

**Az alapvető jogok biztosának
Jelentése
az AJB-1356/2013. számú ügyben**

Előadó: dr. Lux Ágnes

A vizsgálat megindítása

Az alapvető jogok biztosáról szóló 2011. évi CXI. törvény (a továbbiakban: Ajbt.) a biztos kiemelt feladatává teszi a gyermekek jogainak védelmét. E gyermekjogi szakombudsmani teendőket hivatalba lépésem óta speciális gyermekjogi projekt keretében látom el, 2013-ban is folytattam a korábbi évekhez hasonlóan tematikus gyermekjogi munkámat, amelynek fókuszába idén *a gyermekek egészséges környezethez való jogának vizsgálatát* állítottam. A projekt során nemcsak a kisebbségi -, és a jövő nemzedékek jogaiért felelős ombudsmanok korábbi kapcsolódó munkáira, hanem a 2011. évi gyermekjogi projekt jelentéseinek megállapításaira¹ is támaszkodtam, amely kifejezetten a gyermekek legmagasabb szintű testi és lelki egészségéhez való jogával foglalkozott, alapul véve az Alaptörvény és az ENSZ Gyermek jogairól szóló Egyezményének (továbbiakban: Gyermekjogi Egyezmény) rendelkezéseit is.

Napjainkra elfogadott állásponttá vált, hogy a környezet pozitív és negatív hatást is gyakorol az emberi jogokra, hiszen alapvető szerepe és jelentősége van az emberi élet biztosításában. A vizsgálat megindításának indokául ezen túl az szolgált, hogy az utóbbi évtized orvostudományi kutatásai arra derítettek fényt, hogy bizonyos betegségek eredete a méhen belüli fejlődés zavaraihoz függ össze, tehát ez az időszak a maga sajátosságaival, majd a kismama és a kisgyermek környezetének minősége meghatározó az ember későbbi egészsége vonatkozásában. Ez pedig fokozott problémaként jelenik meg olyan háztartásokban, ahol mindez nélkülözéssel, szegénységgel társul.

E kérdés kapcsán a gyermekek védelemhez és gondoskodáshoz való jogával összefüggésben az Ajbt. 18. § (4) bekezdése alapján hivatalból vizsgálatot indítottam. Gyermekjogi ombudsmanként kiemelten fontosnak tartom egyes, gyermekjogokkal kapcsolatos jelenségek preventív célú feltárását Hivatalomhoz érkező panasz hiányában is, hiszen az adott kérdés komplex elemzése a jövőbeni visszasságok elkerüléséhez járulhat hozzá.

A vizsgálat eredményes befejezése és a kérdés teljességének feltárása érdekében az Ajbt. 21. § (1) és (2) bekezdése alapján megkerestem az Emberi Erőforrások Minisztériumának a társadalmi felzárkózásért felelős államtitkárát és az egészségügyért felelős államtitkárt, az Országos Környezetegészségügyi Intézet és az Országos Egészségfejlesztési Intézet főigazgatóját, az országos védőnőt, továbbá a WHO Magyarországi Irodájának vezetőjét valamint tájékoztatást kértem az ún. kistérségi tükröket összeállító Magyar Máltai Szeretetszolgálat alelnökétől is.

Az érintett alapvető jogok és elvek

- a jogállamiság elvéből levezethető jogbiztonság követelménye [Alaptörvény B) cikk (1) bekezdés: „*Magyarország független, demokratikus jogállam.*”];
- az élethez és emberi méltósághoz való jog [Alaptörvény II. cikk: „*Az emberi méltóság sérthetetlen. Minden embernek joga van az élethez és az emberi méltósághoz.*”];

¹ A gyermekek testi-lelki egészsége. Gyermekjogi projekt 2012/1.

http://www.ajbh.hu/documents/10180/124836/ajb_gyermekjogi_projekt_2012.pdf/6d222a34-9e0a-4702-8762-1da523e2e92e?version=1.1

- a hátrányos megkülönböztetés tilalma [Alaptörvény XV. cikk: „*Magyarország az alapvető jogokat mindenkinek bármely megkülönböztetés, nevezetesen faj, szín, nem, fogyatékoság, nyelv, vallás, politikai vagy más vélemény, nemzeti vagy társadalmi származás, vagyoni, születési vagy egyéb helyzet szerinti különbségtétel nélkül biztosítja.*”];
- a gyermekek védelemhez és gondoskodáshoz való joga [Alaptörvény XVI. cikk (1) bekezdés: „*Minden gyermeknek joga van a megfelelő testi, szellemi és erkölcsi fejlődéséhez szükséges védelemhez és gondoskodáshoz.*”];
- a testi és lelki egészséghez való jog [Alaptörvény XX. cikk (1) bekezdés: „*Mindenkinek joga van a testi és lelki egészséghez.*”];
- az egészséges környezethez való jog [Alaptörvény XXI. cikk (1) bekezdés: „*Magyarország elismeri és érvényesíti mindenki jogát az egészséges környezethez.*”]

Alkalmazott jogszabályok

- az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény (Eütv.);
- a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról szóló 1997. évi XXXI. törvény (Gyvt.);
- Magyarország helyi önkormányzatairól szóló 2011. évi CLXXXIX. törvény (Ötv.)
- a Gyermekek jogairól New Yorkban 1989. november 20-án kelt Egyezmény kihirdetéséről szóló 1991. évi LXIV. törvény (Gyermekek jogi Egyezmény);
- a területi védőnői ellátásról szóló 49/2004. (V. 21.) ESzCsM rendelet
- 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

A megállapított tényállás

1. Megkeresésemre az egészségügyért felelős államtitkár válaszában arról tájékoztattott, hogy a Semmelweis Terv 2011-ben történt elfogadását követően az Államtitkárság számos intézkedést tett a csecsemő- és gyermekegészségügy, azon belül az újszülöttkori problémák hatékony kezelésére. Ezeket az intézkedéseket összefoglalva további tennivalókat határoztak meg abban a gyermekegészségügyi programtervben, amelyet 2013. március 1-én a szakmai konzultáció elé terjesztett a tárca. A konzultációt követően kb. száz oldalnyi írásos hozzászólás érkezett. Ezeknek feldolgozása, megvitatása és a programtervbe illesztése után történik a végleges gyermekegészségügyi program kialakítása.

Az általam felvetett neonatológiai kérdésekkel kapcsolatban az újszülött- és koraszülött ellátás tekintetében az alábbi fejlesztési folyamatokról kaptam tájékoztatást:

A magyar csecsemőhalandóság medikális determinánsa a terhesgondozási és a neonatológiai ellátórendszer. A neonatológiai ellátó rendszerrel kapcsolatos *célprioritás* a csecsemőhalandóság csökkenésének fenntartása és a 4 ezrelék alatti országos csecsemőhalandóság mutató elérése 2014-re, továbbá a *minőségi túlélés fokozása*. A Szakmai Kollégium Neonatológiai Tagozatának és Tanácsának megalakulása a szakma irányítása szempontjából jelentős lépés. A fekvőbetegeket ellátó struktúra átalakításakor a neonatológiai és neonatális intenzív (NIC) kapacitások és progresszivitási szinteknek megfelelő területi ellátási kötelezettségek meghatározása megtörtént. Így az országos átfedés és hézagmentes ellátási lefedettség megvalósul. A minimumfeltételek progresszivitási szintenként elkészültek. A szülészeti osztályok kapacitás meghatározása és minimumfeltételeinek kialakítása a 2012. július 1-jén bevezetett struktúraátalakítás során a neonatológiai szempontok figyelembevételével

(gyermekorvosi jelenlét biztosítása) történt. Az intézményen kívüli szülés jogszabályi feltételeinek biztosítása jelentős szakmai és társadalmi egyeztetést követően megvalósult. Jelentős finanszírozási könnyítés, hogy a neonatális intenzív ellátás teljesítmény volumen korlátja megszüntetésre került. Folyamatban van továbbá az újszülött intenzív ellátás gépparkjának megújítása a teljes országos NIC hálózatban. A Központi Térségben sürgősségi, a vidéki térségekben pedig TIOP forrásokból fogják biztosítani a költségek fedezetét. A pályázatok elbírálása megtörtént, műszerbeszerzések tendereztetési fázisa zajlik. A koraszülött és újszülött mentőellátás Országos Mentőszolgálathoz (OMSZ) integrálása és országos tenderhez kötött finanszírozása megvalósult.

A tárca tervezi a szülészeti tevékenységek, újszülött ellátás, újszülött-koraszülött intenzív terápia és koraszülött-újszülött gyermekgyógyászati utógondozás térségi koordinációját, a betegutak pontos meghatározását és a szakmai együttműködések szervezett kialakítását, valamint a korábban kötelező „csecsemőhalálozási értekezlet” – házi gyermekorvos, védőnő, gondozó, szülész, OMSZ, neonatológus, szociális munkás, stb. részvételével – „case based” értékelő rendszer újraindítását is.

A pre- és perikoncepcionális gondozás módszereinek kidolgozása, széles körben elérhetővé tétele a „Közös Kincsünk a Gyermekek” programban elindított úton folytatandó. Ennek részeként 2013. december 31-ig bevezetik az országos szintű folsav és jódpotlást. A Szoptatást Támogató Nemzeti Bizottság és a „Bababarát Kórház” program, valamint az alapellátási tevékenység eredménye, hogy a csecsemők szoptatási ideje tekintetében európai viszonylatban a legjobb országok közé tartozunk, ennek megtartására és további javítására a tárca tervezi a szoptatási ambulanciák kialakítását, valamint elkülönített szoptatóhelységek széleskörű létesítését.

Az *Országos Alapellátási Intézet (továbbiakban: OALI) praxisprogramjainak* (továbbiakban: Praxisprogram I. és II.) célja, hogy a tartósan betöltetlen felnőtt és vegyes háziiorvosi körzetekben is biztosítva legyen az orvosi ellátás. Ezek többnyire az egyéb szempontok szerint is hátrányosnak minősülő térségekben fordulnak elő. A 2006. év januárjában indult Praxisprogram I. keretében eddig 80 orvos lépett a rendszerbe, akik közül huszonhatan dolgoznak olyan vegyes és négyen dolgoznak olyan felnőtt körzetben, amely tartósan betöltetlen volt leghátrányosabb helyzetű (továbbiakban: LHH-s) kistérségben. A 2009. júniusában indult Praxisprogram II. keretében 105 orvos lépett be a rendszerbe, és szerezte meg ezáltal a jogosultságot a háziiorvosi tevékenység gyakorlására. A rendszer keretében 23 orvos (15 vegyes -, 8 felnőtt körzet) dolgozik LHH-s kistérségben, ezek közül 8 olyan orvost találunk, akik 'tartósan betöltetlen' körzeteket töltöttek be ilyen kistérségekben. A Praxisváltás Program keretében a Semmelweis Terv struktúra-átalakítással járó feladatai közül az egészségügyért felelős államtitkár egyedi döntése alapján egyszeri vissza nem térítendő támogatással segíti a fiatal pályakezdő háziorvosok pályára állítását, valamint az idős kollégák nyugdíjba vonulását. Az egészségügyi ellátórendszerben ez az egyik jó példa a nemzedékek közötti együttműködés elősegítésére. Az OALI 2012-ben 300.000.000 Ft összértékben írt ki pályázatokat praxisjog vásárlására és háziiorvosi- rendelő eszközfejlesztésre. A pályázatok benyújtási határideje 2012.09.30-án lezárult, a beérkezett pályázatokat a bíráló bizottság elbírálta. A beérkezett pályázatok alapján az OALI praxisjog vásárlására 236.920.620 Ft értékben köt támogatási szerződéseket. Praxisjog vásárlására összesen 78 db pályázat érkezett, melyekből 67 db (57 felnőtt, 6 vegyes, 4 gyerek körzet) felelt meg a feltételeknek, ezeket a bizottság teljes körűen támogatta. *A támogatható pályázatoknak a 25%-a érintett hátrányos helyzetű kistérség területén elhelyezkedő praxist.*

A 2012. évben elindult *Svájci-Magyar Együtműködési Program* keretében, Észak-Alföld és Észak-Magyarország régiókban 24 alapellátási praxis bevonásával 4 praxisközösség kerül kialakításra (Berettyóújfalu, Jászberény, Borsodnádásd, Heves központokkal). A program célja a megelőzésre és a krónikus betegségben szenvedők gondozására összpontosító, közösségi orientációjú, a helyi közösségeket – különösen a roma lakosságot – bevonó egészségügyi alapellátási modell kidolgozása és tesztelése a helyi és nemzetiségi önkormányzatokkal, helyi egészségügyi és szociális szolgálatokkal és orvosi karokkal való szoros együttműködésben, továbbá a tapasztalatok alapján ajánlások kidolgozása az országos egészségpolitika számára. A program megvalósítása folyamatban van.²

A *TÁMOP 6.1.4 Koragyermekkor (0-7 év) kiemelt projekt* a 0-7 éves gyermek korosztály – kiemelten a hátrányos helyzetű gyermekek – optimális bio-pszichoszociális fejlődésének támogatását célozza meg a gyermek-egészségügyi alapellátás fejlesztése révén. A konstrukció középpontjában, mint közvetlen célcsoport az egészségügyi alapellátás (védőnői szolgálat, házi gyermekorvos, gyermekeket is ellátó háziorvos), illetve a gyermekek szülei állnak. A cél javítani azokat a feltételeket, amelyekkel a gyermek-egészségügyi alapellátás a szakmai elvárásoknak megfelelően képes a gyermekek optimális egészségi állapotának elérését a jelenleginél egységesebben, korszerűbben és eredményesebben, objektív, mérhető módon segíteni, különös tekintettel a valamilyen okból speciális szükségletű, hátrányokkal küzdő gyermekekre, családjaikra. A kiemelt projekt a fennálló intézményrendszer hiányosságaiból, működési jellemzőiből fakadó problémák enyhítésére, megszüntetésére törekszik, valamint olyan újszerű, modellértékű fejlesztéseket tervez, melyek javítják a jelenlegi szolgáltatások minőségét.

A projektben a tervek szerint egységes, korszerű ismertek és módszerek kidolgozása és átadása történik a gyermek-egészségügyi alapellátás szakemberei, illetve a szülők számára a 0-7 éves gyermekek fejlődését nyomon követő, és a fejlődést támogató egységes, korszerű, nemzetközi ismereteken alapuló módszertani háttér fejlesztése és elemzések készítése, ezen belül elsősorban a gyermekek fejlődését akadályozó rizikó és védő tényezők beazonosításának, valamint a fejlődési problémák korai életkorban történő felismerésének elősegítése révén. A program a 0-7 éves korosztály optimális fejlődéséhez-, gondozásához, neveléséhez szükséges szülői tájékoztatást biztosít a szülők jártasságának növelése érdekében, különös tekintettel a hátrányos helyzetű- és halmozottan hátrányos helyzetű gyermeket nevelő családokra, az alulképzettek, a megértési problémákkal küzdőkre. A szülői ismeretek átadásával a projekt célja, hogy tudatosítsa az első évek fontosságát és az ezzel kapcsolatos szülői felelősséget³.

2. A társadalmi felzárkózásért felelős államtitkár arról tájékoztattott, hogy a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról szóló 1997. évi XXXI. törvény (a továbbiakban: Gyvt.) révén az állam a gyermekek alapszükségletekhez és a különböző szolgáltatásokhoz való hozzáférését a jogszabályban is nevesített ellátási formák, szolgáltatások útján biztosítja. A Kormány elkötelezett a gyermekek napközbeni ellátásai, különösen a bölcsődei és a családi napközi férőhelyeinek fejlesztése iránt. Több olyan ösztönző intézkedést is tett, amelyek a napközbeni ellátások minél szélesebb körben történő elterjesztésére irányultak.

² Projektgazda a Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet; konzorciumi partnerek Debreceni Egyetem, Pécsi Tudományegyetem, Szegedi Tudományegyetem, Semmelweis Egyetem, Országos Egészségbiztosítási Pénztár, Magyar Általános Orvosok Tudományos Egyesülete, Magyar Védőnők Egyesülete; megvalósítás időszaka: 48 hónap, 2012. év II. félévi indítással.

³ Projektgazda a Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet; konzorciumi partner az Országos Tisztifőorvosi Hivatal megvalósítás időszaka: 2012. II. félév - 2014. IV. negyedév.

