyiben a hepatitis B-vírussal fertőzött gyermek óvodába járását lehetővé teszik, úgy ők gyermekeiket más óvodában fogják vinni.

A gyermek szülei ezt követően az önkormányzat polgármesteréhez, valamint a jegyzőhöz fordultak az intézmény vezetőjének írásba nem foglalt intézkedésével szemben. Mindkét címzett azt tanácsolta számukra, hogy kérelmezzék gyermekük sajátos helyzetére nézve a gyermek óvodai nevelés alóli felmentését, illetve felajánlották óvodapedagógus segítségét. A szülők az önkormányzat által javasolt megoldási móddal nem értettek egyet és az Oktatási Hivatalhoz fordultak.

Az Oktatási Hivatal a szülőknek küldött levelében rögzítette, hogy a konkrét esetben nincs jogi lehetősége hatósági eljárást indítani, azonban az ügyben folytatott tájékozódásának eredményeként kialakított véleménye szerint az 5 éves gyermek a napi négy órát köteles óvodai nevelésben részt venni, amely kötelezettségnek a teljesítését az óvoda vezetője azzal, hogy gyermeket az óvoda elhagyására kényszerítette, szándékosan megakadályozta. Felhívta továbbá a szülők a nevelési-oktatási intézmény szabad megválasztására, ezért célszerű tartotta volna, hogy a szülők a kisgyermek lehetőségeit is figyelembe vevő új óvodát válasszanak gyermeküknek, ahol képesek biztosítani a kisfiú tartós betegségével együtt járó fokozottabb odafigyelést.

Az ombudsmannak adott válaszában a polgármester kifejtette, hogy célja az óvodai létesítmény fenntartása, és lehetetlennek tartja egy gyermek érdekét szembeállítani a többi 43 gyermek érdekével. A jegyző pedig rövid úton tájékoztatott arról, hogy a gyermek óvodai jogviszonya jelenleg is fennáll, azonban szülei a 2011/2012-es tanévtől kezdődően más településen lévő iskolába való beírással eleget tettek a tankötelezettséggel kapcsolatos kötelezettségüknek.

A feltárt körülmények alapján a biztos kialakította álláspontját, amely szerint egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény értelmében a fertőzőképesség tartamára a betegséget észlelő orvos a fertőző beteg elkülönítése iránt intézkedik. A fertőző betegségben szenvedő személyt otthonában, tartózkodási helyén vagy fekvőbeteg-gyógyintézet fertőző osztályán, illetve kijelölt gyógyintézetben el kell különíteni. Egyes – a fertőző betegségek és a járványok megelőzése érdekében szükséges járványügyi intézkedésekről szóló 18/1998. (VI. 3.) NM rendeletben (továbbiakban Jr.) meghatározott – fertőző betegségekben szenvedő személyt kizárólag fekvőbeteg-gyógyintézet fertőző osztályán, illetve kijelölt gyógyintézetben kell elkülöníteni, illetve gyógykezeleni.

Az Etv. és a Jr. szabályaiból az következik, hogy a fertőző betegségben szenvedő személy elkülönítéséről a betegséget észlelő orvosnak kell intézkednie. Betegségként pontosan meghatározva, hogy a beteget, vele szokásos kapcsolatban lévőket el kell-e különíteni vagy sem. A Jr. 1. sz. mellékletének „A be és ki jelentésre kötelezett betegségekkel kapcsolatos eljárások” című fejezet 7/c pontja a hepatitis B-vírust hordozó betegekkel összefüggésben az alábbi rendelkezést tartalmazza:

A beteggel szokásos kapcsolatban lévő személyeket nem kell járványügyi megfigyelés alá helyezni. A hepatitis infectiosa klinikai diagnózis felállítása alapján elrendelt intézkedéseket (pl. munkaköri kitiltás, közösségek látogatásának korlátozása stb.) haladéktalanul meg kell szüntetni.

Az országgyűlési biztos rámutatott arra, hogy töretlen gyakorlata szerint több alkotmányos joggal – emberi méltósághoz, a lehető legmagasabb szintű testi és lelki egészséghez, a gyermekek védelemhez és gondoskodáshoz való jogával, a hátrányos megkülönböztetés tilalmával, és a jogállamiság elvével, valamint az állam objektív alapjogvédelmi kötelezettsége elmulasztásával – összefüggő visszásságot okoz, ha a fertőző beteg elkülönítéséről nem a betegséget észlelő orvos, hanem más személy, például egy intézmény vezetője intézkedik, mivel ezen személyeknek egyrészt nincs semmiféle felhatalmazása ilyen intézkedés megtételére, másrészt pedig a kérdés kifejezetten orvostudományi szakkérdés.

Mindezek alapján a biztos álláspontja szerint, az intézmény vezetője azzal, hogy intézkedésével kizárta a gyermeket a közösségből a jogállamiság és az ebből levezethető jogbiztonság követelményével, az emberi méltósághoz, a gyermekek védelméhez és gondoskodáshoz való jogaival, valamint a hátrányos megkülönböztetés tilalmával összefüggő visszásságot okozott.

A biztos vizsgálta a kötelező óvodai nevelésben való részvétel előírásának érvényesülését is. Az óvodai nevelés igénybevétele szülői elhatározáson múlik mindaddig, ameddig a gyermek nem lép be az ötödik életévébe. Ekkor a szülő választási lehetősége megszűnik. A gyermek abban az évben, amelyben az ötödik életévét betölti, a nevelési év kezdő napjától napi négy órát köteles óvodai nevelésben részt venni. Az óvodai nevelésben való részvételi kötelezettség célja, hogy a gyermek felkészítését valósítsa meg a közösségi életben való részvételre, az iskolakezdésre.

Az óvodai nevelésben való kötelező részvétel teljesítése alól a szülő felmentést kérhet. Az óvoda vezetője e döntést azonban csak akkor hozhatja meg, ha azt a gyermek szülője kérelmezi, aki e kérelmét szabadon mérlegelve terjesztheti elő, ennek igénybevétele a szülő és a gyermek számára egy lehetőség.

A biztos álláspontja szerint az óvoda vezetőjének e döntése meghozatala során azt kell mérlegelnie, hogy a gyermek iskolába lépéséhez, a gyermek szocializációjához szükséges-e az óvodába járás vagy sem. A döntés alapját azonban nem képezheti az egyéni vagy többségi érdeksérelem közötti mérlegelés vagy gazdaságossági, adott esetben az intézmény további működésének szempontja.

A fentiek alapján nem elfogadható a fenntartó szülőknek adott válasza, mivel a szülői kérelemben foglaltakat érdemben nem vizsgálták, egyébként pedig a válasszal az intézmény vezetői által okozott jogsérelmet nem orvosolták, sőt azt tovább súlyosbították, azzal, hogy egyetértettek az intézmény vezetőinek alapjoggal összefüggő visszásságot okozó eljárásával.

Az ombudsman megállapította, hogy a gyermek óvodai ellátásának ellenőrzésére jogosult szervek (az intézményt fenntartó önkormányzat polgármestere, jegyzője) eljárása az emberi méltósághoz, a gyermekek védelemhez és gondosko-

dáshoz való jogaival, a hátrányos megkülönböztetés tilalmával, a jogállamiság elvével, valamint az állam objektív alapjogvédelmi kötelezettsége elmulasztásával összefüggő alapjogi visszásságot okozott.

A biztos az Oktatási Hivatal eljárását is vizsgálta, és álláspontja szerint e szerv hatósági ellenőrzés keretében vizsgálja – egyebek mellett – az egyenlő bánásmód követelményeire vonatkozó rendelkezések megtartását, amely szerint a közoktatásban minden gyermeknek joga, hogy vele összehasonlítható helyzetben levő más személyekkel azonos feltételek szerint részesüljön velük azonos színvonalú ellátásban. Hátrányos megkülönböztetésnek minősül az olyan rendelkezés, amelynek eredményeként egy személy valós vagy vélt, például egészségi állapota miatt részesül kedvezőtlenebb bánásmódban, mint amelyben más, összehasonlítható helyzetben levő személy vagy csoport részesül, részesült vagy részesülne.

Mindezek alapján az ombudsman megállapította, hogy az *Oktatási Hivatal az ügy érdemét tekintve nem járt el hatáskörében, illetve a hozzáforduló ügyfél kérelmét nem a közigazgatási eljárás szabályai szerint bírálta el.*

A megállapított visszásságok orvoslása miatt az ombudsman felkérte a nemzeti erőforrás minisztert, hogy az általa szükségesnek tartott intézkedések megtételével biztosítsa az Oktatási Hivatal jogszabályoknak megfelelő eljárását, valamint kezdeményezte a Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Kormányhivatal vezetőjénél, hogy közoktatási hatáskörében eljárva, soron kívül indítson vizsgálatot Sajókeresztúr község önkormányzata óvodájában történtek feltárására.

A minisztérium a hasonló esetek megelőzése érdekében a felvilágosító intézkedések megtételéről tájékoztatta a biztost.

5. Nemzetközi tendenciák

5.1. Összefoglaló az ENSZ Gyermekjogi Bizottságának 2011. évi munkájáról

Az ENSZ Emberi Jogi Főbiztosságához (OHCHR) tartozó, tizennyolc tagú, genfi székhelyű Gyermekjogi Bizottság egyike az ENSZ Egyezményekhez kötődő nyolc bizottságnak. Kétévente jelentést tesz az ENSZ Közgyűlésének, amelyet az jóváhagy. A Bizottság nem jogi személy, hanem egy olyan független szakértőkből álló testület, amely monitorozza az Egyezmény végrehajtását a részt vevő államok jelentéstételi kötelezettsége alapján. A tagokat a nemzeti kormányok jelölik, kiemelkedő szakmai tevékenységük alapján, de megválasztásukat követően már küldő országuktól függetlenül, önálló szakértőként dolgoznak. A Bizottság évente három alkalommal egy-egy hónapig ülésezik, az első három hétben a tagállamok kormányainak képviselőivel találkozik, akikkel a jelentéseik alapján folytatnak konzultációt. Az utolsó héten folynak a következő ülést előkészítő megbeszélések: civil szervezetek képviselői, szakértők, ENSZ-szervezetek képviselői, ombudsmanok, gyermekek részvételével. A kormányzatokkal folytatott konzultációt követően az országjelentések és a civilekkel történt párbeszéd alapján az adott ország jelentéstevői összeállítják a titkárság munkatársainak segítségével a záró észrevételek és ajánlások tervezetét, amit a Bizottság tagjai konszenzuálisan hagynak jóvá. Annak érdekében, hogy a Gyermekjogi Egyezmény minél teljesebb körűen kerüljön megvalósításra, az egyes cikkekhez úgynevezett átfogó kommentárok készülnek. Az átfogó kommentárok a Bizottság állásfoglalását, értelmezését jelentik az egyes kérdésekben. (Például kommentárok készültek a következő témákban: a független nemzeti emberi jogi intézmények szerepe a gyermekjogok előmozdításában és védelmében; a HIV/AIDS és a gyermekjogok; serdülőkori egészség és fejlődés a Gyermekjogi Egyezménnyel összefüggésben; kísérő nélküli kiskorúak esetében alkalmazott bánásmód; a gyerekjogok megvalósítása, alkalmazása kora gyermekkorban; a gyermekek testi fenytéssel, illetve az egyéb kegyetlen vagy megalázó bánásmóddal szembeni védelemhez való joga; a fogyatékkal élő gyerekek jogai; gyermeki jogok a fiatalokéval igazságszolgáltatási rendszerében.) Az átfogó kommentárokat a részt vevő államoknak figyelembe kell(ene) venni.

2011 májusában új összetételű Bizottság látott munkához, mivel a 2010 decemberében tartott választásokon az ENSZ-tagállamok négy tagot újraválasztottak – köztük e cikk szerzőjét is – és hét új tagnak szavaztak bizalmat a következő

nég évre. Sok olyan tagja távozott a Bizottságnak, akik sok éve dolgoztak itt, rengeteg tapasztalatuk volt, a sok új tag fokozott figyelmet igényel, időbe telik mindenkinek, mire megismeri és alkalmazni tudja a szabályokat, munkarendet. A Bizottság új elnököt választott, nagy tekintélyű tagunk JEAN ZERMATTEN személyében, aki a svájci Legfelső Bíróság bírása volt korábban, s fiatalkorúak ügyeit tárgyalta, az elmúlt években pedig a Sionban működő Nemzetközi Gyermekjogi Központ vezetője volt.⁸⁰ Megköszöntük korábbi elnökünk, Prof. YANGHEE LEE négyéves elnöki munkáját, aki a továbbiakban az ázsiai régió alelnökeként tevékenykedik.

Az év során a Bizottság a következő országok jelentéseit tárgyalta meg: Afganisztán, Belarusszia (Fehéroroszország), Dánia, Új-Zéland, Mexikó, Laosz, Szingapúr, Ukrajna, Bahrein, Kuba, Costa Rica, Kambodzsza, Csehország, Finnország, Izland, Olaszország, Panama, Dél-Korea, Seychelles-szigetek, Svédország és a Szíriai Arab Köztársaság, több ezek között nemcsak az országjelentés, hanem a Fakultatív Jegyzőkönyvek alapján is konzultációkat folytatott a Bizottsággal.

Az országokkal való párbeszéd mellett számtalan egyéb tevékenységben vetünk részt, amik közül csak néhányról számolhatok be itt a korlátozott terjedelem okán.

Sokan kapunk meghívást különböző konferenciákra, konzultációkra, találkozókra, hogy beszéljünk a Bizottság munkájáról, vagy egy-egy speciális programról. Finnország jelentéstevőjeként jártam az országban, ahol finn gyerekekkel találkoztam, amely kiemelkedő lehetőség volt a közvetlen eszmecserére. Módom volt beszélni nevelőszülőkkel, gyereketthonban nevelkedő gyerekekkel, az ország északi részén, Lappföld közelében élő számi kisebbség tagjaival, roma gyerekekkel és a gyerekparlament tagjaival is, az általános emberi jogi ombudsman és a gyerekjogi ombudsman mellett. Meglátogattam egy olyan óvodát, ahol a gyerekek 40%-a bevándorló, ez új kihívás a közelmúltig szinte teljesen homogén Finnország számára. Az óvodában egyébként egy magyar Waldorf pedagógiai végzettségű óvónő is dolgozik, sőt egy magyar kislánnyal is megismerkedtem.

A Gyermekjogi Ombudsmanok Európai Hálózatának varsói konferenciáján beszélhettem a Bizottság munkájáról és az együttműködés lehetséges formáiról.

