

SZEGEDI TUDOMÁNYEGYETEM

ÁLLAM- ÉS JOGTUDOMÁNYOK
tudományág és tudományszak

HABILITÁCIÓS TÉZISEK

Pogány Magdolna

Szeged

2008

TARTALOMJEGYZÉK

BEVEZETÉS	5
1. A SZOCIÁLIS ÉS EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÓRENDSZER KÖRNYEZETÉNEK ELEMZÉSE, KÜLÖNÖS TEKINTETTEL A JOGI SZABÁLYOZÁSRA	6
1.1. A családok és a magyar népesség szociális biztonsága	6
1.2. Az egészségügyi ellátórendszer működését meghatározó feltételrendszer változásai	9
1.3. Az egészségügyre és működésére vonatkozó speciális szabályozás alakulása	12
2. AZ EGÉSZSÉGÜGYI ÉS SZOCIÁLIS ELLÁTÁSOKAT NYÚJTÓKRA VONATKOZÓ JOGI SZABÁLYOZÁS, ILLETVE AZ ENNEK MEGFELELŐ MŰKÖDÉS VIZSGÁLATA	13
2.1. A védőnői tevékenység vizsgálata, elemzése	14
2.2. Az egészségügyi és szociális ellátásban dolgozók jogi felelőssége	17
2.3. A betegjogok szabályozása és a megvalósulás tapasztalatai	19
3. A JOGI TÁRGYAK OKTATÁSA ÉS OKTATÁSFEJLESZTÉSE AZ EGÉSZSÉGÜGYI ÉS SZOCIÁLIS FELSŐ-OKTATÁSBAN	22
3.1. A négyéves egészségügyi képzések tanterve, a problémaorientált oktatási modell	22
3.2. A segítő szakmák oktatásának támogatása jogi ismeretekkel	23
3.3. Közös tananyagtartalmú, modul rendszerű képzés tanterve	25
3.4. Betegjogok – mint speciális terület – oktatása	25
3.5. Jogi ismeretekkel támogatott vállalkozási kurzus a felső- és felnőttoktatásban	26
3.6. Az egészségtudományi alapszakok és szakirányok, valamint a szociális munka alapszak tarterveinek fejlesztése	27
ÖSSZEGZÉS	28
KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS	29
JEGYZETEK	30

BEVEZETÉS

Az alábbiakban több mint negyedszázadnyi szakmai munkáságom eredményeiről kívánok számot adni, melynek fontos részét képezi – a főiskolai képzés cérendszeréből adódóan - oktatói, oktatásfejlesztési és kutatói területeken kifejtett tevékenységem.

Munkám hangsúlyosabb részét képezi a doktori fokozat megszerzését (1999) követő alkotói tevékenységem, azonban az ezt megelőző időszak bemutatása biztosíthatja csak annak a folytonosságnak az áttekintését és megértését, melyből megítélhető a jelenlegi munkásságom.

Alkotói tevékenységemet a saját szakmai területükön kiemelkedő és elévülhetetlen érdemeket szerzett, mintának tekinthető életutat bejáró két személy határozta meg.

Az egészségügyi és szociális szolgáltatások területén oktató és dolgozó szakemberekkel, valamint e területek hallgatóival kapcsolatos oktató és kutató munkámra Dr. Szel Éva volt kitörölhetetlen hatással. Az Ő példamutató oktatói egyénisége, iskolateremtő és intézményszervezői tehetsége modell értékű számomra.

A szociális jog területének oktatása és kutatása felé Prof. Czucz Ottó fordította figyelmemet és támogatta folyamatosan az ilyen irányú tevékenységemet. Az Ő tudományos és szakmai életútja ugyancsak irányadó példa lehet többek számára.

Oktatói munkásságom nagyobb részét a főiskolai/alapképzésben fejtettem ki, kézenfekvő volt **azoknak a területeknek a kutatása**, melyek egyrészt a **szociális jog – egészségügyi jog területét ölelik fel**, másrészt a **szociális és egészségügyi ellátásban dolgozók magatartását határozzák meg**.

Ennek megfelelően, ennek a jellegzetesen hárompólusú jogviszonynak - állam/társadalombiztosító–szociális/egészségügyi szolgáltatást nyújtó–kliens/gondozott/beteg - a kutatását, ezen eredmények oktatását, illetve az ezeket a tartalmakat befogadó képzési programok oktatásfejlesztését végeztem, mely következményesen az egész magyar populáció szociális biztonságára hatással lehet.

1. Vizsgálom és oktatom azt az elsősorban jogi – illetve az ezt meghatározó társadalmi és gazdasági - környezetet, melyben a szociális és egészségügyi ellátórendszer működik.

2. Kutatom és oktatom a szociális és egészségügyi ellátást nyújtókra vonatkozó jogi szabályozást, illetve az ennek megfelelő működést a napi szakmai, hivatásbeli tevékenységben.

3. Elemeztem az egészségügyi és szociális felsőoktatásban megjelenő jogi ismereteket nyújtó tantárgyak indokoltságát, jelentőségét és közreadtam eredményeit. Ehhez kapcsolódóan folyamatos oktatásfejlesztői munkával – a jogi tárgyak vonatkozásában - olyan tantárgyi struktúrát, valamint tananyagtartalmakat alakítottam ki, mely előmozdítja, hogy a segítő hivatások területén tanulók és végzettek a jogi normák betartásával végezzék szakmai tevékenységüket. Ezzel áttételesen betegek/gondozottak/klieniseik jogérvényesítését is elősegítik.

Oktatói, oktatásfejlesztési és kutatói **tevékenységem eredményeként** segítségére lehettem/lehetek a gyakorlatban dolgozó szakembereknek, hogy a szociális és egészségügyi szolgáltatások területén rávilágítsanak a jogi szabályozással, jogérvényesítéssel kapcsolatos problémákra, valamint a változtatásra, fejlesztésre tett indítványok megvalósulását elősegítsék.

1. A SZOCIÁLIS ÉS EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÓRENDSZER KÖRNYEZETÉNEK ELEMZÉSE, KÜLÖNÖS TEKINTETTEL A JOGI SZABÁLYOZÁSRA

Az egészségügyi és szociális területen dolgozók tevékenységének – egyik jelentős - meghatározója, hogy milyen társadalmi, gazdasági környezetben végzik munkájukat. E környezetnek a jogi szabályozásban megjelenő normái, azok alapelvei, változásai adják azt a keretet, amelybe beágyazódik egy-egy konkrét szakma/hivatás működését, napi gyakorlatát biztosító feltételrendszer.

Ebből kiindulva alkotói tevékenységem során többször foglalkoztam a szociális biztonsághoz való jog megvalósulásával, az egészségügyi ellátórendszer működését meghatározó feltételrendszer változásaival, valamint az egészségügyre és működésére vonatkozó speciális szabályozás alakulásával.

1.1. A családok és a magyar népesség szociális biztonsága

Az 1990-es évek közepén miközben az ENSZ Népesedési Konferenciája arra próbált megoldást találni, hogyan lehet gátat vetni a demográfiai robbanásnak, az Európára vonatkozó prognózis 40 év távlatában csak 1%-os népességnövekedést jósolt.

Magyarországon a népesség száma a huszadik század közepétől egyenletes ütemben csökkent, amelynek egyik oka a születésszám csökkenése, a másik a halálozások számának növekedése.

A demográfiai folyamatok társadalmi befolyásolására szolgáló pozitív, azaz a vállalt gyermekszámot ösztönző eszközök sokfélék lehetnek. Ezek közül csak azok kerültek vizsgálatra, amelyeket úgy tartanak számon, hogy a családok helyzetét kedvező irányba befolyásoló, gazdaságilag hatni kívánó intézkedések. A teljesség igénye nélkül vizsgáltam és összehasonlítottam hazánk, valamint két jóléti állam – Finnország, Svédország – ilyen jellegű állami szociálpolitikai intézkedéseit.

A terhességhez és szüléshez kapcsolódó ellátások, a csecsemő és gyermekek gondozásához kapcsolódó ellátások áttekintése, a családi pótlék rendszerek elemzése, valamint a gyermek megbetegedések járó juttatások vizsgálata során arra a következtetésre juthattunk, hogy a hazai ellátási rendszer – legalábbis a jogi szabályozást tekintve – nem marad el a jóléti államokétól.

Ezek után joggal merül fel a kérdés: mi az oka a magyar szülők csökkenő gyermekvállalásának?

Az univerzális, a kommutatív, valamint a disztributív típusú *hazai ellátások* – a korreket jogi szabályozás ellenére - ***nem felelnek meg, az ilyen ellátórendszerek elvárásainak, elsősorban az alacsony helyzetesítési rátájuk okán.***

Látnunk kell, hogy sokszor olyan állami intézkedések is befolyásolják a családok nagyságát, amelyek nem közvetlenül népesedési célúak, mivel szándékolatlanul is, nem a kívánt módon módosítják a termékenységet.

Az 1990-es évek közepén ilyennek kell tekintenünk az állandósult gazdasági bizonytalanságot, a munkanélküliséget, és az évek óta tartó inflációt.

A gazdaság stabilitása népesedési szempontból is sürgető fontosságú, két tekintetben is:

- Egyrésztől stabil gazdasági helyzetben az ellátások pénzügyi alapjait biztosítók száma szélesebb körű.
- Másrésztől csökkenő infláció mellett az ellátások reálértékének megőrzése is biztosítható.

A XX. század utolsó évtizedében félé, hogy a **gyermekvállalásra vállalkozó egyes családok reprodukciója** nemcsak a népesség számát, hanem **saját gazdasági nehézségeit is „újratermeli”**.^{1.}

A századfordulóra azt tapasztaltuk, a hogy szociális problémák fokozottan kerültek felszínre. Ezek megoldásának igénye felvetette azt a kérdést, hogy kinek a felelőssége ezek kezelése, melyik nagy szociális ellátórendszer milyen szerepet kell vállaljon a szociális feszültségek oldásában, illetve milyen szinten szükséges és lehetséges a családok, gyének segítése az állami rendszereken keresztül.

A kutatók véleménye szerint az egészségügy minden szintjén meg kell valósítani a harmonizálást a szociálpolitikával. Rendszerszemléleti szempontból az egészségügy része a szociális ellátásnak. A nemzetközi irodalom a közép-és főleg a kelet-európai államok viszonylag magas kórházi ágyszámát részint a technika elmaradottságával, másrészt a medikalizált szociális problémákkal és az ápolási lehetőségek hiányosságai magyarázza.

A formális egészségügyi szervezetek igen nagy részét végzik el azoknak a feladatoknak, amelyeket korábban az informális szféra (pl. a család) látott el a betegek és az időskorúak gondozásában. A mai **egészségügyi ellátórendszer** kétségkívül **egyik legnagyobb hibája**, hogy az egészségügy **méltánytalanul sok szociális terhet visel.**

Bár történt közeledés az egészségügy és a szociális kérdések összehangolására, a szervezet kialakult formája és működési mechanizmusa alig változott. Így az egészségügyi és szociális témák integrált problémakezelése terén tapasztalható fáziskésés a megoldásra váró problémák számát és súlyát szinte naponta növeli. Tapasztalható ez abban az időben, amikor már közzismert tény, hogy a megoldatlan szociális problémák előbb-utóbb medikalizálódnak és így túlterhelik az egészségügyi intézményhálózatot.

Az **egészségügy és a szociális szféra szétválasztásának vagy együtt-tartásának kérdése** mellett és ellen számos érv szól. A két rendszert működtető szervezet tudomásul vette, hogy az egyikben lejátszódó alapvető változások hatással vannak egymásra. Az alapellátás minősége mindenkor meghatározza az egészségügyi, illetve szociális rendszer minőségét is. Az ellátórendszer e szintjén szinte elválaszthatatlanok a problémák. Ezért egyet lehet érteni azzal a nézetel, amely felveti, hogy fontos lenne az alapellátásban az egészségügyet szervezettel is egyesíteni a személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátásokkal.

Hazánkban a szociális biztonsághoz való jog deklarálása a jogforrási hierarchia élén álló alkotmányban kerül rögzítésre.

Az **Alkotmánybíróság** több ízben foglalkozott a szociális biztonsághoz való jog megvalósulásának értelmezésével.²

Az Alkotmánybírósági határozatok elemzésével kerestem választ arra, hogy, hogy e testület hogyan ítéli meg - az univerzális, kommutatív és disztributív típusú - elméleti modell megvalósulását a XX. század utolsó évtizedének végén hazánkban.

Az Alkotmánybíróság – több határozatában - az **univerzális ellátásokkal kapcsolatban** megállapította, hogy a gyermek vállalásával a család mindig többletterhetet is vállal, és ezt az állam a maga eszközeivel – már csak a munkaképes korban lévő népesség folyamatos utánpótlásának elősegítése érdekében is – támogatni igyekszik. A jogalkotónak azonban joga van aszerint differenciálni, hogy a rászorult családok esetében a gyermekek számától, egészségi állapotától függően különböző mértékű támogatási összeget nyújtson családi pótlék címén.