A gyermekek napközbeni ellátását nyújtó intézmények, valamint szolgáltatások fejlesztésére és kapacitásainak bővítésére az Új Széchenyi Tervben áll rendelkezésre pályázati forrás. A Regionális Operatív Program (ROP) keretében „szociális alapszolgáltatások és gyermekjóléti alapellátások infrastrukturális fejlesztései” elnevezéssel jelentek meg pályázati felhívások (2007-2013-as Akcióterv időszaka). Az intézkedések célja, hogy azokon a településeken, ahol nincs a 3 éven aluli gyermekek számára ellátás bölcsődében, vagy családi napköziben, illetve kevés a rendelkezésre álló férőhely, ott új beruházásokkal, bővítésekkel biztosítsa a szolgáltatást. Fontos cél továbbá a meglévő férőhelyek korszerűsítése is. A gyermekek napközbeni ellátásának további fejlesztése a 2014-2020-as Akcióterv időszakában is fő prioritás lesz, ezen belül is különösen a leghátrányosabb helyzetű kistérségekben lévő gyermekek minél korábbi életkorban történő megsegítése. *A gazdasági válság következtében más országokhoz hasonlóan Magyarországon is nőtt a gyermekszegénység és a gyermekszegénységen belül is jelentős nagyságrenddel vannak jelen a kisgyermeket nevelő családok.* Sok családban a nők visszatérése a munkaerő-piacra megélhetési kérdés, ennek gyermekelhelyezést biztosító szolgáltatásokkal történő segítése komoly eszköz a hátrányos helyzet okozta kockázatok megelőzésében, mérséklésében. Akadályozza a szegénység újratermelődését a kisgyermek első életéveiben a gyermekellátás igénybevétele – az egyénhez igazított gondozás, a tapasztalást, tanulást serkentő környezet, a gyermek szükségleteit értő szakemberek – csökkenti a hátrányos helyzet esetleges negatív hatását a gyermek fejlődésére, és pozitívan befolyásolja az iskolai előmenetelt, valamint később a felnőtt életben való érvényesülést.

Részletes tájékoztatást kértem továbbá a következőkről:

- a Biztos Kezdet Gyerekház hálózat 2010-ben célul tűzött átalakítása (a területi célzás, a komplexitás, a célcsoport bevonása vonatkozásában) milyen eredménnyel zárult; az átalakítás alatt milyen szakmai irányítással, hogyan történt a pályázatok elbírálása és a projektek monitoringja;
- hol működnek ma Gyerekházak - amennyiben elérhető arra vonatkozóan statisztika, hány család/gyermek került gondozásra a programban; van-e utánpótlás;
- miként valósul meg az a célkitűzés, hogy 2013-ra a meglévőkön túl több mint 120 helyen jöhet létre Gyerekház;
- hogyan biztosítja az állam a Gyerekházak – nem uniós forrástól függő – hosszútávú működését;
- van-e kormányzati szakpolitikai szándék arra vonatkozóan, hogy az állami szociális-és egészségügyi ellátórendszer mellett kvázi önálló rendszerként, „párhuzamosan” működő Gyerekházak hálózatát azzal összehangolják?

Mindezek vonatkozásában az államtitkár arról tájékoztatott, hogy a *Nemzeti Társadalmi Felzárkózási Stratégia* 2012-2014-ig tartó időszakra szóló intézkedési tervének I. „A gyermek jól-lét területét érintő feladatok” intézkedéscsoport 1. és 2. pontjának megfelelően a *TÁMOP 5.2.1. „Gyerekesély program országos kiterjesztésének szakmai-módszertani megalapozása és a program kísérése”,* valamint a *TÁMOP 5.2.3. „Integrált térségi programok a gyerekek és családjaik felzárkózási esélyeinek növelésére”* konstrukciók keretei között valósul meg az *új Biztos Kezdet Gyerekház* szolgáltatások létrehozása a leghátrányosabb helyzetű kistérségekben. Az így, illetve a *TÁMOP 5.2.2. „A korai beavatkozást középpontba helyező Biztos Kezdet programok elterjesztése országos szinten, kiemelt figyelemmel a leghátrányosabb helyzetű kistérségekre”* 2008-ban és 2010-ben megjelent konstrukciók keretei között létrehozott Gyerekházak fenntarthatóságának biztosítása megkezdődött hazai költségvetési forrásból. A Biztos Kezdet Gyerekházak annak a beavatkozási folyamatnak a kulcsfontosságú kezdő pontjai,

amely a hátrányos helyzetű gyermekek/családok felzárkózása érdekében nyújtanak segítséget. Céljuk, hogy a mélyszegénységben élő, többségében roma származású, súlyos szocializációs hiányokkal küzdő kisgyerekek a későbbi fejlődésük szempontjából legfontosabb korai életszakaszban segítséget kapjanak a készségeik és képességeik kibontakozásához, amely elengedhetetlenül szükséges későbbi óvodai beilleszkedésükhöz és iskolai sikerességükhöz.

A 2009-ben, 2011-ben és 2012-ben megjelent „Integrált térségi programok a gyerekek és családjaik felzárkózási esélyeinek növelésére” (TÁMOP 5.2.3.) konstrukció komplex fejlesztéseket eszközölt, melyek a „Legyen jobb a gyermekeknek!” Nemzeti Stratégia (2007), valamint a Nemzeti Társadalmi Felzárkózási Stratégia (2011) fő irányait, célterületeit követik a helyi szükségletekre alapozva, minden gyerek- és ifjúsági korcsoport bevonására törekedve. A fejlesztések fő irányai: egészségügyi prevenció erősítése, szűrések, Biztos Kezdet Gyerekházak indítása a leghátrányosabb helyzetű területeken élő kisgyerekes családok számára, fiatalok közösségi, szabadidős és sportprogramjai, iskolai felzárkózást segítő programok, információs pontok működtetése a kistelepüléseken, pályaaorientáció támogatása stb. A pályázati programban részt vevő kistérségek helyi közösségei - gyermekek és szülők, pedagógusok és más szakemberek, civil szerveződések és egyházak - partneri együttműködésben több elemű, összehangolt kistérségi programokat indítanak el. A programok eredményeként 10 évre szóló gyerek- és ifjúsági stratégia, valamint ehhez kapcsolódó cselekvési terv és forrástérkép is készül.

A Gyerekesély programot három körben írták ki, az így elérhető gyerekek száma 17 ezer fő körül várható.

A program keretében az előző ciklusban tervezett 10 LHH kistérség helyett összesen 26 térség támogatására kerülhet sor. A kistérségek pályázati programjuk kidolgozásához a TÁMOP 5.2.1. konstrukció keretei között szakértői segítséget kaptak. Több alkalommal sor került a projekt régiós teamjeinek jelzése és egyeztetése alapján egész napos kihelyezett műhelyek megszervezésére helyi szakemberek meghívásával. A Biztos Kezdet Gyerekházak megvalósításának feltételeivel kapcsolatban a helyi szakemberek (védőnők, óvónők, stb.) kora gyerekkor szakértőkkel konzultálhattak. Emellett a helyi döntéshozók és a roma nemzetiségi önkormányzat képviselői szakértői műhelyeket tartottak. A komplexitás a helyi programokban a helyi igényekhez és szükségletekhez igazodó projekttervezésben és megvalósításban is központi cél maradt. Egyidejűleg a közoktatás és foglalkoztatás, közösségi programok és egészségügy prioritásai is bekerültek a projektekbe a helyi szükségleteknek megfelelő hangsúlyokkal.

A program 2012. évi pályázati fordulója a 15 LHH kistérség számára került kiírásra. A térségek kiválasztása a gyerekekkel kapcsolatos kedvezőtlen mutatók alapján történt (rendszeres gyermekvédelmi kedvezményben részesülők, térségi fiatalodási index, 0-5 évesek száma). 2012-ben a pályázatok benyújtására szeptember 1-jéig volt lehetőség. Az egy pályázó által elnyerhető összeg: 400-600 millió Ft volt. A projektek időtartama 24 hónap. (Várható befejezés: 2015. I. félév.) A szakmai módszertani támogatást a térségek számára a TÁMOP 5.2.1. kiemelt projekt biztosítja⁴. A külső monitoring folyamatot a Magyar Tudományos Akadémia⁵ végezte 2011-től kérdőíves módszerrel, melynek kiterjesztése és frissítése folyamatos: a jelenlegi projektszakaszban is zajlik. A belső monitoring folyamat a pályázati időszak végéig és a fenntartási időszakban is működik a központi program irányításával, mentorálás formájában.

⁴ A nyertesek listája megtalálható a Nemzeti Fejlesztési Ügynökség honlapján (<http://www.nfu.hu/content/58>). Határidőre 15 kistérség nyújtotta be a pályázatot, amelyek bírálata 2012 októberében lezajlott a 2007-2013 programozási időszakban az Európai Regionális Fejlesztési Alapból, az Európai Szociális Alapból és a Kohéziós Alapból származó támogatások felhasználásának rendjéről szóló 4/2011. (I. 28.) Korm. rendelet alapján. A pályázatok elbírálásában az Irányító Hatóság és az illetékes minisztérium, illetve az ESZA Nonprofit Kft. vett részt.

⁵ <http://gyerekesely.tk.mta.hu/>

A TÁMOP 2011. évi jelentése alapján az 5.2.2. „Biztos Kezdet programok elterjesztése” című konstrukció, amelynek célja Biztos Kezdet Gyerekházak létesítése – 2 441 fő gyereket vont be a Gyerekházak szolgáltatásaiba. A korábbi évekkel együtt a Gyerekházakban megforduló összes gyerek száma 2012.1. negyedév végén 4 237 fő. *Jelenleg 41 önkormányzati fenntartású Gyerekház működik az országban.* A Gyerekházak 2012. évi munkájáról szóló szakmai beszámolók szerint a Biztos Kezdet Gyerekházak 602 fő rendszeresen járó gyermeket vállaltak támogatási igényük benyújtásakor, rendszeresen 687 fő gyereket fogadtak, így több mint 10%-kal túlteljesítették vállalatukat.

Utánkövetést a szociális munka, illetve a gyermekvédelem fogalma szerint jelenleg nem végeznek a Gyerekházak, azonban az értékelés során vizsgálják a Gyerekházak célcsoportra kifejtett hatását. A Gyerekházaknak emellett a pályázatokban szereplő létszámra vonatkozó indikátorok teljesítéséről folyamatosan gondoskodniuk kell. Tapasztalatok szerint gyakori, hogy a családoknál született újabb gyermek révén a család a Gyerekház látogatója marad, a nagyobb gyerekek pedig óvodába lépnek, de alkalmanként megjelennek, ha fontos fordulóponthoz érkeznek (például, amikor elvégzik az első osztályt, vagy egyéb iskolai sikerek esetén). *Jelenleg 47 Biztos Kezdet Gyerekház működik az országban és további 60 indításával számolnak.*

A Gyerekházak uniós forrástól független működésének biztosítása megkezdődött: A Biztos Kezdet Gyerekház az első olyan uniós forrásból elindított felzárkózást segítő program, amelynek uniós fejlesztést követő fenntartását az állam rendszerszerűen garantálja egyrészt támogatással, másrészt jogi szabályozással. 2012-től a TÁMOP, valamint a Norvég Alapból végrehajtott fejlesztést lezáró Gyerekházak további működését első ízben biztosította központi költségvetési forrás a Magyarország 2012. évi központi költségvetéséről szóló 2011. évi CLXXXVIII törvény 5. mellékletének 11. pontja alapján. Az ebben kapott felhatalmazás alapján született meg a 13/2012. (VIII. 13.) EMMI rendelet a Biztos Kezdet Gyerekházak támogatása igénylésének, döntési rendszerének, folyósításának, felhasználásának, elszámolásának és ellenőrzésének részletes szabályairól.

Magyarország 2013. évi központi költségvetéséről szóló 2012. évi CCIV. törvény 77. § (2) bekezdés k) pontja – a 2012. évihez hasonlóan – felhatalmazást ad a társadalmi felzárkózásért felelős miniszternek a 2013. évi finanszírozási rendelet megalkotására. Ez alapján jelent meg 2013. március 5-én a 19/2013. (III. 5.) EMMI rendelet a Biztos Kezdet Gyerekházak támogatása igénylésének, döntési rendszerének, folyósításának, felhasználásának, elszámolásának és ellenőrzésének részletes szabályairól. A működés folyamatosságának biztosítása érdekében új elemként jelenik meg a rendeletben a támogatási előleg biztosítása azon települési önkormányzatok számára, amelyek 2012-ben önként vállalt feladatként Biztos Kezdet Gyerekházakat működtettek és hazai támogatásban részesültek. A támogatás keretében 2012-ben 189 millió Ft került felhasználásra, 2013-ban 293 millió Ft forrás áll rendelkezésre.

A Biztos Kezdet Gyerekház program szakmai tartalmának szabályozása a Gyvt. által történt meg, ezzel ezek rendszerbe illesztése is megkezdődött. A szolgáltatás a gyermekjóléti alapellátások között külön helyet kapott; a Gyvt. új 38/A. §-ában, a 162. § (2) bekezdésének 1) pontjában pedig felhatalmazást kapott az emberi erőforrások minisztere, hogy rendeletben szabályozza a Biztos Kezdet Gyerekház szakmai feladatait és működési feltételeit. *A finanszírozási rendelet alapján 2012-ben minden Biztos Kezdet Gyerekházat működtető igénylő megkapta a működéséhez szükséges támogatást,* amelyet az uniós projekt lezárását követően az uniós támogatással nem lefedett hónapokra lehetett igénybe venni. Összesen 41 Gyerekház részesült támogatásban, közel 189 millió Ft összegben.

A Gyerekházak működési támogatása a 2013. évben is biztosított, azonban 2014-re a jelenlegi finanszírozás átalakítását tervezik, amely egyszerre biztosítja a működés folyamatosságát, stabilizálja a szolgáltatás helyzetét, és ad teret a szakmai innovációnak.

Az LHH térségekben/szegregátumokban élő gyermekek egyenlő esélyű hozzáférése vonatkozó állami szerepvállalásra vonatkozó kérdésekre azt a választ kaptam, hogy a nemzeti köznevelésről szóló 2011. évi CXCV. törvény 46. § (3)-(4) bekezdése kifejezetten rögzíti a gyermek, tanuló azon jogát, hogy a nevelési-oktatási intézményben *étkeztetésben* részesüljön. A Gyvt. 2013. január 1-jével módosított 151. § (2)-(2a) bekezdésében foglaltak értelmében pontosan meghatározásra került, hogy a különböző típusú fenntartók milyen módon kötelesek biztosítani a gyermekétkeztetést. Ha a szülő (törvényes képviselő) eltérően nem rendelkezik, a nem állami fenntartó az általa fenntartott nevelési-oktatási intézményben, a települési önkormányzat az általa fenntartott óvodában és a közigazgatási területén az állami intézményfenntartó központ által fenntartott nevelési-oktatási intézményben, a fenntartó az egyéb állami fenntartású intézményben a gyermekek és a tanulók számára az óvodai nevelési napokon, illetve az iskolai tanítási napokon biztosítja a déli meleg főétkezést és a két további étkezést. Továbbá a jogszabály lehetőséget biztosít arra is, hogy az étkeztetést biztosító önkormányzat, amennyiben a közigazgatási területén kívül eső gyermekek, tanulók számára is biztosítja az étkeztetést, a gyermek, tanuló lakóhelye szerinti önkormányzattól hozzájárulást kérjen.

Összességében tehát, a fentebb hivatkozott esetekben *minden köznevelési intézménybe járó gyermek, tanuló esetében, ha a szülő másként nem rendelkezik, biztosítani kell a gyermekek számára az étkeztetést, egy fő- és két további étkezés formájában, függetlenül attól, hogy az adott gyermek az étkeztetésre kötelezett önkormányzat közigazgatási területéről érkezik, avagy sem.*

A települési önkormányzatot a feladat (étkeztetés) ellátásához a Magyarország 2013. évi központi költségvetéséről szóló 2012. évi CCIV. törvénynek a helyi önkormányzatok általános működésének és ágazati feladatainak támogatását tartalmazó 2. melléklet II. 3. b) pontja alapján támogatás illeti meg, amelyet az ingyenes és kedvezményes gyermekétkeztetés biztosításához vehet igénybe. A támogatást az általa étkeztetett, óvodában, nappali rendszerű közoktatásban, továbbá a kollégiumi ellátásban részt vevő, a Gyvt. 151. § (5) bekezdése szerint rendszeres gyermekvédelmi kedvezményben részesülő gyermekek, tanulók után veheti igénybe a települési önkormányzat, akik számára ingyenes étkeztetést biztosít, továbbá akik számára 50%-os normatív étkezési térítési díj-kedvezmény biztosított (így a tartósan beteg, vagy fogyatékos gyermekek, tanulók után is igénybe vehető a támogatás).

A Kormány – annak érdekében, hogy ne legyen ellátatlan gyermek – az elmúlt években a gyermekétkeztetés normatív kedvezménye mértékét fokozatosan (68 000 Ft-ról 102 000 Ft-ra) felemelte és egyre nagyobb jogosultti körre terjesztette ki. *Ingyenes étkeztetésre* azok a bölcsődés és óvodás korú gyermekek, valamint az általános iskola 1-8. osztályába járó diákok jogosultak, akik rendszeres gyermekvédelmi kedvezményben részesülnek. 50%-os mértékű kedvezményes étkezésre jogosultak az ennél idősebb, 9-13. évfolyamon tanuló, rendszeres gyermekvédelmi kedvezményben részesülő diákok; valamint azok a bölcsődés, óvodás és iskolás gyermekek is, akik rendszeres gyermekvédelmi kedvezményre nem jogosultak, de tartósan betegek, fogyatékosok, illetve 3 vagy több gyermeket nevelő családban élnek.