Prágában a cseh kormány, az Európai Tanács Emberjogi Biztosa, illetve az UNICEF szervezésében rendezett konzultáción két alkalommal is sor került a 3 év alatti gyerekek intézményes, gyermekotthoni elhelyezésének teljes megszüntetését célzó programra, ami jelentős hangsúlyt kapott az elmúlt évben. Ez az ENSZ Közgyűlés javaslatai között is szerepel az alternatív gondozásban élő gyerekekről készült útmutatóban,⁸¹ ahogyan az EU is célul tűzte ki, hogy

⁸⁰ <http://www.childsrights.org>

⁸¹ <http://www.iss-ssi.org/2009/index>

a gyerekek – különösen a kisgyerekek – idősök, mentális betegségben szenvedők, fogyatékosok intézményes ellátása helyett a lakóhelyi, közösségi formákat válasszák a tagállamok és ehhez jelentős uniós támogatások is rendelkezésre állnak a Strukturális Alapból.

Maastrichtban az ENSZ Egyetemen került megrendezésre a Gyermekjogok Napja alkalmából novemberben egy olyan szeminárium, amely a börtönben lévő szülők gyerekeinek helyzetével foglalkozott.

Monacóban rendezte az Európa Tanács nagyszabású konferenciáját a 2012–2015. évekre tervezett gyermekjogi stratégiáról, a nagyhercegség aktív támogatásával, Caroline hercegnő végig részt vett a munkában.⁸² Itt ugyancsak fontos szerepet kapott a Bizottság munkája és hozzájárulása az európai gyermekjogi helyzet alakításához, csakúgy, mint a civil szervezetek fokozottabb bevonása a munkába, valamint a szorosabb együttműködés az EU és az Európa Tanács között a gyermekjogok mind teljesebb alkalmazása érdekében.

Az év első ülésén, februárban fogadtuk el a 13. Átfogó Kommentárt a gyerekek elleni erőszakról, aminek remélhetően hamarosan magyar fordítása is elérhető lesz.⁸³ A kommentárt széles körű konzultációt követően fogadta el a Bizottság kétévi elkészítő munkát követően, amelynek keretében szakértők, civilszervezetek, s az ENSZ főtitkáranak gyerekek elleni erőszakkal foglalkozó speciális megbízottja MARTA SANTOS PAÍS is aktívan egyeztettek.

A Bizottság előkészítette szakértők bevonásával az Egyezmény egyik legtöbb vitatott 3. cikkelyéhez tervezett Átfogó kommentárját, amely a gyerekek legfőbb (mindenek felett álló) érdekéről szól, ennek végleges elfogadására csak 2012-ben kerül sor.

Hasonló a helyzet a 24. cikkelyre alapuló, a gyerekek egészséghez való jogáról szóló Átfogó kommentárral, amelynek munkálataiban a WHO, a Worldvision és az UNICEF is aktívan részt vesz, és amelynek végleges formába öntése, a széles körű regionális konzultációkat követően 2012 második felében várható.

Rendkívüli érdeklődés kíséri annak az Átfogó Kommentárnak az előkészületeit, amelyik a gyerekek és az üzleti világ kapcsolatáról, és a vállalkozások felelőségéről a gyerekek jogainak biztosításában szól. Ugyan erről közvetlenül nem rendelkezik az Egyezmény, de számos olyan terület van (hirdetések, reklámok; a gyerekek, mint fogyasztók; gyermekmunka, kizsákmányolás, gyermekkereskedelem, gyermekprostituáció; és ezekkel kapcsolatos társadalmi felelősségvállalás, stb.) ahol az üzleti élet szereplőinek fokozottan kell figyelniük a gyerekek jogainak érvényesítésére, illetve maguk is hozzájárulhatnak a megelőzéshez, szerepet vállalhatnak ebben.

A Gyermekjogi Bizottság a CEDAW (A nőkkel szembeni hátrányos megkülönböztetés minden formájának kiküszöböléséről szóló egyezmény) Bizottság-

⁸² http://www.coe.int/t/dg3/children/strategyconferencemonaco/strategyconference-monaco_en.asp

⁸³ <http://www2.ohchr.org/english/bodies/crc/comments.htm>; http://www2.ohchr.org/english/bodies/crc/docs/CRC.C.GC.13_en.pdf

gal közös munkacsoportot hozott létre annak érdekében, hogy a különféle ártalmas gyakorlatokról (pl. női nemiszerv csonkítás) átfogó véleményt készítsen, és ehhez az elkészült első változatát széles körben konzultációra bocsátotta, 35 írásos vélemény, és 31 ezek közül a szerzők engedélyével fel is került a bizottságok weboldalaira.⁸⁴

A Bizottság találkozott az afrikai gyerekek jól-létéről készített második⁸⁵ jelentés készítőivel, akik fontos módszertani munkát végeztek a költségvetés gyermekjogi elemzésén keresztül, ami más régiók számára is tanulságokkal szolgálhat.

Immár hagyománynak tekinthető a lengyel ENSZ misszió szervezésében megrendezésre kerülő JANUSZ KORCZAK szeminárium, amelyre idén júniusában került sor, és ahol a 12. cikkelyt dolgoztuk fel KORCZAK szellemében a gyerekek véleménynyilvánítás jogáról és arról a jogról, hogy minden őket érintő kérdésben ki kell kérni a véleményüket. A workshopon a Nemzetközi Korczak Társaság tagjai közül is sokan részt vettek.⁸⁶

A Gyermekjogi Bizottság 2011. szeptember 29-én tartotta éves vitanapját 250 résztvevővel, ahol a rendkívül nagy érdeklődésre számot tartó kérdést jártunk körül: a börtönben lévő szülők gyerekeinek helyzetét.⁸⁷ A börtönben élő szülők gyerekeinek helyzete kiemelkedően nehéz, akár azoké, akik a börtönben születtek vagy szüleikkel (döntően édesanyjukkal) a börtönben élnek bizonyos életkorig, vagy azoké, akik látogatják szabadságvesztésüket töltő szüleiket, illetve tagadják, rejtegetik ezt aényt, vagy éppen azzal kell szembenézniük, hogy a szüleiket életfogytiglani börtönbüntetésre, vagy éppen halálra ítélték.

Kiemelkedő jelentőségű változást jelent, hogy hosszas előkészítés és sok feszült egyeztetést követően megszületett az ENSZ Emberjogi Bizottságának júniusi javaslata alapján a Közgyűlés határozata december 9-én a 3. Fakultatív Jegyzőkönyvről, amely a gyerekek egyéni panaszjogát szabályozza.⁸⁸ Ezzel a Gyermekjogi Bizottsághoz is nyújthatnak be közvetlenül a gyerekek panaszt, ahogyan a többi egyezmény alkalmazását monitorozó testülethez. A ratifikáció 2012 januárjában nyílt meg és még nagyon sok kérdés vár tisztázásra arról, hogyan fognak a gyerekek megfelelő információhoz jutni, kik és hogyan képviselhetik őket a panasz benyújtása során, és milyen módszertani problémákkal fog a Bizottság találkozni. A panaszmechanizmus ugyanakkor lehetővé teszi, hogy a szakértők jobban megértsék a részes államok működését, a jogszabályok alkalmazását, a felmerülő problémák kezelését.

⁸⁴ <http://www.crin.org/resources>

⁸⁵ The African Report on Child Wellbeing 2011: Budgeting for Children http://www.africanchildforum.org/africanreport/attachements/article/47/Panel_Discussion_Note.pdf

⁸⁶ http://www.korczak.nl/2004/html/international_news.html

⁸⁷ <http://www.crin.org/NGOGroup/CRC/DayofGeneralDiscussion/>

⁸⁸ <http://www.crin.org/NGOGroup/childrightsissues/ComplaintsMechanism/>

5.2. Az Európai Unió fellépése a gyermeki jogok védelmében

Az Európai Unió részéről a gyermekek jogai, az általános emberi jogok részeként védelmet kell élvezzenek egyrészt a Gyermekek jogairól szóló ENSZ Egyezményét és más nemzetközi emberi jogi dokumentumokat (így különösen a Emberi Jogok Európai Egyezményét vagy az ENSZ Millenniumi Nyilatkozatát) aláíró és ratifikáló uniós tagállamok kötelezettsége miatt, másrészt az Unió abbéli törekvése révén, hogy az eddig hiátust mutató közösségi alapjogvédelem terén előrelépjen, amelynek első lépése, hogy a Lisszaboni Szerződés ratifikálását követően hatályossá váló Alapjogi Karta 24. cikkében elismeri a gyermekek jogait.

A jelenlegi, gyermekjogokat érintő uniós tárgyalások alapja a Bizottság gyermekjogi stratégiájának kidolgozására irányuló dokumentuma. A Bizottság körképet ad *Az EU Gyermekek jogi stratégiájának felé*⁸⁹ című közleményében.

Az Európai Bizottság az eredeti tervek szerint 2010. november 17-én fogadta volna el a stratégiát, amely (a kellő politikai akarat hiányában?) végül nem valósult meg. Ennek következtében a gyermekjogokkal foglalkozó civil szervezetek egy része meglehetősen „vérszegénynek” találta – a Stratégia elfogadása helyett – 2011 februárjában kiadott bizottsági közleményt.⁹⁰

A közlemény kapcsán VIVIANE REDING bizottsági alelnök, az EU jogérvényesülésért felelős biztosa kijelentette, hogy *„a gyermekek jogai alapvető jogok... Az Uniónak és a 27 tagállamnak gondoskodnia kell a védelmükről, és arról, hogy a gyermek mindenkinek feletti érdeke legyen irányadó a számukra. A gyermekbarát igazságszolgáltatásnak biztosítania kell a gyermekek jogainak szem előtt tartását, amikor azok sértettként, gyanúsítottként, vagy szülei válása, illetve az elhelyezésükkel kapcsolatos nézeteltérése miatt kapcsolatba kerülnek az igazságszolgáltatással.”*

A közlemény 11 olyan konkrét intézkedést⁹¹ sorol fel, amelyeket a Bizottság

⁸⁹ Brussels, 4.7.2006. COM(2006) 367 final Communication from the Commission. *Towards an EU Strategy on the Rights of the Child* {SEC(2006) 888}{SEC(2006) 889}.

⁹⁰ Lásd erről: a Eurochild közleményét: [http://www.eurochild.org/index.php?id=208&tx_ttnews\[tt_news\]=1673&tx_ttnews\[backPid\]=185&cHash=5240cb390b9101e04b2f6421df049d9a](http://www.eurochild.org/index.php?id=208&tx_ttnews[tt_news]=1673&tx_ttnews[backPid]=185&cHash=5240cb390b9101e04b2f6421df049d9a) (letöltés ideje: 2011. február 21.)

⁹¹ A Bizottság elkötelezett, hogy az Európai Unióban működő igazságszolgáltatási rendszerek gyermekbaráttá váljanak és jelentősen javítsák a gyermekek jól-létét:

1. 2011-ben javaslatot fogad el az áldozatok jogainak védelméről, különösen a védtelen csoportokhoz tartozó áldozatok (ideértve a gyermekeket is) irányelvről.

2. 2012-ben javaslatot nyújt be a védtelen csoporthoz (ideértve a gyermekeket is) tartozó vádlott vagy gyanúsított személyeket megillető speciális védelmi eszközökről szóló irányelvről.

3. 2013-ra felülvizsgálja a szülői felelősségre vonatkozó döntések uniós jogszabályait, a gyermek mindenkinek felett álló érdekére tekintettel – a döntéseket a lehető leggyorsabban kell meghozni, és ahol szükséges, minimum standardokat is fel kell állítani.

4. Népszerűsíteni fogja az Európa Tanács 2010. november 17-én elfogadott, gyermekbarát igazságszolgáltatásról szóló irányelvet, és figyelembe veszi a jövőbeni polgári és büntetőjogi igazságszolgáltatás területén való jogalkotás során.

az elkövetkező években fog végrehajtani. A kezdeményezés célja annak újbóli megerősítése, hogy az összes uniós intézmény és tagállam határozottan elkötelezett az iránt, hogy valamennyi érintett uniós szakpolitikában előmozdítsák, megővjék és érvényesítsék a gyermekek jogait, és ez konkrét eredményekben öltön testet. A gyermekeket közvetve vagy közvetlenül érintő uniós politikákat a jövőben úgy kell kialakítani, végrehajtani és nyomon követni, hogy figyelembe vegyék a gyermek mindenképp felett álló érdekének elvét.

A Bizottság a bűncselekmények áldozatainak védelméről szóló javaslatának keretében különleges figyelmet szentel a gyermekeknek, és javaslatot tesz a kiskorú gyanúsítottakat megillető biztosítékokra, továbbá a határokon átnyúló gyermekelhelyezési ügyek jelenlegi szabályozásának felülvizsgálatára.

A Bizottság gyermekjogokra vonatkozó fellépése az Alapjogi Karta végrehajtásának részét képezi.

5.3. Az Európa Tanács részvétele a gyermeki jogok védelme terén

THOMAS HAMMARBERG: *Zéró tolerancia a gyermekek ellen elkövetett szexuális erőszakkal szemben* (2011. május 5.)

Egy volt belga püspök nemrégiben trivializálta két unokaöccse ellen elkövetett szexuális erőszakot, mondván, hogy nem pedofil bűnöző. A televízióknak adott interjújában tőle függő gyermek ellen éveken át elkövetett szexuális abúzust úgy „kent el”, mint „kis kapcsolatot”.

A püspök nyilatkozata széles körben váltott ki dühöt és elítélést. Amikor a püspök egy évvel ezelőtt elismerte a tetteit, emberek százai állították, hogy a

5. Bátorítja és támogatja a bírók, és más szakemberek európai szintű képzését figyelemmel a gyermekek igazságszolgáltatásban való optimális részvételének javítására.

6. Támogatja a jó gyakorlatok cseréjét és a gondnokok, gyámok, hatósági szakemberek és más személyek képzetét, akik kísérő nélküli kiskorúakkal kerülnek kapcsolatba (2011–2014).

7. Különös figyelmet szentel a 2011 tavaszán elfogadásra kerülő Nemzeti Roma Integrációs Stratégia EU Keretstratégiáján belül a gyermekeknek, és ösztönzi a Roma integrációra fordítható strukturális alapjainak hatékonyabb felhasználását.

8. Bátorítja és támogatást nyújt valamennyi tagállamnak, hogy az eltűnt gyermekek „116 000” számú forródrótját és riasztó rendszerét bevezessék és hatékonyan működtessék (2011–2012).

9. Támogatja a tagállamokat és más döntéshozókat erősítve a megelőzést, a felbátorodást (empowerment) és a gyermekek részvételét az online technológiák kérdésében, a számítógépes zaklatás, a káros tartalmak és más online kockázatok elleni küzdelemben a Safer Internet programon keresztül, együttműködve az érintett iparággal (2009–2014).