Az Alkotmány 70/E. § vizsgálata arra enged következtetni, hogy egyfelől minimális tartalmi követelményként előírja, hogy az állam a szociális biztonsághoz való jog alapján

megszervezze a társadalombiztosítás, másfelől pedig a szociális intézmények rendszerét. Tehát az államnak a két - egymástól természete, jellegzetességei szerint elkülönült - rendszert kell működtetnie, és azok valamelyikébe a nevesített esetszoportokat be kell sorolnia. Ez a szociális biztonsághoz való jog tartalma. Ezen belül a jogalkotó maga határozhatja meg, hogy milyen eszközökkel éri el társadalompolitikai céljait. Az államnak a polgárai szociális biztonsága tekintetében fennálló kötelezettségeit ugyanis az Alkotmány 70/E. § (1) bekezdésében foglaltak általános jelleggel nevesítik.

A magyar **társadalombiztosítás** mai formájú ún. vegyes rendszerében értelemszerűen legalábbis részben járulékfizetésén alapul és biztosítási jelleget is magán visel, részben pedig állami szerepvállaláson alapul.

A vegyes rendszer nem ellentétes az Alkotmánnyal, amennyiben a rendszeralkotó elvek (vásárolt jog, szociális gondoskodás) – ha eltérő mértékben is -, de érvényesülnek. A társadalombiztosítási járulékfizetési kötelezettség az Alkotmánnyal összhangban van. Ez a fizetési kötelezettség a tulajdonhoz való alapvető jogot nem sérti. A társadalombiztosítási járulékfizetési kötelezettségből a biztosítás jellegénél fogva személyes és előre meghatározott igények származnak. A kötelező biztosítás elvonja ugyanis azokat az eszközöket, amelyekkel az érintett saját kockázatára maga gondoskodott volna magáról és családjáról, s ezt a vagyont a társadalombiztosítás szolgálatába állítja. A fedezet társadalmasításával az állam tipikus tulajdonosi magatartást kollektivizál. A kötelező biztosítási rendszerben az ellátások, az ellátásokhoz fűződő várományok védelme ezért is különösen indokolt. A várományok annál nagyobb védelmet élveznek minél közelebb állnak a „beteljesedéshez”, vagyis a szolgáltatásra irányuló alanyi jog megnyíltához.

1998-tól a nyugdíjrendszer vegyes finanszírozású felosztó-kirovó (társadalombiztosítási nyugdíj) és tőkefedezeti (magánnyugdíj) elemekből áll. A változtatás célja, hogy az egyéni felelősség és öngondoskodás követelményeinek és a társadalmi szolidaritás elveinek megfelelően szabályozza a társadalombiztosítás keretében létrejövő jogviszonyokat. Az egyéni felelősség és az öngondoskodás lehetőségének bővítését célozza a társadalombiztosításhoz kötődő magánnyugdíjrendszer kialakítása.

A mai magyar **szociális segélyezés** rendszere - figyelemmel az Alkotmány 17. §-ára is - rászorultsági szempontot előtérbe helyező, alapvetően nem járulékfüggő, hanem hátrányos életkörülmények objektív beálltával mintegy automatikusan igénybe vehető, a szolidaritási elven nyugvó, az állami (költségvetési) szerepvállalást középpontba állító szolgáltatásokat nyújtó intézményrendszert jelent.

A **két rendszer között** azonban nemcsak a járulékfüggőség jelenti a **különbséget**, hanem az ezen rendszerektől várható, a szociális biztonsághoz való jog alapján **járó szolgáltatások mértéke is**.

A segélyezési rendszer szolgáltatásai - alapvetően a rászorultsági elven alapulván, valamint a nemzetgazdaság és költségvetés teherbíró képességétől függően - lecsökkenhetnek a létminimumra is anélkül, hogy ez alkotmányossági aggályokat keltene. A létminimum azonban mindenképpen az Alkotmány 70/E. §-ban megfogalmazott, megélhetéshez szükséges ellátáshoz való jogosultság minimuma. Eme alkotmányi feladatok megvalósítása során a jogalkotó viszonylag nagy szabadságot élvez és az egyes ellátások minimumösszegeit meghatározhatja más jövedelemfajták (öregségi nyugdíj mindenkor legkisebb összege, minimálbér, stb.) százalékában is.

A **szociális biztonság nem jelent** sem **biztosított jövedelmet**, sem pedig azt, hogy az **állampolgárok** egyszer elért **életszínvonala** a gazdasági viszonyok kedvezőtlen alakulása következtében **ne csökkenhetne**.

A szociális piacgazdaságra való átmenet követelménye mindazonáltal, hogy az átmenet során a jogállam biztosítsa a szociális védőhálót mindazoknak, akik az új rendre felkészülni idejében nem tudtak, akiket a piaci viszonyok szabad érvényesülése aránytalan hátránnyal sújt, vagy akik koruk, egészségi állapotuk és egyéb ok miatt az új viszonyokra átállni már képtelenek.

A társadalom jelentős részét érintő szociális ellátási rendszer átalakítását célzó, jogszabályi rendelkezések bevezetésénél, hatálybaléptetésénél pedig a jogállamiságnak megfelelő követelmény, hogy az állam magatartása legyen kiszámítható, mind a természetes, mind a jogi személyek, mind gazdasági, mind a családi vagy egzisztenciális döntéseknél megalapozottan tudjanak tervezni, és következtetni az államnak - jogszabályokban testet öltő - akaratára.

Az elemzésekből levonható **következtetés**, hogy az **egyéni felelősség és az öngondoskodás** igénye ma már nemcsak deklarált kívánalom, hanem **égető kényszer**. **Az állami ellátórendszerek önmagukban nem képesek teljes körűen biztosítani a szociális biztonságot.**³

1.2. Az egészségügyi ellátórendszer működését meghatározó feltételrendszer változásai

Az előbbi alfejezetben feltártuk is arra utaltuk, hogy a biztosítási alapon működő egészségügyi ellátórendszer kialakítására megérett az idő, mely már ugyan megkezdődött az 1990-es évek elején, azonban az évtized második felére még csak a reform kezdeti lépéseiről, valamint annak addigi tapasztalatairól tehetünk megállapításokat.

Az 1996-97-es évekre bizonyossá vált, hogy **egészségügyi rendszer reformja az elgondoltnál hosszabb időt vesz igénybe**. Az elmúlt években számos nehézség merült fel, amit nem láttunk előre. Ilyenek voltak azok az irreális elvárások, amelyek azt feltételezték, hogy rövid idő alatt nemzetközi színvonalú, egyéni teljesítmény szerinti bérezést tudunk kialakítani, nemzetközi színvonalú működési feltételekkel. Sokan túlzott reményeket fűztek az egészségügyi intézmények privatizációjához és a magánbiztosítás megerősödéséhez. Sok szakértő úgy gondolta, hogy a magyar lakosság egyre romló egészségi állapotának az egyik fő oka, az egészségügyi ellátórendszer alacsony részesedése a GDP-ből. Remélték, hogy ezt az arányt a következő időszakban lényegesen emelni lehet. Tévedtünk akkor is, amikor nem vettük észre, hogy az egész gazdaságot sújtó infláció az egészségügyben fajlagosan még magasabb lesz.

Ahhoz, hogy tovább tudjunk lépni **feltétlenül szükséges az ellátórendszer struktúrájának teljes átalakítása**. Az egyik legfontosabb kérdés az ambuláns betegellátás megerősítése. Ennek elsőbbsége világtendencia, és Magyarországon is az kell, hogy legyen, hiszen a beteg állapotának megfelelő ellátást kellene adnunk már az ambuláns ellátásban és nem csak a kórházban. Az aktív kórházi ágyak számának csökkentésével egyidejűleg ki kell alakítani a progresszív ellátás olyan szintjeit, amelyek valamennyi beteg számára biztosítják az állapotának megfelelő szintű és garantált minőségű gyógykezelést. Mindezekkel összefüggésben rendszerszerűvé kell válnia a háziápolásnak és az ápoló otthoni (hospice) szolgáltatások intézményrendszerének.

Nemzetközi tapasztalatok sora bizonyítja, hogy **a költségek kontrollálása területén továbbra is fontos a közfinanszírozás**. Ennek megerősítése érdekében Magyarországon vannak törekvések az állampolgári jognal járó ellátásokra való visszatérésre. Amíg azonban a biztosítási elv meghatározó marad, ügyelni kell arra, hogy ne kelljen szűkíteni a kötelező egészségbiztosítási szolgáltatások befogadását. Hosszabb távon talán az is segíthet, ha a

gazdasági élet fellendülésével **jobban megerősödnek az önkéntes egészségpénztárak**. Ennek fejlődését stabil szabályozással, megfelelő garanciákkal szükséges segíteni. A tulajdoni viszonyok tekintetében felmerült az is, hogy célszerűbb, gazdaságosabb és hatékonyabb lenne az egészségügyi intézményeket az utóbbi időkben megnyílt jogi lehetőségek felhasználásával non-profit szervezetekként (közalapítvány, közhasznú társaság) működtetni.

Megkezdődtek az új **egészségügyi törvény** és az új **egészségbiztosítási törvény** kidolgozásának munkálatai. E pillanatban nem lehet felmérni, hogy továbbra is a biztosítási jellegű finanszírozás elvét követjük, vagy visszatérünk az állampolgári jogon járó ellátások rendszerére és az annak megfelelő költségvetési alapok finanszírozására. Az ezzel kapcsolatos viták nagy intenzitással folynak.

Ehhez a vitához kívántam hozzájárulni két világbanki szakértő által megjelentetett „Egészség és egészségügy”⁴ című tanulmányhoz fűzött véleményem kifejtésével.⁵

A tanulmány **a kelet-közép-európai országok egészségügyi rendszereinek működését elemzi**. Felvázolja, hogy milyen hagyományokkal, struktúrákkal érkeztek ezek az országok a rendszerváltás időszakába. Miután az értekezés egy egész régióra vonatkozó általánosítható tapasztalatokat gyűjt össze, így megállapításai nem tükrözhetik teljes részletességgel és pontossággal a magyar helyzetet. Mindezekkel együtt az elmúlt évek gyakorlata és a felvázolt fejlődési irányok azt mutatják, hogy a tanulmányban megfogalmazottak egy része jól jellemzi a magyar viszonyokat is.

Elemzésemben részletesen taglaltam a közlemény által az **átalakítás lehetséges irányelveit** felsorakoztató, fontosabb megállapításokat. Az egyes irányelvekhez kommentárokat fűztem, bemutatva, hogy melyek azok a gazdasági, politikai és emberi körülmények, amelyek segíthetik, vagy gátolhatják a tanulmányban felvázolt irányelvek megvalósíthatóságát Magyarországon.

Arra a következtetésre jutottam, hogy egészségügyi és szociális ellátórendszerünk átalakításakor különösen fontos lehet, hogy kívülállók - magas rangú világbanki szakértők, akiknek benyomásai, véleménye meghatározók lehetnek régióink megítélésében -, akik vélhetően objektíven szemlélik a folyamatokat, hogyan gondolkodnak erről. Ugyanakkor - ebben az időszakban - a Világbanktól esetlegesen igényelt kölcsön felhasználásához szükségesek e szakértők megfontolásai, hiszen **a fő elgondolások komoly segítséget nyújthatnak a magyar egészségügyi rendszer hosszú távú stratégiájának kialakításához**.

Az Európai Unióhoz való csatlakozást megelőző években (2002-2004) egy nemzetközi projekt keretében készítettem **tanulmányt**⁶: **a magyar egészségügyi ellátórendszerrel**, meghatározott szempontok szerint.

Az ennek kapcsán levont következtetéseknek is az volt a célja, hogy az egészségügyi ellátórendszer fejlesztésének főbb irányait határozzuk meg a nemzetközi, valamint a hazai tapasztalatok birtokában.

Most úgy tűnik, hogy **először a szolgáltatói oldalt szükséges konszolidálni és átalakítani**, mégpedig oly módon, hogy az állam teljesíti a biztosítási elvhez tartozó kötelezettségét, magyarán: járulékot fizet az erre képtelenek után, ellenkező esetben időről időre kilyukad a biztosító kasszája. Az átalakítást követően válnak értékelhetővé az egészségügy költség- és ár-rendszerei és csak ezekhez lehet illeszteni a különböző biztosítási elgondolásokat.

Az OEP egy speciális vásárló, még ha nem is így viselkedik, ezért minden rendszerbeli átalakításhoz komoly fogyasztóvédelmet kell kapcsolni, s ennek igazából az OEP lenne az

egyik, talán a legfontosabb terepe – amennyiben úgy viselkedne, hogy a beteg, tehát a biztosítottak megbízásából járna el.

A **járadékfizetési morál javításának** egyik eszköze lehetne a többpilléres biztosítási rendszer. Az egyik lehetséges alternatíva az, hogy az alapvető, megelőzési célokot szolgáló ellátásokat az állami rendszerek biztosítsanak (népegészségügyi programok, szűrővizsgálatok, mentés stb.).

Az egészségbiztosítási rendszer alappilléret változatlanul a kötelező, mindenki által vagy mindenki után megfizetett kötelező, nemzeti szolidaritáselvű, **alap egészségbiztosítási járadék** képezné. Ebből finanszírozódna egy egységesen definiált, helyi szinten garantált egészségügyi csomag, mely fenntartható módon biztosítaná az egészségügyi alapszolgáltatásokat.