A bölcsődések száma mintegy 32 ezer, melyből a gyermekek közel 100%-a, az óvodások száma mintegy 330 ezer, melyből a gyermekek 93,5%-a, az általános iskolások száma mintegy 900 ezer, melyből a gyermekek 61,5%-a, a középiskolások száma mintegy 550 ezer, melyből a tanulók 15%-a veszi igénybe a közétkeztetést. Megvalósult és kiszélesedett a *nyári gyermekétkeztetési* program, amely a hátrányos helyzetű gyermekek nyári étkeztetését biztosítja. Az elmúlt években erre külön forrást biztosított a kormányzat. A rendelkezésre bocsátott

keretösszeg fokozatosan növekedett. 2011-ben a Kormány 2,4 milliárd Ft-ot költött ezen célra, és mintegy 136 ezer rászoruló gyermek étkeztetését sikerült megoldani a nyári iskolai szünet alatt. A gyermekszegénység elleni program keretében nyári étkeztetésre a 2012. évi költségvetés ugyancsak 2,4 milliárd Ft előirányzatot biztosított. Az előirányzat a rászoruló gyermekek nyári étkeztetését biztosító települési önkormányzatok feladatellátásának támogatására szolgál. Az előirányzatból támogatást az a települési önkormányzat igényelhet, amely vállalja, hogy a nyári időszakban a rendszeres gyermekvédelmi kedvezményben részesülő gyermekek számára étkeztetést biztosít. Emellett a rendszeres étkeztetés a 13/2012. (VIII.13.) EMMI rendelet alapján már a Gyerekház programokban résztvevők számára is biztosított: a Gyerekházak működtetésének megszervezése céljából az önkormányzatok számára nyújtott támogatás akkor vehető igénybe, ha támogatás időtartama alatt a résztvevőknek rendszeres étkeztetést biztosítanak.

3. Az Országos Tisztifőorvosi Hivatalon (továbbiakban: OTH) keresztül az országos védőnőtől elsősorban arról kértem tájékoztatást, hogy

- ütközik-e akadályokba a gyermekek egyenlő hozzáférése az alapvető ellátáshoz, különösen az LHH térségekben, szegregátumokban;
- milyen típusú betegségekkel, tünetekkel, egészségügyi problémákkal találkoznak az LHH térségekben dolgozó védőnők; tapasztalnak-e összefüggést (nemcsak az LHH térségekben) a lakhatási körülmények és a gyermek egészségállapota között; az egészségügyi szakellátás hozzáférhető-e az arra rászoruló kisgyermek számára; ha nem, milyen problémákkal találkoznak;
- az LHH térségekben hány gyermek ellátása jut egy védőnőre, s milyen nehézségekkel találkoznak az ellátás során;
- gyermekvédelmi jelzés érkezett-e védőnőktől a tavalyi év során a gyermekek vonatkozásában elhanyagolás/bántalmazás, más ok miatt;
- a tudatos családtervezés, a „pozitív szülőségről” szóló ismeretek, tájékoztatók részét képezik-e a védőnői munkának, ha igen, milyen módszertan/protokoll alapján és milyen tapasztalatokkal?

A tájékoztatást a területi védőnői éves jelentés, valamint az elmúlt években történt országos védőnői szakfelületei vizsgálatok adatai alapján állították össze. A területi védőnői jelentés online történik, ezért sikerült a 33 leghátrányosabb kistérségbe tartozó körzetekre vonatkozóan leválogatni a rendelkezésre álló 2011. évi adatokat.

A területi védőnői ellátáshoz való hozzáférést meghatározza a védőnői ellátás biztosítása (személyi, tárgyi, működési feltételek), továbbá a védőnői ellátás igénybevétele, illetve igénybevételeének lehetősége, a szükséges ellátásban való részesülés. *2011-ben a szervezett területi védőnői állások száma Magyarországon 4001, ebből 3763 (94,1%) betöltött állás volt. A 33 LHH kistérségbe tartozó körzetekben a szervezett állások száma 529, a betöltött 471 (89%) volt. A betöltetlen, a helyettesített és tartósan helyettesített körzetekben a védőnő – kapacitás hiányában – kevésbé tud jelen lenni, amely kihat a megelőzésre, a korai észlelésre, a gyermekek állapotának követésére irányuló ellátás minőségére és eredményességére.*

Kortól függően a 0-6 éves gyermekek 93-99%-a van védőnői nyilvántartásban. A területi védőnői jelentésben 2005-től kell jelenteni azokat az év folyamán megszült anyákat, akik védőnői várandós gondozásban bármilyen okból, – külföldi tartózkodásból tértek haza, vagy csak magánorvosi ellátást vettek igénybe – nem részesültek. Számuk 2005-ben 599 fő (0,6%), míg 2011-ben 558 fő (0,7%) volt. A 33 LHH kistérségben, 2011-ben az év folyamán szült anyák száma 8119 volt, ebből 56 (0,7%) nem volt védőnői gondozásban.

Az elveszültek számának 98-99%-a jelenik meg a védőnői nyilvántartásba. Egy éves korban 97-98% (a kiesés: ~2237 fő), 3 éves korban 95-97% (a kiesés: ~ 4156 fő), 5 éves korban 93% van védőnői nyilvántartásban (a kiesés: ~ 6479 fő). 2007-ben a védőnői szakfelügyelet vizsgálta a három hónapnál hosszabb ideje ismeretlen helyen tartózkodó területi védőnők által nyilvántartott gondozottak számát: összesen 2067 főt. A megoszlás az alábbiak szerint alakult:

- várandós anyák száma: 33 fő;
- 0-11 hónapos csecsemők száma: 75 fő;
- 12-35 hónapos kisdetek száma: 442 fő;
- 3-6 éves gyermekek átlagos száma: 1375 fő;
- az oktatási intézménybe nem járó 7-18 éves fiatalok száma: 142 fő.

Ezek az adatok is arra hívják fel a figyelmet, hogy fontos tudatosítani a szülőknél, jelezzék, ha tartósan elutaznak, illetve ha elköltözik, de felhívja a figyelmet arra, is, hogy a gyermekek ellátásában közreműködőknek – a jelzőrendszer tagjainak – fontos e tekintetben is érdeklődni és együttműködni.

2011 decemberében a gondozott családok száma országosan 525.843 volt. Védőnői ellátást (látogatást és tanácsadást) nem igénylő családok száma 401 volt. A 33 LHH kistérségben 52.254 család él és ebből csupán 25 nem igényelte a védőnői ellátást. A védőnői látogatást nem, de tanácsadást igénylő családok száma 462 volt országosan, míg a 33 LHH kistérségben 16 volt.

A területi védőnő feladata a gyermekjóléti szolgálat és a háziorvos írásos értesítése, ha a törvényes képviselő a területi védőnői ellátás (a családlátogatás) igénybevételét megtagadja. A védőnői szakfelügyelet 2010. I. félévére vonatkozóan – többek között – ennek megvalósulását is vizsgálta. A vizsgálatban a védőnői ellátás elutasítása 328 gyermeket érintett, akik közül 290 gyermek (88,4%) gondviselője kapott tájékoztatást a védőnői ellátásról és a gondozási tervre. 142 gyermek esetében (43,3%) az elutasítás kizárólag a családlátogatásra, 174 gyermek esetében (53,0%) pedig a családlátogatásra és a védőnői tanácsadásra egyaránt vonatkozott. Az érintett 328 gyermekből 215 esetében (65,5%) jelezte ezt a tényt a védőnő a gyermekjóléti szolgálatnak.

A területi védőnő feladata a 0-4 napos életkorban elvégzendő szűrővizsgálatok meglétének ellenőrzése, a törvényes képviselő tájékoztatása az életkorhoz kötött – külön jogszabályban meghatározott – kötelező vizsgálatokról, valamint a számára előírt vizsgálatok elvégzése a módszertani ajánlások alapján és az észlelt eltérésről a házi gyermekorvos, illetve a háziorvos írásban történő értesítése. Az 51/1997. (XII. 18.) NM rendelet 4/A.§ (2) szakasza írja elő 2009. szeptemberétől a szülők írásos értesítésének kötelezettségét a védőnői vizsgálat esedékességéről, jelentőségéről, helyszínéről és időpontjáról, valamint annak elmulasztásának a gyermek egészségi állapotára vonatkozó lehetséges következményeiről. A védőnői szakfelügyelet 2010. első félévi vizsgálatában a szűrésre kötelezett gyermekek 71,6 %-ának (28.8164 fő) gondviselője kapott írásos értesítést a szűrővizsgálat jelentőségéről, esedékességéről. 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 határozza meg az életkorhoz kötött szűrővizsgálatok rendjét. Fontos, hogy az életkorhoz kötött védőnői, majd azt követő orvosi szűrővizsgálatok az adott életkor betöltéséig megtörténjenek.

A területi védőnői ellátásról szóló 49/2004. (V. 21.) ESzCsM rendelet 3. §. dd) szakaszában foglaltak szerint a védőnői vizsgálatokat a módszertani ajánlások alapján kell végezni. Nevesített, egységesen alkalmazandó módszertani ajánlás azonban nincs. Ezt mutatják a védőnői vizsgálatok során felhasznált módszerek (többet is megjelöltek):

- a) Saját szakmai tapasztalat alapján: 1382 körzet (34,7%)
- b) Lóczy fejlődési táblázat alapján: 858 körzet (21,5%);

- c) OGYEI Módszertani levél fejlődési skála alapján: 3008 körzet (75,5%)

A védőnői szakfelügyelet 2010. első félévében vizsgálta a szűrővizsgálatok teljesülését is, ekkor a nyilván tartott szűrésre kötelezett, otthon gondozott 0-18 évesek 94,1%-ánál teljesült a védőnői szűrővizsgálat. *Az életkor betöltéséig azonban a szűrővizsgálat a gyermekek 67,7%-ánál teljesült.*

A lakóhely szerint illetékes területi védőnő a jogszabályban leírt védőnői szűrővizsgálatokról védőnői tájékoztatót (igazolást) állít ki két példányban, amely tartalmazza a védőnői szűrővizsgálatokat, azok eredményét, értékelését, a javasolt teendőket és a védőnő aláírását, ezzel vállalva a felelősséget a leírtakért. A védőnő az egyik tájékoztatót (igazolást) a szülőnek adja, a másikat, a szülővel aláíratva megtartja. A 2010. első félévi vizsgálat idejében életkorhoz kötött szűrővizsgálatban részesített 379.079 gyermekek 96,9%-ánál (367.326 fő esetében) a gondviselő számára kiadásra került a 'Védőnői tájékoztató' (igazolás) a szűrés elvégzéséről. A területi védőnői ellátásról szóló 49/2004. (V. 21.) ESzCsM rendelet 3. §.dd) szakasza írja elő házi gyermekorvos, illetve a háziorvos írásos értesítését az észlelt eltérésről. A vizsgálatban a védőnők 24.729 gyermek (6,5 %) esetében észleltek elváltozást. A házi gyermekorvos/háziorvos értesítése 18076 gyermek (73,1 %) vonatkozásában történt meg. Ez 6603 házigyermekorvost/háziorvost jelentett.

A „kiszűrt” gyermekek követése vonatkozásában azt a tájékoztatást kaptam, hogy a hivatkozott védőnői szakfelügyeleti vizsgálatban a szűrővizsgálatok során a „kiszűrt” gyermekek (247.29 fő) tekintetében vizsgálták azt is, hogy mi történt velük. A területi védőnő tudomása a kiszűrt gyermekekkel kapcsolatban az alábbi volt:

- a) nem történt szakorvosi vizsgálat, mert a gyermeket ellátó házi gyermekorvos, háziorvos nem tartotta szükségesnek: 5847 fő (23,6%)
- b) nem történt szakorvosi vizsgálat, mert a szülő nem vitte el: 2450 fő (9,9%)
- c) szakorvosi vizsgálat megtörtént, nem igazolódott fejlődési zavar 3625 fő (14,7%)
- d) szakorvosi vizsgálat megtörtént, fejlődési probléma igazolódott, fejlesztése folyamatban van: 9086 fő (36,7%)
- e) szakorvosi vizsgálat megtörtént, fejlődési probléma igazolódott, de kapacitás hiányában nem kap ellátást: 347 fő (1,4%)
- f) *nem volt információ a további ellátásról: 3374 fő (13,6%)*

A szakfelügyeleti vizsgálat rávilágított arra, *hogy fokozott figyelmet, szervezést szükséges végezni, annak érdekében, hogy az életkor betöltéséig minél nagyobb arányban történjenek meg az életkorhoz kötött szűrővizsgálatok, a korai észlelés-jelzés.* Fontos követni és mindent megtenni – együttműködve a gyermekvédelemmel – hogy a gyermekek a szükséges ellátást igénybe vegye, illetve legyen lehetősége igénybe venni.

Az életkorhoz kötött kötelező védőoltások teljesülése vonatkozásában az országos védőnő elmondta, hogy a területi védőnő feladata a családok tájékoztatása az életkorhoz kötött védőoltások fontosságáról, a védőoltások szervezése, nyilvántartása, jelentése a külön jogszabályban, módszertani levélben foglaltak szerint.

A 2011. évre vonatkozó Védőoltási Módszertani Levélben előírt, jelentendő korcsoportok átoltottsága a folyamatos oltások tekintetében a fővárosban és 19 megyében meghaladta a 99%-ot. Borsod-Abaúj-Zemplén és Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében a négyhónapos korban esedékes DTPa+Hib+IPV védőoltás átoltási üteme lassú: 5 hónap szükséges a 98% feletti átoltottság eléréséhez. Igen lassú átoltási ütem tapasztalható Borsod-Abaúj-Zemplén és Pest megyében a 18 hónapos korban esedékes DTPa+Hib+IPV védőoltásnál is, ahol 6 vagy annál több hónap szükséges a 98% feletti átoltottság eléréséhez. A 6 éves korban esedékes DTPa+IPV oltások 98% feletti teljesítését két területen (Budapest és Pest megye) 6 vagy annál több hónap

alatt érték el. Az előző évekhez hasonlóan a folyamatos oltások átoltási üteme Borsod-Abaúj-Zemplén megyében volt a legkedvezőtlenebb.

Az egy gondozottra jutó védőnői látogatás átlagos számára vonatkozó kérdésekre azt a tájékoztatást kaptam, hogy a területi védőnő feladata a törvényes képviselővel előzetesen egyeztetett gondozási terv alapján a családlátogatás, védőnői tanácsadás keretében célzott és szükséglet szerinti gondozás végzése, továbbá a harmonikus szülő-gyermek kapcsolat kialakulásának, a gyermek nevelésének és szocializációjának segítése, valamint a gyermek fejlődéséhez igazodóan az egészséges életmódhoz szükséges ismeretek nyújtása. A védőnői családlátogatás a gondozott személyek családjának, környezetének megismerésére, nyomon követésére, az egészségi állapotra ható pozitív és negatív tényezők feltárására, a kedvezőtlen tendenciák korai észlelésére, az egészséges kiegyensúlyozott családi élet támogatására szolgál. A területi védőnő által kötelezően felajánlott családlátogatások gyakoriságát jogszabály határozza meg az alábbiak szerint:

- *Várandós anya*: a várandósság ideje alatt legalább 4 alkalommal, (ebből az első látogatás a gondozásba vétel után 2 héten belül), fokozott gondozást igénylők esetén havonta egy alkalommal és szükség szerint;
- *Újszülött, csecsemő*: a hazaadást követő 48 órán belül – szombat, vasárnap vagy munkaszüneti nap esetében az azt követő első munkanap –, majd ezt követően az első 6 hétben legalább hetente;
- *Csecsemő* (6 hét –1 éves kor között): havonta, fokozott gondozást igénylők esetében havonta és szükség szerint;
- *1-3 éves korú kisdéd*: évente legalább 6 alkalommal, fokozott gondozást igénylők esetében évente legalább 6 alkalommal és szükség szerint;
- *3-6 éves korú kisgyermek – ha nem jár közösségbe*: évente legalább 4 alkalommal, beiskolázás előtt kötelezően; fokozott gondozást igénylők esetében évente legalább 4 alkalommal és szükség szerint, valamint beiskolázás előtt kötelezően; *ha közösségbe jár*: évente legalább 2 alkalommal, beiskolázás előtt kötelezően; fokozott gondozást igénylők esetében évente 2 alkalommal és szükség szerint, valamint beiskolázás előtt kötelezően;
- *Oktatási intézménybe nem járó tanköteles korú gyermek*: évente legalább 2 alkalommal, illetve szükség szerint.