10. Folytatja a 2007-ben elfogadott Gyermekek jogainak védelméről szóló uniós iránymutatás átültetését, amely a gyermekek elleni erőszak valamennyi formája ellen küzd. Az Unió értékeli is az iránymutatás átültetését. Az EU elfogad egy iránymutatást a fegyveres konfliktusokban részt vevő gyermekekről.

11. 2011-ben az uniós portálon (www.europa.eu) egy gyermekjogi információs blokkot, amely a gyermekek számára készül, és felkér más uniós intézményeket is a részvételre.

belgiumi római katolikus egyház papjai által elkövetett szexuális erőszak áldozatai voltak.

A média tudósításait követően, amelyben az egyház érintetté vált a gyermekek szexuális bántalmazása körüli botrányokban, számos országban ráirányult a figyelem a sürgető gyermekjogi kérdésre. Ezek az esetek nem elszigeteltek: elterjedtek gyermekotthonokban is, legyen szó egyházi közösség által fenntartott, magán- vagy állami intézményről. Az áldozatok közt vannak fogyatékos-sággal élő gyermekek, árvák, és olyanok is, akiket diszfunkcionálisan működő családjaikból emeltek ki.

Még gyakoribbak azok az esetek, amelyek a családi otthonok ajtai mögött zajlanak. Nagyon gyakran a bántalmazó, olyasvalaki, akitől valamilyen módon függ az áldozat. A gyermekpornográfia felvételeit és szexuális erőszak legtöbbjét otthon, a családi ágyban követik el.

Svédországban, a rendőrség a közelmúltban zárt le egy gyermekpornográfiával kapcsolatos nyomozást. Az ügy egyedülálló bizonyos értelemben, a 25 érintett közül 23 nő. Valamennyiük ellen vádat emeltek gyermek pornográf képek megszerzésében, némelyiküket azok készítésében is. A nők életkora 40 és 70 év között változott, néhányuknak gyermekeik, unokáik is vannak.

A Svéd Nemzeti Nyomozóiroda gyermekvédelmi csoportvezetője elmondta, hogy a nők, akiket elsősorban áldozatnak látunk, sok esetben elkövetők.

Politikai prioritás

Az ehhez hasonló ügyek jól jelzik, hogy az erőszak terjedő jelenség. Ez jelzés kell legyen a politikusoknak, az igazságszolgáltatásban részt vevőknek és az egyházaknak is, hogy az eddig megtett lépések nem elegendők. A gyermekek ellen elkövetett szexuális bűncselekmények sürgető emberi jogi ügyek, és harcolni ellenük politikai prioritás kell legyen.

Mint fájdalmas és elfogadhatatlan jelenség, a felnőttek túl gyakran a másik utat preferálják. Ez, ami miatt fontos tudni, hogy a bántalmazók egyik gyermektől a másikig mennek, ha nem állítják meg őket időben.

Mit lehet tenni?

A Gyermek jogairól szóló ENSZ Egyezmény a gyermekek ellen elkövetett szexuális erőszakot, büntettként kezeli, függetlenül attól, hogy hol és ki követi el. Ezek a bűncselekmények nem maradhatnak büntetlenül.

Az erőszak megelőzésének egyik legfontosabb lépése rendszeres, folyamatos tréning, képzés a gyermekekkel foglalkozó szakemberek részére. Tisztában kell lenniük a bántalmazás kockázataival, fel kell tudni ismerniük az abuzív kapcsolatok jeleit. Tudniuk kell, hogyan kell reagálni a bántalmazás gyanújára úgy, hogy a gyermek biztonságát garantálják, a jogait pedig tisztelőben tartsák.

A komoly szexuális nevelés az iskolákban alapvető fontosságú. A jól tájékozott gyermekek sokkal inkább ellen tudnak állni a kockázatoknak és el tudnak menekülni a veszélyes helyzetekből.

Az Európa Tanács elfogadott egy fontos szerződést: a gyermekek szexuális kizsákmányolása és bántalmazása elleni védelemről szóló egyezményét. Ez rögzíti a hatékony gyermekvédelem, az abuzív cselekmények megelőzésének, és az elkövetők büntetésének standardjait. Az Európa Tanács életre hívott egy kampányt is, melynek célja a megelőzés és a szexuális erőszakról való jelentéstétel eszközeinek a népszerűsítése, a jogtudatosítás és a szülők, gyermekek, gondozók „felbátorítása”.

Megtörni a csendet

Az áldozatok általában félnek jelezni a velük történeteket. Félnének a következőktől, különösen amikor az elkövetővel valamilyen függőségi viszonyban állnak, bűnösnek érzik magukat és szégyenkeznek. A bántalmazott gyermek hihetetlenül magányos, és jelentős bátorításra van szüksége ahhoz, hogy megtörje a csendet. Nagyobb erőfeszítéseket kell tenni azért, hogy olyan biztonságos helyek jöjjenek létre, ahol a gyermekek nyugodtan beszélhetnek arról mi történt velük – olyan emberekkel, akik hisznek nekik, és megfelelő módon válaszolnak a kérdéseikre.

A zéró tolerancia elengedhetetlen, amikor egy gyermek bántalmazásáról van szó.

5.4. A gyermekekkel szembeni szexuális bántalmazás elleni küzdelem nemzetközi keretrendszere

Hazánkban kiemelt jelentőséget nyert a gyermeki jogok biztosítása azáltal, hogy a *Gyermek jogairól szóló ENSZ Egyezmény* a belső jog részévé vált. Az Egyezmény szellemiségének egésze és rendelkezései nyomán a gyermekkor, mint speciális státus különleges segítséghez és támogatáshoz ad jogot. Továbbá az Egyezmény a családjuktól megfosztott gyermekekkel foglalkozó 20. cikke szerint „1. Minden olyan gyermek, aki ideiglenesen vagy véglegesen meg van fosztva családi környezetétől, vagy aki saját érdekében nem hagyható meg e környezetben, jogosult az állam különleges védelmére és segítségére”. Részletesen foglalkozik a gyermek lehető legjobb (mindenkefelett álló/legjobb) érdekével (3. cikk), az erőszak valamennyi formájával szembeni (19. cikk) és kifejezetten a szexuális kizsákmányolással szembeni (34. cikk) védelmével.

Felismerve a gyermekek sérelmére elkövetett szexuális erőszak elleni nemzetközi szintű küzdelem szükségességét, az ENSZ 2000. május 25-én, elfogadta *A gyermekek eladásáról, a gyermekprostitúcióról és a gyermekpornográfiáról szóló, a Gyermek jogairól szóló ENSZ Egyezményhez fűzött Fakultatív Jegyzőkönyvet*.

Az *ENSZ Gyermekjogi Bizottságának 13. Átfogó Kommentárja*, amely a gyermekek elleni erőszak megelőzéséről szól, a gyermekek bántalmazása elleni küzdelem mellett kiemelten az intézményi és rendszerabúzustól való védelem állami feladatát emeli ki. Továbbá felhívja a figyelmet a nemzeti koordinációs keretszabá-

lyozás kialakításának szükségességére is, és részletesen tárgyalja a különböző szakmai szereplők kötelezettségeit, tennivalóit.

Az *Európai Unió gyermekjogi stratégiájáról szóló 2006-os közlemény* végrehajtásának tapasztalatai rávilágítottak arra, hogy nagymértékben *hiányoznak a megbízható, összehasonlítható és hivatalos adatok*. Ezért a 2011 áprilisában, az Európai Bizottság által nyilvánosságra hozott 11 pontos gyermekjogi ütemterve úgy fogalmaz, hogy mindez komoly akadályt jelent a valóban a tényeken alapuló szakpolitikák kidolgozása és végrehajtása szempontjából. A meglévő nyomonkövetési rendszerek javítása, a gyermekek jogaival kapcsolatos szakpolitikai célok meghatározása és azok hatásának figyelemmel kísérése a legfontosabb kihívások közé tartozik. Kiemelten kell kezelni a gyermekek legveszélyeztetettebb csoportjainak helyzetére és szükségleteire vonatkozó ismeretek hiányosságait. A fentiekkel összefüggésben javítani kell a gyermekekkel szembeni bűncselekmények megelőzésére szolgáló módszerekről szóló tájékoztatást.

A közlemény hangsúlyozza, hogy a gyermekek jól-léte csak a gyermekkel szembeni erőszaktól, visszaéléstől és kizsákmányolástól mentes társadalomban valósítható meg. 2010 márciusában a Bizottság két irányelv-javaslatot fogadott el, amelyek a legveszélyeztetettebb gyermekek egy részének – a szexuális kizsákmányolás és a gyermekkereskedelem áldozatainak – védelmére szolgáló keret megerősítésére irányulnak. A tapasztalt és jól képzett szakemberek megelőzhetik a problémákat, és segítséget nyújthatnak a gyermekeknek az átélt traumák feldolgozásához. A gyermekekkel dolgozó szakembereknek megfelelő képzést kell kapniuk a különböző életkori csoportokba tartozó gyermekek jogairól és szükségleteiről, valamint a számukra kialakított eljárások típusáról. Emellett képezni kell őket a bármely életkorú és fejlődési szakaszban lévő, valamint a különlegesen veszélyeztetett helyzetben lévő gyermekekkel való kommunikációra is.

Az EU folytatja a gyermekek jogainak védelméről és előmozdításáról szóló 2007. évi uniós iránymutatás végrehajtását, amely a gyermekekkel szembeni erőszak valamennyi formája elleni küzdelemre helyezi a hangsúlyt. Az EU emellett értékelni fogja az iránymutatás végrehajtását.

Megemlítendő a jogalkotási aktusok közül a *Tanács 2004/68/IB kerethatározata (2003. december 22.) a gyermekek szexuális kizsákmányolása és a gyermekpornográfia elleni küzdelemről*, amely kimondja, hogy szükséges a gyermekek szexuális kizsákmányolásához és a gyermekpornográfiához hasonló súlyos bűncselekményeket a tagállamoknak átfogó megközelítésben kezelni és előírja a lehető leg szélesebb körű igazságügyi együttműködést

Az Európai Bizottság 2007-ben életre hívott DAPHNE elnevezésű közösségi programja keretében nyújt jelentős pénzügyi támogatást minden olyan szervezetnek, amely különböző intézkedéseket tesz, felmérést, kutatást végez, kampányt folytat a gyermekek, fiatalok, nők elleni erőszak megelőzése vagy az azzal szembeni harc érdekében.

Az *Európa Tanács állam- és kormányfői 2005-ben döntöttek az „Építsük Európát a*

gyermekkel a gyermekekért!" címet viselő (azóta meghosszabbított) hároméves keretprogramról és stratégiáról 2005-ben, amely intézkedések kidolgozására is felhív a gyermekek szexuális kizsákmányolásának megszüntetése érdekében.

Ezt követően kiemelten fontos mérföldkőnek tekinthető az Európa Tanács *A gyermekek védelme a szexuális kizsákmányolás és a szexuális bántalmazás ellen, Lanzarote-ban 2007. október 25-én aláírt Egyezménye*.

Az Egyezmény hangsúlyozza, hogy minden gyermeknek joga arra a védelemre, amely kiskorúként megilleti családjá, a társadalom és az állam részéről; s a gyermekek szexuális kizsákmányolása, különösen pedig a gyermekpornográfia és -prostituáció, valamint a gyermekek szexuális bántalmazásának minden formája, beleértve a külföldön elkövetett cselekményeket is, romboló hatással van a gyermekek egészségére és pszichoszociális fejlődésére; valamint, hogy a gyermekek szexuális kizsákmányolása és szexuális bántalmazása aggasztó arányokat öltött mind nemzeti, mind pedig nemzetközi szinten, különösen abban a tekintetben, hogy mind a gyermekek, mind az elkövetők fokozott mértékben alkalmazzák az informatikai és kommunikációs technológiákat (ICT), és hogy a gyermekek szexuális kizsákmányolása és szexuális bántalmazása elleni küzdelem nemzetközi együttműködést igényel.

Az Egyezmény előírja az aláíró felek számára, hogy tegyék meg a szükséges jogalkotási vagy egyéb intézkedéseket annak érdekében, hogy megakadályozza a gyermekek szexuális kizsákmányolásának és szexuális bántalmazásának minden formáját, valamint megteszik a szükséges törvényhozási vagy egyéb intézkedéseket annak érdekében, hogy ösztönözze a gyermekek jogvédelmével kapcsolatos tudatosságot azoknak a személyeknek a körében, akik munkájuk során rendszeresen kapcsolatba kerülnek gyermekekkel az oktatásban, az egészségügyben, a szociális védelemben, a bírósági és a rendészeti szektorokban, valamint a sport-, kulturális és szabadidős tevékenységek terén; hogy megfelelő ismeretekkel rendelkezzenek a gyermekek szexuális kizsákmányolásának és szexuális bántalmazásának a témakörében, illetve ismerjék az ennek felismerését szolgáló eszközöket.

Kiemeli a multidiszciplináris struktúrákat létrehozásának, a szakmaközi együttműködésnek a fontosságát, továbbá a büntetőjogi szankciórendszer egységes és szigorú kiépítését valamint a hatékony áldozatvédelem szükségességét is.

A Magyarország által is aláírt Egyezmény és a ráépülő „Minden ötödik” kampány kiindulópontja, hogy gyermekek elleni szexuális erőszak létező és gyakori jelenség és többnyire felderítetlen marad (az ENSZ Egészségügyi Világszervezete (WHO), a Nemzetközi Munkaügyi Szervezet (ILO) és az UNICEF adatai szerint minden ötödik gyermek áldozatává válik és leggyakrabban az áldozat által ismert ember követi el a cselekményt, erre utal a „minden ötödik” szlogen is. A jelenséggel kapcsolatos ismeretek, tudás bővítésére több szempontból is szükség van:

- a szexuális erőszak többnyire titokban marad;

– a vonatkozó tanulmányok, kutatások eltérő kutatási módszert és fogalmi készletet használnak;

– a gyermekekkel foglalkozó (például intézményekben dolgozó) szakembereknek nem áll rendelkezésére kellő információ, ismeret sem megfelelő szakmai, módszertani útmutató, eljárásrend, protokoll, eszközrendszer a gyermekek ellen elkövetett szexuális erőszak jelentésére, jelzésére; a szükséges segítség nyújtására, sőt sok esetben nem ismerik fel a bántalmazást;

– hiányoznak azok a hatékony eszközök, amelyek segítségével, olyan gyermekekkel is lehessen kommunikálni, akik nehezen tudják kifejezni magukat, életkoruk vagy értelmi fogyatékoságuk, vagy más súlyos, őket ért trauma miatt;

– nincsen kellő módszertani ismeret, motiváció, erőforrás, hogy összehasonlítható, átfogó adatbázis szülessen.