A második pillérben a **kötelező magánbiztosításoké** a fő szerep, a harmadik pillérben az **önkéntes kiegészítő formáé**. Mindezen szolgáltatások létrejöttét az állam megfelelő szabályozásokkal segítheti.

A **legszükségesebb szolgáltatások meghatározásában** szerepe van a központi és a helyi egészségpolitikának, és növekvő súlyuk van a betegszervezeteknek, szakmai szervezeteknek is, tehát az egészségügy demokratizálódásának fontos tényezője a legszükségesebb szolgáltatások betegcentrikus meghatározása.

Kiemelt szerep jut az államnak az egészségpolitikában és a reform folyamatokban. A vizsgált időszakban is a magyar egészségpolitikával kapcsolatban következtetéseket levonni csak a törvényi, kormány- és miniszteri rendeleti szabályozás alapján lehetett.

A rendszerváltozás utáni kormányoknak a legtöbb esetben vagy nincs egészségügyi politikájuk, vagy ha van, jórészt szétforgácsolódik, szakmai értékét elveszítve átpolitizálódik a törvényhozás folyamatában. Az aktuális egészségpolitikai koncepciók is jórészt a médiákban tett nyilatkozatokból ismerhetők meg.

Törvény kötelezi a **Kormányt** arra, hogy a **nemzeti egészségpolitikai programot kidolgozza**, az egészségügyi miniszternek pedig be kell vonnia az érdekképviselői szerveket a törvény-előkészítés folyamatába. A törvények azonban nem mondják meg konkrétan, hogy mely érdekképviselői szerveket és milyen módon kell bevonni ezekbe a folyamatokban. Az **érdekképviselők** részvételének nemcsak az intézményei hiányoznak, hanem annak formái – konzultáció, véleményalkotás, egyetértés, vétó, stb. joga – is.

Az érdekképviselői szervezeteknek az egészségügyi rendszerben betöltött szerepéről már vannak információk, de hogy ténylegesen milyen hatást gyakorolnak az egészségügyi politika, vagy a jogalkotás folyamatára még nem tudjuk pontosan. A Magyar Orvosi Kamara törvény által, köztisztületi formában létrehozott szerv, amely jelentősen önszerveződő karakterű, de állami feladatot is ellát. Emellett több jelentős civil érdekképviselői szervezet is működik, és befolyásuk az egészségpolitika alakulására egyre jelentősebb.

A jelenlegi egészségügyi rendszerben még mindig dominálnak azok a tradíciók, amelyek úgy tartják, hogy a döntéshozatali mechanizmusokban a központi állami szervek kompetenciája kizárólagos. Nem alakult ki a magyar közigazgatásban a „rule of law” tisztelete sem: a döntési mechanizmusokat szabályozó törvények be nem tartása és az informális úton meghozott döntések jellemzőbbek, mint a nyilvánosság és az érdekképviselői szervek bevonása az egészségpolitika kialakításába.

A magyar jogrendszer a közjog-magánjog kettősségére épül, és a közigazgatás hatáskörébe utalja a közügyek – így az egészségügy – igazgatását is. Emiatt jogdogmatikai akadályai is vannak annak, hogy a civil szféra szervezetei az egészségügy mint közfeladat igazgatásában

hatósági eszközökkel vegyenek részt. A jogszabályok csak kivételesen adnak lehetőséget arra, hogy kamarák hatósági jogositványokkal rendelkezzenek.

Összegezve megállapíthatjuk, hogy a tanulmány megjelenése óta eltelt évek is bizonyították, hogy **számos akkor feltárt hiányosság megoldásában napjainkig sem történt lényeges előrelépés.**

1.3. Az egészségügyre és működésére vonatkozó speciális szabályozás alakulása

A XX. század utolsó évtizedében - a szakirodalomban – nem szenteltek elég figyelmet annak, hogy az egészségügyi ágazatra vonatkozó jogi szabályozás mennyiben mélyítette el, netán gátolta az egészségüggyel kapcsolatos problémák kezelését.

Ismert, hogy a jog csak egy a magatartásra ható tényezők közül. Nagyon sok más tényező és jelenség, – egyebek között magatartásszabályok is - alakítják az emberi-szervezeti viselkedést. Meglehetősen szűk az a terület, ahol a jog igazán hatást gyakorolhat. Ebben a problémás időszakban a jogi szabályozás bizonyosan nem lett volna alkalmazható konstitutív módon. Sokkal inkább regulatív eszközként, hiszen a rendszerváltásból adódó társadalmi és gazdasági átalakulás nem kevés területen indikálta már a változtatást az egészségügyben.

Számos ok – ideológiai, tudományos, államjogi - áll annak háttérében, hogy az egészségügyi jog művelése erősen háttérbe szorult, ami nagyon komoly nehézségeket jelent. Megállapítható, hogy a magyar jogrendszerben „*egészségügyi jog*” – *mint jogág – nem ismeretes.*⁷

Az 1990-es évek közepéig az is késleltette az egészségügyi jog fejlődését, hogy Magyarországon az *orvosetikai normák* évekig elsősorban „fantomtörvényként” fejtették ki hatásukat. Ez a nagyon találó kifejezés Ádám Györgytől származik, aki az orvosi hálapénzről írt munkáiban a kifejezést olyan, gyakran „idézett”, esetenként még orvosetikai kódexben is szerepeltetett *látszat-jogszabályra* vonatkoztatta, amelyeknek sehol sem található érvényes jogi megfelelője, mégis úgy emlegették, mintha tételes jogi formában is létezne. Ezt a láthatatlan, bizonytalan eredetű fantomtörvényt az érintett foglalkozást gyakorlók követték is, sőt a normaszegőkkel szemben szakmai-előmeneteli jellegű szankciókat helyeztek kilátásba. Az etikai normáról az a hiedelem élt, hogy betartása esetén nem kell semmiféle jogi szankcióval számolni, s ehhez a hiedelemhez gyakran egy másik is társult, azaz, hogy az etikai normával ellentétes tartalmú jogi parancs nem is létezhet.

1996-ban a házi szakpolási tevékenység megindulásakor szervezett továbbképzés keretében megkérdeztük a résztvevőket a betegjogok szabályozottságáról. A válaszadók mindegy egynegyede gondolta úgy, hogy ezek jól szabályozottak, további egynegyede elegendőnek tartotta az etikai normákat, és a fele gondolta azt, hogy az ezzel kapcsolatos magatartás etikailag kifogásolható.

Az etikai normák sok esetben nélkülözték a tételes jogi alapot. Vannak persze olyanok is, amelyek kötődtek valamilyen, például az Orvosi Rendtartásban megfogalmazott jogi normához, azonban sokszor ezek is komoly módosulásokkal veszik át a jogi előírásokat. Bizonyos esetekben még ezeket a jogszabályokat is sajátosan értelmezték az orvosok. Egy 1994-ben végzett vizsgálatunk alkalmával megkérdeztük a háziorvosokat és a házi gyermekorvosokat, hogy van-e olyan területe a tevékenységüknek, amelyet a velük dolgozó védőnőjük jobban el tudna látni (képzettsége, felkészültsége, gyakorlata alapján). Az igent válaszolóktól arról érdeklődtünk, hogy megtették e már a feladat delegálását és, ha nem miért. A válaszadók 4%-a azzal indokolta nemleges döntését, hogy a Rendtartás nem ad erre

lehetőséget, illetve, további 4% szerint a felhatalmazás ellenére is az orvos viselné a felelősséget. Ennek a hozzáállásnak a tarthatatlansága két jogszabályra is visszavezethető. Egyrészt az egészségügyi dolgozók rendtartásáról szóló rendelet⁸, megfelelő alakiságok betartása mellett⁹ hatálybalépésétől módot adott arra, hogy orvosi tevékenység körébe tartozó tevékenységet szakdolgozó végezzen. Másrészt a védőnői tevékenységet szabályozó, egészségügyi miniszteri utasítás¹⁰ szerint „az orvos utasítása szerint és ellenőrzése mellett ilyen munkát önállóan végez.”

Az orvosi jog egyik **szélsőséges** felfogása, hogy **a jogalkotó hagyjon csak minden kérdést az orvosszakmai fórumok döntési szférájába**, a másik szélsőséges megközelítés kizárja annak a lehetőségét, hogy a jogi szabályozáson kívül bármely más normatív eszközt alkalmazni lehessen, s **minden szíke mozdulatot a jog előírásaitól tesz függővé**.

Reményeink szerint **nagy előrelépést jelent** e területen az új egészségügyi törvény - 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről - megalkotása és hatálybaléptetése. Ezzel ugyan még az egészségügyi jogág létrejöttéről nem beszélhetünk, de azzal, hogy számos – eddig az etikai szabályozás körébe tartozó – kérdést vont hatálya alá, remény lehet arra, hogy kedvező folyamatokat indít meg.

A **speciális szabályozás hiánya** élesen vetődött fel még egy másik területen is. Magyarországon mintegy 80 **egészségügyi szakképzés** van. Mindegyiknek megvan a maga sajátos szabályrendszere, amire két dolog jellemző: nem őrli jogszabály formáját, és az egészségügyben dolgozók képzése, továbbképzése, országos intézeti, módszertani levelek, szakmai irányelvek formájában jelenik meg. Ugyanakkor egységesen kell(ene) érvényesülnie az egész országban.¹¹ Bár nem öltenek jogszabály-formát, van eset, amikor keményebbek a jogszabálynál: amikor baj van. Tekintettel arra, hogy a magyar jogrendszerben nincsenek speciális felelősségi szabályok az egészségügyben dolgozókra, a már említett házi szakápolást végzőktől ezzel kapcsolatos információkat gyűjtöttünk. A válaszolók 25%-a gondolta úgy, hogy az egészségügyben dolgozókra vonatkozó felelősségi szabályok csak annyira speciálisak, mint bármely önálló foglalkozási ág esetén. A gyakorlatban tevékenykedők fele vélelmezte azt, hogy erre vonatkozóan léteznek külön jogszabályok. E hiedelem nem állja meg a helyét, hiszen amennyiben mulasztás, műhiba, gondatlanság következtében bíróság elé kerül valamilyen ügy, akkor az orvoszakértő, akit a bíró megkérdez, a szakmai - és nem a speciális felelősségi szabályokat - kéri számon a mulasztótól. **Ezekben az esetekben a szakmai szabályok jogszabály-erővel érvényesülnek.**

2. AZ EGÉSZSÉGÜGYI ÉS SZOCIÁLIS ELLÁTÁSOKAT NYÚJTÓKRA VONATKOZÓ JOGI SZABÁLYOZÁS, ILLETVE AZ ENNEK MEGFELELŐ MŰKÖDÉS VIZSGÁLATA

Alapképzettségemet tekintve védőnő vagyok, ennek megfelelően néhány évet körzeti védőnőként dolgoztam. Oktatói tevékenységemet is védőnő szakos hallgatók tanításával kezdtem, így alkotói tevékenységem első időszaka is a védőnői tevékenységre irányuló vizsgálatokkal kezdődött. Ez elsősorban arra irányult, hogy milyen – a szakmai tevékenységet meghatározó – szabályozási környezetben dolgoznak a több évtizedes múltra visszatekintő önálló hivatás gyakorlói. Melyek azok a területek melyek feltétlenül érdemesek a fejlesztésre, hogy a primer prevenció – nemzetközi tekintetben is kimagasló – területén még hatékonyabb működést lehessen kifejteni.

Később az egészségügy és szociális ellátás területén dolgozók – elsősorban – jogi felelősségi viszonyainak feltárásával foglalkoztam, tekintettel az előző fejezetben is kifejtett etikai, és jogi normák okozta megalapozatlan nézetek kiküszöbölésének elősegítése érdekében.

Az egészségügyi törvény (1997) hatálybalépése után a betegjogokkal való foglalkozásra fókuszáltam. Nézetem és a megjelent szakirodalom szerint is az egészségügyi és szociális ellátórendszer nem kielégítő működésének – az egyik - oka, hogy sem a betegek, sem a szolgáltatók nem ismerik, vagy nem tartják be maradéktalanul az erre vonatkozó szabályozást.

2.1. A védőnői tevékenység vizsgálata, elemzése

A védőnői munka elemző vizsgálatából tudjuk, hogy **munkaidejük több mint 20%-át adminisztrációval töltik.**

A nyilvántartások nagy száma, a közöttük levő átfedések és az áttekinthetlenség megszüntetése régóta megoldásra váró feladat. Igen sok adatot kell nyomon követni és több helyen kell könyvelni, Pl.: csak a védőoltásokat 8 helyen kell vezetni. Ezen kívül sokszor kérnek a védőnőktől – rövid határidővel – különféle adatokat.

Ennek a tevékenységnek a **hatékonyága az elektronikus adatfeldolgozás segítségével növelhető.** Így elérhető, hogy az egészségügyi hálózat betöltse kettős hivatását, amely a gyógyítás és megelőzés egységében testesül meg. E kettős feladat elvégzésének alapfeltétele, hogy az egészségügyi ellátás folyamatosan követni tudja a lakosság minden egyes tagjának egészségi állapotát a születés pillanatától kezdve egészen a halálig.