Egy gondozottra jutó védőnői látogatás átlagos száma

	Országosan	33 LHH kistérségben
Várandós anya	4	6
0-11 hónapos csecsemő	15	18
12-35 hónapos kisdéd	3	6
3-6 éves kisgyermek	2	3

Egy fokozott gondozási igénylőre⁶ jutó védőnői látogatás átlagos száma:

	Országosan	33 LHH kistérségben
Várandós anya	4	6
0-11 hónapos csecsemő	15	18
12-35 hónapos kisdéd	6	7
3-6 éves kisgyermek	3	4

⁶ A védőnői nyilvántartásban a fokozott gondozottak besorolása az alapján történik, hogy a háttérben van egészségi, környezeti vagy mindkettő kategóriában veszélyeztető tényező.

Az adatok alapján megállapítható, hogy a 33 LHH kistérségben átlagosan több családlátogatást végeznek az egyes gondozottak csoportjában és a fokozott gondozást igénylők körében is.

Az egy gyermekre jutó védőnői tanácsadáson való megjelenések átlagos számára vonatkozóan pedig azt a tájékoztatást kaptam, hogy a védőnői tanácsadások rendjét a 49/2004. (V.21.) ESzCsM rendelet az alábbiak szerint írja elő:

- nők, várandós anyák részére tartott tanácsadás: legalább heti 1 alkalommal, minimum 2 órában;
- csecsemő-, gyermek-, ifjúsági tanácsadás: legalább heti 1 alkalommal, minimum 2 órában tartandó.

A védőnői tanácsadással szembeni elvárás, hogy ne csak felvilágosításból, tájékoztatásból, oktatásból álljon, hanem egy olyan interakció legyen, amely során a védőnő időt, figyelmet, elfogadó magatartást, légkört biztosít, hogy segítse a gondozott egyént, családot az egészséges életvitelben, a problémák feltárásában, megfogalmazásában és a megoldás lehetőségeinek megtalálásában. Alapvetővé vált, hogy a gondozott személy kapja meg a döntéséhez szükséges ismereteket. Szükség esetén fontos megbeszélni a szükségletek előnyét, hátrányát, lehetőségét és veszélyeit.

Egy gondozottra jutó védőnői tanácsadáson való megjelenések évi átlagos száma

	Országosan	33 LHH kistérségben
Várandós anya	5	6
0-11 hónapos csecsemő	5	6
12-35 hónapos kisdéd	1	2
3-6 éves kisgyermek	1	1

Az adatok alapján megállapítható, hogy a 3-6 éves korú gyermekek kivételével a 33 LHH kistérségben egy gondozottra jutó védőnői tanácsadáson való megjelenések száma magasabb az országos adatokhoz képest.

Az LHH térségekben dolgozó védőnők által tapasztalt betegségekkel, tünetekkel, egészségügyi problémákkal kapcsolatos kérdéshez a rendelkezésre álló területi védőnői adatokból a fokozott gondozottak száma; a fokozott gondozás indoka; a dohányzás (várandós anyák, családok körében); a koraszülöttek, az intrauterin retardáltak, a fejlődési rendellenességgel születettek száma, aránya, az 1., 3., 5 éves korban végzett vizsgálatok során az észlelt elváltozások, a gyermekelhanyagolás, gyermekbántalmazás, valamint a védőnői intézkedések utalnak a gyermekek állapotára, helyzetére. (lásd 1. sz. melléklet)

Védőnői intézkedések száma 2011-ben a 33 LHH kistérségben 5724, országosan 33196 esetben történt. Az adatok többsége arra enged következtetni, a 33 LHH kistérségben a gyermekek veszélyeztetettsége magasabb, egészségi állapota rosszabb.

A tájékoztatás szerint a hátrányos kistérségben, hátrányos helyzetű családokkal, gyermekek helyzetével kapcsolatban gyakran előforduló legjellemzőbb problémák a következők:

A családtagok iskolázottságával, szociokulturális magatartásával kapcsolatban: iskolázatlanság, kulturálatlan magatartás; egészségügy ismeretek, családtervezési ismeretek, háztartásvezetési ismeretek hiánya; értékrend vesztes, megváltozott szülői szerepek; szülői minták, problémamegoldó képesség, kommunikáció hiánya a családon belül; a szülők rövid ismeretség után felkészületlenül vállalnak gyermeket; a családokon belül a védő-, óvó-, egymást segítő-, támogató funkció egyre kevésbé tapasztalható; szülők, nagyszülők közötti feszült viszony gyakori; tanulók társaikkal szemben tanúsított agresszív magatartása; kisgyermekkel egy légtérben való dohányzás, várandós dohányzása; az egészségkárosító magatartás, beszűkült

tolerancia; családon belüli deviáns magatartás; fiatalok dohányzása, alkoholfogyasztása gyakori; az Internet felelőtlen használata a gondozottak körében – helytelen információk felvétele, alkalmazása, melynek „helyrehozatala” körülményes.

A családok anyagi-gazdasági helyzetével kapcsolatban: egyre több gyermek él a rossz szociális, elhanyagolt, balesetveszélyes ingerszegény lakókörnyezetben; jellemző az elszegényedés, anyagi gondok, munkanélküliség; sok esetben a gyermekek után járó ellátások, és esetleg alkalmi munka képezi a jövedelemforrást; közüzemi befizetések elmaradnak vagy időben késnek; a kifizetetlen közüzemi számlák miatt, villany-, gáz nélkül maradnak családok, boltokban, gyógyszertárakban hiteleket vesznek igénybe; különösen nehéz a helyzet a téli hónapokban, amikor az alkalmi munkavállalás lehetősége; csökken, a lakás rezsiköltségei pedig nőnek; lakáshitel visszafizetés nehézsége, kilakoltatás veszélye, gondokkal, bajokkal küszködő szülők kéri felvételüket a családok átmeneti otthonába; gyakori, hogy a tápszett, gyógyszert, fogamzásgátlót, szemüveget nem tudják megvenni, kiváltani.

A gyermekek gondozásával, nevelésével kapcsolatban: a gyermekek mennyiségi és minőségi éhezése gyakrabban tapasztalható; pelenkát ritkábban cserélnék a szülők, ezért a pelenka dermatitisek száma jelentősen emelkedett; a személyi és környezeti higiénés problémák, folyamatosan ismétlődő tetvesség (sok esetben a szülő nem tekinti feladatának a gyermek hajának kitisztítását); a gyermekelhanyagolás; a túlzott munkavállalásból eredő gyermek elhanyagolás; gyermekeiket nem tudják az időjárásnak megfelelően öltöztetni; gyermekek megfelelő felöltöztetését sok esetben más gondozottaktól kapott ruhákkal; oldják meg a védőnők (karitatív tevékenység keretében a gyermekneveléshez szükséges adományok begyűjtésével és elosztásával) stb.; gyakran tapasztalnak a védőnők nevelési problémákat a családokban, külön említve a nem megfelelő, vagy szélsőséges nevelési elveket (túl szigorú, túl engedékeny); gyakori lakhelyváltogatás, állandósság hiánya a gyermekek életében; többszöri felszólítás után tesznek eleget a szülői kötelezettségüknek; rendszeres TV és számítógép jelenléte a gyermekek életében, már kis csecsemőkortól, televíziót nézetnek velük a szülők, mint „kis felnőtt” úgy telik el a gyermekkoruk; a gyermekeknek nincs játékuk - nehéz anyagi körülmények között élő családoknak nincs lehetőségük a fejlődést segítő fejlesztő játékok megvásárlására; beilleszkedési zavarok gyakran fordulnak elő; a gyermekek szabadidejükben sokat vannak felügyelet nélkül, nincsenek közös programok a szülőkkel; egyre több azoknak a gyerekeknek a száma, akik helyettes szülői ellátásban részesülnek; gyakran reggeli nélkül engedik iskolába a gyermekeket.

Az egészségügyi ellátás igénybevételével kapcsolatban: a védőoltásokra, státuszvizsgálatokra nehézkes a szervezés, az egyeztetés, sok esetben a szülők késve, többszöri kérésre viszik el a gyermekeket; a javasolt szakvizsgálatra később/nem viszik el a gyermekeket; nem járnak megfelelő gyakorisággal tanácsadásra; a gondozási- táplálási tanácsokat nem fogadják el; ki és beköltözésről nem értesítik a védőnőt; a gyermekek szülő nélkül jelennek meg betegrendelésen; elválkozás esetén a szakszolgálatok (gyermek pszichológus, gyógytornász, fejlesztő pedagógus) nehezen érhetők el, hosszú a várakozási idő.

Az óvodáztatással, iskoláztatással kapcsolatban: külterületről rossz idő esetén nehéz a bejutás, gyakori emiatt a hiányzás; a szülők nem tartják annyira fontosnak, az óvodát, mint az iskolát; iskolakerülés, magántanulói jogviszony számának emelkedése.

A család egészségi állapotával, életvezetésével kapcsolatban: növekszik a depressziós jeleket mutató, valamint dohányzó várandósok, anyák és családok száma; gyakoriak a párkapcsolati problémák, a válások, az egyszülős családok száma; alkoholproblémák; sívár érzelmi kapcsolatok; nem megfelelő konfliktuskezelés; energia italok rendszeres fogyasztása; a „mélyszegénységben” élő családoknál a minőségi éhezés tapasztalható; a lelki veszélyeztetettség;

gyakran tapasztalható érzelmi elhanyagolás, közös együttlét hiánya; rendszertelen/egészségtelen étkezés; számítógép függőség (szülő is, gyermek is).

A tájékoztatás kiter arra is, hogy *a gyermekjóléti szolgálat lehetőségei nagyon szűkösek. Általános tapasztalat, hogy a szegénységből eredő nélkülözés esetén, amíg a gyermek közvetlenül nincs veszélyben, addig a szolgálat nem avatkozik be, hiába jelez a védőnő.* Alapfokú, vagy annál alacsonyabb iskolai végzettséggel rendelkező szülők a hivatali ügyek intézésében, nyomtatványok (szociális segély, család pótlék) kitöltésében járatlanok, segítségre szorulnak. Szükség van a védőnők segítségére szociális ügyek intézésében, nyomtatványok biztosításában, kitöltésében, gyógyszer, tápszer kiváltásához, tűzifa igényléséhez stb.

A területi védőnői ellátáshoz való hozzáférést leginkább akadályozó tényezőket az alábbiakban foglalmazták meg:

- a) 3 vagy annál több település ellátása;
- b) a tartós helyettesítés végzése;
- c) vegyes körzetek ellátása, amely fokozott munkaterhét, szervezést igényel;
- d) kiemelten magas létszámot ellátó területi védőnők;
- e) nagyon alacsony létszámú körzetek, ahol nem elégséges a finanszírozás a védőnő teljes munkaidejű foglalkoztatásához.

Azokon a településeken, ahol alacsony az ellátandók létszáma, több települést (3-4-5-6 és 6-nál több) csatolnak, hogy a létszám meglegyen a teljes munkaidejű foglalkoztatáshoz. Ez esetben az idő jelentős része nem az érdemi munkával, hanem az utazással telik, mivel nem megoldott a gyors közlekedési lehetőség (pl. gépkocsi biztosításával, vagy saját gépkocsi használatának megfelelő finanszírozásával). Vannak olyan körzetek is, ahol alacsony a gyermekek száma, több településről sem oldható meg a védőnő teljes munkaidőben történő OEP finanszírozása, a települési önkormányzatnak nincs forrása kipótolni és ezért a munkaidőt kénytelen csökkenteni. Amennyiben a munkaidőre jutó csökkentett bér a védőnő megélhetését nem teszi lehetővé, kénytelen olyan foglalkozást vállalni, ahol teljes munkaidőben tud dolgozni. Így növekszik a betöltetlen védőnői állások, illetve az ellátatlan települések száma. *Külön problémát jelent a védőnői ellátás biztosítása, ahol magas a körzetekben a halmozottan hátrányos ellátandók száma.*

2007 óta napirenden van a védőnői ellátás minimumfeltételeinek „kikényszerítése” a lehetőségeket figyelembe vételével hol „gyengédebb”, hol határozottabb intézkedéssel. A védőnői szakfelügyelet tapasztalatai szerint *egyre nehezebb a betöltetlen állások betöltése, különösen a halmozottan hátrányos körzetekben. Ehhez az országos védőnő korábbi javaslataival összhangban ösztönző programokra, anyagi és munkafeltételek javítására van szükség, különösen tekintettel a mobilitás és olyan informatikai fejlesztések megoldására, amely lehetővé teszi az elektronikus dokumentációt, az elektronikus kapcsolattartást legalább az alapellátásban a családot, a gyermeket ellátó házi gyermekorvosok/háziorvosok és területi védőnők, illetve a gyermekjóléti szolgálatok között, továbbá egyszerűsíti, amennyire lehet, automatizálja a szükséges jelentést, illetve a fontos adatokhoz való hozzáférést.*

A nő-, anya-, gyermek család megelőző védőnői ellátásának, védelmének biztosítása, olyan fontos ellátási érdekét képvisel, hogy a jogalkalmazó szerv a működési engedély visszavonásával nem tud élni, nem tudja felvállalni annak kockázatát, lehetséges következményeit.

A fentiekben leírtak nem teszik lehetővé, hogy a területi védőnő a szükséges mértékben legyen jelen a településen, ezért *a megelőző ellátás, a korai észlelés-jelzés, a követés, támogatás mértéke különböző minőségben valósul meg.*

A védőnőktől (elhanyagolás/bántalmazás, egyéb ok miatt) érkezett gyermekvédelmi jelzések számára vonatkozóan azt a tájékoztatást kaptam, hogy a területi védőnő feladata: a gyermek fejlődését veszélyeztető tényező észlelésekor a háziorvos, illetve a gyermekjóléti szolgálat haladéktalan értesítése mellett a veszélyeztetett gyermek és családjának fokozott gondozásba vétele, továbbá a gyermekjóléti szolgálat és a háziorvos írásos értesítése, ha a törvényes képviselő a területi védőnői ellátás (a családlátogatás) igénybevételét megtagadja, illetve hatósági eljárás kezdeményezése a gyermek bántalmazása, súlyos elhanyagolása, a gyermek önmaga által előidézett súlyos veszélyeztető magatartása vagy egyéb súlyos veszélyeztető ok fennállása esetén, így a védőnői jelzéseket a gyermekjóléti szolgálat tartja nyilván. 2011-ben az egészségügyi szolgáltatók részéről 14.844 jelzés történt a gyermekjóléti szolgálatok felé. Az egészségügyi szolgáltatóból: védőnői jelzés 11.343 volt.

Vizsgálatom során megkaptam az alapellátásban dolgozó házi gyermekorvos/háziorvos és a területi védőnő együttműködésére 2009-ben kiadott „Szakfelügyeleti Ajánlás” megvalósulásának védőnői tapasztalatairól összeállított 2011 júliusában publikált dokumentumot, amely azért született meg, mert az eredményes megelőző-gyógyító alapellátás csak a két szakterület szoros, kölcsönös együttműködésével valósulhat meg. Minden szülőnek/gondviselőnek és gyermeknek egyformán meg kell adni az esélyt, hogy a választott gyermekorvos/háziorvos és a lakóhely szerint illetékes területi védőnő megfelelő együttműködésben biztosítsa a megelőző-gyógyító ellátást. A vizsgálat ideje alatt a védőnői körzetek száma 3987 volt, ebből saját körzet 3515, míg tartósan helyettesített körzet 467 volt. Egy védőnői körzetre átlagosan 11 házi gyermekorvosok/gyermekeorvosok, ill. kapcsolat jutott. Az orvos elérhetőségei 80,3%-ban voltak teljeskörűen ismertek a védőnő számára. A körzetekben 647284 fő volt a 0-6 éves korú gyerek, illetve az otthon gondozott 7-18 éves. A védőnői körzetekben a gyermeket ellátó házi gyermekorvosok/háziorvosok 47,1%-ban volt valamilyen jellegű személyes együttműködés (szóban vagy írásban) a közösen ellátott gyermekkel kapcsolatban, míg 53%-ban nem volt kapcsolatfelvétel.