A „Minden ötödik”, a gyermekek elleni szexuális abúzus valamennyi formájára vonatkozik: szexuális bántalmazás, gyermekpornográfia, interneten történő „zaklatás”, gyermekprostitúció és gyermekekkel szembeni más visszaélés. Ez a felsorolás sem teljes, ugyanakkor jól mutatja, hogy az európai napirenden egyre elfogadottabb az a szakma által régebb alátámasztott nézet, hogy a bántalmazás fogalmába számtalan olyan magatartás is beletartozik, amely túlmutat az erőszak és kizsákmányolás fizikai formáin. Ezzel összefüggésben különös fontossággal bír, hangsúlyt kell, hogy kapjon a gyermekek ön- és társismeretet is magában foglaló testtudat oktatása és a szexedukáció.

Az Egyezmény előzményei az 1996-os *Stockholmi Nyilatkozat*, amit a gyermekek kereskedelmi célú szexuális kizsákmányolásáról rendezett 1. világkonferencián fogadtak el, a Yokohamai 2001-ben elfogadott globális nyilatkozat, és a 2. világkonferencia előkészítése során elfogadott *Budapesti Nyilatkozat* (2001), az ENSZ S-27/2. számú rendelkezése „A world fit for children” és a 2006-os monacói konferencián elfogadott „Építsünk egy Európát a gyermekekkel a gyermekekért” program. Az Egyezmény célja (a tárgyban született többi nemzetközi dokumentumhoz hasonlóan) a gyermek áldozatok védelme, az elkövetők megbüntetése és a prevenció sikeresebb tétele, illetve az ilyen ügyekben indult eljárásokban a gyermekkorú áldozatok lehető legteljesebb körű védelme, jogaik biztosítása.

Az Egyezmény kulcsmegállapítása, hogy *a gyermekekkel kapcsolatba kerülő minden szakembernek, személynek megfelelő információkkal kell rendelkeznie a szexuális kizsákmányolás jellemzőiről, a kockázati tényezőkről, az elérhető segítő hálózatról és a releváns gyermeki jogokról.*

A 2008-ban megrendezett 3. *világkonferencia (Rio de Janeiro)* célkitűzése a szexuális kizsákmányolás áldozatává vált gyermekek jogainak tiszteletben tartása és védelme az eljárásokban, valamint a társadalomba való beilleszkedésük, támogatásuk és segítségük fontosságának kihangsúlyozása volt. A részes államokban megfogalmazódott annak szükségessége is, hogy a gyermekek sérelmére szexuális erőszakot elkövetett személyekről globális nyilvántartást kellene

vezetni. (Egyes államokban, így Franciaországban és Angliában már létezik a szexuális bántalmazást elkövetett regisztere.)

Megemlítendő még a következő nemzetközi jogi aktusok: (2007) 13. sz. MB ajánlás a *gender tudatos (társadalmi nemre érzékeny) oktatásról* és az 1537 (2007) sz. ET határozat a *HIV/AIDS gyermekek és AIDS árvák jövőjéről*;

Két ajánlás született a gyermekek elleni erőszak megfékezésére: (2009) 10. sz. MB ajánlás a *tagállamok integrált nemzeti stratégiáiról a gyermekek erőszak elleni védelmében*; 272 (2009) sz. Ajánlás a *gyermekekkel szembeni erőszak megelőzéséről*. Fontos ajánlásokat fogadtak el a szexuális erőszak, kizsákmányolás kérdésében az elmúlt évtizedben: az 1307 (2002) sz. ET határozat a *gyermekek szexuális kizsákmányolásával szembeni zéró toleranciáról*; a (2001) 16. sz. MB ajánlás a *gyermekek szexuális kizsákmányolás elleni védelméről*; az 1371 (1998) sz. ET ajánlás a *gyermekbántalmazásról és elhanyagolásról*; az 1099 (1996) sz. ET határozat a *gyermekek szexuális kizsákmányolásáról*

Különösen fontos az intézményi ellátásban élő gyermekek kapcsán a (2005) 5. sz. MB ajánlás a *bentlakásos intézményekben nevelkedő gyermekek jogairól (és az 1698 (2005) sz. ET ajánlás az intézményekben élő gyermekek jogairól és a 1601 (2003) sz. ajánlás utánkövetéséről)*: az ajánlás alapjául szolgáló európai átfogó felmérés (melyben Magyarország nem vett részt) eredményei szerint az intézményekben élő gyermekek fokozottan ki vannak téve az erőszak veszélyének, jogaik érvényesítése nehézségekbe ütközik, és ha a nemzeti jogrendszerben biztosítják is az őket megillető alapjogokat, a gyakorlatban, az intézményi élet mindennapjaiban azok mégis súlyosan sérülnek. Az ajánlás szerint *nemzeti minimum standardokat kell elfogadni a bentlakásos intézményekben nevelkedő gyermekek alapjogairól*, azok érvényesítéséről és a gondoskodás szakmai szabályairól; az intézményektől független monitoring rendszert kell felállítani, ami a gyermekek jogainak végrehajtását, az intézmény működését és az ott folyó szakmai munkát is folyamatosan értékeli. Ezen túlmenően gondoskodni kell az intézményből kikerülő gyermekek utógondozásáról és megfelelő támogatásáról, a társadalomba, családba való visszailleszkedésének segítéséről.

Az 1601 (2003) sz. *az intézményekben nevelkedő elhagyott gyermekek helyzetének javításáról* szóló ET ajánlás tényként állapítja meg, hogy a gyermekek elhagyása/magára hagyása és ezért intézménybe való kerülése főleg a rossz gazdasági, szociális helyzetű családokat, azon belül is az etnikai-nemzeti kisebbséghez tartozókat veszélyezteti. A gyerekeknek joguk van arra, hogy saját családi környezetükben nőjenek fel, ezért a kisebbségekhez tartozó, a fogyatékkal élő vagy az ún. „gazdasági árvák” intézménybe való kerülésének magas aránya megengedhetetlen.

A megelőzés érdekében a tagállamoknak (többek között):

- első lépésként térképet kell készíteniük és közzétenniük azokról az intézetekről, amiket a közeljövőben be kívánnak zárni,
- együtt kell működniük a civil szervezetekkel a gyermekek intézetből való kigondozásában és a családi környezetükbe való visszailleszkedés segítésében,

- az intézményekben dolgozó szakembereket képezni kell annak érdekében, hogy a gyermeki jogok jobban érvényesülhessenek,
- segíteni kell a nehézségekkel küzdő családokat abban, hogy a gyerek velük maradhasson.

Az 1778 (2007) számon kiadott ET ajánlást a *gyermekáldozatokról szóló ideértve az erőszak, a kizsákmányolás és bántalmazás bármely formájának áldozatává vált gyerekeket*. Az ajánlás értelmében a tagállamoknak a gyermekáldozatok védelmében az alábbiakat kell megtenniük:

- a nemzeti jogi szabályozás és a szociális ellátórendszer fejlesztése annak érdekében, hogy a gyermekek az erőszak, kizsákmányolás és bántalmazás minden formájától védve legyenek,
- az illetékes hatóságok tájékoztatása és segítése annak érdekében, hogy a gyermekekkel szembeni erőszak megelőzhető, felismerhető és felderíthető legyen – a szakemberek megfelelő képzése a gyermek áldozatokkal való foglalkozásra,
- nemzeti és nemzetközi szinten is a szakmaközi együttműködések támogatása.

Az 1530 (2007) sz. ET határozat a *gyermekáldozatokról: erőszak, bántalmazás és kizsákmányolás valamennyi formája esetén*, ez az 1778 (2007). sz. ET ajánlásnál részletesebben foglalkozik az erőszak gyermek áldozatainak segítésében, támogatásában, és az erőszak ügyekben indult eljárásokban érintett szakemberekre vonatkozó szakmai feladatokról. A politikai szinten nemzeti akcióterv és stratégia kidolgozását előíró határozat a meglévő jogi keretek és működési mechanizmusok / jogalkalmazás átvilágítását is előírja, miként meghatározza a gyermekáldozatokat érintő eljárások alapvető jellemzőit: gyors, képzett szakemberek részvételével zajló, a gyermek számára érthető, multiszektoriális gyermektámogatással együtt működő eljárás.

2010. szeptember 20-án, az Európa Tanács Parlamenti Közgyűlése elfogadott egy jelentést, amely a gyermekek intézményes bántalmazásával foglalkozik és az áldozatok teljes védelmét tűzte ki célul (Doc. 12358)

5.5. A gyermekek és drog- és alkoholfogyasztását vizsgáló ombudsmani jelentés háttere – Nemzetközi keretrendszer a drogpolitikában

I. A nemzetközi drokkontroll rendszer

A második világháború után az *Egyesült Nemzetek Szervezetének (ENSZ)* keretein belül folytatódott a drokkontroll-rendszer fejlődése. Az ENSZ Közgyűlésén 1961-ben 73 állam képviselője írta alá az *Egységes Kábítószer Egyezményt*, amely 116 kábítószerre vont kontroll alá, négy jegyzékbe sorolva ezeket attól függően, hogy az Egészségügyi Világszervezet (WHO) becslése szerint mekkora a visszaélési kockázatuk és a gyógyászati hasznuk (a gyógyszerkészítményekben megjelenő hatóanyag tartalom szempontjából). Az aláíró felek kötelezték magukat arra, hogy ezen anyagok illegális előállí-

tásának és kereskedelmének megszüntetésére törekcszenek. Az egyezmény ezt a célt elsősorban a drogok alapanyagául szolgáló növények kiirtásán keresztül próbálta elérni (a kokalevél esetében 25, az ópiummák esetében 15 év alatt). Az egyezményt 1971-ben a pszichotróp anyagokról szóló konvencióval egészítették ki, amely 111 pszichotróp anyagot vont ellenőrzés alá. Az 1988-as *Kábítószeres és Pszichotróp Anyagok Tiltott Forgalmazása Elleni Egyezmény* meghatározta a kábítószeres és pszichotróp anyagok gyártásában gyakran használt ún. prekursoranyagok listáját. Ez volt ezen kívül az első egyezmény, amely kimondottan büntetni rendelte a kábítószeres személyes használat céljából való tartását, amennyiben az adott állam számára ez szükséges a kereskedelem elleni harchoz, illetve ha összeegyeztethető az alkotmányos alapelvekkel. Hazánk mindhárom nemzetközi egyezményhez csatlakozott.

2009-ben került sor az *ENSZ Kábítószer Bizottsága [United Nation Office of Drugs and Crime – Commission on Narcotic Drugs (UNCND)]* 52. ülészakának magasszintű szegmensére, 130 állam mintegy másfél ezer küldöttjének részvételével. A szegmens célja az ENSZ Rendkívüli XX. Közgyűlésén (UNGASS) 1998-ban elfogadott határozat tízéves végrehajtása eredményeinek, illetve a tapasztalatok alapján a jövőben szükséges intézkedések áttekintése volt. A résztvevők a magas szintű szegmens záró dokumentumaként Politikai Nyilatkozatot és Akciótervet fogadtak el. A Nyilatkozat kinyilvánítja, hogy a világméretű kábítószer-probléma megoldásához közös felelősségvállalás, kiegyensúlyozott és átfogó megközelítés szükséges. A nemzetközi drogpolitika alapvető célja a társadalom és az egyén egészségének biztosítása, az ehhez kapcsolódó eszköztár hangsúlyos eleme pedig az emberi jogok tiszteletben tartása. Támogatja a tradicionális termelő országokat abban, hogy fenntartsák az ópiumok kínálatának kiegyensúlyát a legális gyógyászati, illetve kutatási célra. Üdvözli a civil társadalom, különös tekintettel a nem kormányzati szervezetek szerepét a kábítószerhelyzet kezelésében. Elismeri az eddigiekben tett kínálatcsökkentési erőfeszítéseket, különös tekintettel az illegális heroin-, kokain- és kannabisztermelés és -kereskedelem, valamint a fokozódó prekuzoreltérítések elleni fellépésre. A deklaráció hangsúlyozza, hogy az effektív kínálatcsökkentési intézkedések megvalósítása érdekében nemzeti, regionális és nemzetközi erőfeszítések egyaránt szükségesek. Kiemeli, hogy az *amfetaminszármazékok és pszichotróp anyagok továbbra is veszélyeztetik a társadalom, különösen a fiatalok biztonságát, egészségét és jóllétét*. Fontosnak tartja a megbízható, pontos és összehasonlítható adatok gyűjtését és elemzését. Együttműködésre szólítja fel a tagállamokat és az Egészségügyi Világszervezetet (WHO) is, hogy gyógyászati és tudományos célra biztosítsa az ellenőrzött szerek rendelkezésre állását. Komoly aggodalommal veszi tudomásul a kábítószerhasználat egyénre és társadalomra gyakorolt hatásait, amelyeket egy átfogó és multiszektorális keresletcsökkentési stratégiával tart csökkenthetőnek. Kiemelten fontosnak tartja a prevenció programokhoz, kezelési lehetőségek-

hez és kapcsolódó segítő szolgáltatásokhoz való általános hozzáférhetőséget. Elkötelezett az effektív integrált és átfogó keresletcsökkentési stratégiák megalkotása, felülvizsgálata és megerősítése mellett. Elismeri a fenntartható ültetvény-ellenőrzési stratégiák létjogosultságát, mint az illegális kábítószertermelés elleni fellépés eszközeit. Ezen stratégiáknak nemzetközi együttműködésen és a közös felelősség elvén kell alapulniuk, miközben minden esetben tiszteletben tartják a jogállamiságot. Megerősíti a prekursor-ellenőrzés fontosságát, különös tekintettel ezen anyagok eltérítésének megelőzésére. Hangsúlyozza a nemzeti, regionális és nemzetközi kutatások, tudományos bizonyítékok elemzésének fontosságát. Az Akcióterv a politikai deklaráció következtetéseit alapul véve a kábítószer-probléma megoldásának hatékonyabb eszközeit foglalja össze.

Az ENSZ Egyezmények egyértelmű előrelépést jelentenek a kábítószer fogyasztás csökkentése terén. A kokain, amfetamin és ecstasy előállításának mértéke is stabilizálódott 2000–2002 után. A fejlett országokban (Amerikai Egyesült Államok, európai országok) egyes kábítószeres fogyasztásban is megjelentek kedvező tendenciák. Azonban a pozitív folyamatok ezekben az országokban is csak egyes kábítószeres fogyasztásokra korlátozódnak, más régiókban pedig a fogyasztási tendenciák még kevésbé kedvezőek. Továbbá új kihívást jelentenek világszerte az illegális kábítószeres nem minősített, szintetikus pszichotróp anyagok.