Olyan számítógépes programrendszert¹² dolgoztunk ki, mely azon túl, hogy lényegesen **megkönnyítene** a védőnői **adminisztratív feladatok végzését, csökkentené** a védőnői munkában előforduló **hibalehetőséget**, a gondozott egészségi állapotáról **naprakész adatok állnának rendelkezésre.** Ez később részét képezhetné az **egész lakosságra kiterjedő számítógépes nyilvántartó rendszernek** is.

Terhes törzslapok, valamint gondozottak dokumentumainak áttekintésével készítettünk javaslatot a számítógépes dokumentációs rendszerre, melyből az alábbi következtetéseket vontuk le.

A terhes- és csecsemőlátogatások észleléseinek és tanácsainak feldolgozása a jövőben további érvként fog szolgálni emellett, hogy a programban ismertetett módon történő rögzítés nem tenné kevésbé differenciálttá a bejegyzéseket, sőt esetenként pontosítaná az észleléseket.

Számítanunk kell arra, hogy a rendszer bevezetésekor az adatok bevitelével átmenetileg növekszik a védőnő munkája. Külföldi tapasztalatok alapján elmondhatjuk, hogy kezdetben a szakdolgozók idegenkednek a számítógép bevezetésétől, de fokozatosan belátják az előnyét és megszeretik, szívesen használják a gépet.

A védőnői munkában az adatok bevétele után jelentősen csökkenne az adminisztrációs idő, elsődlegesen azért, hogy a **jelentések készítése** és a védőnő **napi munkájának megtervezése** csak percekbe telne. Ilyen módon lehetővé válna, hogy a **családlátogatásokra több ideje jusson**, s így még szorosabbá válhatna kapcsolata a családokkal. Nagyobb gondot fordíthatna gondozottai egészségnevelésére, ezzel is hozzájárulva a WHO által meghirdetett „Egészséget mindenkinek 2000-re” program megvalósulásához.

A védőnői napi munkán túl lényegesnek látszott annak vizsgálata is, hogy hogyan ítélték meg a **védőnői szolgálat egészségügyi struktúráján belüli helye és szerepe.** Az 1990-es évek közepére a napi tevékenységre is rányomta hatását a szolgálat átalakításának tervére vonatkozó bizonytalanság. Ezért igyekeztünk feltárni, hogy hogyan vélekednek az egészségügyi rendszerben betöltött helyükről és szerepükről a védőnők és a velük együtt dolgozó orvosok.¹³

Egy szervezet szakmai elismertségét nem feltétlenül az határozza meg, hogy milyen szintű jogszabály rendelkezik a működéséről. Érdekes azonban megfigyelni azt a **tendenciát**, mely a **védőnői munka szabályozásában mutatkozott**.

Az évek során ezek a jogszabályok a jogforrási hierarchiában egyre alacsonyabb szintre kerültek, és egy tájékoztatónak tulajdonképpen még a jogi ereje is megkérdőjelezhető.¹⁴

Tovább bonyolította a helyzetet, hogy 1991-ben egy Népjóléti Miniszteri rendelet számos jogszabályt – köztük a védőnői szervezeti és működési szabályzatot is – hatályon kívül helyezett, s legnagyobb részük helyett egészen 1995-ig nem állított be új szabályozást.

1990-es évek elején sajnos még az a kérdés is felmerült, hogy szükség van-e egyáltalán védőnőkre.

Az 1994-ben választott kormány 1107/1994. (XI. 23.) Kormányhatározatában – mely a kormány egészségügyi cselekvési programjáról szól - a III. fejezet „A népegészségügy és a megelőzés” szerepével foglalkozik. Ebben „jelentős feladatot” tulajdonít többek között a „védőnői hálózatnak” is.

Munkánkban a védőnők két csoportját vizsgáltuk, orvosokkal együtt. Az egyik a főiskolai diploma nélkül, a védőnőképző oklevéllel dolgozó réteg, akik most végzik levelező tagozaton a főiskolát. A másik az oktató védőnők csoportja, akik munkájukkal a főiskolai képzést támogatják.

A védőnők **hiányolják a szervezeti működési szabályzatot**, illetve többségüknek egyáltalán nem volt, vagy **nagyon elavult a munkaköri leírása**. A legégetőbb problémájuk az, hogy – mivel nem volt jogi szabályozás – **nem irányíthaták felelősséggel, önállóan** azokat a területeket sem, amikre igazán őket képezték ki.

Vizsgálatunk időtartama alatt megjelent 5/1995. (II.8) NM rendelet a körzeti védőnői szolgálatról, mely tény megnyugtató, hiszen ismét van jogi szabályozás, tehát a védőnői hálózatot ismét legitimizálja, és meghatározza feladatait, önálló működési területeit. A védőnők jelenlegi jogi helyzete azonban az új rendelet megjelenése ellenére is sok konfliktust szül.

A **védőnő közalkalmazott**. Munkaköri feladatait részben a közalkalmazotti jogviszonyra vonatkozó szabályok határozzák meg, ezek azonban nem specifikusak a védőnői munkára. A másik tényező a kialakult szokás, mely nagy úr ugyan, de sokszor helytelen, célszerűtlen, elavult. Bonyolítja a képet, hogy **más a munkáltató** (önkormányzat) **és a szakmai felettes**.

További bonyodalmakat szül, hogy egyes helyeken a körzetek privatizációja miatt a védőnő elkülönül az alapellátás team-jétől, hiszen őt az önkormányzat kell, hogy finanszírozza. (1991. évi XX. tv. az önkormányzatokról). Így – mivel a tanácsadás sok helyen a rendelőben folyik – kellemtelen helyzeteket teremt, hogy annak költségeit (fűtés, világítás, takarítás, telefon) a vállalkozó orvos fizeti. Ezt talán megoldja az említett NM rendelet, melynek 2. számú melléklete rendelkezik a védőnői tanácsadó kialakításáról.

A hivatkozott Kormányhatározat IV. fejezetében „A gyógyító ellátás szerkezeti változásai „ című részben így ír: „Az anya-, gyermek- és családvédelem kiemelkedő megelőző- és gondozómunkájának intézményét meg kell erősíteni. Ennek bázisa a védőnői rendszer, melynek pozitív hagyományai ellenére jelenleg sem szakmai, sem szervezeti, sem finanszírozási kapcsolatai nem rendezettek. A háziorvos és a védőnő szakmai kapcsolatát fenn kell tartani. Egyértelművé kell tenni azonban, hogy **a védőnő** – az állami felelősség megjelenésének képviselőjeként – **a társadalombiztosítási ellátásoktól függetlenül, önállóan**, állami finanszírozásból és állami felügyelet alapján, de önkormányzati alkalmazásban, a területi elv alapján **végezte munkáját**.”

A szervezetet érintő jogi szabályozás rendeződése után ismét a **napi gyakorlati tevékenység vizsgálatára koncentráltunk**, most már a „minőségi forradalom” szellemiségének megfelelő **elemzéssel**.¹⁵

A **minőség** értelmezése és a minőségfejlesztéssel kapcsolatos kérdések elemzése egyre inkább teret nyert az **egészségügyi szolgáltatások területén** is.

A primer prevenció hagyományosan jól működő szelete a védőnői munka, melyhez fűződő eredmények statisztikai elemzése számos alkalommal megtörtént. Az 1995-ben végzett vizsgálat – mely során körzeti védőnők segítségével 1-3 éves gyermek(ek)et nevelő 479 szülő kérdőívet töltött ki - célja a hazai gyermekpopuláció primer prevenciójának szülők által alkotott véleményén keresztül monitorizálása, a „gondozott-elégedettségi vizsgálat” eredményeinek hasznosítása.

Az alapképzés, továbbképzések során – a jogi oktatás területén feltétlenül figyelembe veendő - további védőnői segítséget igénylő területek aránya a válaszadók szerint:

- szociális ügyekben 69%,
- egészségügyben elérhető szolgáltatások 33,3%,
- krónikus beteg gyermek problémáiban: 29,2%.

A vizsgálat **általánosan levonható tapasztalata** az volt, hogy a hagyományos védőnői tevékenység a szülők elégedettségét vonja maga után. A kevésbé hagyományos család gondozói szerepkör, a nem gyermek családtagok egészségügyi problémái, a szociális problémákban nyújtott tanácsadás, stb. megelőzésében aránylag kevésbé ismerték a felmérésben szereplő szülők a védőnők szerepét, így eme területeken a védőnőtől segítséget kevésbé vártak. Ahol azonban már szélesebb körben ismert új szolgáltatásformák kerültek bevezetésre, ezeket a szülők a jelenleginél gyakrabban igényelnék.

Az **egészségügyi szolgáltatások elsődleges vevőinek véleménye** jelentősen **befolyásolhatja** a **másodlagos vevők** (finanszírozók, szabályozók), valamint a **harmadlagos vevők** (egészségügyi szolgáltatók alkalmazottai, érdekképviseletek) **működését**.

Az ismertetett vizsgálat tapasztalatai is arra utaltak, hogy nemcsak a tudásanyag, hanem a **módszerek fejlesztése** is elengedhetetlen úgy a védőnői, mint általában az **egészségügyben dolgozók tekintetében**.¹⁶ Elengedhetetlen azért is, mert az egészségügyi munkaerőigénye igen számottevő (az összköltségek 60%-át fordítják bérre és annak járulékos költségeire), sőt a munka tárgya is maga az ember. Így ebben az ágazatban nagyon nagy jelentősége van az emberi erőforrás menedzsmentnek. Fontos ezzel foglalkozni azért is, mert Magyarországon szinte egyáltalán nincsenek hagyományai. (A régi – ún. személyzeti munka – vezérével, módszerei egészen mások voltak.)

Magában az egészségügyben, és az orvos-beteg, egészségügyi szakember-beteg kapcsolatban is a régi, porosz hagyományokon alapuló, autokrata vezetési stílus az uralkodó. Napjainkban ez már egyik területen sem használható hatékonyan. A változtatást nehezíti, hogy a **vezetési ismeretek oktatása** szinte teljesen hiányzik a szakmai képzésben az **egészségügyben**.

Az egészségügyben például az nővér-beteg, védőnő-szülő, orvos-beteg, orvos-hozzáértőző, egészségügyi szakemberek egymás közötti kapcsolata is vezetési tevékenységnek tekinthető. **Azaz a tágabb értelemben vett vezetés minden egészségügyi dolgozó feladatainak része.**

A vezetéstudomány bevált módszereinek tudatos használata ma már az egészségügy számos területén is érzékelhető eredményekhez vezet. Szakirodalmi példák ismertetését követően a Helyzetorientált Vezetés modelljének alkalmazásáról számolhattunk be munkaterületünkön.

Két csoport oktatását végeztük el szakértők közreműködésével.

Az első csoport két – egészségügyi szakembereket oktató – főiskola vezetőiből és oktatóiból alakult (tizenöt fő). Később az ebben a csoportban részt vevő legérdeklődőbb tanárokat tovább képezve belőlük kerültek ki a második csoport oktatói. A másik csoport hallgatói végzős védőnők voltak (tizennyolc fő), akik közvetlenül féléves területi szakmai gyakorlatuk előtt végezték el a tanfolyamot.¹⁷

Egyik **fontos megfigyelésünk** az volt, hogy **résztevők döntő többsége „túlvezetett”**. Ez azt jelenti, hogy olyan feladatokat is részletesen elmagyaráztak, amit a gondozott, a beteg, vagy a hozzátartozó önállóan is ragyogóan meg tudott volna oldani. Ez a helytelen módszer nemcsak nagyon időigényes, de ellenállást és gyanakvást szül, és mindenképpen rontja két ember kapcsolatát. Ez a megfigyelésünk egyezik az irodalomban leírtakkal, és megmutatja a javítás, ill. fejlesztés egyik lehetőségét. A kutatások igazolták ugyanis, hogy azok a vezetők, akik többet használják az ilyenkor helyes vezetési stílust, a **delegálást** (a feladatok átadását), jobb teljesítményt nyújtanak.

A másik érdekesség, hogy a résztvevők előzőleg azt gondolták, hogy **a védőnőnek speciális viselkedése, stílusa kell legyen**. Jóságos, empátiás, de ugyanakkor oktató, a feladatokat elmagyarázó. A program kezdetén gyakran választották ezt a stílust. A programot megismerve a résztvevők észrevették, hogy bizonyos helyzetekben – mégpedig elég gyakran – másképp kell viselkedniük.

Ezek a tapasztalatok még inkább megerősítették azt a véleményünket, hogy szükség van ilyen jellegű oktatásra, hiszen a **vezetői stílus adekvát alkalmazása megtanulható**, fokozhatja a munka hatékonyságát, valamint a betegek, hozzátartozók elégedettségét is.