A gyermek fejlődését veszélyeztető tényező észlelésekor kötelező értesítés, majd gondozásba vétel kapcsán kiderült, hogy a vizsgált időszakban 3040 védőnői körzetben (76,3%) fordult elő fokozott gondozásba vétel, amely 12.271 gyermeket érintett. *A gyermeket ellátó orvos értesítése a fokozott gondozásba vételről 2140 (70,4%) védőnői körzetben történt meg, 900 körzetben az értesítés nem történt meg (37,1%).*

A nyilvántartott gyermek (család) ellátásával kapcsolatos adatokat tartalmazó egészségügyi dokumentációban, az orvossal való együttműködést visszakereshető módon, a körzetek 14,3%-ában; *nem mindenről, vagy nem teljesen visszakereshetően a körzetek 73,1%-ában rögzítették, a körzetek 12,6%-ban pedig egyáltalán nem történt ilyen adatfelvétel.*

Az összefoglaló következtetése az volt, hogy „ez a vizsgálat is rá irányította a figyelmet a védőnői munkakörülmények nehézségeire, a feltételek hiányosságaira, az elviselhetetlen dokumentációs teherre. Folytatni szükséges az intézkedést a körülmények javítására, különös tekintettel az informatikai fejlesztésekre – az elektronikus dokumentáció és kapcsolattartás megoldására, az érintett orvosok és a területi védőnő, illetve egyéb szervezetek közötti „automatikus információcsere” biztosítására. Csak így lehetne csökkenteni jelentős mértékben az adminisztrációs, jelentési kötelezettség terheit, valamint így oldható meg a folyamatos kapcsolattartás a gyermeket ellátó orvosok és védőnők között függetlenül attól, hogy térben és időben hol nyújtják az ellátást. Az együttműködés módja nagyon változatos, de öröndetes, hogy már megjelenik az elektronikus kapcsolattartási forma is, amely a védőnői szakfelügyelet elmúlt éveiben – a számítógépes és internetes fejlesztésre irányuló – erőfeszítésének is köszönhető. A gyermek fejlődésének, egészségi állapotának (szükségletének) megfelelő ellátás biztosításához, a

korai észleléshez, jelzéshez és intervencióhoz szükséges, hogy esély-egyenlő módon és egységes alapelvek alapján történjen az ellátás, amelynek alapfeltétele, hogy a gyermek területi védőnője és orvosa ismerje egymás elérhetőségét és legyen jó vagy legalább elégséges az együttműködés, amely 40,9%-ban teljesült. A társszakmák képviselői között az egymás iránti tisztelet, megbecsülés, tolerancia, az egyenrangú partnerség elismerésének fontossága jogszabályokkal nehezen érvényesíthető. A személyiségjellemzők erőteljesen érvényesülnek. Számos helyen sikerült helyi szinten jó gyakorlatokat kialakítani az együttműködés kialakítására. Fontos ezeket támogatni, illetve a tapasztalatokat másokkal megosztani annak érdekében, hogy a kapcsolattartás minden ellátó számára természetes legyen a közösen gondozott gyermekek egészséges fejlődésének biztosítása érdekében. Az együttműködés, a kölcsönös jelzés az egy tanácsadóban dolgozó kollégák között, illetve a falvakban jobb. Az egymástól távolabbi helyen dolgozók között inkább egyoldalú vagy nincs együttműködés. Az együttműködésre inkább jellemző a szituációhoz kötöttség, mint a folyamatosság. A fokozott gondozást igénylő egészségügyi vagy környezeti ok miatt veszélyeztetett gondozottak esetében, illetve krízis helyzet esetén jobb az együttműködés, keresik egymást az alapellátás különböző szereplői, de egészségesen fejlődő gyermek esetében ez nem tekinthető gyakorlatnak. A közös továbbképzéseken, programokban való részvétel, az eredmények, sikerek és kudarcok közös értékelése, a változások közös kommunikációja javíthat a kialakult helyzeten”.

A tudatos családtervezésről, a „pozitív szülőségről” szóló ismeretek átadása, rendelkezésre álló tájékoztatók (módszertan/protokoll), és mindezek tapasztalatai kapcsán az országos védőnő elmondta, hogy a tudatos családtervezés, a magzatvédelem, és a családvédelem olyan „több szereplős” és összetett tevékenység, amelyben kiemelt szerepe van az egyénnek, a szülőknek, a közösségeknek, társadalomnak, de az államnak is. Az állam a védőnői ellátás biztosításán túl a családvédelmi szolgálatok tevékenysége által is hozzájárul a családtervezési ismeretek terjesztéséhez, a tudatos családtervezéshez és a családi életre neveléshez. Az állami családvédelmi szolgálatok (továbbiakban: CsVSz) 1993 januárjától, az ÁNTSZ kerületi/kistérségi intézeteinek keretein belül kezdték meg működésüket – az abortuszok számának csökkentése és a családtervezési ismeretek széleskörű átadása érdekében. A magzati élet védelméről szóló 1992. évi LXXIX. törvény alapján végzik a tanácsadást, válsághelyzet esetén segítséget adnak annak feloldásában, valamint szervezik az oktatási intézményeken kívül a családtervezéssel kapcsolatos ismeretek terjesztését. E tevékenységével a magzat- és az anyavédelem eszközzrendszerének egyik fontos eleme.

A CsVSz tanácsadások igénybevétele ingyenes, szabadon választható, azaz lakóhelytől függetlenül bármelyik CsVSz tanácsadót fel lehet keresni. A CsVSz munkatársa a CsVSz védőnő. A CsVSz védőnőnek el kell végeznie az ÁNTSZ (OTH) által szervezett CsVSz feladataira felkészítő szakirányú akkreditált, 49 órás, írásbeli vizsgával záruló tanfolyamot, amelyhez területi gyakorlatot is biztosítanak számára. A CsVSz védőnő négyesemközti tanácsadásra várja a fiatalokat és a felnőtteket (egyéni vagy párral egyaránt) – családtervezési tanácsadásra, ifjúsági tanácsadásra és családvédelmi tanácsadásra, valamint a tanácsadási időn kívül preventív tevékenységet végeznek (pl. csoportfoglalkozásokat, előadásokat tartanak). A tanácsadás során a családtervezéshez, a fogamzásgátláshoz, a magzatvédelemhez kapcsolódó ismereteket, és a magzati élet védelméről szóló 1992. évi LXXIX törvényben meghatározott tájékoztatást adnak. A tanácsadások felkeresése önkéntes, kivételt képez a fiatalkorúak házasság előtti tanácsadása, és az ún. súlyos válsághelyzet indokával történő terhesség-megszakítás szándéka és kérelmezése.

A CsVSz tanácsadásait felkeresők nagy része (2011-ben a megjelentek 93 %-a) kötelező jelleggel, „válság helyzet” indokával a terhesség-megszakítás szándékával, kérelmével fordul a

CsVSz-hez. Ekkor a magzat védelme, valamint a felelős döntés meghozatala érdekében a magzati élet védelméről szóló 1992. évi LXXIX. törvény kötelezővé tette a CsVSz tanácsadáson történő, minimum kétszeri részvételt (un. „A” és „B” tanácsadás). Önkéntes módon, családtervezési ismeretek, egészséges életvezetés, párválasztás-családalapítás ismeretek megszerzése, gyermekvállalásra való felkészülés szándékával 2011-ben 2458 fő fordult a CsVSz-hez (ez az adott évben a tanácsadást felkeresők 2,7%-át jelenti). Az alacsony érdeklődés okai között szerepel, hogy az a nő, aki már egyszer a CsVSz-nél megjelent terhesség-megszakítás kérelmével és a terhesség-megszakítás meg is valósult, nem szívesen megy vissza arra a helyre, ami erre a fájdalmas eseményre emlékezteti. Ugyanakkor a CsVSz védőnők, még ha a terhesség-megszakítás szándékával, kérelmével kereste is fel a nő a tanácsadást, mindig sort kerítenek a családtervezési ismeretek átbeszélésére is. A CsVSz védőnők támogatják a nőt a személyre szabott fogamzásgátlási módszerek megtalálásában, a következő nem-kívánt terhesség megelőzése érdekében. A CsVSz védőnők a családtervezési ismeretek közvetítésében, átadásában, az egyéni fogamzásgátlási módszerek kiválasztásában tudnak segíteni.

A CsVSz védőnők tevékenységét szakmai módszertani anyagok segítik (A Védőnői Szakmai Kollégium kiadványa: „Védőnői családtervezési tanácsadás” című, 7. szakmai állásfoglalás (2003), „Tervezed az életet” című – felelős párkapcsolatról, családtervezésről, fogamzásgátlásról, magzat fejlődéséről – szóló kiadványok (Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium, az OTH és az OEFI közreműködésével készültek)

A CsVSz védőnők szakmai fejlődését szolgáló rendezvények, továbbképzések a következők:

1. *Az esetmegbeszélő csoportok működése:* a CsVSz védőnők szakmai fejlődését valamint a kiegészítő, megfáradás megelőzését szolgálja az esetmegbeszélő csoportok. A CsVSz védőnők munkájuk nagy részében válsághelyzetben levő nőkkel foglalkoznak, akik a magzatjukat nem tudják vállalni és terhesség-megszakítás szándékával fordulnak a védőnőhöz. A tanácsadás keretében gyakran előtör a nő fájdalma. A CsVSz védőnőnek ebben a nehéz helyzetben kell úgy támogatni és tájékoztatni a nőt, hogy az felelősségteljes döntést hozhasson meg a magzat, önmaga és a családja számára. A CsVSz védőnőnek a szakmai feladat ellátásán túl figyelmet kell fordítania a saját mentális önvédelmére is. Az OTH ezért 2003-ban indította be a CsVSz esetmegbeszélő csoportok működését.

2. *Továbbképzések:* a CsVSz védőnők egységes szakmai fejlődését, és a tanácsadói készségek fejlesztését szolgálják az OTH által szervezett éves, országos továbbképzések. Az éves továbbképzési programok kidolgozását a Bethesda Gyermekkórház Házasság- és Családsegítő Szolgálatával közösen végezzük, építve a CsVSz védőnőktől érkező javaslatokra, a védőnői szakfelügyelet tapasztalatira és az előző évi továbbképzések eredményeire.

3. *Munkaértekezletek:* Az OTH, ill. a megyei népegészségügyi szakigazgatási szervek CsVSz védőnők számára munkaértekezleteket szerveznek. A vezető védőnők ekkor értékelik, elemzik a CsVSz helyzetét és tevékenységét, és ezt az alkalmat is felhasználják az új szakmai ismeretek átadására. A munkaértekezletekre meghívást kapnak a családtervezésben, a magzatvédelemben, a családvédelemben közreműködő társszakmák vezetői, képviselői (pl. szülész-nőgyógyász főorvos, gyermekjóléti szolgálat vezetője, stb.), hogy közösen történhessen meg az értékelés, a problémák megoldása, az elkövetkező év feladatainak meghatározása és az ahhoz szükséges együttműködés megbeszélése az eredményesebb munka érdekében.

4. *Szakmai irányítás és felügyelet biztosítása:* A CsVSz védőnők tevékenységnek szakmai irányítását és felügyeletét a népegészségügyi szakigazgatási szerv megyei/fővárosi vezető védőnője végzi. Ezen tevékenységek nagyban hozzájárulnak a CsVSz védőnők felelősségteljes munkavégzéséhez, és az un. „válság tanácsadások” megfelelő tartásához.

A CsVSz védőnők tapasztalata, hogy a *felelős családtervezés elmarad a hátrányos helyzetű nők esetén* (a terhesség-megszakítást kérelmező nők körében). E mögött összetett problémák, nehézségek állnak az egyén, a család életében, pl. rossz szociális helyzet, alacsony iskolázottság. Problémaként jelenik meg, hogy a hátrányos helyzet többnyire együtt jár egyéb életvezetési problémákkal; a hátrányos helyzetben levő nőknél alapvető ismeretek hiányoznak annak tekintetében, hogyan éljenek felelős életet. Hiányoznak a jó minták – a családból, szülők életéből. A társas kapcsolatok készségeivel kevésbé rendelkeznek (pl. eredményes konfliktus kezelési módok, a hatékony kommunikáció, stb.). Gyakran felkészületlenek a párkapcsolatokra, és a családi szerepekre. Mint az élet egyéb területén, a fogamzásgátlásnál, védekezésnél is a rendszerességre való képesség, hiánya figyelhető meg esetükben. Gyakori, hogy bár használtak valamilyen fogamzásgátlási módot, de a szabályokat nem tartották be, vagy csak rövid ideig alkalmazták a módszert. Sokan máról holnapra élnek. Ugyanakkor (a kérelmező nőkkel folytatott beszélgetés alapján megállapítható) hogy kevés pénzüket nem felelősen osztják be - a pénzt nem csak élelmiszerekre költik, hanem élvezeti cikkeket vásárolnak a hó elején. Ha nem jut pénz a védekezésre úgy is jó, majd valahogy megoldódik, „legfeljebb műtét lesz”. A terhesség-megszakítást ismételten kérelmező nők egy jelentős része saját egészségét nem tekintik értéknek, így nem is vigyáz rá. A fentiekből adódóan a hátrányos helyzetű kérelmezők esetében a CsVSz védőnők gyakran tapasztalják, hogy nemcsak az anyagi lehetőség hiányzik a fogamzásgátlás biztosítására, hanem az ismeret hiányból adódóan a felelősség is a kérelmezők életvezetéséből. Ezt az összetett problémakört a CsVSz nem tudja megoldani. A CsVSz védőnők a családtervezési ismeretek közvetítésében, átadásában, az egyéni fogamzásgátlási módszerek kiválasztásában tudnak segíteni.

4. Az Országos Egészségfejlesztési Intézet (a továbbiakban: OEFI) mb. igazgatója a következőkről tájékoztatót:

Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) megbízásából létrejött szakértői bizottság jelentése is megállapítja (Commission on Social Determinants of Health, Closing the gap in a generation, 2008), hogy az egészség-egyenlőtlenségek fenntartható és hosszú távú csökkentésének az egyik alapvető, nélkülözhetetlen pillére az egészséghez való jog érvényesülésének biztosítása az emberi élet kezdetétől, ez az ún. Equity from the Start koncepció.

Az OEFI egyik kiemelt tevékenységi iránya a gyermekek körében tapasztalható egészség-egyenlőtlenségek vizsgálata, továbbá az egyenlőtlenségek csökkentésére irányuló kezdeményezések megvalósítása, valamint más, az egészség-egyenlőtlenségek csökkentésére irányuló programok, intervenciók vizsgálata.

Az Intézet alapelvei között sorolta fel:

- a legfontosabb információk biztosítása a döntéshozók és – ahol lehetséges – a közvélemény számára az egészség-egyenlőtlenségek okozta károkról és hátrányokról;
- az ágazatközi együttműködések előmozdítása, mivel az ágazatközi politikák és akciók képesek a leghatékonyabban kezelni a gyermek-szegénység és gyermek-egészség-egyenlőtlenségek problémáját;
- akció-orientáltság, a helyi szint fontossága;
- az egészség-egyenlőtlenségek problémájának megjelenítése a tervezés alatt álló, ill. megvalósuló szakpolitikákban, annak érdekében, hogy minden szakpolitika eleve érzékeny legyen az egészség-egyenlőtlenségekre, tovább, hogy lehetőség szerint minden szakpolitikát egyben az egészség-egyenlőtlenségek csökkentésének szolgálatába is állíthassunk;

- monitorozás és értékelés, továbbá hatásvizsgálatok, annak érdekében, hogy a megvalósuló tevékenységek hatásait megismerhessük és ezeket az ismereteket visszacsatolhassuk a politika- és program-tervezési folyamatokba;

Mindezek alapján az OEFI a következő projekteket indította:

1. *Equity Action – Egészség hatás-vizsgálat*: Az OEFI az Európai Bizottság által támogatott Egészség Egyenlőtlenségek Elleni Együttes Fellépés (Joint Action on Health Inequalities – Equity Action) c. projekt keretében a Nemzeti Társadalmi Felzárkózási Stratégiának a szegénységben élő gyermekek egészségére gyakorolt hatásainak vizsgálatát végzi. Az egészség hatás vizsgálat „eljárások, módszerek és eszközök olyan kombinációja, amellyel vizsgálhatók egyes stratégiák, programok, projektek lehetséges hatásai a lakosság egészségére, továbbá e hatások eloszlása a népesség különböző csoportjaiban”(WHO). Az OEFI az esélyegyenlőség-központú egészség hatás vizsgálat végrehajtására saját és külső szakemberekből álló munkacsoportot hozott létre. Az egészség hatás vizsgálatnak, mint módszernek az egyik legfontosabb alapelve a demokratikusság, azaz az érintett és érdekelt társadalmi csoportok és szakmai szervezetek bevonása a folyamatba. Ennek biztosítása érdekében az OEFI fórum sorozatot szervez a Stratégia által érintett érdekhordozók és szakmai szervezetek számára. Az első érdekhordozói fórumra 2012. november 22-én került sor.

2. *Equity Action – Érdekhordozók bevonása*: Az Equity Action projekt egyik munkacsoportja az egészség-egyenlőtlenségekben érintett, különböző ágazatokban (mind az egészségügyben, mind az egészségügyi ágazaton kívül) tevékenykedő érdekhordozók elkötelezését és bevonását célozza az egészség- egyenlőtlenségek elleni küzdelemben, tagállami, valamint európai uniós szinten, az „Esélyegyenlőség a kezdetektől” (Equity from the start) prioritási területen belül. Az OEFI a munkacsoportot a kölni Szövetségi Egészségnevelési Központtal (BZgA) együtt vezeti. Munkacsoport vezetőként fő feladata a témában két európai szintű konferencia (Budapest, 2012. május 8-9; Berlin, 2012. november 14-15.), valamint egy hazai konferencia szervezése (Budapest, 2013. február 14.) volt. A munkacsoport a projekt végére szakmai útmutatót dolgoz ki az egészség- egyenlőtlenségek csökkentésében érintett érdekhordozók együttműködésbe való bevonásáról, támogatásáról és az együttműködés fenntartásáról. A projektről bővebb információ található a <http://www.equityaction.eu/> oldalon.