A fenti megállapítások mellett a szakirodalom néhány nem kívánt következményt is tulajdonít a nemzetközi drog-kontrollrendszernek, ezek a következők: 1) bűnszervezetek által irányított feketepiac alakult ki; 2) a politika súlypontja a rendészetre helyeződött, az egészségügy háttérbe szorult; 3) ha az egyik régióban sikerül felszámolni a drognövények termesztését, az mindig más földrajzi régiókba helyeződik át (ún. léggömb-effektus); 4) folyamatosan megújul a kínálat a piacon, eddig ismeretlen drogok fogyasztása terjed el; 5) a társadalom kirekeszti és marginalizálja a droghasználókat-függőket.

A Gyermek jogairól szóló ENSZ Egyezményének *a gyermek egészséghez és az egészségügyi szolgáltatásokhoz való jogáról* szóló 24. cikke szerint az Egyezményben részes államok elismerik a gyermeknek a lehető legjobb egészségi állapothoz való jogát. Ezért az Egyezményben részes államok megtesznek minden alkalmas, hatékony intézkedést annak érdekében, hogy megszüntessék a gyermekek egészségére káros hagyományos szokásokat. (24. cikk 3. bekezdése)

Az Egyezmény gyermekek és a kábítószerrel való visszaéléseiről szóló 33. cikke alapján a Részes államok megtesznek minden alkalmas intézkedést – ideértve a törvényhozási, közigazgatási, szociális és nevelésügyi intézkedéseket is – arra, hogy megvédjék a gyermekeket a vonatkozó nemzetközi egyezményekben meghatározott kábító- és pszichotróp szerek tiltott fogyasztásától, és hogy megakadályozzák a gyermekek – e szerek tiltott előállításában és kereskedelmében való – felhasználását.

II. Nemzeti és nemzetközi drogpolitikai megközelítések

Az *Egyesült Államok* drogpolitikájának alakulása meghatározó jelentőségű volt az egész világ számára. Miután 1969-ben Nixon elnök drogellenes háborút hirdetett, az amerikai drogpolitikát egyre szigorodó büntetőpolitikai intézkedések jellemezték, amely mindmáig jelentősen befolyásolja a nemzetközi gondolkodásmódot is.

Egyes nyugat-európai országokban, így például Hollandiában és Dániában, a hetvenes évektől a zéró tolerancia megközelítéstől eltérő jogi szabályozást vezettek be, amely a fogyasztókat nem büntette (dekriminalizáció), és egyes esetekben a kannabisz kiskereskedelmi forgalmazását is engedélyezte (liberalizáció). Más európai államokban azonban fokozatosan szigorodó jogszabályi környezet határozta meg a nemzeti drogpolitika irányvonalát, mindezek az európai országokban általában a támogató szolgáltatások körének és hozzáférhetőségének jelentős növekedésével jártak együtt.

Kelet-Közép-Európában a Vasfüggöny évtizedekig viszonylag hatékonyan megakadályozta az illegális drogkereskedelem behatolását. A piacgazdaságra való áttérés és a határok megnyitása azonban a kilencvenes években a kábítószer-használat drámai gyorsaságú növekedéséhez vezetett. Míg azonban a volt Szovjetunió utódállamaiban a tömeges méretű injekciós droghasználat a világ leggyorsabban terjedő HIV/AIDS járványának kialakulásához vezetett, addig Közép-Európában, így hazánkban a vírus előfordulása alacsony maradt és főleg szexuális úton terjed. Ugyanakkor kevesebb eredményt mutathatunk fel a HIV-fertőzés terjedését tekintve az intravénás droghasználók körében, ahol magas arányú az átfertőzöttség.

Az *Európai Unió* nem rendelkezik közösségi szinten szabályozott drogpolitikával, mivel a kábítószerügyet érintő kérdések többsége nemzeti hatáskörben van. A tagállamok ugyanakkor közös célkitűzéseiket stratégiai dokumentumokban fektették le, tekintettel arra, hogy az uniós becslések szerint mintegy 12 millió ember használ kokaint, az ecstasy 10 millió, a kannabiszfogyasztás pedig 70 millió embert érint az Európai Unióban. Az első közös uniós drogstratégiát és akciótervet 2000-ben hagyta jóvá az Európai Tanács. A jelenleg hatályos EU-drogstratégia 2005-től 2012-ig terjedő időszakra vonatkozik.

Az uniós drogstratégia alapját mindenekelőtt a közösségi jog alapelvei képezik, továbbá minden tekintetben képviseli az EU alapító értékeit: az emberi méltóság, a szabadság, a demokrácia, az egyenlőség, a szolidaritás, a jogállamiság és az emberi jogok tiszteletben tartását. Célja a társadalom és az egyén jólétének védelme és növelése, a közegészségügy védelme, magas szintű biztonság nyújtása a lakosság számára, valamint a kábítószer-probléma kiegyensúlyozott, egységes megközelítése. Az EU drogstratégiája a célkitűzéseit átfogó témakörökben fogalmazza meg: kereslet- és kínálatcsökkentés, nemzetközi együttműködés, tájékoztatás, kutatás és értékelés.

Az EU hatályos kábítószer-ellenes cselekvési tervének (2009–2012) első éve az aktivitás jegyében telt. Az Európai Unió akkori soros elnökeként Csehország

szág és Svédország egyaránt tanácsi következtetések elfogadásával támogatta a cselekvési terv végrehajtását: az elsőben a kábítószerpiacok, a kábítószerrel összefüggő bűncselekmények és a kínálatcsökkentés területére vonatkozó fő mutatók kidolgozására, a másodikban az általános megelőzés terén bevált gyakorlatok, útmutatások és minőségi előírások megosztására, a harmadikban pedig az Európai Unió tiltott kábítószerrel foglalkozó kutatási kapacitásának megerősítésére szólítottak fel. Az Európai Bizottság (továbbiakban: Bizottság) jelentést adott ki a tiltott kábítószer-kereskedelem területén a bűncselekmények tényállási elemeire és a büntetésekre vonatkozó minimumszabályok megállapításáról szóló, 2004. október 25-i 2004/757/IB tanácsi kerethatározat végrehajtásáról. A Bizottság azt állapította meg, hogy bár a kerethatározat megtette az első lépést a kábítószer-kereskedelem elleni közös megközelítés kialakítása felé, a nemzeti jogszabályokban nem hozott jelentős közeledést (1). A Bizottság ezenkívül egy munkadokumentumot is kiadott, amelyben bemutatta az Európai Unióban újonnan megjelenő tendenciák felderítésére, nyomon követésére és megválaszolására szolgáló, meglévő mechanizmusokat, és útmutatásokat javasolt a jövőbeni munkához (2). Emellett egy új projektet is elindítottak a szintetikus kábítószeres igazságügyi szakértői profil meghatározásával foglalkozó, az EU egészére kiterjedő rendszer bevezetésének támogatására (3). A kábítószeres egyfajta „ujjlenyomatának” megalkotásával az igazságügyi szakértői profil meghatározás elősegítheti a gyártók kinyomozását és a kábítószer-terjesztési csatornák feltérképezését.

A 2009. december 1-jén hatályba lépett *Lisszaboni Szerződés* a tiltott kábítószeres kereskedelmével a szabadságon, a biztonságon és a jog érvényesülésén alapuló térség (83. cikk) keretében foglalkozik, amely rendelkezik a bűncselekmények és büntetési tételek meghatározására vonatkozó minimumszabályok megállapításáról. A Szerződés lehetővé teszi egy Európai Ügyészség létrehozását, fenntartva azt a lehetőséget, hogy hatáskörét kiterjessze a több államra kiterjedő vonatkozású súlyos bűncselekményekre (86. cikk). Ez végső soron azt eredményezheti, hogy bizonyos kábítószer-kereskedelmi bűncselekmények ellen uniós szinten fognak eljárni. A Lisszaboni Szerződés a népegészségüggyel is foglalkozik, és a korábbiakhoz hasonlóan feljogosítja az Európai Uniót, hogy kiegészítse a tagállamok fellépését a „kábitószer-fogyasztással kapcsolatos egészségkárosodás csökkentése érdekében, beleértve a felvilágosítást és a megelőzést is”. A népegészségüggyről szóló újonnan bevezetésre került 168. cikk értelmében az Európai Bizottság a tagállamokkal szorosan együttműködve kezdeményezheti iránymutatások és mutatók megállapítását, a bevált gyakorlatok cseréjének megszervezését, valamint az időszakonkénti felülvizsgálat és kiértékelés szükségességeinek kialakítását.

1993-ban lisszaboni székhellyel létrehozták a *Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelő Központját* (*European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction -EMCDDA*), amelynek célja, hogy megfelelő, bizonyítékokon alapuló információkat, megbízható és összehasonlítható módszerekkel gyűjtött adato-

kat szolgáltatson a tagállamok döntéshozói számára a nemzeti drogpolitikák kialakítása során. A statisztikai, dokumentációs és technikai információkat feldolgozó, vagy előállító Központ segít abban, hogy a tagországok teljesen átfogó képet kapjanak az Európai Unió kábítószerügyi helyzetéről.

III. A gyermekek drog- és alkoholfogyasztásáról rendelkezésre álló adatok

1. A hazánkban 2006-ban végzett az „Iskoláskorú Gyermekek Egészségmagatartása” (Health Behaviour in School-aged Children – HBSC) vizsgálat eredményei azt mutatták, hogy az alkohol kipróbálása mindkét nem esetében magas arányú, mely az életkor előrehaladtával folyamatosan növekszik. A legtöbben 14 éves koruk környékén kísérleteznek először az alkohollal, azonban minden hatodik fiú már 11 évesen vagy ennél fiatalabban kipróbálja az alkoholt, a lányok hasonló hányada 12 évesen teszi ezt.

A fogyasztás gyakorisága eltérő a két nem között: a fiúk körében többször előfordul a rendszeres heti vagy esetleg napi fogyasztás, amely az életkor előrehaladtával meredeken emelkedik. A részegség előfordulása szintén nő az életkor emelkedésével. A 11. évfolyamosok körében a fiúk 71%-a, a lányok kb. fele már túl van a kétszeri vagy többszöri részegségen. A négy évvel ez előtti adatokhoz képest a változás kedvezőtlen irányú mindkét nem esetében: a legidősebb vizsgált csoportban a lányok 10, 5%-kal, a fiúk 7,3%-kal nagyobb arányban számolnak be kétszer vagy többször előfordult lerészegedésről. A felmérésben megkérdezett 9–11. osztályos tanulók 20,3%-a fogyasztott már életében valamilyen illegális szert, illetve visszaélészerűen gyógyszert vagy inhalánsokat. A kannabiszfogyasztók aránya a legnagyobb az összes illegális szer közül. A gyógyszer valamint az alkohol gyógyszerrel történő együttes alkalmazása a második leggyakrabban alkalmazott szer, míg az egyéb (ecstasy, speed, opiátszármazékok, kokain, LSD, egyéb növényi drogok – mágikus gomba) illegális drogfogyasztás prevalencia értéke 12,4%. A fogyasztói típusokat elemezve ugyanakkor fontos megjegyezni, hogy a kísérletező és rekreációs típusú fogyasztás a jellemzőbb a fiatalok körében.

A 2010-ben végzett felmérésben, a teljes mintában a fiataloknak mindössze 53,1%-a válaszolta, hogy még soha életében nem rúgott be. A többszöri részegség előfordulásának aránya jelentősen magasabb a felsőbb osztályokban tanuló diákok körében. A 7. és 9. osztály között meredek emelkedés tapasztalható. A lányoknál a problémás alkoholfogyasztás e mutatók szerint ritkább, mint a fiúknál: előbbieknél a többszöri részegség minden évfolyamon szignifikánsan alacsonyabb mértékű. A 11. évfolyamon tanuló fiúk közel háromnegyede, a lányok több mint fele legalább kétszer már volt részeg életében. Az első részegség leggyakoribb életkora a 9. évfolyamos fiúk körében szintén a 14. életév, a lányoknál a 15 éves kor is ugyanolyan gyakoriságú.

A válaszoló 9. és 11. osztályos tanulók közel egyharmada fogyasztott már életében valamilyen illegális szert, illetve visszaélészerűen gyógyszert vagy inhalánsokat. A kannabiszfogyasztók aránya a legnagyobb az összes drog-

használó fiatal közül. A gyógyszer, valamint az alkohol gyógyszerrel történő együttes alkalmazása a második leggyakoribb szer (visszaélésszerű gyógyszerhasználat), az összes többi szerhasználat együttes prevalencia-értéke ennél valamivel magasabb: 14,7%. A leggyakrabban használt drogok fogyasztása kapcsán az életprevalencia-értékek általában szignifikánsan magasabbak a fiúk és az idősebb korcsoport esetében. Kivétel ez alól az ecstasy- és a visszaélésszerű gyógyszerhasználat. Előbbi esetében egyik nem esetében sincs szignifikáns eltérés az évfolyamok között; utóbbit tekintve pedig mindkét évfolyamon azonos fogyasztási arányokat találunk a fiúk és lányok között.

Az 5. évfolyamos fiúk 5, a lányok 1,5%-a már többször fogyasztott alkoholt; a tizenegyedikes fiúk kb. fele és a lányok kb. harmada többszöri fogyasztó. Ugrásszerű növekedés tapasztalható a 7. és a 9. évfolyam tanulói között. Egyszer vagy többször volt már részeg az ötödikesek 2-4%-a, a tizenegyedikesek 70-54%-a. Az első részegség legjellemzőbb időpontja fiúknál a 13-14., lányoknál a 14-15. életév. A kilencedikes és tizenegyedikes fiatalok kb. 31%-a élete során már fogyasztott valamilyen tiltott vagy legális drogot; a kannabiszt már kipróbálta körülbelül egynegyedük. Az elmúlt hónapban a fiatalok 9%-a fogyasztott kannabiszt.