2.2. Az egészségügyi és szociális ellátásban dolgozók jogi felelőssége

Az előző fejezetben részletesen kifejtésre került, hogy milyen hátrányos következményei voltak a speciális - jogi - felelősségi szabályok kidolgozatlanágának, illetve az általános szabályok nem adekvát alkalmazásának az egészségügyben és a szociális szolgáltatásban. Ezért az alapoktatás, valamint a szakirányú képzések, továbbképzések számára vizsgáltuk és bemutattuk, **hogyan alakul az egészségügyi szolgáltatást végzők felelőssége, a különböző jogviszonyokban nyújtott ellátás esetén**.¹⁸

A felelősség legáltalánosabban valamilyen **kötelezettséget** jelent, amely alapján az egyén köteles számot adni tetteről, mulasztásáról, magatartásáról. Lényegében egy értékviszonyról van szó, amely a **normákban rögzített elvárások és a konkrét emberi magatartás között** áll fenn. Ez akkor negatív, ha adott esetben a konkrét magatartás nincs összhangban a normákban megfogalmazott követelményekkel. A normától való eltérés azonban önmagában nem alapozza meg a felelősségre vonást. További követelmény, hogy a konkrét szituációban az egyénnek meglegyen a választási lehetősége, és ez az egyénben tudatosuljon.

A felelősség fajtáját tekintve lehet **erkölcsi** és **jogi felelősség**. Az előbbivel az etika (egészségügyi viszonylatokban: a bioetika) foglalkozik. Az utóbbi, azaz a jogban előforduló felelősségi konstrukció sajátossága, hogy a felelős személy és a felelősséget megalapozó esemény közötti objektív kapcsolat is megalapozhat felelősséget.

A jogi felelősségen belül megkülönböztethetünk feyelmi, anyagi (kártérítési), szabálysértési, polgári jogi, valamint büntetőjogi felelősséget.

Az egyes felelősségi formák vizsgálatánál figyelemmel kell lennünk arra, **hogya a team milyen jogviszonyban végzi az egészségügyi szolgáltatást**. Ez alapvetően meghatározza a team tagok közötti (belső) felelősségi viszonyokat, illetve a beteg felé fennálló (külső) felelősséget.

Az egészségügyi szolgáltatást nyújtó team belső felelősségi viszonyai

1. sz. táblázat

A felelősség formái	<i>A team és tagjai</i>		
	<i>állami, önkormányzati intézmény közalkalmazottai</i>	<i>társas vállalkozás (Bt.; Kft.; Rt.; Kht.) alkalmazottai</i>	<i>egyéni vállalkozók</i>
Munkajogi (1992. évi XXII. tv. a Munka Törvénykönyvéről)	-	+	-
Fegyelmi (1992. évi XXXIII. tv. a közalkalmazottak jogállásáról)	+	-	-
Anyagi (kártérítési) (1992. évi XXII. tv. a Munka Törvénykönyvéről)	+	+	-
Polgári jogi (1959. évi IV. tv. a Magyar Köztársaság Polgári Törvénykönyvéről)	-	-	+

Az egészségügyi szolgáltatást nyújtó team külső felelősségi viszonyai

2. sz. táblázat

A felelősség formái	<i>A team és tagjai</i>		
	<i>állami, önkormányzati intézmény közalkalmazottai</i>	<i>társas vállalkozás (Bt.; Kft.; Rt.; Kht.) alkalmazottai</i>	<i>egyéni vállalkozók</i>
Szabálysértési (1999. évi LXIX. tv. a szabálysértésekről)	az elkövető közalkalmazott	az elkövető alkalmazott	a vállalkozó
Polgári jogi (1959. évi IV. tv. a Magyar Köztársaság Polgári Törvénykönyvéről)	az intézmény	a vállalkozás	a vállalkozó
Büntetőjogi (1978. évi IV. tv. a Magyar Köztársaság Büntető Törvénykönyvéről)	az elkövető közalkalmazott	az elkövető közalkalmazott	a vállalkozó

A **fegyelmi felelősség** az egészségügyben, a munkaviszonyban állók esetén rendkívüli felmondást alapozhat meg a munkaviszonyból származó lényeges kötelezettség szándékos vagy súlyos gondatlansággal, jelentős mértékben történő megszegése. Jogszabályban külön nevesítetten a közalkalmazottak fegyelmi felelősségéről beszélhetünk.

Anyagi (kártérítési) felelősség az egészségügyi szolgáltatásban úgy a munkaviszonyban, mint a közalkalmazotti jogviszonyban állók esetén előfordulhat oly módon, hogy az e jogviszonyból eredő kötelezettségeik vétkes megszegésével kárt okoznak. Az okozott kárért kártérítési (anyagi) felelősséggel tartoznak. A kártérítési kötelezettség kizárólag akkor terheli a munkavállalót, illetve a közalkalmazottat, ha az alább felsorolt feltételek mindegyike egyszerre fennáll.

- a munkaviszonyból vagy a közalkalmazotti jogviszonyból eredő köteletség megszegése;
- a vétkesség, tovább az, hogy
- ezekkel összefüggésben a munkáltatónak kára keletkezzen;
- ok-okozati összefüggés van a magatartás és a keletkezett kár között.

A **büntetőjogi felelősségre vonás** esetén figyelemmel kell lennünk arra, hogy vannak olyan foglalkozások, amelyek kellően gondos, szabályos gyakorlása is fokozottan veszélyes. E

foglalkozások körében keletkező veszélyhelyzetekből nagy gyakorisággal tipikusan következik be az emberi élet, testi épség, egészség sérelme. Ezért a büntetőjog - előretolva a védelem határait - nemcsak a sérelmet okozó, hanem az annak közvetlen veszélyét előidéző magatartást is büntetni rendeli.

Ennek megfelelően rendelkezik a Btk. úgy, hogy aki foglalkozása szabályainak megszegésével más vagy mások életét, testi épségét vagy egészségét gondatlanságból közvetlen veszélynek teszi ki, vagy testi sértést okoz, vétséget követ el.

A törvényi rendelkezés nem sorolja fel azokat a foglalkozásokat, amelyek folytatóira a hatálya kiterjed. Szövegéből azonban az következik, hogy a **foglalkozási szabályok hatálya alatt álló** személyekre terjed ki, tehát azokra, akik írott vagy íratlan, általában elfogadott szabályokhoz kötött tevékenységet folytatnak.

Az egészségügyi dolgozók tevékenysége az idézett törvényi rendelkezés hatálya alá tartozik. A legnagyobb gondosság, a foglalkozás szabályainak maradéktalan betartása mellett is előfordulhat, hogy a beavatkozás várt eredménye elmarad, vagy éppen egészségkárosodás, legrosszabb esetben halál következik be.

2.3. A betegjogok szabályozása és megvalósulás tapasztalatai

Az **egészségügyi és szociális szolgáltatás diszfunkcióinak** – egyik lehetséges – oka, hogy az ellátást végzők nincsenek tisztában a beteg jogi státuszával, és nem fordítanak kellő figyelmet a szakmai ellátás során arra a sokszorosán igazolt tényre, hogy az egészségügyi rendszer legkiszolgáltatóbb szereplője a beteg, ezért az ő jogai sérülnek a legkönnyebben.

Ezért **a betegjogokkal kapcsolatos tudás**, valamint napi gyakorlatának ismertetése a hatályba lépő szabályozás után kiemelt feladattá vált.

Szükség volt a betegjogi megközelítésekkel kapcsolatos **kételkedések eloszlására**, a **beteg jogi státuszának összefoglalására**, a betegjogok hazai szabályozása alakulásának felvázolására. Részletesen elemeztük és ismertettük az egészségügyi törvény által nevesített betegjogokat számos előadásban és cikkben. Kitértünk az egyes **speciális egészségügyi ellátásokban** különös figyelmet érdemlő **betegjogok** szabályozására és érvényesülésére, hogy a beteg és hozzátartozói elégedettsége még teljesebb körű lehessen. Az **otthonápolás területén**¹⁹ karakterisztikusan ilyenek a tájékoztatáshoz való jog, az önrendelkezési jog, az egészségügyi ellátás visszautasításának jog, az egészségügyi dokumentáció megismerésének joga, valamint az orvosi titoktartáshoz való jog.

Az előadások és konzultációk alkalmával felszínre került, hogy **a legnehezebben értelmezhető nevesített betegjog az emberi méltóság és annak sérelme**. Ezért – megisztelő felkérésre - az emberi méltósághoz való jog megvalósulásával és sérelmével kapcsolatos kérdéseket vizsgáltuk az egészségügyben.²⁰

„Az emberi méltóság tiszteletben tartása általános etikai elv ugyan, ám az orvosi és ápolói tevékenységben kitüntetett követelmény, mert az embert betegsége megfosztja azon tevékenység gyakorlásától, amellyel korábban a társadalom megbecsülését kivívta.”

Abból indultunk ki, hogy a személyiségi jogok nemcsak az egészségügyi ellátás során, hanem a napi életben is gyakran sérülnek. Ennek egyik fő oka lehet, hogy nem tudjuk pontosan milyen helyzetekben, esetekben sértjük meg azokat, valamint hogy nem ismerjük jól e jogok tartalmát. Ezért célszerűnek tartottuk áttekinteni és értelmezni az emberi méltóság sérelmének előfordulását, valamint közelebbi tartalmát.

A mindennapi életben bekövetkező személyiségi jogsértésekkel kapcsolatban a **Legfelsőbb Bíróság Polgári Kollégiumának** határozatai kapcsán is fény derült.

Az élethez és az emberi méltósághoz való alkotmányos alapjoggal kapcsolatos vizsgálatokat folytatott – konkrét ügyek és egyes intézmények működése során - az **Országgyűlési Biztosok Hivatala** 1997-1999-ben. Ennek folyamán több területen állapítottak meg visszasságot az alkotmányos jogokkal összefüggésben.

Az emberi méltósághoz való jogot az Alkotmány 54.§ (1) bekezdése az alapvető jogok és kötelességek című fejezet élén, minden ember veleszületett jogaként deklarálja. Az **Alkotmánybíróság** működésének megkezdése óta rendszeresen *foglalkozik ezen alapjog értelmezésével, valamint részleteire bontásával.*

Már egy korai határozatában - 8/1990. (IV. 23.) ABH - az emberi méltósághoz való jogot az „általános személyiségi jog” egyik megfogalmazásának tekinti. Ilyenként, lényegében „... 'anyajog', azaz olyan szubszidiárius²¹ alapjog, amelyet mind az Alkotmánybíróság, mind a bíróságok minden esetben felhívhatnak az egyén autonómiájának védelmére, ha az adott tényállásra a konkrét, nevesített alapjogok egyike sem alkalmazható”.

Ugyancsak egyik korai határozatában - 64/1991. (XII. 17.) ABH - szólt részletesen az Alkotmánybíróság az emberi méltósághoz való jog közelebbi tartalmáról: „az emberi méltósághoz való jog azt jelenti, hogy van az egyén autonómiájának, önrendelkezésének egy olyan, mindenki más rendelkezése alól kivont magja, amelynél fogva ... az ember alany marad, s nem válhat eszközzé vagy tárggyá. A méltóság az emberi élettel eleve együtt járó minőség, amely oszthatatlan és korlátozhatatlan.”

Az Alkotmánybíróság a személyiségi jogok további megbontásával újabb 'rész' jogokig is eljutott.

Az **egészségügyi törvény** kiemelten foglalkozik az emberi méltóság kérdésével, amennyiben már a céljai között is deklarálja, hogy feladatának tekinti a betegek emberi méltóságának, önazonosságának, önrendelkezési és minden egyéb joga csorbitatlansága feltételeinek megteremtését. Az állami felelősség tartalmának kifejtésekor az egészségügyi intézményrendszer működtetése során megerősíti ennek biztosítását.

A 10.§ részletezi, hogy az egészségügyi ellátás során a beteg emberi méltóságának tiszteletben tartásához milyen intézkedések, módszerek és körülmények megteremtése szükséges.

A törvény a továbbiakban külön is kiemeli, hogy az ápolási-gondozási eljárások alkalmával, a haldokló beteg gondozása, a pszichiai betegek ellátása során, valamint katasztrófa idején is biztosítani kell a beteg emberi méltóságának a megőrzését, illetve az nem korlátozható.

A fentiek áttanulmányozása után tettük fel a kérdést: **Mi következnek, s mi nem az emberi méltósághoz való alapjogból az egészségügyi intézmények gyakorlatában?** A kérdés kapcsán végzett vizsgálatunk eredményeit is ismertettük.²²

A SZTE EFK Diplomás Ápoló Szak levelező tagozatos hallgatói körében végzett vizsgálatunk célja annak elemzése, hogy a gyakorlattal és tapasztalatokkal rendelkező ápolók hogyan értelmezik napi munkájuk során a beteg emberi méltósághoz való jogát, annak tartalmát. Célunk volt továbbá annak feltárása, hogy a szakmai munka, valamint a beteggel történő kommunikáció során milyen szituációkban kerülhet sor az emberi méltóság megsértésére.

Hallgatóink 56,3%-a (142 fő) válaszolt a levélben kiküldött illetve konzultáció során kiadott kérdőívünkre.

Az emberi méltósághoz való jog gyakorlati értelmezése kapcsán az alábbiakat tártuk fel: Az egészségügyi szolgáltatás egyik régóta kritikusnak tartott területén – azaz **a beteg megszólításában** – kifejtett figyelemfelhívás úgy tűnik meghozta hatását. A névjog

megsértésének tekinti a válaszadók túlnyomó többsége azokat a helyzeteket, amikor a beteget számmal (pl. hármás kórterem kettes betege); kóddal (nyilvántartási szám, BNO szerint); szimbólummal (korára utalva pl. tata, mama) „szólítják meg” az ellátás során.