3. *Action for Health – Helyi akciótervek kialakítása a gyermekek egészség-egyenlőtlenségeinek csökkentésére*: Az Európai Bizottság által társfinanszírozott „Action for Health” című projekt általános célja, hogy az egészségfejlesztés eszközeivel csökkentse az egészség- egyenlőtlenségeket, és ez által javítsa a lakosság egészségét és életszínvonalát. Ennek érdekében a projekt a strukturális alapokból származó forrásoknak az egyenlőtlenségek csökkentése irányába ható regionális szintű felhasználását vizsgálja és fejleszti a partnerországok körében. Ezzel kapcsolatban a projekt kapacitásfejlesztési tevékenységeket szervez, valamint a partnerországok járási/regionális/megyei szintű akciótervet készítenek a helyi partnerekkel együttműködésben, amelynek célja az egészség-egyenlőtlenségek csökkentése, és amelyből egy kiválasztott, konkrét célkitűzést megvalósítanak. Bővebb információ a projektről: <http://www.action-for-health.eu/>.

4. *Baleset-megelőzési Szakpolitikai Program*: Az OEFI megkezdte a sérülés- és baleset-megelőzés szakpolitikai program kidolgozásának előkészítését. A szakpolitikai program átfogó sérülés- és baleset-megelőzéssel kapcsolatos javaslatokat fogalmaz meg mind az egyénre, mind a fizikai és társadalmi környezetre vonatkozóan, szem előtt tartva az egyenlőtlenség problémáját, különös tekintettel a kisgyermekekre. Az előkészületek során összeállított háttér tanulmány – amely áttekintést ad a bizonyítottan hatásos közösségi szintű beavatkozásokról, nemzetközi jó gyakorlatokról – javaslatokat fogalmaz meg az egyenlőtlenségek csökkentésének fontosságát

figyelembe véve. Így például a már több országban bevezetett „Nurse-Family Partnership” (<http://www.nursefamilypartnership.org>) mintájára olyan, alacsony társadalmi státuszú anyákat célzó, programok indítását javasolja, ahol a terhesség korai szakaszától a csecsemők legalább kétéves koráig rendszeres anya-védőnő kapcsolat valósul meg. Ezekben a védőnői látogatás nemcsak a csecsemő és az anya egészségi állapotának a felmérésére terjed ki, hanem a csecsemő gondozását érintő és egyéb életvezetési (családtervezés, továbbképzések, munkakeresés) tanácsokra is. A tervezett szakpolitikai program kidolgozása során az OEFI a WHO ajánlásainak megfelelően („Socioeconomic Differences In Injury Risks” WHO/EURO 2009), a döntéshozók számára olyan intézkedéseket javasol a gyerekek célcsoportjára is, melyek a sérülések és balesetek számának csökkentésén túl, az egyenlőtlenségek tompítását is elősegítik.

5. *Szakpolitikai Program az Alkohol-probléma csökkentésére:* A kidolgozás alatt álló alkohol szakpolitikai program az alkohol- problémához kapcsolódó területeken fogalmaz meg intézkedéseket, amelyek alkalmasak a hazai alkohol-probléma érdemi befolyásolására, valamint az alkohol-fogyasztás miatti egyéni és társadalmi károk csökkentésére. A gyermekkori alkohol-fogyasztással foglalkozó kutatások a hazai alkoholfogyasztási mutatók romlását tükrözik az iskoláskorú gyermekek körében, a fiatalokúak jelentős része nem rendelkezik megfelelő információkkal az alkohol-fogyasztás következményeiről, ez pedig szükségessé teszi, hogy minden magyar fiatal számára biztosítsuk az információhoz való jogot, az alkohol-fogyasztás egyéni és társadalmi következményeiről, az iskolai alkohol-megelőzési célú egészségfejlesztési programok keretein belül, amely ez által az információhoz való egyenlő hozzáférés alapját jelenti. A szakpolitikai program tervezett kiemelt intézkedései közé tartozik a fiatalok alkoholhoz való hozzáférése szabályozásának értékelése, esetleges módosítása, az elárúsítás újrashabályozása, valamint a kereskedelem-szabályozás eszköztárának az egészség érdekében történő felhasználása, hiszen a fiatalokúaknál észlelt romló statisztikák hátterében állhat a jelenlegi hazai hozzáférés szabályozás és betartási környezet alkalmatlansága. Az alkohol-reklámok üzenetei sok esetben a fiatalokat célozzák, és általában összefüggést találtak a fiatalokat elérő marketing mértéke és az általuk fogyasztott alkohol mennyisége között. (WHO, 2009) A szakpolitikai program intézkedései között megtalálható az alkohol-reklámozás határozottabb és a jogszabályoknak való megfeleléség szempontjából történő rendszeres nyomon követése.

Az előzőekben ismertetett intézkedések közvetlenül a gyermekekre irányulnak, azonban nem hagyható figyelmen kívül, hogy a gyermekek életének elsődleges színtere a család.

5. *Az Országos Gyermkegészségügyi Intézet (továbbiakban: OGYEI) főigazgatója válaszában előrebocsátotta, hogy a speciális / válság helyzetű LHH településeken, térségekben a helyi önkormányzati feladatellátásra vonatkozó jogszabályi környezet szerint elérhető ellátórendszer eljárási útjainak ismerete jelenleg nem kielégítő tapasztalatuk szerint. Így a segítségre szorulókat nem éri el a törvényes segítség.* Fontosnak tartotta azt is megemlíteni, hogy a segítségre szorulókat civil szervezetek, hivatalos személyek (védőnő, szociális munkás, családorvos, családsegítő, krízis központ, stb.) jelenthetik, fedezhetik fel, ugyanakkor a Sztv. értelmében a támogatási csak a rászoruló saját kérelmére lehet biztosítani. Nincs kellő ismerete annak, hogy amennyiben helyi önkormányzati szinten nincs mód a helyzet orvoslására, az ügyet a körzeti központba, ill. a felettes hatósághoz továbbítják.

A táplálkozás kapcsán a főigazgató kifejtette, hogy *a gyermekek megfelelő táplálkozása olyan elemi szükséglet, amelynek sérülése azonnali társadalmi beavatkozást igényel.* Magyarországon az éhező gyermekek számáról csak becslések vannak, ezek szerint több tízezer lehet azoknak a gyerekeknek a száma, akiknek nem jut minden nap elegendő étel. 2009-ben összesen több mint 70 ezer gyermekes háztartásban a gyerekek nem tudtak napi rendszerességgel

sem húst, sem gyümölcsöt enni a család jövedelmi helyzete miatt.⁷ A gyerekes családokra reprezentatív adatfelvétel (2009) szerint a gyerekek (0-17 évesek) 14%-a anyagi okok miatt nem fogyasztott naponta zöldséget, gyümölcsöt, 13%-a húst⁸. Két hátrányos helyzetű kistérségben (hevesi és bátonyterenyi) végzett adatfelvétel szerint 2011-ben a gyermekek (0-17 évesek) 18%-a nem evett minden nap friss zöldséget, gyümölcsöt, 8%-a pedig legalább kétnaponta egyszer húst⁹.

Az OGYEI 2010-ben a *bölcsődei étkeztetés* vizsgálata során a következő megállapításokra jutott: míg a helyi főzőkonyhánál betartják az előírásokat, a kiszervezett ételmezések esetében nem mindig biztosított az életkor specifikus étrend. A fenntartó oldaláról nincs megfelelő kontroll, s ha van, az is gyengén dokumentált. Esetenként gond a korszerűtlen, manuálisan végzett adminisztráció. Túlzottan magas az egy konyhai dolgozóra jutó gyermek létszám. Sok helyen nincs korcsoportra vonatkozóan külön étrendi és adagolási útmutató. Megfontolandónak tartja a főigazgató a *dolgozói minimumfeltétel meghatározását*. Az ételmezésvezetők szakmai képzettsége, jártassága nem mindig kielégítő, a problémák elsősorban a korszerű ismeret-, továbbképzés, ill. pénzügyi hiányból adódnak. Kevés helyen megoldott a helyben történő diétás étkeztetés és a külön diétás ételmezési norma. A diétás ellátásra vonatkozóan jogszabályi előírások szükségesek, illetve diétás étkeztetés nyújtásakor a dietetikus szakember alkalmazása feltétele kell, hogy legyen a szolgáltatásnyújtásnak.

A 2009-ben végzett *Óvodai Táplálkozás-egészségügyi Felmérés* (továbbiakban OTEF) főbb megállapításait az alábbiakban foglalta össze: *a napi friss zöldséget, gyümölcsöt, valamint a diétás étkeztetést csak a közétkeztető cégek fele tudja biztosítani*. Az optimális mennyiségnél jóval magasabb az ételek sótartalma, gyakoribb a kedvezőtlen hatású ételporok használata, elégtelen a zöldségek, gyümölcsök, teljes őrlésű gabonák, sovány tejtermékek mennyisége. Az óvodák egyharmadában a folyadékpótlást egészségtelen italokkal biztosítják. A napi nettó nyersanyagnorma rendkívül alacsony, nem elegendő a korszerű és egészséges táplálkozás elveinek megfelelő étkeztetés biztosításához.

Az OÉTI által végzett *Országos Iskolai Menza Körkép* (2008) felmérés előzetes eredményei alapján megállapítható, hogy országosan a csaknem 1 millió tanuló közel fele ebédelt az iskolában, és az életkor előre haladtával egyre csökkenő arányban, a középiskolásoknak már csak 20%-a vette igénybe a menzát. Az elvégzett vizsgálatokból kitűnik, hogy sem az étkezés körülményei, sem a feltálalt ételek mennyisége és minősége nem felelt meg sok helyen az egészséges táplálkozás irányelveinek. Az intézmények csupán 15%-a vett részt az iskolatej programban. A tanulók ingyenes zöldség- és gyümölcsellátásáról az intézmények 14%-ában tudtak gondoskodni, csaknem teljes egészében a menzához kapcsolódóan. A válaszadó iskolák több mint felében (64%-ában) nem volt az illemhelyen kívül ingyenes ivóvíz vételi lehetőség. A menzára vonatkozóan megállapítható, hogy az iskolák egyötödében az étlaptervezésnél nem történt energia- és tápanyagszámítás, a gyermekek tápanyagigényét az iskolák 60%-a nem vette figyelembe. A nyersanyag felhasználás nem megfelelő, például az iskolák egyharmada heti egyszer használt friss zöldséget. Főzelékfelét a menzák 75%-ában kéthetes időszakban mindössze 0-3 alkalommal biztosítottak a gyerekeknek. Diétás étkeztetést csak az intézmények 16%-a biztosított. Az ebédre jutó norma összege országos átlagban 213 Ft, amely érték regionálisan nagy különbségeket mutatott.

⁷ Ferge Zsuzsa, Darvas Ágnes (szerk), Gyerekesélyek Magyarországon. A „Legyen jobb a gyermekeknek!” Nemzeti Stratégia Értékelő Bizottságának 2009. évi jelentése. (MTA Budapest 2010.) 224-242.

⁸ „Gyerekmonitor 2009” az MTA GYEP adatfelvétele.

⁹ Az MTA GYEP adatfelvétele 2011.

Az *Egészséges Iskolabüfé Program* az iskolák 78%-ában részben vagy teljesen megvalósult. Ennek köszönhetően úgy tűnik, hogy a büfék árukínálatában javulás észlelhető. A büfével rendelkező 1331 iskola 70%-a árusított gyümölcsöt, és 90%-ban szénsavas- és mentes ásványvíz is kapható volt. Ugyanakkor a büfék 75%-a árusított szénsavas cukrozott üdítőitalt, több mint fele kólát. Rendkívül kedvezőtlen, hogy az iskolabüfék átlagosan közel negyedében kapható volt valamilyen energiatartalmú ital. ([www.oeti.hu/download/menza_vcgleges_borito_vil_2\(0\)y1123.pdf](http://www.oeti.hu/download/menza_vcgleges_borito_vil_2(0)y1123.pdf)). Az iskolák egyharmadában volt étel- vagy italautomata. Az automaták mindössze 2%-ának kínálatában szerepelt gyümölcs, ezzel szemben tea-, valamint kávé az automaták több mint felében, energiatartalmú ital az automaták 3%-ban volt.

Az egészséges iskolai környezet jelentős tényező a gyermekek egészségmegőrzése, egészségmagatartásának fejlődése szempontjából, ezért *szükséges a menzák, büfék és iskolai automaták felmérési eredményei alapján az egészséges táplálkozási ajánlásokban foglaltak gyakorlati érvényesítése.*

A *gyermekbarát étkező* kialakítása (tisztá, világos, szellős, kényelmes, szépen megterített asztal tiszta evőeszközökkel, témához illő dekoráció) valamint az elégedettségi szint rendszeres monitorozása hozzájárul a gyermekek táplálkozási kultúrájának formálódásához. Szükséges az *étkeztetés finanszírozásának felülvizsgálata*, a megfelelő nettó nyersanyag norma minimális összegének meghatározása.

A büfék és automaták kínálata további szabályozásra szorul: a gyermekek számára hozzáférhető egészséges élelmiszerek választékának bővítésével és az egészségre ártalmas ételek és italok iskolából való kiszorításával.

A főigazgató hivatkozott egy korábbi ombudsmani jelentésre (AJB-1737/2011. számú ügyben), amelyben a panaszos előadta, hogy gyermekének speciális étkezési igényének megfelelő étkeztetést az óvoda nem tudja biztosítani. A jelentés megállapította, hogy a közétkeztetés átfogó szabályozásának hiányában nem megoldott a minőségi szolgáltatás. A főigazgató osztotta azt az álláspontot, amely szerint *szükséges egy egységes, a gyermekétkeztetésre vonatkozó jogszabály megalkotása, amely a közétkeztetést komplex módon, annak a jelentésében 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. A vendéglátó termékek előállításának feltételeiről szóló jogszabály (67/2007. (VII. 10.) GKM-EüM- FVM-SZMM együttes rendelet) hatályon kívül helyezésével a tápanyag bevitel normái szabályozatlanok maradtak, csupán az Országos Tisztifőorvosi Hivatal (továbbiakban OTH) ajánlása 10 „A rendszeres étkezést biztosító, szervezett ételmezési ellátásra vonatkozó táplálkozás-egészségügyi ajánlás közétkeztetők számára” adnak erre vonatkozóan útmutatást.

Az iskola-egészségügyi jelentések adatai alapján az *elhízás* előfordulásának gyakorisága minden korosztályban nő; az elmúlt 10 év alatt háromszorosára emelkedett. Az OÉTI a gyermekkori elhízás egyre nagyobb népegészségügyi problémájára hívja fel a figyelmet. A 2005-2006-ban végzett budapesti reprezentatív vizsgálatának adatai szerint, a 7-14 éves korú gyerekek közül minden negyedik túlsúlyos vagy elhízott (a fiúk 25,5%-a, a lányok 25,9%-a). A 15-19 évesek körében ez az arány valamivel alacsonyabb, de még mindig jelentős. A 2009/2010-es tanévben, reprezentatív országos mintán, 7 éveseken elvégzett felmérés eredményei szerint, minden negyedik lány és minden ötödik fiú túlsúlyos vagy elhízott. Az iskola-egészségügyi jelentések adatai alapján az elhízás előfordulásának gyakorisága minden korosztályban nő; az

elmúlt 10 év alatt háromszorosára emelkedett. *A gyermekkori elhízáshoz vezető két táplálkozási kockázati tényezőt (cukros üdítőital fogyasztása, valamint a reggeli elhagyása) megelőzva intervenciós programok indultak Magyarországon.* A WHO támogatásával és az OÉTI koordinációjában 2007-ben indult a *HAPPY* (Hungarian Aqua Promoting Program in the Young – Magyarországi vízfogyasztási népszerűsítő program a fiatalok körében) modellprogram, amely célja a vízfogyasztás növelése, ezzel párhuzamosan a cukros, szénsavas üdítők fogyasztásának csökkentése. A résztvevő gyerekek, szülők és tanárok pozitív visszajelzéseire való tekintettel az OÉTI 2010-ben és 2011-ben is életre hívta a programot. A 2011-es évben már 74 oktatási intézmény, közel 28.000 alsó és felső tagozatos tanulója, illetve óvodása vett részt.