Hazánk helyzetének európai összehasonlítására vonatkozó kérdésekre az Országos Gyermekegészségügyi Intézettől kapott válasz szerint a 2006/2007-es HBSC-kutatás⁹² arról tájékoztat, hogy a 11 éves magyar lányok 3%-a, a fiúk 6%-a minden héten legalább egy alkalommal fogyaszt alkoholt. A 13 éves lányok körében ez az arány 7%, a fiúk körében 11%; a 15 éves lányoknál 24%, a 15 éves fiúknál 35%. A 13 és 15 éves korosztály közötti ugrásszerű növekedés más országokban és más rizikómagatartásokban is megfigyelhető. Magyarország ebben a tekintetben a 40. vizsgált ország rangsorában a 21., 22. és 16. helyen, vagyis körülbelül középen helyezkedik el. Hasonló tendencia tapasztalható a részegség esetében is. Míg a magyar 11 éves lányoknak csak 1%-a, a fiúknak 3%-a volt már életében legalább két alkalommal részeg, addig a 13 éves lányok 9 és a fiúk 12%-a, a 15 évesek 32, illetve 40%-a számol be erről. Ezzel egyre rosszabb helyre kerülünk a nemzetközi összehasonlításban: a növekvő életkorral a 23., 20. és 13. helyen szerepel Magyarország.

A drogfogyasztással kapcsolatosan a 15 éves korosztály kannabisz kipróbálásának életprevalencia- és elmúlt havi értékei állnak rendelkezésre, ez alapján a lányok 10%-a, a fiúk 14%-a élete során már kipróbálta a kannabiszt; 3, illetve 4%-uk az elmúlt 30 nap során is fogyasztotta. Magyarország az életprevalencia tekintetében a 31., elmúlt havi prevalencia tekintetében a 30. helyen van a 38 adatszolgáltató ország között.

Összefoglalva a fenti adatokat, *nemzetközi összehasonlításban Magyarország, az alkoholfogyasztás tekintetében a középmezőnyben foglal helyet, míg a fiatalok drogérinitettsége az átlagnál alacsonyabb*

⁹²A HBSC-kutatás 2010. évi adatgyűjtése alapján összeállított adatbázis feldolgozása még folyamatban van.

2. A 35 európai ország részvételével készült 2007. évi ESPAD (The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs)⁹³ vizsgálat adatai alapján Magyarországon a megkérdezett 8–10. évfolyamos fiatalok 64,1%-a dohányzott már életében (21,9% napi rendszerességgel dohányzik), 92,2%-uk fogyasztott alkoholt (az előző hónapban 55,8%-uk) és 15,9%-uk (fiúk 17,7%-a és a lányok 14,2%-a) próbált már valamilyen tiltott szert (marihuána vagy hasis, ecstasy, amfetaminok, LSD vagy más hallucinogének, crack, kokain, vagy heroin). 21,2% (fiúknál 23,3%, lányoknál 19,3%) azoknak az aránya, akik biztosan droghasználati céllal fogyasztottak valamilyen szert (pl. mágikus gomba, GHB, szerves oldószerek, patron/lufi, stb.). Az összes (tiltott és legális) szerfogyasztás életprevalencia értéke a megkérdezett 8–10. évfolyamos diákok körében 28,3% (fiúknál 27,8%, lányoknál 28,7%).

A 2007-ben, a budapesti 8-10. évfolyamos fiatalok körében készült kutatás eredményei az országos átlaghoz képest magasabb fogyasztási arányokat mutattak. A budapesti fiatalok 22,7%-a fogyasztott már életében valamilyen tiltott szert (fiúk 25,8%-a, a lányok 19,9%-a). 28% azoknak az aránya, akik biztosan droghasználati céllal fogyasztottak valamilyen szert (fiúknál 30,7%, lányoknál 25,6%).

A 2007. évi ESPAD-vizsgálat adatai alapján változatlanul a marihuána a legelterjedtebb szer (14,1%-os életprevalencia értékkel), a marihuána elterjedtségétől alig marad el a gyógyszer és alkohol együttes fogyasztása (12,5%). A harmadik-negyedik legelterjedtebb szer szintén legális: az orvosi recept nélküli nyugtató fogyasztás (8,9%) és a szipuzás (7,6%). A patron/lufi használat 2007-ben továbbra is az ötödik-hatodik legelterjedtebb szer, a fiatalok szerhasználati szokásaiban, azt az ecstasy-val azonos mértékben (4,9%) próbálták már a fiatalok. A marihuánán kívüli tiltott szerek közül hagyományosan az ecstasy, amfetaminok (4,1%) és az LSD/hallucinogének (3%) a legelterjedtebbek. A többi vizsgált drog fogyasztása változatlanul alig van jelen a 8-10. évfolyamos középiskolások életében. Az adatok a korábbi növekvő tendencia megváltozását jelzik számos mutató tekintetében. Az összes egyéb szerfogyasztás és az összes droghasználati célú szerfogyasztás életprevalencia értéke a nyolc éven át tartó növekedés után 2007-ben 2003-hoz képest változatlan értéket mutat. Ez a változatlanság a szerek közötti átstrukturálódásnak köszönhető. A marihuána életprevalencia értéke egyértelműen csökkent 2007-ben, ugyanakkor a többi tiltott szer fogyasztá-

⁹³ Az ESPAD-kutatás célja, hogy időben és nemzetközileg összehasonlítható adatokat gyűjtsön Európa fiataljainak dohányzásáról, alkohol- és egyéb drogfogyasztási szokásairól, mérje a fiatalok fogyasztási szokásaiban bekövetkezett változásokat, összehasonlítsa az országonként eltérő trendeket. Az első adatfelvételre 1995-ben került sor 26 európai ország részvételével, 1999-ben 30 ország, 2003-ban és 2007-ben 35 ország és több mint 100 ezer diák vett részt a kutatásban. A kutatás az iskolában tanuló 16 éves fiatalokra terjed ki. Valamennyi ESPAD-kutatás a CAN (The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs) szervezésében, az Európa Tanács Tanács Csoportja, valamint az EMCDDA támogatásával készült. Az ESPAD-kutatások valamennyi magyarországi adatfelvétele a Budapesti Corvinus Egyetemen készült.

sa kismértékű növekedést mutat. Mivel a marihuána életprevalencia értékének csökkenése nagyobb mértékű volt, mint az egyéb tiltott szerek növekedése, így az összes tiltott-szer fogyasztás is csekély mértékű csökkenést mutat. A budapesti fiatalok körében is a marihuána a leggyakrabban fogyasztott szer (a megkérdezettek 20,6%-a próbálta már élete során), ezt négy legális szer követi: az alkohol gyógyszerrel történő fogyasztása (12,3%), az orvosi recept nélküli nyugtató/altató fogyasztás (10,3%), a patron/lufi használat (7,2%) és a szipuzás (6,8%). A legális szerek után hagyományosan az ecstasy (5,8%), amfetaminok (5,2%) és az LSD/hallucinogének (3,8%) következnek a sorrendben.

IV. Európai kitekintés az ESPAD-jelentések alapján (2007)

Ausztria

Az egyik legmagasabb prevalencia értékkel bíró ország, az ESPAD által vizsgált területeken (9 mutatóból 6-ban magasabb értéket mutat az átlagnál). Szinte minden tanuló (92%) ivott alkoholt az elmúlt 12 hónapban, és több mint fele (56%) részeg is volt ugyanebben az időszakban. A tanulók közel fele dohányzott az elmúlt 30 napban, amely szintén átlagon felüli. A kannabiszfogyasztás az európai átlag alatt van (17%), míg más drogok használata felette (11%), az inhaláns és az inhalánst alkohollal együtt használók számához hasonlóan (12%). A vény nélkül kapható nyugtatók használata viszont elenyésző (2%).

Belgium (a felmérésben csak Flandria vett részt)

A flamand felmérés eredményei az ESPAD-átlagot közelítik szinte valamennyi mutató tekintetében. Az elmúlt 12 hónapban alkoholt fogyasztók aránya (83%), azonban az ebben a periódusban részegségről beszámolók aránya átlag alatti (29%). Az elmúlt hónapban dohányzók száma is alacsonyabb (23%), míg a kannabiszhasználat aránya magasabb (24%).

Bulgária

Az elmúlt 12 hónapban alkoholt fogyasztók aránya az ESPAD-átlagnak megfelelő (83%), ugyanakkor az ezidő alatt lerészegedők aránya magasabb (45%). A dohányzás is meglehetősen gyakori, a tanulók 40%-a az elmúlt hónapban rágyújtott. A kannabisz és más drog használata átlagos. Az inhaláns használók száma alacsony (3%).

Ciprus

Az alkohol- és drogfogyasztási szokásokat tekintve az európai átlag alatti mutatókkal bír az ország, kivételt jelent az inhalánsok használata, amely 16%. Az elmúlt 12 hónapban alkoholt fogyasztók aránya az átlaghoz közelít (79%), azonban a részegség aránya kevesebb, mint fele az átlagnak (18%). A tanulók egynegyede dohányzott az elmúlt hónapban, amely az átlagnál kevesebb; a droghasználat is korlátozott mértékű, átlag körüli vagy alatti.

Cseh Köztársaság

Az ország a vizsgált 9 mutatóból 6 esetében az ESPAD-átlag feletti értékeket mutat. Szinte valamennyi tanuló (93%) ivott alkoholt az elmúlt 12 hónapban és felük volt részeg ebben az időszakban. A dohányzás is meglehetősen gyakori, a tanulók 41%-a gyújtott rá az elmúlt egy hónapban. A tanulók közel fele használt kannabiszt, amely az ESPAD-átlag duplája. Az tanulók egy tizede más drogokat is kipróbált. Az inhaláns használata és a vény nélkül kapható nyugtatók használata átlagos, azonban a nyugtató alkohollal együttes használata az ESPAD-átlag háromszorosa.

Dánia

Szinte valamennyi megkérdezett dán tanuló (94%) fogyasztott az elmúlt hónapban alkoholt, és nagy többségük (73%) volt részeg ez idő alatt, amely az ESPAD-átlag kétszerese, s az elfogyasztott alkohol mennyisége is a legmagasabb a felmérésben részt vevő országok közül. A tanulók egynegyede fogyasztott kannabiszt, 10%-uk más drogot. Az inhalánsok, vény nélkül kapható gyógyszerek, nyugtatók használata átlagos.

Egyesült Királyság

A vizsgált kilenc mutatóból 4 esetében a brit adatok magasabb értéket mutatnak (alkoholfogyasztás, részegség, a legutóbbi alkalommal elfogyasztott alkohol mennyisége, és a kannabiszhasználat). A tanulók többsége (88%) fogyasztott alkoholt az elmúlt egy évben, és több mint felük (57%) volt részeg is. Az elfogyasztott alkoholmennyisége jóval az ESPAD-átlag fölött van. A dohányzás ugyanakkor kevésbé jellemző, a tanulók 22%-a gyújtott rá az elmúlt egy hónapban, ugyanakkor egyharmaduk használt kannabiszt. Az inhalánsok, a vény nélkül kapható gyógyszerek használata átlagos.

Észtország

A legtöbb mutató tekintetében az értékek az ESPAD-átlagot közelítik. A tanulók 87%-a fogyasztott alkoholt az elmúlt 12 hónapban, és 42% volt részeg ezen periódus alatt, amely átlagosnak mondható, ugyanakkor a fogyasztott alkohol mennyisége valamivel magasabb. Az elmúlt harminc napban a tanulók egyharmada dohányzott, s valamivel gyakoribb az átlagnál a kannabiszhasználat.

Finnország

A finn tanulók többsége (77%) ivott alkoholt az elmúlt egy évben, és legutóbbi alkalommal viszonylag nagy mennyiséget fogyasztottak, viszont az illegális drog használat nem jellemző.

A kannabiszfogyasztás is átlag alatti (8%). Mind az inhalánsok, mind a vény nélkül kapható gyógyszerek és nyugtatók használata elmarad az átlagtól.

Franciaország

Ötből négy tanuló fogyasztott alkoholt az elmúlt évben és 36%-uk volt részeg is ez idő alatt. A tanulók egyharmada dohányzott az elmúlt hónapban. A kannabisz és más drogok használata gyakoribb, mint az európai országokban általában. Az inhalánsok tekintetében is hasonló a helyzet, s a vény nélkül kapható gyógyszerek, nyugtatók használata az ESPAD-átlag kétszeresénél is több.

Görögország

Az egyik olyan ország, amelyik leginkább konszolidált az alkohol- és drogfogyasztás és a dohányzás terén. Mindemellett az elmúlt egy évben alkoholt fogyasztó tanulók aránya magasabb valamivel az ESPAD-átlagnál, viszont a részegség kevésbé gyakran fordul elő, mint a többi európai országban, s az elfogyasztott alkohol mennyisége is alacsonyabb. Mind a dohányzás (22%), mind a kannabisz használata (6%), valamint a vény nélküli nyugtatók szedése (4%) és az inhalánsok használata (9%) is az átlag alatt marad.

Hollandia

Az alkoholfogyasztás (84%) és részegség (36%) mértéke az elmúlt egy évben átlagos, a legutóbbi alkalommal fogyasztott alkohol mennyisége az átlagnál valamivel több. A tanulók több mint negyede (28%) számolt be kannabiszfogyasztásról, amely magasabb, mint az átlag, míg az egyéb drogok tekintetében átlagos mértékű a használat (7%), csakúgy mint az inhalánsok, vény nélkül kapható gyógyszerek esetében.

Írország

Az ír fiatalok többsége ivott alkoholt az elmúlt egy évben (78%), azonban arányaiban többször rúgnak be (47%). Az ESPAD-átlaghoz képest kevesebben dohányoznak (23%), a kannabiszhasználat (20%) átlagos, mint a más droghasználat is (10%). Az inhalánsok használata (15%) gyakoribb, mint más európai országban.

Lengyelország

Az elmúlt évben alkoholt fogyasztók aránya (78%) átlagosnál alacsonyabb, hasonlóan a részegség előfordulásához (31%). A tanulók egyötöde gyújtott rá az elmúlt hónapban. 16%-uk használt kannabiszt, és 7%-uk más drogot is kipróbált. Az inhalánsok használata és a gyógyszerek alkohollal való együttes fogyasztása is átlagos. A vény nélkül kapható nyugtatók fogyasztásának aránya (18%) viszont az ESPAD-átlag háromszorosa.

Lettország

A felmérés szerint a lett tanulók számos mutatót tekintve az átlag felett fogyasztanak alkoholt, drogot és dohányoznak. Többségük (89%) ivott alkoholt

az elmúlt egy évben, és majdnem felük rúgott be. Az európai átlag felett gyűjtött rá a tanulók (41%), a kannabisz használata átlagos mértékű (18%), míg az egyéb droghasználat az átlaghoz képest gyakoribb (11%). Az inhalánsokat az ESPAD-átlagnál azonban gyakrabban használják a lett tanulók (13%).

Litvánia

A tanulók többsége (87%) ivott alkoholt az elmúlt egy évben, és 43%-uk lett részeg, mindkét mutató némileg az európai átlag felett van. A tanulók 34%-a gyűjtött rá az elmúlt hónapban; a kannabisz és más drog használata átlagos. Az inhalánsok használata nem túl gyakori (3%), míg a vény nélkül kapható gyógyszerek, nyugtatók használata gyakoribb jelenség, mint az európai országok többségében.