Egy lezárult ombudsmani vizsgálat szerint a betegek elsősorban a **szeméreméret figyelmen kívül hagyására**, mint az emberi méltóságot sértő helyzetekre panaszkodnak az ellátás során. Vizsgálatunkban a válaszadók - bár eltérő mértékben – ugyancsak megerősítik, hogy illetéktelenek jelenléte, illetve az intimitás hiánya fizikális vizsgálatoknál, valamint anamnézis felvételkor ütközik ezzel az alapjoggal.

A magyar egészségügyben tapasztalható általános jelenség a **beteg várakoztatása**. Ennek súlyosságát különböző helyzetekben más-más mértékűnek ítélik a napi gyakorlatban emberi méltóságot sértőnek. Válaszadóink 2/3-a úgy tűnik azon az állásponton van, hogy „az egészségügyben dolgozónak legalább annyi előnye legyen, hogy neki nem kell várnia, ha beteg”. Ez általában is bevett szemlélet, mint ahogy az ellátást végzők étkezése miatti várakoztatást is elnézően kezeli a válaszolók több, mint fele.

A **vallásszabadság sérelme** útján, történő emberi méltóság sértés megítélésénél feltűnőnek találjuk, hogy a válaszadók majdnem 60%-a szakmai szempontból nem tartja indokoltnak, hogy figyelembe vegye a beteg vallásszabadságából adódó sajátos szükségleteit. Ugyancsak átgondolásra érdemes, hogy hallgatóink közel 30%-a úgy ítéli meg, hogy nem sérül az beteg emberi méltósága, amennyiben csak a saját – az ápoló - vallási meggyőződésének megfelelő kezelésekről tájékoztat.

A válaszadók a **faji diszkrimináció** emberi méltóságot sértő szituációit - a beteggel, mint személlyel kapcsolatban – az átlag populációban ismert adatoktól eltérően túlnyomó többségben negatívan ítélik meg. Ugyanakkor nem érvényesül az egyénre szabott szakmai ellátás követelménye, amennyiben faji diszkriminációként értékeljük a más nemzetiséghez, illetőleg etnikai kisebbséghez tartozókkal való sajátos szakmai kezeléseik igényét.

A szakmai szempontok túldimenzionálása érzékelhető a **beavatkozások elvégzésének** emberi méltóságba ütköző megítélésénél, amennyiben akár a beteg tudtán kívül is elfogadhatónak ítélik meg a szakmailag indokolt beavatkozások elvégzését. Itt szükséges felhívni a figyelmet arra, hogy akár a beteg tudomásával végzett szakmailag indokolatlan beavatkozás is hibás teljesítésnek minősül, amely önmagában is alapot szolgáltat a beteg kártérítési igényére.

A **személyes szabadság** fizikai és pszichés módszerekkel történő **korlátozása** emberi méltósággal való ütközését hallgatóink ismerik. Úgy gondoljuk, ez annak is köszönhető, hogy erre is kiemelt figyelmet fordítottak – elsősorban a pszichiátriai betegek kapcsán - az utóbbi időben. Jelentős azonban azok aránya, akik a gyógyszeres kezeléssel történő korlátozást nem tekintik ilyennek.

Gyakori panasz az egészségügyi ellátásban a beteggel, mint emberrel kapcsolatos **bánásmód minősége**. Öröndetesnek mondható, hogy a fizikai, szóbeli és metakommunikatív bántalmazást/megalázást egyaránt elítélendőnek gondolják, sőt a válaszadók közel 30%-a még a „csipkelődést, jópofáskodást” sem tartja megengedhetőnek.

Az emberi méltóság sérelmének megítélését is vizsgálatuk a napi gyakorlat tükrében. Ennek során a **vizsgált intézmények majdnem 90%-ában sérül a betegek emberi méltósága**, közülük nyolcban szinte napi gyakorlatként fordul ez elő. Csupán 16 olyan intézmény van, ahol a válaszadók véleménye szerint soha nem fordul elő az emberi méltósághoz való jog megsértése.

Lényegesnek ítéltük, hogy **milyen kategóriájú norma** megsértésének fogják fel a vizsgálatban résztvevők az emberi méltósághoz való jog sérelmét. Az alapvető hozzáállást tükrözi, hogy az általános jogi normák sérelmével nem számolnak ezekben az esetekben, holott ebből az alkotmányos alapjogból vezethetők le lényegében a betegjogok is. Amennyiben azt is figyelembe vesszük, hogy a bioetikai szakirodalom az emberi méltóság témakörét a

betegjogok vonatkozásában tárgyalja és értelmezi, még mindig jelentős azok aránya, akik nem sorolják az egészségügyi etikai normák kategóriájába az emberi méltósághoz való jogot.

Összegzés, konklúziók: A *vizsgálat* egyik *tanulása* az volt, hogy a betegjogok területén tapasztalható fejlődés ellenére még mindig vannak bizonytalanságok, rosszul beidegzett szokások, esetleg tévhitek. Ezek elsősorban a „szakmaiság túlértékelésével” függenek össze. Véleményünk szerint viszont a szakma szabályainak betartása és a személyiségi jogok megsértésének elkerülése nem egymást kizáró, hanem egymást erősítő dimenziók. Az eredmények elemzésének másik tanulsága, hogy megerősödött bennünk egy régi feltevés. A betegjogok akkor fognak maradéktalanul érvényesülni, ha az emberek – minden ember nemcsak az ápoló – szocializációjuk során eljutnak oda, hogy ismerik, betartják és tisztelik az állampolgári alapjogokat. Amennyiben ezek még erkölcsi meggyőződésükkel is összhangban vannak, jó eséllyel várhatjuk a betegjogok érvényesülését.

Nem a vizsgálatból levonható következtetésként, de érdemes elgondolkozni azon a tényen, hogy a közalkalmazottakra vonatkozó törvény egyáltalán nem, a munkavállalókra vonatkozó törvény is csak a kollektív jogok körében említi a *dolgozó emberi méltóságát*. A szociális területen foglalkoztatott munkavállalókra vonatkozik, hogy esetükben biztosítani kell, hogy a munkavégzéshez kapcsolódó megbecsülést megkapják, tiszteletben tartsák emberi méltóságukat és személyiségi jogukat, munkájukat elismerjék, valamint a munkáltató megfelelő munkavégzési körülményeket biztosítson számukra.

3. A JOGI TÁRGYAK OKTATÁSA ÉS OKTATÁSFEJLESZTÉSE AZ EGÉSZSÉGÜGYI ÉS SZOCIÁLIS FELSŐOKTATÁSBAN

Az egészségügyi és szociális felsőoktatás tanterveinek vizsgálata során megfigyelhetjük, hogy a szakmai oktatásnak mindig része volt valamilyen szintű jogi ismeretek oktatása. Ezek kezdetben az alapozó tantárgyak körében kerültek külön kiemelésre, a szakmai tartalomhoz tartozó részek elsősorban a módszertani oktatás területén voltak fellelhetőek. A jogi ismeretek oktatásának indokoltsága eleinte nem volt könnyen védhető. Később - a magatartástudományok térnyerésével - az a kérdés merült fel, hogy önálló diszciplinaként, vagy valamilyen modulokba integrálva találja-e meg a helyét az értelmiségképzés e speciális területén.

Az előző fejezetekben ismertetett *kutatói munkám eredményei oktatói és oktatásfejlesztői tevékenységemben jelentek meg*. Ez eleinte az adott tanterv keretei között az általam oktatott *tantárgyak tantárgyi programjainak fejlesztéséhez* kapcsolódott. Később vezető oktatóként az egyes szakok – képzési követelményeinek megfelelő – képzési programjainak kidolgozásában vettem részt, ahol ezek tantervein belül az *állam- és jogtudományok egyes moduljai tananyagtartalmának és tantárgyi követelményei struktúrájának meghatározása volt a feladatom*.

3.1. A négyéves egészségügyi képzések tanterve, a problémaorientált oktatási modell

Az 1990-es évek első felében az *egészségügyi főiskolai képzésének időtartama háromról négy évre emelkedett*. Az időkeret növekedése lehetővé tette, hogy az addig más tantárgyak keretében oktatott jogi ismeretek önállóan nevesítve jelenjenek meg. Az általam kidolgozott általános és egészségügyi jogi ismeretek tantárgy tematikáját a társ (Budapest, Pécs,

Nyíregyháza) Egészségügyi Főiskolai Karok is átvették, és saját tanterveikben alkalmazták. (3 szemeszteren keresztül 50 óra elmélet, 15 óra gyakorlat.)

A **védőnők** tantervének fejlesztéséhez kapcsolódott a **problémaorientált oktatási modellben**²³ a jogi részek kidolgozása. Ebben a modellben a **jogi ismeretek integrált oktatása** folyik, mégpedig a gyakorlatban megismert „esetek” felhasználásával.

A védőnő munkáját elsősorban a családokban végzi, ezért a megjósolható családi krízisek élethelyzeteire vonatkoztatva dolgoztuk ki a tananyagtartalmakat. Ennek során feltérképeztük, hogy mely tudományterületek kapcsolódhatnak az adott krízishelyzet - pl. terhesség, szülés, kisgyermekes családok, stb. - megoldásához. Az egyes területek specialistáival kidolgoztuk a megoldási alternatívákat a krízishelyzetek megoldására. A jogi tárgyak területén részletesen kimunkálásra került a család-, gyermekvédelem jogi szabályozásának alkalmazása, illetve az egészségügyi és szociális szolgáltatások nyújtásának lehetősége az adott/konkrét krízishelyzethez kapcsolódóan.

A problémaorientált oktatási modell megfelelő alapozás után felkészítette a hallgatót, hogy **egy adott problémát úgy oldjon meg, hogy tudatosan felhasználja az egyes tudományterületeken – így a jogtudományok területén - tanultakat, és azokat adekvátan integrálja a megoldandó szakmai helyzetben.** Ezzel oldotta a felsőoktatás „elszigeteltségét” a napi élettől és megkímélte a hallgatót, hogy több év kudarca után, saját sikertelenségei árán jöjjön rá, a tudományterületek – így a jogi területeken tanultak - integrációjának elengedhetlenségére.

A **diplomás ápolók** számára kidolgozott jogi ismeretek tematika is egyrészt az értelmiségképzést, másrészt a speciális – a szakmai tárgyakhoz kapcsolódó – jogi ismeretek oktatását célozta. Tekintettel arra, hogy a tantárgy óraszámának meghatározására – ekkor még – nem lehettem hatással, valamint a levelező tagozatosoknál távoktatás is indult, így olyan tanulási segédletet²⁴ állítottam össze, ami a viszonylag alacsony óraszám mellett is biztosíthatja az eredményes tanulást.

A **gyógytornászok** oktatásában is hasonló feladatot kellett megoldanom, azaz rendkívül alacsony óraszám mellett, a szakmában is használható jogi ismeretek átadását. Az ő számukra is – kéziratos formájában készített – anyagokat adtam ki.

Mindhárom képzésben természetesen a tananyagok folyamatos korrekcióját elvégeztem az egyes képzések kifutásáig.

Ebben az időszakban az egyes egészségügyi képzések különböző szakjain más-más szemeszterben és szakonként külön-külön került sor a jogi tantárgyak oktatására.

3.2. A segítő szakmák oktatásának támogatása jogi ismeretekkel

Ahogy szélesedett a kar – ahol tevékenykedtem – oktatási kínálata, szükségessé vált annak vizsgálata, hogy milyen szerepe van a nem orvos egészségügyi felsőoktatásban résztvevő hallgatók jogi oktatásának.²⁵

A felsőoktatásban az ún. segítő szakmák területén a **jogi ismeretek oktatásának indokoltsága** több tényezőtől tevődik össze.

- Elsősorban is a hallgatónak, mint **állampolgárnak** rendszerszerűen, de nagyon sok esetben tételesen is ismernie kell bizonyos jogágak szabályozását.
- Másodsorban a hallgató **munkavállaló, vagy vállalkozó** lesz. Így mint ilyen, a saját jogállására vonatkozó szabályok ismerete és alkalmazása elengedhetetlen.

- Harmadrészt *segítőként*, illetve *tanácsadóként végzi tevékenységét*. Ilyen minőségében bizonyos jogágak szabályait tételesen kell ismernie, illetve alkalmazni, más jogterületek rendszerszerű ismeretére azért van szüksége, hogy adott esetben el tudja dönteni, hogy milyen szakemberhez irányítsa gondozottját, kliensét.

A *segítő szakmákban dolgozók helyzetét* az alábbi három tényező nagymértékben nehezíti.