A 2010 őszén lezajlott a „*Startolj reggelivel!*” program elsődleges célja volt, hogy hatékonyan hívja fel a figyelmet az egészséges reggeli fontosságára országosan, általános iskolások körében, emellett kitűzött cél volt az 5. és 8. osztályos tanulók, valamint szüleik és tanáraik reggelizési szokásainak, ismereteinek felmérése és alapvető táplálkozástudományi ismeretek terjesztése mind a szülők, a tanárok és a gyermekek körében.

Magyarország Nemzeti Táplálkozáspolitikájának 2010-2013. évekre szóló Cselekvési Terve, az elmúlt években gyermekek körében végzett felméréseink eredményeinek összegzése alapján javaslatot tett egyebek mellett a közétkeztetés egészségessé tételét célzó rendelet megalkotására.

A táplálkozással szoros összefüggésben van a *gyermekek fogzatának állapota*. Az alacsony fluor- és kalcium bevitel, kevés gyümölcs-zöldségfogyasztás, szemben az egészségtelen, magas szénhidrát tartalmú ételek és élvezeti termékek fogyasztásával rontja az egészséges fogazat kialakulásának és megőrzésének esélyét. Az Országos Fogászati és Szájsebészeti Szakmai Felügyelet, valamint nemzetközi felmérések adatai szerint a 12 éves korú magyar gyermekek DMFT indexe (Decayed, Missing, Filled Tooth – azaz szuvas, hiányzó, tömött fog) tekintetében hazánk *kifejezetten rossz mutatókkal rendelkezik*.

A gyermekellátási szolgáltatások és intézmények magukba foglalják gyermek-egészségügyi alapellátást végző házi orvosi szolgálatokat és védőnői tanácsadókat, szakellátókat, fekvőbeteg intézményeket. *Az alapellátás szintjén a hazánkban élő közel 2 millió 18 éven aluli gyermek- és fiatalkorú 75%-át házi-gyermekorvos, mintegy 25%-át a ún. vegyes praxisok látják el. 2009-ben az országban egy házi gyermekorvosra átlagosan 1186 gyerek jutott, a leghátrányosabb helyzetű 33 kistérségben ez a szám 2248, a nem hátrányos helyzetű kistérségekben 1093 fő volt.*

A védőnői ellátás terén nem ilyen élesek – de regionális szintén jelentősek – az egyenlőtlenségek: *2009-ben országosan egy betöltött védőnői állásra, a törvényben előírt 250-hez képest 371, a leghátrányosabb helyzetű kistérségekben 388, a nem hátrányos helyzetű kistérségekben 366 gyerek jutott.*

Az egészségügyi alapellátás része az *iskolai egészségügyi ellátás*, a gyermek fogászati ellátás és az ügyelet. Az alapellátásban dolgozó gyermekorvosok 56%-a 55 év feletti és az utánpótlás nem biztosított, várható, hogy az ellátási mutatók rosszabbodni fognak.

Az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés elsősorban a szakemberek és az intézmények regionális elérhetőségének eltéréseiből fakad. Az adatok szerint a hiányok szorosan összefüggnek a területek szegénységével.

Az orvosi ellátás és az egészségügyi szolgáltatások hozzáférhetősége nem csupán a szolgáltatás fizikai elérhetőségének nehézségei miatt okozhat gondot a családoknak, hanem azért is, mert e szolgáltatások kisebb vagy nagyobb anyagi terhet is jelentenek a család számára. Kutatási adatok szerint a *gyerekes családok közel tizedénél (8%) fordult elő 2009-ben, hogy nem jutott pénze orvosi ellátásra.* Ez az akadály a szegénységben élő családok 21%, a roma szülők

26%-ánál tette lehetetlenné, hogy gyermeke megkapja a megfelelő orvosi ellátást. Két hátrányos helyzetű kistérségben (hevesi és bátonyterenyi) a gyermekes családok reprezentatív mintájában (2011) ennél jóval magasabb a kirekesztődés aránya: majdnem ötödüknek (18%) nem jutott pénze orvosi ellátásra. A szegény és a roma családok körében ez az arány 29, illetve 30% volt.

A főigazgató válaszában kitért arra is, hogy az ENSZ Fogyatékosággal Élő Személyek Jogainak Bizottsága 2012. szeptember 20-21-én először vizsgálta Magyarországot. Bár hazánk 2007-ben Európában elsőként ratifikálta a Fogyatékosággal élő személyek jogairól szóló ENSZ egyezményt (CRPD), annak hiányos megvalósítása miatt az ENSZ Gyermekjogi és Fogyatékosügyi Bizottsága több, a fogyatékosággal élő gyermekeket is érintő, kérdésben elmarasztalta a magyar kormányt. Az Egyezményben megfogalmazott általános kötelezettségekre tekintettel a Fogyatékosügyi Bizottság javasolta, hogy Magyarország egyeztessen és aktívan vonja be a fogyatékosággal élő gyermekeket és családjukat az állami döntéshozatali folyamatok tervezésébe, végrehajtásába és ellenőrzésébe, különösen az őket érintő ügyekbe, minden szinten ésszerű és reális időkeretet biztosítva arra, hogy észrevételeiket megtehessék, megfelelő finanszírozást biztosítva ehhez. *A családban nevelkedő fogyatékos gyerekek elemi létfeltételei messze elmaradtak hasonló korú, egészséges társaiktól. Szüleik foglalkoztatottsága alacsonyabb, mint a gyermekes családokra jellemző átlag, egyharmaduk (34%) olyan családban élt, ahol nincs kereső családtag, ami főként a fogyatékos gyermek nappali felügyeletének nehézségéből fakad. (A nem fogyatékos gyereket nevelő családok körében ez az arány 21% volt.) Munkajövedelem híján e családok szegénységi rátája igen magas (47%), eladósodásuk sokszor veszélyezteti a család alapvető életfeltételeit.*

A megszületett gyermek, fejlődéshez való jogának vonatkozásában az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény deklarálja a lakosság egészségének védelme érdekében *a kötelező szűrővizsgálatokat*, amelyeket részletesen a kötelező egészségbiztosítás keretében igénybe vehető, betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló egészségügyi szolgáltatásokat és a szűrővizsgálatokat biztosítanak. Az életkorhoz kötött szűrővizsgálatok közül az újszülöttek, valamint a tanköteles korú gyermekek jogszabályban meghatározott esetben való szűrése kötelező. A veleszületett anyagcsere-betegségek szűrési rendszerének 2007-től kezdődött korszerűsítése eredményeképpen a korábbi négy helyett 22 kórkép szűrése történik meg minden Magyarországon született gyermeknél. A veleszületett rendellenességeken belül a velőcsőzáródási rendellenességek számának csökkentését célzó *Családtervezési Szolgáltatás* modellprogramként támogatást élvez. A gyermek-egészségügyi ellátórendszer megfelelő működése által a gyermekek hazánkban hozzájutnak az egészségügyi állapotuk által indokolt egészségügyi szolgáltatásokhoz.

A közétkeztetési szolgáltatásban fennálló egészségügyi kockázati tényezők csökkentéséhez szükség van megfelelő szakképzettségű ételmezésvezetőre: a szükségletnek megfelelő energia- és tápanyagtartalmú étrend összeállítására, amelyhez az OÉTI által kidolgozott *„Ajánlások 4-6, illetve 7-14 éves gyermekek közétkeztetési ellátásához”* c. kiadvány nyújt segítséget. A megfelelő mennyiség tálalásához adagolási útmutató kihelyezése szükséges, a megfelelő nyersanyag-válogatással, korszerű ételkészítési technológiák bevezetésével (kevesebb és elsősorban növényi zsiradék felhasználásával, a sózás mérséklésével) javítható az ételek minősége.

Az OÉTI ivóvíz fogyasztást népszerűsítő HAPPY programjához tavaly összesen 110 oktatási intézmény 30.000 tanulója csatlakozott. A visszajelzések szerint a pedagógusok kivétel nélkül hasznosnak ítélik a programot, amely a gyermekek körében is nagy népszerűségnek örvendett. Az intervenció hosszú távon is eredményesnek bizonyult: a diákok egészségesebb

folyadékfogyasztási szokásokat alakítottak ki, az évek során több iskolában beszüntették a cukros üdítők árusítását, míg máshol ivókat, ballonos víz-adagolókat helyeztek ki.

2013-ban az OÉTI, az OTH és az NSzSz-ek ismét elindítják az *országos óvodai és iskolai táplálkozás egészségügyi vizsgálatot*. Nem csak a közétkeztetés, hanem az iskolai büfék és automaták kínálata is górcső alá kerül. Az OÉTI által összeállított kérdőívek segítségével az ételmezésvezetők, az óvodavezetők és a szülők véleményét is kikérlik. Az OÉTI-ben végzett laboratóriumi vizsgálatok kiterjednek a főbb táplálkozási kockázati tényezőkre (pl. só, telített zsírok, transz-zsír, hozzáadott cukor). A Nemzeti Élelmiszerlánc-biztonsági Hivatal (továbbiakban: NÉBIH) szakemberei továbbra is folyamatosan végzik a közétkeztetésben elsősorban óvodai és iskolai tálalókonyhákban kiszolgált készételek érzékszervi vizsgálatát. Az eredményeket, értékeléseket a Hivatal honlapján rendszeresen frissítik, a lakosságot folyamatosan tájékoztatják. Azokon a helyeken, ahol nem megfelelő vagy átlag alatti értékelést kaptak a készételek a későbbiekben ismételt mintavételezést terveznek. A vizsgálatok célja nem a készételek beltartalmi értékelése vagy az étlapok összeállításának ellenőrzése, hanem, hogy felhívják a figyelmet a közétkeztetésben kiszolgált készételek érzékszervi (külső megjelenés, állomány, illat, íz) tulajdonságaira. Hiszen a gyermekek ezen tulajdonságok alapján ítélik meg az eléjük kerülő ebédet. Fontos hangsúlyozni, hogy a NÉBIH január óta tartó vizsgálata nem a közétkeztető cégek ellen irányul, de hiszik, hogy velük közösen kell megtalálni és megszüntetni azokat az okokat, amelyek miatt a gyerekek nem fogyasztják el szívesen a menzai ebédet. A tapasztalat azt mutatja, hogy a szülők örömmel fogadták a NÉBIH kezdeményezését. A honlapon megjelent első eredmények óta számos megkeresés, bejelentés érkezett az ország több pontjáról. A NÉBIH célja továbbra is az, hogy a rendelkezésükre álló lehetőségekkel hozzájáruljanak a gyermek közétkeztetés helyzetének javításához.

Az életkorhoz kötött kötelező védőoltási rendszerben az oltóanyagot az állam ingyenesen biztosítja a lakosság számára, a felhasznált oltóanyagok kiváló minőségűek és hatékonyságúak, a védőoltások optimális életkorban történnek, biztosított a teljes esélyegyenlőség a hozzáférhetőséghez, és állami felelősségvállalás mellett stabil jogszabályi háttérrel rendelkezik. 2006-tól kezdődően a kötelező védőoltásokat a legkorszerűbb oltóanyagokkal végzik: bevezették az ún. kombinált, többkomponensű oltóanyagokat, amelyek egy szúrással egyszerre öt betegség (torokgyík, szamárköhögés, tetanusz, járványos gyermekbénulás és a B típusú Haemophilus influenza baktérium által okozott betegség) ellen nyújtanak védelmet. A kombinált oltóanyag ún. sejtmentes pertusszisz komponenset tartalmaz, melynek alkalmazása jóval kevesebb mellékhatással jár, mint az előző évtizedekben használt oltóanyagé, így nőtt a kötelező oltások lakossági elfogadottsága, minimálisra csökkent az oltást megtagadó szülők száma. A 2008. év végétől kezdődően a két éven aluli kisgyermekek pneumococcus elleni térítésmentes önkéntes védőoltásban részesíthetők. A 2009. évtől kezdődően a serdülők Hepatitis B elleni immunizálását 14 éves kor helyett 13 éves korban végzik a különösen veszélyeztetett csoportok minél korábbi védelmének biztosítása érdekében. Összefoglalva mindezt: *a korábbi 20 oltás helyett 11 oltás kerül beadásra, amellyel ugyanúgy 10 betegséggel szembeni védelem alakul ki.*

A 2011 júliusában életbe lépett *Semmelweis Terv* 'Magyar csecsemő- és gyermekorvosok egészségügyi ellátás fejlesztése' című fejezetében ismerteti az önálló gyermekstratégia főbb célkitűzéseit, kívánatos lépéseit. Rögzíti, hogy a csecsemő-, gyermek-, és ifjúság egészségügyi ellátás, komplex gyermek-egészségügyi alrendszerként jelenik meg szoros harmóniában az érintett korosztályokat érintő oktatási, szociális, sport, ifjúságpolitikai és esélyegyenlőségi társadalmi programokkal. A siker egyetlen módja, ha a kormány, a civil társadalom, az egyházak, a társadalmi és gazdasági szervezetek összefognak, és közösen lépnek fel a gyermekek egészségállapotának, testi-lelki-szociális jólétének javítása érdekében. Ez

összhangban van a Lisszaboni Szerződésben foglalt multiszektoriális megközelítéssel. A Stratégiai Program fő elemei: a csecsemő- gyermek alapellátás megújítása; a fekvő- és járóbeteg ellátás nagytérsegi rendszerbe illeszkedő strukturális átalakítása; a gyermekellátás finanszírozási anomáliáinak megszüntetése; a nagy morbiditási és mortalitási betegcsoportok kiemelt kezelése; annak elérése, hogy a gyermekek egészségének megőrzésében a család szerepére, az életmódra és a prevenciós programokra helyeződjön a hangsúly; valósuljon meg hatékony és a gyermekek érdekeit mindenek felett képviselő egészségügyi, oktatási, szociális, sport, ifjúságpolitikai, esélyegyenlőségi ágazatok közötti együttműködés.

Fontos, hogy szakirodalmi adatok szerint a fejlődési zavarok 30%-a nem kerül felismerésre beiskolázást megelőzően. A TÁMOP 6.1.4. Koragyermekkori (0-7 éves) kiemelt projekt programban a szülők gyermekeik fejlődésével, a megfelelő környezet megteremtésével kapcsolatos tájékoztatásához társuló, szülői megfigyelésen alapuló kérdőívek, az egészségügyi ellátók munkájának segítségével a fejlődési zavarok felismerését célozzák javítani.

6. Az Országos Környezetegészségügyi Intézet (továbbiakban: OKI) főigazgatója az alábbi tájékoztatást adta az OKI alapfeladataként megjelölt, az oktató-, nevelő- és gondozó intézményekre vonatkozóan kidolgozott közegészségügyi követelmények érvényesülésének vizsgálatára és az esetlegesen rendelkezésre álló eredmények hozzáférhetőségére vonatkozó kérdésekre:

Az OKI a népegészségügyi szolgálat területi intézeteivel – jelenleg a megyei kormányhivatalok népegészségügyi szakigazgatási szervei és a járási hivatalok népegészségügyi intézetei – együttműködve, országos felmérések keretében vizsgálja fent említett alapfeladatai ellátását. A felmérések során, az adott intézménytípus Magyarországon található valamennyi egysége vizsgálatra kerül. Az eredmények ismertetése országos szakmai konzultációk keretében történik. Az oktató, nevelő és gondozó intézmények helyzetéről a területi népegészségügyi intézetek éves munkabeszámolói is tájékoztatást nyújtanak. A gyermek- és ifjúság-higiénés szakterület felügyelete alá tartozó intézmények körülményeiben gyakran jelentős különbségek tapasztalhatóak, az eltérések inkább területiek, mint egységtípus szerintiek.

Az utóbbi évekről szóló jelentések alapján, a nyilvántartott egységek között az egyes intézménytípusok aránya az igényekhez igazodva, a kisgyermekellátást biztosító intézmények javára változik (jelentősen nőtt a családi napközik, bölcsődék, óvodák száma).

Az önkormányzatok, anyagi terheik csökkentése érdekében gyakran családi napközik működtetésével váltják ki a bölcsődét, iskolai napközit. A kisebb települések a fennmaradás biztosítására intézményeiket átadják az egyháznak, vagy közös intézményegységben működtetik azokat, ill. Kistérségi Társulásokat hoznak létre. *A hátrányos helyzetű térségekben egyre több a kiüresedő intézmény, ezért gyakrabban kerül sor iskolák, kollégiumok bezárására.* 2013-tól az iskolák egy része állami fenntartásba került, ennek következményeiről még nincsenek tapasztalatok, azonban az előző években problémát jelentett, hogy a fenntartó önkormányzatok az intézményeket ideiglenesen, általában egy éves időtartamra engedélyeztették, majd a lejáró engedélyeket az ellátási kötelezettségre való hivatkozással meghosszabbították, így azok hosszú éveken át működtek nem megfelelő körülmények között. Egyes térségekben, az utóbbi években folyamatosan nő a szülői támogatás szerepe az oktatási intézmények megfelelő körülményeinek biztosításában.