Luxemburg

Nincs adat.

Málta

Összességében elmondható, hogy a kannabiszhasználat (13%) az európai átlag alatt van, míg az inhalánsok használata (16%) és a gyógyszerek alkohollal való együttes fogyasztása (11%) gyakoribb. A tanulók többsége (87%) fogyasztott alkoholt az elmúlt egy évben, amely az átlag fölött van; a részegség gyakorisága átlagos.

Németország

A hét német tartományban mért adatok szerint, a tanulók 91%-a fogyasztott alkoholt az elmúlt egy évben, és felük volt részeg is. Mindkét érték magasabb, mint az ESPAD-átlag. A többi mutató tekintetében az átlagot közelítik. A tanulók egyharmada dohányzott az elmúlt hónapban, egyötöde használt kannabiszt, és 8%-uk számolt be más drog használatáról. Az inhalánsokat egytizedük használta, a vény nélküli nyugtatók használata nem jelentős.

Norvégia

Valamennyi mutató tekintetében elmondható, hogy a norvég tanulók elmaradnak az európai átlagtól. Az elmúlt évben alkoholt fogyasztók mértéke 66%, a részegség mértéke átlagos. A tanulók egyötöde (19%) dohányzott az elmúlt egy hónapban. Nagyon alacsony azok száma is, akik kipróbálták a kannabiszt (6%) vagy más drogot (3%). Az inhalánsok, vény nélkül kapható nyugtatók használata is átlagos.

Olaszország

Az olasz fiatalok többet dohányoznak, mint az európai átlag és a kannabisz használata is gyakoribb. Az elmúlt 12 hónapban 81%-uk ivott alkoholt, amely megfelel az ESPAD-átlagnak. A részegség viszont kevésbé jellemző a tanulók

körében: egynegyedük számolt be róla. A kannabisz és más drog használata átlagos, az inhalánsok használata az átlag felét sem éri el. A vény nélkül kapható nyugtatók használata az átlagosnál gyakoribb.

Portugália

A tanulók 79%-a fogyasztott alkoholt az elmúlt évben, és egynegyedük volt részeg ez idő alatt, egyötödük dohányzott az elmúlt hónapban. 13%-uk használatot kannabiszt, amely szintén átlag alatti, az inhalánsok használata és a gyógyszerekkel együttes alkoholfogyasztás az ESPAD-átlag fele.

Románia

A tanulók többséges (74%) ivott alkoholt az elmúlt egy évben és egynegyedük volt részeg. A legutóbbi alkalommal fogyasztott alkohol mennyisége alacsony európai összehasonlításban. Minden negyedik tanuló gyújtott rá az elmúlt egy hónapban. Valamennyi típusú drog használatának mértéke alacsony.

Spanyolország

Érdemben nem, csupán megfigyelőként vettek részt a kutatásban.

Svédország

A svéd mutatók többsége az átlagnál alacsonyabb értéket mutat, a legutóbbi alkalommal történt alkoholfogyasztás mennyiségében volt némi eltérés az átlaghoz képest. Az alkoholfogyasztás az átlagnál alacsonyabb (71%), a tanulók egyharmada számolt be részegségről. 21%-uk gyújtott rá az elmúlt hónapban, és csak 7%-uk próbálta a kannabiszt. Nagyon kevesen jeleztek más drog használatát (4%), a többi szer használata átlagos.

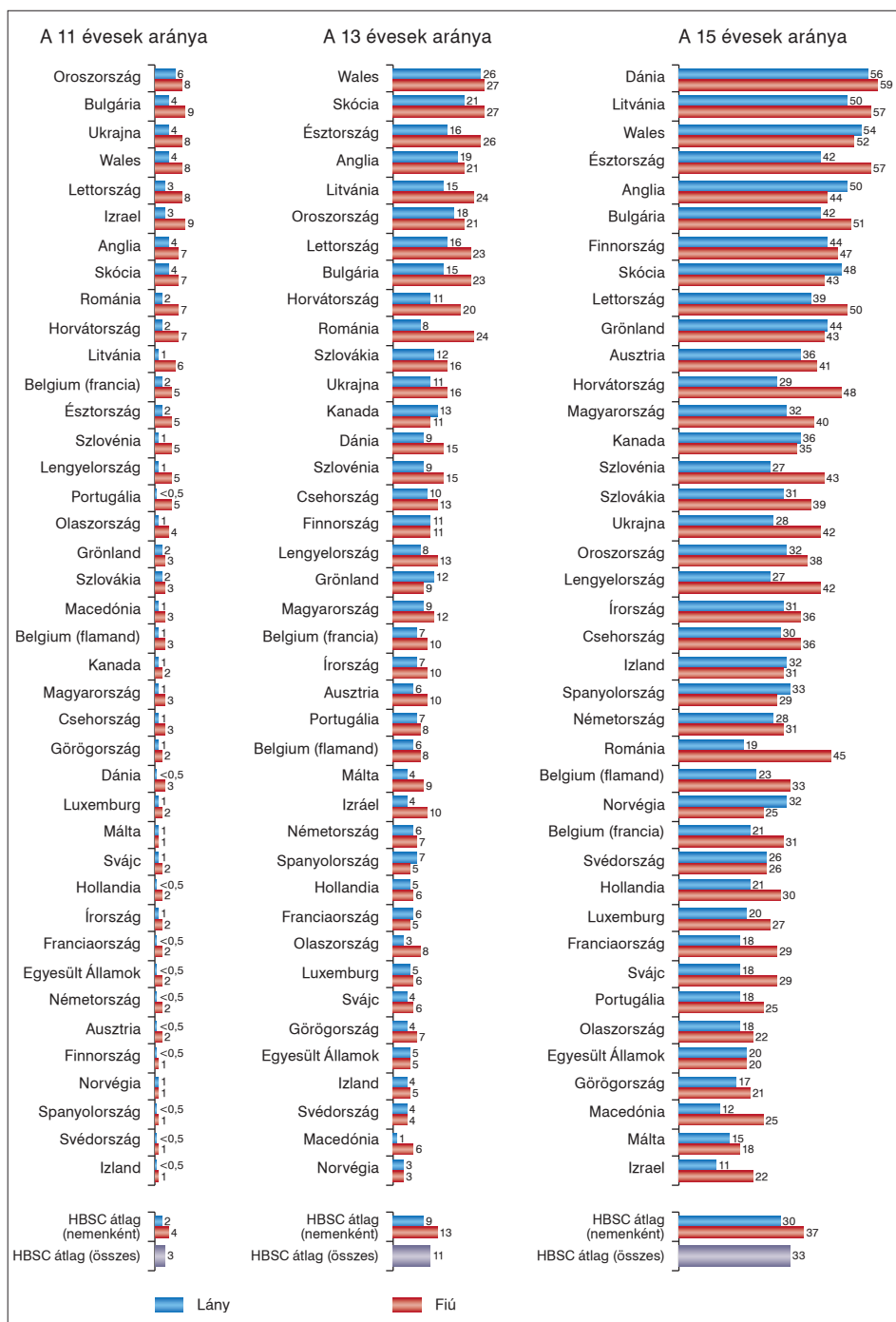
Szlovákia

A vizsgált mutatók felfelé eltérést mutatnak az európai átlaghoz képest (9-ből hat vonatkozásában). A tanulók többsége (88%) fogyasztott alkoholt, és felük volt részeg is. nagyobb mértékben dohányoztak az elmúlt hónapban (37%), a tanulók egyharmada használt kannabiszt (32%), és egytizedük fogyasztott más drogot. Az inhalánsok használatának mértéke is jelentősebb (13%), hasonlóan a gyógyszerekkel együttes alkoholfogyasztás mértékéhez (12%).

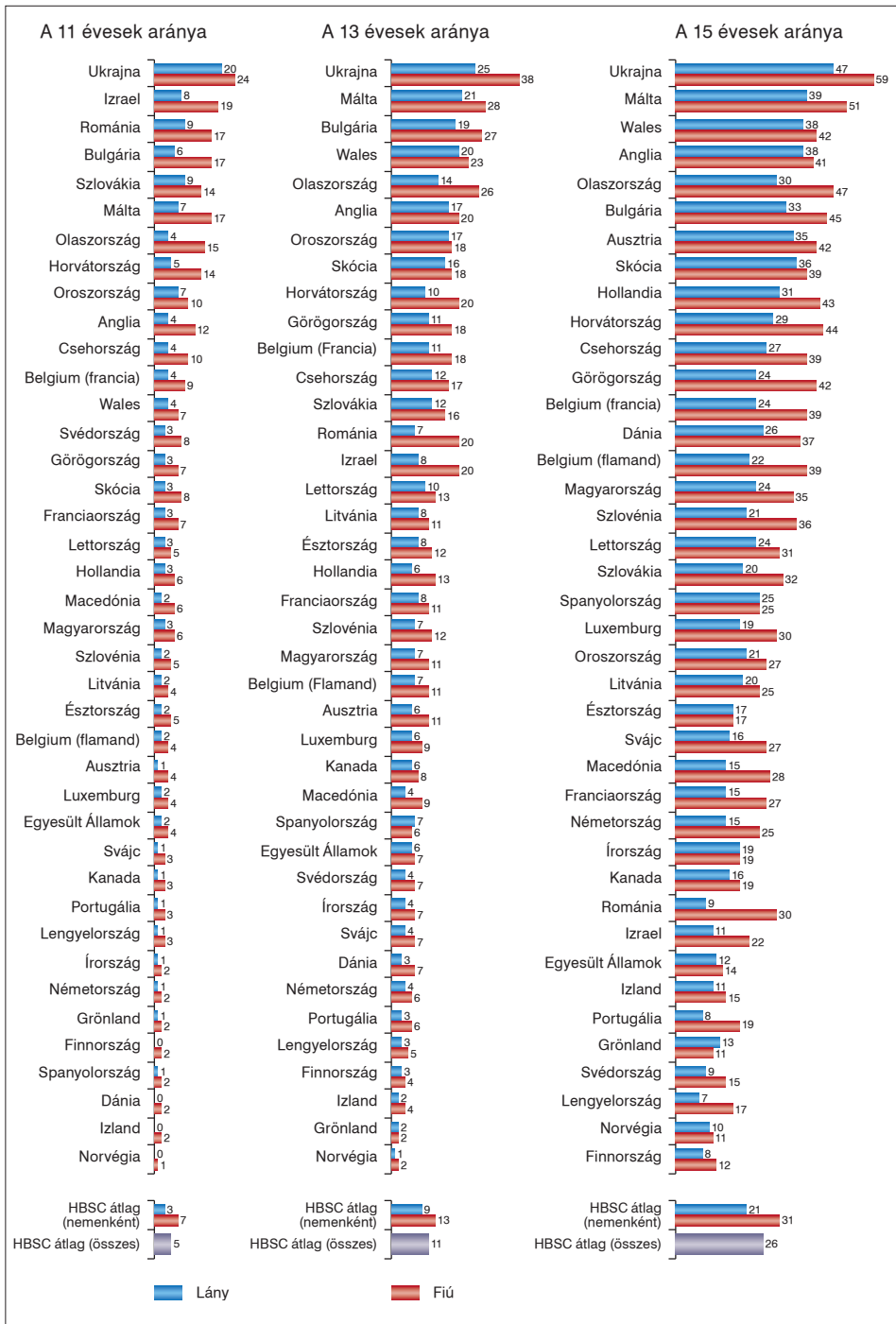
Szlovénia

Az ország kitűnik az inhalánsok használatának tekintetében (16%), amely az ESPAD-átlag duplája. Egyébként az európai átlagnak megfelelően fogyasztottak alkoholt az elmúlt évben (87%), és lettek részegek (43%). Átlaghoz közelít a kannabiszhasználat (22%), és más droghasználat (9%) is.

Az HSBC 2010. évi felmérésének eredményei azokról a 11, 13, 15 évesekről, akik hetente legalább egyszer fogyasztanak alkoholt



A HBSC 2010. évi felmérése azokról a 11, 13, 15 évesekről, akik már legalább kétszer voltak részegek



6. Az ombudsman nemzetközi munkája 2011-ben a gyermekjogok terén

6.1. Gyermekjogi Ombudsmanok Európai Hálózata (ENOC)

*Összefoglaló az ENOC 2011. évi Közgyűléséről és Éves Konferenciájáról*⁹⁴

MAREK MICHALAK (lengyel gyermekjogi ombudsman) az ENOC soros elnöke megnyitotta a konferenciát; összefoglalta az elmúlt év főbb eseményeit, köztük megemlítette, hogy elfogadásra került az általános testi fenyítést (családon belül is) tiltó törvény Lengyelországban, valamint, hogy a lengyel parlament egyhangúan támogatta javaslatát, miszerint 2012. legyen JANUS KORCZAK éve.

A gyermekjogi ombudsmanok munkájának fontosságát kívánták jelezni, hogy a megnyitón részt vett és felszólalt a lengyel egészségügyi, oktatási, ifjúsági, igazságügyi miniszter, valamint levélben üdvözölte a résztvevőket a köztársasági elnök felesége is.

REGINA JENSDOTTIR (az Európa Tanács gyermekjogi programjának vezetője) tájékoztatást adott arról, hogy az Európa Tanács jelenleg felülvizsgálja gyermekjogi programját (2012–2015-re vonatkozóan dolgozza ki a hatályos „Építsük Európát a gyermekekkel a gyermekekért” program folytatását, amelynek előkészítő tárgyalására 2011. november 20–21-én került sor, Monacóban. A programvezető hangsúlyozta a korábbi program eredményeit, úgy, mint például az ET gyermekjogi programja egyfajta további magyarázatot nem igénylő „márkajelzés” lett; amelynek köszönhetően számos jelentős jogi relevanciájú aktus történt az Európa Tanácsban: gyermekbarát igazságszolgáltatásról szóló iránymutatás; a szexuális bántalmazás elleni lanzarote-i egyezmény. Ez az egymásra épülő, koherens, többéves program képes arra, hogy a gyermekjogi témák európai szintű tárgyalásának folytonosságát biztosítsa. JENSDOTTIR kiemelte a gyermekjogi ombudsmanok szerepének fontosságát e stratégia végrehajtásában. Az új gyermekjogi stratégia célja a tagállamok támogatásának megszerzése a gyermekjogi standardok átültetésében; a gyermekek közötti különösen védtelen csoportok (fogytékossággal élők, büntetés-végrehajtási intézményekben lévők, bevándorlók, kísérő nélküli kiskorúak stb.) kiemelt védelme biztosításának elősegítése; általánosságban a „gyermekfókuszú” hozzáállás meghonosítása. Az Európa Tanács gyermekjogi munkájának központi témái: gyermekbarát igazságszolgáltatás, egészségügy, szociális szolgáltatások, családjog.