- A segítő szakmák többségére, mint speciális munkatevékenységre vonatkozóan *nincsenek egyértelműen kijelölve a kompetenciahatárok*. Így tevékenységük egyes elemeit vizsgálva dönthető csak el, hogy az egyes jogágak általános szabályai vonatkoznak-e rájuk, (pl. munkajog), vagy a hasonló területeken tevékenykedőkre vonatkozó speciális szabályok kiterjesztő értelmezésével (azaz analógiával) oldható meg a problémájuk (pl. titoktartási kötelezettség). Amikor az előbbi két út nem járható, nincs más hátra, mint amit a jog nem tilt azt szabad (a contrario) elvhez való alkalmazkodás.
- Az ezeken *a területeken dolgozók nagyobb hányada nő*. Bár alkotmányos alapelv, az ebből a szempontból való hátrányos megkülönböztetés tilalma, a valóságban ez mégsem érvényesül.
- További nehezítő tényező, hogy a segítő szakmákban dolgozók gondozottainak/betegeinek nagyobb része, klienseiknek pedig szinte teljes köre olyan populációhoz tartozik, akiknek éppen hátrányos helyzete miatt rendkívül *nehéz az érdekérvényesítése*. Tehát sok esetben gondozottai/betegei, illetve kliensei érdekében is cselekednie kell, illetve „megtanítani” ezeket az embereket a saját jogaikra, illetve kötelezettségeire.

Vizsgáltam és ismertettem a főiskolai képzések *tantervfejlesztési eredményeit a jogi tárgyak területén* (óraszámok, területek, integrált tantervek). A legátfogóbb elemzést – a minőségbiztosítás elveinek mentén – a védőnők oktatásában megjelenő jogi tantárgyak területén végeztem el.

- *Hatékonyagszűkítést*: Az összes tantárgyra vonatkozó évfolyamátlaghoz viszonyítottuk a vizsgált tantárgyak tantárgyi átlagát. A hallgatói teljesítmény az esetek legnagyobb részében elmaradt az évfolyamátlagtól. Különösen problémásnak tűnt a munkajogi ismeretek elsajátítása.
- *Minőség-ellenőrzés* (hallgatói véleményezés): Vizsgáltuk a jogtudományokhoz kapcsolódó előadásokon való részvételt. Az eredeti feltételezés az volt, hogy a hallgatók azért járnak rendszeresen előadásra, mert nincs olyan forrás (jegyzet, tankönyv), amiből önállóan is elsajátítható az anyag. A vizsgálat során azonban kiderült, hogy a jogi tantárgy fontossága és érdekessége, valamint a szakmai munkájukhoz kapcsolódó alkalmazhatóság megélése volt a fő motiváció.
- *Kurrikulum fejlesztés* (esettanulmányok elemzése): A hallgató feladata az volt, hogy olyan esetet ismertessen, amelynek jogi vonatkozásai vannak. Ebből kiderült, hogy napi munkájuk során mely jogi területeken vannak olyan neuralgikus pontok, amelyeknek bővebb ismertetése, esetleg beidegzett tévedések eloszlatása szükséges az oktatás során.
- Az *„elsődleges vevő” megkérdezése* (gondozottak körében végzett felmérés): Mely területeken várnak további segítséget a védőnőktől? Kiemelkedően magas volt a szociális problémák megoldásában, valamint az egészségügyi szolgáltatások igénybevételének ismertetésében az igény.

Az elemzést követően felvázoltuk *a jogtudományok területén a további tanterv, illetve tananyag fejlesztési stratégiát*, valamint a szakmai tevékenységhez kapcsolódó alkalmazhatóság prognózisát.

3.3. Közös tananyagtartalmú, modul rendszerű képzés tanterve

2000-ben kezdtük el kidolgozni a **kreditalapú tanterveket** az egészségügyi felsőoktatásban. Ekkorra sikerült elfogadtatni azt az álláspontot, hogy – más tantárgyakhoz hasonlóan – a jogi ismeretek területén is vannak olyan tananyagtartalmak, melyeket minden egészségügyi főiskolai szakon hallgatónak - azonos óraszámú és tartalommal - el kell sajátítania. Amennyiben a különböző szakosok együttoktatása is megvalósítható, akkor elérhetjük, hogy **azonos kérdésekben hasonlóan formáljuk tudásukat és magatartásukat**.

A jogi ismeretek területén így jogi alapismeretek (2 kredit), munkajogi (1 kredit) és egészségügyi jogi (1kredit) kurzust vezettük be **mindhárom** (ápoló, gyógytornász, védőnő) **szakunkon**.

Ezt a koncepciót nemcsak az SZTE Egészségügyi Főiskolai Karán, hanem – javaslatomra - a Semmelweis Egyetem Egészségügyi Főiskolai Karán is elfogadták és bevezették a taglalt tantárgyi struktúrát.

A fentiekén túl a **védőnők szakági programjában** család- és gyermekvédelmi jogi ismeretek (1kredit), szociális jogi alapismeretek (1 kredit) és gyermek és ifjúságvédelmi joggyakorlat (1 kredit) kurzusok is épültek a közös alapra.

A kreditalapú tantervekben a kontakt órák száma lényegesen alacsonyabb, mint a hagyományos tantervekben. Viszonylag magasnak mondható ugyanakkor a hallgatói egyéni munkaóra. Egyrészt ebből, másrészt abból a megfontolásból, hogy egészségügyi szakos hallgatónak nem adhatók ki jogszabályok tanulásra, folyamatosan készítettem és szemeszterről-szemeszterre fejlesztettem az egyes modulokhoz tartozó tanulási segédleteket. Ezek az oktatást támogató technika akkori színvonalán, valamint a hallgatói hozzáférést is mérlegelve papír alapúan, másolható formában kerültek kiadásra.

3.4. Betegjogok – mint speciális terület – oktatása

A magyar felsőoktatás kimeneti szabályozást alkalmaz, azaz képesítési követelményekben írja elő, hogy az egyes intézményekben végzőktől mit vár el, mire kell alkalmasnak lenniük.

Az egészségügyi felsőoktatás szakjaira vonatkozó képesítési követelmények áttekintése során arra a következtetésre jutottunk, hogy sem a **generális**, sem pedig a **speciális követelmények** – melyek, mint képzési cél kerülnek megfogalmazásra - nem tartalmaztak utalást arra, hogy a betegjogokat oktatni kellene.

A rendeleteknek a képzés főbb tanulmányi területeit kijelölő szakaszai a gyógytornászoknál egyáltalán nem kívánták meg, a diplomás ápolóknál is csak példálózóan sorolták az egészségügyi jogi ismeretek oktatásának szükségességét. Az általános szociális munkásoknál pedig azt írta elő, hogy a jogi ismeretek oktatására az összóraszám legalább 10%-át kell fordítani.

A Szegei Tudományegyetem Egészségügyi Főiskolai Karán a tantervek által biztosított órakeret vizsgálata arra engedett következtetni, hogy az oktató számára sosem elég, amit a tanterv biztosít, de meg kell oldani minimálisan a figyelemfelkeltést és a magatartás formálását.

Mindezek miatt **az egyes szakokon más-más módszert** kellett választani arra, hogy a **betegjogokkal való „ismerkedés”** ne csak akadémikus előadás maradjon, hanem a jövőbeli egészségügyi dolgozó, illetve szociális munkás attitűdjét is formálja.²⁶

Az egyes szakok (diplomás ápoló, gyógytornász, szociális munkás) tantervi különbségeinek megfelelően ismertettem azokat a módszereket és eszközöket, melyeket az oktatásban

használtam, valamint a számonkérés eredményeként elkészített – 1999 és 2002 között, 465 hallgató - esetelemzéséből levonható tanulságokat összegeztem.

Az **összegzett véleményekkel** kapcsolatban bizonyos **árnyalt megkülönböztetés** lehető fel a diplomás ápoló nappali és levelező tagozatos hallgatói beszámolók között. A nappali tagozatosok a betegjogok érvényesülése kapcsán az oktatás során ideálisnak tekintett követelményhez, ill. módszerhez hasonlítják a tapasztalataikat. Ők még nem „fertőztek” a gyakorlat rutinjától.

A levelező tagozatosok véleménye, az adott személyek tudati szűrője és beidegződése, ill. az intézetben elfoglalt helyzete által motivált. Ők már gyakorlottak, akik kritikusán szemlélik ugyan a helyzetet, de az esetleges hiányosságokat döntően objektív okokra vezetik vissza, így a jogok érvényesülési hatókörét optimistábban látják.

A gyógytornász hallgatók többségének az általános véleménye az volt, hogy a tájékoztatás megtörténik általában, azonban sokszor nem elég konkrét és személyre szabott. A szakszerűség gyakran jár együtt a beteg számára nem közérthető információval. A 2001. évi beszámolómban a hallgatók közel 45%-a az emberi méltósághoz való jog sérelmét emelte ki.

A szociális munkás szakon - egészségügyi orientációját választók szempontjából - a legideálisabbak keretek és az adottságok a betegjogok oktatására.

Összegzésként megállapítható, hogy a betegjogok oktatása is **„nemcsak a jogokról való oktatást jelenti, hanem a jogokért való oktatást is”**.

További – több kollégám véleményét osztó – tapasztalatom, hogy a betegjogok elszigetelt tantárgyként való oktatása - azzal járhat, hogy ez is egy tárgy lesz a sok közül és szemléletformáló funkciója, életközelsége elmarad, pedig ez az a jogterület, amelyhez valamennyien közel kerülhetünk, mint jogalanyok.

3.5. Jogi ismeretekkel támogatott vállalkozási kurzus a felső- és felnőttoktatásban

Az 1997. évi CLIV. tv. az egészségügyről - a szektorsemlegesség deklarálásával - céljában, alapelveiben és fogalomrendszerében tükrözi a vállalkozási forma támogatását. A hazai egészségügyi reform folyamatában az egészségügyi szolgáltatást nyújtók minőségének fejlesztése és versenyképessége javításának egyik lehetséges módja a szolgáltatói oldal átalakítása. Az átalakított formában működtetett szolgáltatók biztosíthatják a kötelező egészségbiztosítás egészségügyi szolgáltatásait, valamint a térítésköteles ellátásokat is.

Egy PHARE pályázat keretében elkészült oktatási program bemutatja és elemzi azokat a környezeti tényezőket – ezen belül a jogi szabályozást is – melyek megalapozhatják a leendő szolgáltatók felelős döntését.

Az oktatási program **jogi ismeretek modulja** ismerteti, és részletesen elemzi azokat a **for-profit és non-profit** – Gt. és Ptk. által szabályozott – **működési lehetőségeket**, melyek **szóba jöhetnek egészségügyi szolgáltatóként**. Gondosan végigvezeti a vállalkozások alapításának menetét és költségeit. Felhívja a figyelmet a működési engedélyek, igazolások a beszerzésére, illetve a tevékenység végzéséhez nélkülözhetetlen szerződések (önkormányzati, finanszírozási, bankszámla, közszolgáltatási, munkavégzésre irányuló, felelősségbiztosítási, stb.) megkötésére.²⁷

Az alapképzésben 65 hallgató vette fel a modult, ápoló-, gyógytornász- és védőhallgatók vegyesen. A felnőttképzésben 87 főt oktattunk. A tapasztalatok eredményeként a Szegedi Tudományegyetem Egészségügyi Főiskolai Karán a 2003/2004-es tanévben a

Vállalkozásmenedzsment modul bekerült a szabadon választható kurzusok közé, 30-30 óra elmélet és gyakorlat formájában. Hallgatóink a képzés végére áttérve olyan vállalkozásokat képzeltek el, ahol a különböző egészségügyi diplomások (ápoló, orvos, gyógytornász, dietetikus, védőnő) közös vállalkozásban, képzettségük szerinti hatékony munkamegosztásban dolgoznának.²⁸

A jogi ismeretek modul felkészítette a hallgatókat arra, hogy a végzendő tevékenységnek megfelelő vállalkozási forma megválasztásával, a tevékenység végzéséhez szükséges hatósági, felügyeleti szervektől származó engedélyek birtokában, a szükséges szerződések megkötésével „vágjanak bele” a választott tevékenységbe. Ezzel is közelebb kerülve ahhoz az elváráshoz, hogy *ne csak „szakmailag” nyújtsanak megfelelő egészségügyi szolgáltatást, hanem az aktuális jogi szabályozásnak is feleljenek meg.*

3.6. Az egészségtudományi alapszakok és szakirányok, valamint a szociális munka alapszak tantervei

2005-ben dolgoztuk ki és nyújtottuk be akkreditálásra a *lineáris képzés képesítési és kimeneti követelményeit* az egyes *alapszakokon* - ápolás betegellátás, egészségügyi gondozás és prevenció, szociális munka -, és az ezekhez kapcsolódó *szakirányok* – ápoló, gyógytornász, védőnő – *tanterveit*.

Az addig eltelt időtartam kutatói és oktatásfejlesztési tapasztalatait felhasználva a 3.3. alfejezetben ismertetett *közös tananyagtartalmaknak megfelelő* koncepció továbbviteleként – a jogi tárgyak területén is – kidolgoztuk, hogy mely alapszakokon milyen jogi ismeretekhez kapcsolódó tantárgyi tartalmak alkalmasak a *közös oktatásra*.

Mára értük el, hogy olyan tanterveket fogadtattunk el, amely elősegítheti, hogy a hallgató **szakváltás esetén kreditelismeréssel másik szakirányt vagy akár alapszakot is rövidebb idő alatt elvégezessen**, miután a jogi tárgyak elsajátítása során szerzett kreditek beszámíthatók. Ezzel eleget tudunk tenni annak az igénynek, hogy az oklevelet szerzett a munkaerő-piaci szükségletekhez gyorsabban alkalmazkodjon.