⁹⁴ Az ENOC 2011. évi konferenciáját Varsóban tartotta 2011. szeptember 14–16. között. Az állampolgári jogok országgyűlési biztosát LUX ÁGNES képviselte.

A szexuális bántalmazás elleni küzdelemről szóló egyezmény ratifikációjának elősegítésére a „Minden ötödik” kampány sikeresen elindult, a kampány anyagokat számos európai nyelven már elérhetővé tették.

A délelőtt további részében az ENOC-tagok röviden ismertették 2010. évi tevékenységük fókuszait (a korábban megküldött prezentációknak megfelelően, azok írott változata elérhető a www.cring.org honlapon).

ANKIE VANDEKERCKHOVE (korábbi flamand gyermekjogi ombudsman, független szakértő CoE/ENOC) bemutatta az ENOC intézményi ellátásban élő gyermekekkel kapcsolatosan végzett felmérését (rövidesen elérhető a www.crin.org honlapon).

Két műhelybeszélgetés követte a plenáris ülést az intézményi ellátás kérdésében, az egyikben LUX ÁGNES és (grúz kollégája) a korábbi felkérésnek megfelelően előadást tartott a magyar ombudsman 2010. évi projektjéről és az intézményi ellátást érintő vizsgálatok tapasztalatairól.

Zárt ülésen vitatták meg az ENOC 2010. évi tevékenységét, költségvetési helyzetét, és megválasztották új vezetését (elnök: MAREK MICHALAK, majd LEDA KOURSOMBA ciprusi ombudsman, az új főtitkár BERNARD DE VOS flamand ombudsman, kincstárnok: EDITA ZIOBIENE litván ombudsman).

Az ENOC ifjúsági tanácsadói (ENYA) belfasti ülésük összefoglalóit osztották meg a plenáris üléssel tematikus csoportokban (1. egészségügy, 2. Internet, 3. oktatás, 4. részvétel).

MARIA SANTOS PAIS (az ENSZ külön képviselője a gyermekek elleni erőszak kérdésében) videoüzenetében a gyermekjogi ombudsmanok feladatának fontosságáról beszélt az ENSZ gyermekjogi munkájának monitorozásában.

HERCZOG MÁRIA (az ENSZ Gyermekjogi Bizottságának tagja) az intézményi ellátásban élő gyermekek erőszak elleni védelemhez való jogáról beszélt az ENSZ Gyermekjogi Egyezményének vonatkozó szakaszai (§§ 2, 16, 18, 19), az alternatív ellátásban élő gyermekekről szóló iránymutatás, és a 2001. február 13-án kiadott általános kommentár alapján. Előadásában részletesen elemezte az erőszak összetett jelenségét, annak különböző formáit, hangsúlyozva azt is, hogy maga az intézményi ellátásba helyezés – annak inadekvát, aránytalan módja esetén – is erőszak lehet. Ennek okán fontos megemlíteni azt az egyre erősödő nemzetközi (ENSZ) és európai uniós trendet, amely a három év alatti gyermekek intézményi ellátásának felszámolására irányul (de-institutionalism).

LEDA KOURSOMBA (ciprusi gyermekjogi ombudsman) beszámolt az „Igazságszolgáltatáshoz való hozzáférés” munkacsoport munkájáról, szorgalmazta, hogy a különböző nemzetközi mechanizmusokban az ENOC-nak, mint szervezetnek kell fellépnie. Elfogadásra került, hogy 2012-ben az ENOC munkájának középpontjában a gyermekbarát igazságszolgáltatás áll.

6.2. Eurochild

A Eurochild, amely több mint 100 európai gyermekvédelmi szervezetet tömörít 32 országból, azzal a céllal, hogy a gyermekek és fiatalok életminőségét javítsa Európa-szerte, európai szinten a gyermekek jogaival kapcsolatos ügyekben az egyetlen ernyőszervezetek, amely munkáját az ENSZ Gyermekjogi Egyezményében megfogalmazottak szerint végzi.

A szervezet kampányokat szervez a gyermekek jogainak érvényesülése érdekében egész Európában. Különösen a szegénység, társadalmi kirekesztettség és marginalizálódás miatt veszélyeztetett gyermekekre összpontosítva. A szervezet tematikus munkacsoportjai külön fórumot biztosít a tagok számára a speciális jellegű tudás és gyakorlat egymásnak történő átadására.

6.2.1. A Eurochild értékelése a 2011. évi soros uniós elnökségek gyerekjogokkal összefüggő munkájáról

„A hat hónapos soros elnökség ideje alatt a tagállamoknak kiemelt felelősségük biztosítani a gyermekek jogainak és jól-létének érvényesülését” – áll a Eurochild idén második alkalommal közzé tett, az elnökségi triók hatékony működésére vonatkozó jelentésében. Az elemzés négy kritérium (1. gyermekek véleményének figyelembe vétele; meghallgatáshoz való jog; 2. a gyermek jogok megjelenítése általában; 3. gyermekszegénység elleni küzdelem; 4. gyerekek érdekeinek megjelenítése) szerint vizsgálta és hasonlította össze 2010-től a spanyol, belga, magyar elnökségi trió, utóbbi két szereplőjének gyermekvédelmi tevékenységét, hogy kiderüljön, mennyire voltak nyitottak és miképpen vonták be az állami szintű döntéshozatalba az Unió iránymutatása mentén a gyerekek és fiatalok különféle csoportjait.

A spanyol–belga–magyar trió

Magyarország összességében alulteljesített a belga elnökséggel szemben – derül ki az egyes állami tevékenységeket elemző grafikonokat összehasonlítva. A belgák jól szerepeltek mind a négy komponens esetében, de különösen kiemelkedő a teljesítményük a gyermekek részvételének eredményességét, és a gyermekszegénység elleni küzdelmet tekintve. Ez utóbbi vonatkozásában Magyarország is sokat tett, a jelentés üdvözölte a gyermekjóléti rendszer monitorozásában előremutató egységes indikátorrendszer kialakítására tett lépéseket, valamint kiemelte a roma integráció kérdését prioritásként kezelő elnökség lépéseit a szegénység átörökítési spiráljába kerülő gyermekek életébe történő minél fiatalabb kori beavatkozás szükségességével. Elismerték továbbá az elnökség erőfeszítéseit a koragyermekkori fejlődés és gondozás elősegítésére, és a gyermekek immunizálásának, átoltottságának minél teljesebbé tétele érdekében.

A belgák gyakorlatával szemben, akik a gyerekeket és fiatalokat közvetle-

nül is bevonták a soros elnökségi ülésekbe, rendszeresen konzultáltak velük, a Eurochild csalódottságának adott hangot, mivel a magyar elnökség esetében ez egy konferencia összehívása során történt csak meg. Hiányolták továbbá a gyermekek jogainak hatékonyabb védelmét, és figyelmeztették hazánkat, hogy a gyermekvédelemben tapasztalható problémákat (a segélyvonalak, gyermekjóléti szolgálatok, az erőszaknak kitett gyermekek védelme területén) perspektivikusan, tervezetten és hatékonyabban kezelje.

Ugyanakkor uniós konferenciát hívott össze a magyar elnökség a koragyermekkori fejlesztés/nevelés kérdésében.

A magyar elnökség által megfogalmazott cél volt, hogy „a szegénység elleni európai platformmal összefüggésben a magyar elnökség célja elősegíteni az előrehaladást a gyermekszegénység elleni küzdelem területén, összhangban a 2010. szeptember 3-án Marche-en-Famenne-ben elfogadott trió elnökségi nyilatkozattal”. A gyerek szegénység elleni program a későbbiekben nem igazán jelent meg az elnökségi munka során, azonban mindenképpen értékelendő, hogy uniós szinten elfogadásra került a Roma stratégia.

Ajánlások a következő soros triónak

A lengyel–dán–ciprusi második soros elnökségi trió időszaka a recesszió által súlyosan érintett politikai és gazdasági helyzetben veszi át a vezetést elődeitől, így fontos, hogy idejében felismerje a kiszolgáltatott helyzetbe került családokat érintő változásokat, és prioritásként kell kezelnie a gyermekek jólétének különféle aspektusait és a gyermekszegénység minden formája elleni határozott fellépést.

A Eurochild prioritásként jelöli meg továbbá a trió számára az Unió „Európa 2020” stratégiájának szegénységi célkitűzését, ami a százhuszmillió szegénység által érintett európai polgárból húszmillió csökkenést szeretne elérni 2020-ig. Szorgalmazza az átlátható párbeszédet az intézmények között, és ajánlást tesz a jóléti szolgáltatások utánkövetési rendszerének hatékonyabbá tételére, a belga elnökség idején „Te mit gondolsz?” („What do you think?”) címmel készített átfogó jelentés példájára, amiben a gyerekek maguk szólnak meg az őket érintő szegénységgel kapcsolatban.⁹⁵

6.2.2. A Eurochild 2011. évi konferenciája⁹⁶

A 2011. konferencia első napján tematikus munkacsoportok dolgoztak (LUX ÁGNES – intézményi ellátásban élő gyermekek munkacsoportjában vett részt)

A gyermekszegénységet központi témájaként választott konferencia plenáris ülését HERCZOG MÁRIA, a Eurochild soros elnöke nyitotta meg, beszédében

⁹⁵ www.csagy.hu ; eredeti: <http://www.eurochild.org/en/policy-action/eu-presidencies-scorecards/index.html>

⁹⁶ A Eurochild 2010. évi konferenciáját Cardiffban tartotta 2010. november 30. – december 2. között. Az állampolgári jogok országgyűlési biztosát LUX ÁGNES képviselte.

hangsúlyozta annak fontosságát, hogy a negatív gazdasági környezet nagyon rosszul érintheti a gyermekellátó rendszert, fokozhatja azoknak a tényezőknél veszélyeztető hatását, amelyek károsan befolyásolják az amúgy is szorult helyzetben lévő családok esélyeit (munkanélküliség, szolgáltatásokhoz való hozzáférés nehézségei, lakhatás veszélybe kerülése). Kiemelte azokat az európai jogi instrumentumokat, amelyeket a családok és a gyermekek szegénységének felszámolása érdekében fogadtak el (pl. az Európa 2020 kifejezett szegénység célkitűzései), s nagy várakozás övezi a Bizottság jövő évi munkatervének múlt heti nyilvánosságra hozatalát követően a már a magyar elnökség alatt is felmerült gyermekszegénység elleni küzdelemről szóló ajánlás elfogadását.

A kerekasztal-beszélgetésen előadott CARWYN JONES, walesi miniszterelnök, aki személyes gyermekjogi elkötelezettségének nyilvánvaló léte mellett bemutatta a Walesben működő gyermekvédelmi, családtámogatási programokat (Family First, Community First, Flying Start programok), amelyekre általánosan jellemző az egyes gyermekekkel kapcsolatban álló intézmények együttes munkálkodását lehetővé tevő átfogó szemlélet (*multiagency attitude*), hangsúlyozta ezen programok sikerességének kulcsaként továbbá a „gyermekekbe való befektetés” előnyeit, amely ugyan rövid távon nem tekinthető költséghatékonynak, ugyanakkor hosszútávon mindenképpen.

A soros lengyel elnökséget, a szociális minisztérium képviselője reprezentálta, aki a belga–spanyol–magyar elnökség örökségeként definiálta a gyermekszegénység elleni küzdelem fontosságát. Továbbá bemutatta a lengyel–ciprusi–dán trióelnökség programjának szegénységre vonatkozó elemeit és hangsúlyozta a lengyel elnökség elkötelezettségét nemcsak a gyerekjogok fokozott védelme, hanem annak kapcsán is, hogy magáénak tudja azt a Eurochild által lefektetett megállapítást, hogy a gyermekben rejlő lehetőségek kiaknázása nemcsak morális kötelességünk, hanem gazdasági racionalitás is.

ÉLODIE FAZI, az Európai Bizottság képviselőjében előadásában a legújabb európai uniós döntéseket vázolta fel, amelyeknek hatása van a gyermekszegénység csökkentésére és a családok helyzetének javítására, amellet, hogy mindezek a jogi aktusok – mivel nem bírnak kötelező erővel – akkor válthatják csak be a hozzájuk fűzött reményeket, ha a tagállamok egyként nehéz költségvetési helyzetük ellenére erőfeszítést tesznek annak érdekében, hogy az uniós szinten lefektetett célok megvalósulhassanak, hogy a gyermekeket érintő szolgáltatások ne legyenek valójában visszavágva.

A második plenáris ülést KEITH TOWLER, walesi gyermekjogi ombudsman vezette, és két egymással szorosan együttműködő walesi gyermekvédelmi szervezet munkáját mutatták be jó-példaként. A délután során a plenáris ülésen előadást tartott az OECD képviselője az európai családpolitikákról szóló frissen publikált kutatásról (www.oecd.org/els/social/family).

REGINA JENSDOTTIR, az Európa Tanács gyermekjogi programvezetője, a 2011 novemberében elfogadott új hároméves gyermekjogi stratégia részleteinek bemutatása mellett, kitért a gyermekek szexuális kizsákmányolása elleni küzde-

lemről szóló kampány népszerűsítésének fontosságára is. Valamint ismertette a 2006-ban született, pozitív szülőségről szóló ET ajánlást, a 2005-ben elfogadott intézményi ellátásban elő gyermekek védelméről szóló ET ajánlást, és a 2011-ben született gyermekbarát egészségügyről iránymutatást, a családon belüli erőszak, és általában a gyermekek ellen elkövetett erőszak elleni egyezményt, és azt az ET ajánlást, amely a család- és gyermekbarát szociális szolgáltatásokról szóló ajánlást.

A helyi kezdeményezések fontosságát mutatták be holland és brit jó-példák ismertetésével, amelyek mindkét esetben az ágazati és szakmaközi együttműködések, a gyermekellátásba és megelőzésbe korán fektetett költségek megtérülését és a holisztikus szemléletet hangsúlyozták.

A zárópanelt PAT DOLAN, az UNESCO gyermek és családkutató központjának alapító igazgatója vezette, előadást tartott „az ellenállóság” (*resilience*) kérdéséről (különösen védtelen gyermek ellenállása a negatív környezeti hatások ellenére) MICHAEL UNGAR, kanadai professzor és mentálhigiénés szakember.

A konferenciával párhuzamosan dolgozó mintegy húsz, különböző országból érkező gyermek résztvevők szegénységgel kapcsolatos videójukat mutatták be nagy sikerrel.