A jogi tárgyak területén olyan struktúrát alakítottunk ki, mely lehetővé teszi az „átjárást” az egyes alapszakok és szakirányok között.

**Egészségügyi és szociális alapszakok jogi tárgyak struktúrája
a SZTE-ETSZK-n**

3. sz. táblázat

Tantárgy neve Kreditértéke	Felvétele kötelező alapszakon/szakirányon
Jogi és igazgatási alapismeretek I. 2 kredit	Ápolás betegellátás alapszak Egészségügyi gondozás és prevenció alapszak Szociális munka alapszak
Jogi és igazgatási alapismeretek II. 1 kredit	Szociális munka alapszak
Foglalkoztatási jogviszonyok 1 kredit	Ápolás betegellátás alapszak Egészségügyi gondozás és prevenció alapszak Szociális munka alapszak
Család és gyermekvédelmi jogi ism. 2 kredit	Szociális munka alapszak Védőnő szakirány
Egészségügyi jogi ismeretek 1 kredit	Ápolás betegellátás alapszak Egészségügyi gondozás és prevenció alapszak
Szociális jogi alapismeretek 1 kredit	Védőnő szakirány
Szociális jog I.-II. 2-2 kredit	Szociális munka alapszak
Önkormányzati és szociális igazgatás ea. és szem. 2-1 kredit	Szociális munka alapszak
Speciális helyzetben lévők jogainak védelme 1 kredit	Szociális munka alapszak

A fentieknek megfelelően a **jogi tárgyak tananyagtartalmait és követelményrendszerét úgy alakítottuk ki**, hogy az előfeltételként megjelölt tantárgyakban elsajátított kompetenciákra épülő tantárgyi struktúra **megfeleljen az adott szak, szakirány általános és speciális követelményeinek, ugyanakkor a képzési kimeneti követelményeknek megfelelő kompetenciáknak**. Elkészítettem, folyamatosan korrigálom és on-line módon teszem hozzáférhetővé a hallgatók számára az általam oktatott tantárgyak tanulási segédleteit.

ÖSSZEGÉS

Oktatói, oktatásfejlesztési és a hozzájuk kapcsolódó kutatói tevékenységem célja, hogy - elsősorban az egészségügyi és szociális - felsőoktatásból olyan szakemberek kerüljenek ki, akik a tevékenységi területüket szabályozó normák rendszerének ismerete birtokában nem „félkész jogászok”, sokkal inkább **olyan szakemberek, akik munkájukat megfelelő jogi szemlélettel, a jogi kérdések iránti érzékenységgel végzik**.

A szemeszterenként oktatott és vizsgáztatott több száz hallgató körében szerzett tapasztalataim alapján nyilvánvaló, hogy olyan **szocializációs előzményekkel és környezetben**, ahol

- az általános, vagy középiskolai tanár felolvassa az osztály előtt az „elkapott” diáklevelet,
- az egészségtan tanár hallgató úgy véli, hogy a gyermeknek kevesebb joga van, mint a felnőttek,
- a felsőoktatási intézmény név nélküli panaszokat váró ládát helyez ki,
- a főiskolai oktató az előadásairól való sorozatos késésével kapcsolatban azt tartja, hogy a hallgató ráér várni,

- a televízió egyes műsorainak legfőbb show-eleme, a szereplők emberi méltóságának a sárba tiprása,

meglehetősen nehéz néhány órában olyan szemléletet formálni, amely pozitívan lesz meghatározó a betegekkel/gondozottakkal/kliensekkel végzett tevékenység vonatkozásában.

Mindezek ellenére úgy vélem, hogy **több év távlatában biztató kilátásaink vannak**, hiszen:

- a közoktatásban bevezetett kerettanterv már kitér az emberi jogok oktatására,
- az egészségügyi felsőoktatásban a tantervek módosításakor bővítik a jogi, egészségügyi, szociális jogi ismeretek oktatására fordítható kereteket,
- egyre inkább bevezetésre kerül a „probléma orientált oktatás”, melynek során konkrét esetek megoldásával, a hallgató nagyon aktív közreműködésével integráljuk a különböző tantárgyakban - természet és társadalomtudományokban - elsajátított ismereteket,
- a felsőoktatási intézmények - így az egészségügyi és szociális képzést folytatók is - kompetencia alapú tanterveket és tantárgyi követelményeket alakítottak ki, melyekben még nagyobb hangsúlyt kap az emberi és állampolgári jogok tiszteletben tartásának követelménye, valamint érvényesítése.

Őszintén **hiszem**, hogy a **megfelelően formált attitűddel és magatartással** a végzett és jelenlegi hallgatóink, valamint a továbbképzéseken résztvevő **szakemberek eredményesebben dolgozhatnak az egészségügyi és jóléti szférában**. Fontosnak érzem, hogy ennek érdekében tovább folytassam azon tevékenységemet, amellyel ennek a célnak a megvalósulásához hozzájárulhatok.

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

A szociális jog területén kifejtett oktatói és kutatói tevékenységben folyamatosan számíthattam Hajdú József egyetemi tanárra, aki a Munkajogi és Szociális jogi Tanszék munkatársaként, majd vezetőjeként szakmai identitásomat erősítette, amiért mindig hálás leszek.

Őszinte köszönettel tartozom Karsai Mária és Kis Klára kollégáimnak, akik segítettek túllépni „ösztönös pedagógia működésemen” azáltal, hogy megtanulhattam tőlük azokat a módszereket, eszközöket, a hallgatói készséget fejlesztő „fogásokat”, melyek mára elengedhetetlenek a felsőoktatásban.

Köszönetet mondok az oktatásban résztvevő jogász kollégáimnak, akik bármikor hajlandóak voltak konzultációra, valamint közvetlen munkatársaimnak, akik közvetve nyújtottak pótolhatatlan segítséget alkotói munkámhoz.

Különösen hálás vagyok szeretteim – szüleim és párom -, valamint barátaim veget nem érő türelmére és megértő támogatásáért.

JEGYZETEK

1. Pogány Magdolna: Család és/vagy szociális biztonság
In: (Molnár A. szerk.): Együtt a családért Budapest, 1994. 42-44.
2. 32/1991. (VI. 6.) AB határozat; 43/1995. (VI. 30.) AB. határozat; 45/1995. (VI. 30.) AB határozat; 56/1995. (IX. 15.) AB. határozat; 60/1995. (X. 6.) AB. határozat; 32/1998. (VI. 25.) AB határozat, 5/1998. (III. 1.) AB határozat
3. Pogány Magdolna: A közösség szociális biztonsága – mégis kinek a felelőssége?
In: Az ápolás menedzselése. „Közösségi ápolás” (Szerk: Pető Éva)
Szeged, 1999. SZOTE Népegészségtani Intézet és British Council 178-195.
4. Alexander S. Preker, Richard G. A. Feachem: Health and health care. In: Nicholas Barr (ed.): Labor markets and social policy in Central and Eastern Europe, Oxford University Press, 1994. 288-321.
5. Pogány Magdolna: Vélemény egy világbanki szakértői tanulmányhoz
Egészségügyi Gazdasági Szemle 1997, 35, 1, 56-61.
6. Magdolna Pogány: Hungarian Health Care, Enlargement and its impact on social protection 2002-2004.
www.special-network.org/background/library/articles&reports, 2002. 1-18
7. Pogány Magdolna „JOG”-os kérdések az egészségügyben. Gondolatok az egészségügyi jogról.
In: Az ápolás menedzselése. „Az egészségügyi ellátórendszer és az ápolás kapcsolata” (Szerk: Pető Éva) Szeged, 1999. SZOTE Népegészségtani Intézet és British Council. 258-263.
8. 11/1972. (VI. 30.) Eü. M. rendelet az egészségügyi dolgozók rendtartásáról
9. 11/1972. (VI. 30.) Eü. M. rendelet az egészségügyi dolgozók rendtartásáról 8.§. (1)-(4) bekezdések lényege, hogy meg kell győződni a gyakorlatban arról, hogy a kellően kiképzett szakdolgozó alkalmas a tevékenység végzésére. A megbízást írásban kell adni, ebben meg kell határozni a tevékenység végzésének szempontjait. Ettől az időponttól kezdve a szakdolgozó a felelős.
10. 3350/körr./66/1951 Eü. M. számú utasítás I. sz. melléklete a körzeti védőnőkre vonatkozó rendelkezései
11. Minden olyan tevékenység, ami magasan specializált, tömeges (negyedmillió egészségügyi dolgozó végzi, tíz és fél millió magyar állampolgár számára) rendkívül proporcionált intézményrendszerben folyik és igen speciális szakmai szabályai vannak, éppen a tevékenység sikere, az ország minden területén azonos színvonalon való elvégzése érdekében nem nélkülözheti az irányító, befolyásoló, feladat-meghatározó, ellenőrző, koordináló munkát.

12. Pogány Magdolna – Horváth Gyöngyi: Computerizálás lehetőségei a védőnői munkában
Egészségügyi Munka, 1989, XXXIV. évfolyam 10. sz., 294-298.
13. Gábor Katalin – Pogány Magdolna: A védőnő helye korunk változó egészségügyében
Védőnő, VI. évf., 1996/2., 39-43.
14. A m. kir. **belügyminiszter 1940.** évi 1.000. számú **rendelete**, a zöldkeresztes egészségvédelmi szolgálatról. /708. 1.000./1940. B. M. sz./
3350/körr./66/1951 **Eü. M.** számú **utasítás** I. sz. melléklete a körzeti védőnőkre vonatkozó rendelkezései
8021/1983. (Eü. K. 23.) **Eü. M.** számú **tájékoztató** az Orvostovábbképző Intézet Egészségügyi főiskolai Karán végzetek munkaköri feladatairól
14/1991. (VII. 11.) **NM. rendelet** miniszteri rendeletek és egyes miniszteri utasítások hatályon kívül helyezéséről
5/1995.(II.8) **NM. rendelet** a körzeti védőnői szolgálatról
15. Pogány Magdolna – Boda Márta: Minőségfejlesztés elemei a védőnői munkában
Védőnő, VI. évf., 1996/3., 9-15.
16. Gábor Katalin–Pogány Magdolna–Dancsházy Zsolt– Karsai Mária: Humán erőforrások és minőségbiztosítás
Vezetéstudomány, 1998., XXIX. évf. 3. sz., 1-5.
17. Pogány Magdolna – Gábor Katalin: Vezető-e a védőnő? Kell-e, lehet-e őt erre tanítani?
Védőnő, VIII. évf. 1998/2., 3-7.
18. Pogány Magdolna: A team és tagjainak jogi felelőssége In: Az ápolás menedzselése. „Multiprofesszionális teamek: Kommunikáció az ápolási folyamatban” (Szerk: Pető Éva)
Szeged, 2000. SZTE Népegészségtani Intézet és British Council. 53-68.
19. Pogány Magdolna: Betegjogok az otthonápolásban
In: Az ápolás menedzselése. „Otthonápolás” (Szerk: Pető Éva)
Szeged, 2000. SZTE Népegészségtani Intézet és British Council. 95-109.
20. Pogány Magdolna–Dóka Ilona: Az emberi méltóság etikai és jogi aspektusai
Egészségügyi Menedzsment 2003. (május-június) V. évfolyam, 3. szám, 84-86.
21. Lényegében helyettesítő funkciót, illetve sorrendiséget jelent, azaz akkor jön szóba, ha más - adott esetben alkotmányos - alapjog sérelme nem állapítható meg.
22. Pogány Magdolna–Dóka Ilona: Emberi méltóság az egészségügyi intézményi gyakorlatban
Egészségügyi Menedzsment 2003. (július-augusztus) V. évfolyam, 4. szám, 93-96.
23. Karsai-Pogány-Rantalné: Előspecializáció a védőnőképzésben
Magyar Felsőoktatás, 1996/5-6., 24-25.
24. Pogány Magdolna: Jogi ismeretek diplomás ápolók távoktatásához (tanulási segédlet)
Budapest, 1997. HIETE Főiskolai Kar Társadalomtudományi Intézet. 107 pp

25. Pogány Magdolna: Jogi ismeretek oktatása a nem orvos egészségügyi felsőoktatásban
A paramedikális (nem orvos) egészségügyi diplomások felkészítése a családorvosokkal való együttműködésre reguláris képzésük során (Tanulmánykötet fejezet) FEFA 1607/3. sz. alprogram, 30pp

26. Pogány Magdolna: Betegjogok az egészségügyi felsőoktatásban
Egészségügyi Menedzsment 2002. (november-december) IV. évfolyam, 6. szám, 24-26.

27. Pogány Magdolna: Vállalkozási jogviszony-vállalkozási formák
In: (Gábor K. szerk.): Egészségügyi vállalkozások az egészségesebb lakosságért PHARE HU0105-2003
Hallgatói kézikönyv 2. modul 10-30.

28. Gábor-Pogány-Kárpáti-Zoltán: Vállalkozási ismeretek a felsőoktatásban és felnőttoktatásban
Nóvér 2005. 18. évf. 4. szám, 13-18.