Pozitív jelenség a *környezettudatosság terjedése*, ami nemcsak a környezettudatos magatartásra nevelést célul tűző *ökoiskolák szaporodásában, hanem az intézmények működtetésében is megnyilvánul* (pl. napelemek használata a melegvíz előállításához). Ugyanakkor általánosságban megállapítható, hogy *az eddig önkormányzati fenntartású intézmények nagyobb hányada felújításra szorul* (vizesblokk, nyílászárók, padozat, falak), míg az

egyházi, alapítványi működtetésűek jobb állapotban vannak. A tárgyi feltételek javítása szakaszokban történik, a felújításokat többnyire pályázati pénzből, vagy alapítványi támogatásból oldják meg. Új jelenség a gyermekek étkeztetése kapcsán az a szülői igény, hogy a speciális diétát nem igénylő, egészséges gyermek is az otthon készített ételt fogyaszthassa az intézményben. Ezen a tendencián feltehetőleg változtatni fog a Békés Megyei Kormányhivatal Népegészségügyi Szakigazgatási Szerve és a Magyar Nemzeti Gasztronómiai Szövetség (MNGSz) összefogásával indított Menza Minta = Mintamenza Program, amelyhez 2013-ban egyre több település csatlakozott. A program a közétkeztetés korszerűsítését célozza, az egészséges táplálkozás megvalósítása mellett az étkezési kultúra és az étkeztetés tárgyi feltételeinek javításával.

A gyermekjóléti intézmények közül, *a bölcsődék férőhely-kihasználtsága annak ellenére is változatlanul magas*, hogy valamennyi megyében sor került bővítésekre, illetve új intézmények létesítésére. Általánosságban elmondható, hogy bár a zsúfoltság némileg ront a higiénés mutatókon, a bölcsődék még mindig a legjobb közegészségügyi körülményekkel rendelkező egységek. A bölcsődei korosztály ellátásának biztosítására, ahol lehetőség van, egységes óvoda-bölcsődét működtetnek az önkormányzatok. *A családi napközik száma az utóbbi öt évben több mint nyolcszorosára nőtt*, 2011-ben már meghaladta az ezret. Népszerű ellátási forma, mivel a maximum 7 fős gyermeklétszám lehetővé teszi, hogy rugalmas működéssel igazodjanak a szülői/társadalmi igényekhez. A vezetők és a személyzet száma, képzettsége az előírásoknak megfelelő, közegészségügyi körülményeik a kis gyermeklétszámnak megfelelő egyszerűbb elvárások szerint biztosítottak. Kistelepüléseken, gyakran a kiüresedő óvodai csoportok helyén létesít az önkormányzat családi napközit, melyben többnyire a 2-3 éves gyermekek ellátását biztosítja. Az alternatív napközbeni ellátások közül a legelterjedtebb forma a játszóház, ezek az egységek általában megfelelő körülmények között üzemelnek, különösen a hátrányos helyzetű térségekben élő fiatalok számára jelentenek nagy segítséget a színvonalas környezetben nyújtott tartalmas programok.

A gyermekvédelmi intézményekhez tartozó gyermekotthonok többsége külső-belső felújításra szorul. Az intézmények fenntartása egyre nagyobb nehézségekbe ütközik. *Az alacsony étkezésre fordítható norma miatt az étkeztetés minősége több otthonban erősen kifogásolható.* A speciális otthonokban gondozott gyermekek szocializációja, viselkedése igazi kihívást jelent az itt dolgozók számára. A napi szinten előforduló dührohamokból, kitörésekből adódó rongálás, tárgyak, berendezések összetörése, jelentős gazdasági terhet ró az egyébként is szűkös költségvetésű intézményekre. A lakásotthonok igen változatos körülmények között üzemelnek. Az alapfeltételek mindenütt biztosítottak, de a karbantartás sok helyen elmaradt, az 5-6 éve felújított épületek a berendezéssel együtt jelentősen amortizálódtak.

Az oktatási intézmények sorában az *óvodák* általában a jobban karbantartott, felújított egységek közé tartoznak, azonban jelentősek a területi különbségek. Feltöltöttségük változó, városokban, város környéki településeken a gyermeklétszám folyamatosan nő, néhol zsúfoltság is előfordul, míg kistelepüléseken a gyermekhiány jelent problémát. *A nemzeti köznevelésről szóló 2011. évi CXCV. törvény értelmében 2014 szeptemberétől az eddigi 5 éves korhelyért 3 éves kortól lesz kötelező az óvodai részvétel, ami várhatóan jelentős változást hoz a kihasználtságban, a nagyobb városokban tovább rontva a helyzetet.* Az akadálymentesítések folyamatosak, a mozgássérült szülők közlekedését megkönnyítve. A hátrányos helyzetű falvak óvodái nem tudnak/akarnak pályázatot beadni, így a fejlesztés, korszerűsítés forráshiány miatt elmarad. A csoportok megszűnésével egyre több vidéki óvodát alakítanak egységes óvoda-bölcsődévé, vagy a csökkenő létszám miatt megüresedett foglalkoztatókat ebéd utáni pihenésre, tornagyakorlatok végzésére és készségfejlesztő tevékenységre használják. Ugyanakkor, nagyobb településeken a

finanszírozhatóság érdekében, a növekvő gyermeklétszám mellett is csökkentik a szakképzett személyzet és a takarítók számát. Az iskolaorvosi ellátás mindenütt megoldott, de orvosi szoba, elkülönítő az intézmények jelentős hányadában nincs. Az általános iskolák száma a gyermeklétszám alakulásának megfelelően kissé csökkent, főként a kistelepüléseken, falvakban okoz gondot a gyermekhiány. A kistérségi társulásban működtetett intézményekben gyakrabban fordult elő, hogy pályázat útján felújítás, bővítés, akadálymentesítés, informatikai háttér bővítése történt. A falvakból naponta iskolabusszal, vagy a helyi járattal jutnak el a tanulók egy másik településen működő központi iskolába, ahol a felső tagozatos oktatás folyik. Kistelepüléseken még mindig vannak iskolák alsó tagozatos összevont évfolyamokkal, ill. csak alsó, vagy csak felső tagozattal. Általánosságban elmondható, hogy *az épületek jelentős része felújításra, komplett rekonstrukcióra szorul*, saját keretből csak a tisztasági meszelést és a kisebb javításokat tudják fedezni, a fenntartók az állagmegóvásra törekszenek. Jellemző hiányosság az épületek rossz állapota, az elavult csatornahálózatok, nyílászárók, korszerűtlen fűtés és világítás, balesetveszélyes padozat, a mellékhelyiségek, a tornatermek és a hozzátartozó öltözők állapota (hiányzó vakolat, penészesedés). A számítástechnikai szaktantermekben a székek nem állíthatók, a monitorok szemmagasságnál magasabban vannak elhelyezve, a tanulók az ablakkal szemben illetve háttal ülnek. Szaktantermek kialakítása az oktatási intézmények egy részében a tantermek kettéválasztásával történik, az így kialakított helyiségek nem felelnek meg a követelményeknek. A kisebb létszámú iskolák szaktantermei megszűnnek, kísérletek nincsenek. Gyakran megoldatlan probléma a régóta nem használt vegyszerek megsemmisítésének, elszállításának, tárolásának módja, anyagi forrása. Fejlesztésre szinte csak megnyert pályázatok adnak lehetőséget. Több iskolában EU támogatással történt nyílászáró-csere, fűtés- és világításkorszerűsítés, tornaterem, vizesblokk felújítás, tantermekbe új bútorzat vásárlása, valamint a régiék felújítása. Az így korszerűsített iskolákban a hagyományos krétás táblákon túl kerámia táblák, audiovizuális táblák kerültek felszerelésre. A hagyományos iskolapadokat felváltották a kétszemélyes tanulóasztalok, székek, melyek a gyerekek testmagasságának megfelelően állíthatók. Az iskolaegészségügyi ellátás biztosított, azonban az intézmények egy része nem rendelkezik orvosi szobával, vagy amennyiben van rendelő, a felszerelése nagyon hiányos. Az alsó tagozatos korosztályra jellemző a napközis foglalkoztatás igénybevétele, így ezek a gyerekek napi háromszor részesülnek étkeztetésben. A közétkeztetés – főző, vagy tálaló konyha üzemeltetésével – mindenütt megoldott, több intézményben megvalósult a diétás étkeztetés is. A báziskonyhák a különböző korcsoportok élettani igényeit többnyire nem biztosítják megfelelően, ugyanakkor modellprogramok indításával egyre több próbálkozás történik az egészséges táplálkozás megvalósítására. Szervezett étkeztetésben az óvodások, alsós általános iskolások vesznek részt, a felső tagozatosok és a középiskolások csak kevesen, mert nem tudják kifizetni az étkezési díjat.

Középiskolákban sajnos előfordul szándékos rongálás, esetenként lopás is. Szakiskolákban néhol túljelentkezés van, más képzési formák viszont már nem indulnak a kevés jelentkező miatt. A középiskolai tanműhelyek elsősorban az iskolák épületében működnek, egyre ritkábban külső telephelyen. A legutóbbi jelzések alapján, mind az általános, mind a középiskolákban jelentős problémát okoz a mindennapos testnevelés biztosítása még a felmenő rendszerben is (1., 5., 9. osztály), mivel a tárgyi és pedagógiai feltételek nem mindenütt biztosítottak.

A felsőoktatási intézmények jobb higiénés körülmények között működnek, mint a közoktatási intézmények. A nyári időszakban több kollégium átmeneti kereskedelmi szálláshelyet üzemeltet. Általánosságban elmondható, hogy az általános és középiskolai kollégiumok állapota anyagi forrás hiányában fokozatosan romlik, a megfelelő körülmények biztosítása nagy

erőfeszítést igényel. A felsőoktatási intézmények diákokthonai az utóbbi évek fejlesztéseinek köszönhetően korszerűek, jó körülményeket biztosítanak a lakók számára.

A *táborok, üdülők, ifjúsági szállók, napközis táborok* egy része nagyon jól felszerelt, jó körülményekkel rendelkezik, de vannak felújításra, illetve új berendezési tárgyak beszerzésére szorulóak is. A táboroztatók jelentős része elvégeztette a nyitás előtti rovar-rágcsálóirtást, egyedi vízellátás során a fúrt kutak vizének akkreditált laboratóriumban történő bevizsgálását. Az állandó táborok, üdülők, ifjúsági szállók a nyitás előtt elvégzik a szükséges javításokat, felújításokat. A sátoztáborokban a sátrak állapota megfelelő, vízvételi lehetőség, vizesblokk biztosított. A táborszervezők többnyire eleget tettek az előírt bejelentési kötelezettségnek. A megfelelően feltöltött mentőláda, egyes nomád táborhelyeken külön elsősegélynyújtó sátor, szakképzett elsősegélynyújtó általában rendelkezésre állt. Az étkezés étteremben, iskolai főzőkonyhán, vagy ételszállítással, illetve frissen vásárolt élelmiszerekből történt. A nyári napközis táborokban a gyermekek száma évről évre nő. Ezeket a táborokat iskolákban, művelődési házakban, közösségi házakban, játszóházakban, uszodában, vagy kifejezetten táborozás céljára létrehozott helyszíneken szervezték, ahol a közegészségügyi feltételek biztosítottak voltak. Sajnos működnek sivár, semmiféle elfoglaltságot nem nyújtó, csupán gyermekfelügyeletre szorítkozó napközis táborok is.

Tájékoztatást kértem az *„Európai cselekvési terv a környezetért és a gyermekek egészségéért” című program (CEHAPE) hazai implementációjának üteméről, esetleges akadályairól* is. Magyarországon a környezetegészségügyi tevékenység elsősorban az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat központi (OTH és OKI) és a területi intézményeihez (a megyei Kormányhivatalok népegészségügyi szakigazgatási szervei, a járások népegészségügyi intézetei) kapcsolódik. Ez a szubszidiaritás elvét követő, de centralizált szakirányítású szolgálat teszi lehetővé, hogy a lakosság egészségét közvetlenül veszélyeztető esetekben gyors és adekvát intézkedések szülessenek. Az OKI a környezetegészségügyi problémák hathatós kezelése érdekében messzemenően figyelembe veszi a környezetszennyezés káros hatásainak csökkentését szolgáló más országos programok, mindenekelőtt az NKP-III., az Országos Ivóvíz-minőségjavító program, az Országos Környezeti Kármentesítési Program valamint a parlagfűmentesítési program céljait. A Pármai Nyilatkozat ún. „cselekvési kötelezettség” részében felsorolt európai regionális célkitűzésekkel összhangban fogalmazták meg kiemelt környezetegészségügyi feladataikat.¹⁰

¹⁰1. Az *egészséges ivóvízhez* való hozzájutást biztosítani kell minden gyermek számára otthonukban és a gyermekintézményben 2020-ig;

2. Az *egészséges és biztonságos települési- és lakókörnyezet* és a fizikai aktivitás segítse elő az elhízás és a gyerekbalesetek visszaszorítását. Ezen túlmenően, csatlakozva az Európai Unió támogatta COPHES (Consortium to Perform Human Biomonitoring on an European Scale) és DEMOCOPHES (Demonstration Project of COPHES) projektekhez, tájékoztató jellegű humán biomonitoring vizsgálat keretében 120 6-11 éves gyermek és édesanyja hajmintájában a higany, a vizelet mintákban a kadmium, kotinin és 7 ftalát metabolit koncentrációját határozták meg, kutatva azok lehetséges forrását is. Ezek alapján megállapították, hogy a 17 EU tagállam átlagához viszonyítva a haj Hg tartalma Magyarországon volt a legalacsonyabb, a vizelet Cd tartalma gyermekek esetében magasabb, az anyák esetében kisebb volt az átlagnál; a vizelet kotinin és ftalát koncentrációja általában nagyobb volt az átlagnál. Összességében az is egyértelmű volt, hogy a magyar értékek lényegesen kisebbek voltak, mint a nemzetközi irányértékek. Ugyanakkor szignifikáns összefüggéseket találtak a haj Hg tartalma és a tengeri hal- ill. a borfogyasztás, valamint az alapozó arcfestékhasználat között. A vizelet Cd tartalma az életkorral és a dohányzással, a vizelet kotinin tartalma az aktív és passzív dohányzással, míg ftalát tartalma friss lakásfelújítással, PVC padló meglétével és rendszeres alapozó arcfestékhasználattal mutatott statisztikailag szignifikáns összefüggéseket.

3. A *légzőszervi megbetegedések megelőzése* terén folytatni kell az erőfeszítéseket különösen a szálló por expozíció és a beltéri levegő szennyezettség csökkentése irányában. Az OKI célzott kutatási programok keretében a környezet-epidemiológiai vizsgálatokat és légszennyezettség méréseket végez oktatási intézményekben a gyermeket ért belső

Mindezek azt mutatják, hogy az Európai cselekvési terv a környezetért és a gyermekek egészségéért (CEHAPE) című program hazai végrehajtása időarányos, de célszerű lenne több országos környezet-egészségügyi felmérést végezni.

A várandós anyák és a kisgyermekkorú /0-6 éves/ gyermekek egészséges (arzén- és egyéb káros anyagtól mentes) ivóvízhez, a jódozott sóhoz, a kellő vitamin és ásványi anyag (különös tekintettel a vas) ellátáshoz való egyenlő hozzáférésére vonatkozó kérdésekre a következő tájékoztatást kaptam:

Az egészséges ivóvízhez való hozzáférés Magyarország legnagyobb részén mindenki számára biztosított. Vannak azonban olyan területek, ahol egyes geológiai forrásból eredő kémiai vízszennyezők (elsősorban az arzén, és ammónium, kisebb gyakorisággal a bór és a fluorid) meghaladják az Európai Unió Ivóvíz Irányelvében (98/83/EK), illetve az azt a hazai jogba átültető 201/2001 (X. 25.) Kormányrendeletben meghatározott határértéket. A fenti vízszennyezők közül az arzén, a bór és a fluorid határérték feletti koncentrációban egészségkárosító hatású lehet, amely a kisgyermekekre és várandósokra fokozottan veszélyes. A határértéket meghaladó ammónium koncentráció közvetlenül nem jelent egészségkockázatot, azonban jelenléte esetén fennáll a nitrit képződés veszélye. Ezek a települések az Ivó vízminőség-javító program (KEOP 1.3.0 és KEOP 7.1.0) keretében pályáztak olyan beruházások támogatására. A beruházások átadása folyamatosan történik, a végső befejezés dátuma várhatóan 2015. június 30. Az Európai Unió 2009. december 25-ig, majd 2012. május 31-én kelt határozatában 2012. december 25-ig átmeneti mentességet adott Magyarországnak az arzén, bór és fluorid paraméter Irányelv szerinti határértékének való megfelelés alól. A mentesség lejártát megelőző és az azt követő időszakban az érintett tárcák Összehangolt intézkedéssel elérték, hogy valamennyi, a mentességi kérelemben szereplő településen rendelkezésre álljon egészséges ivóvíz, vagy a víztisztító technológia végleges vagy átmeneti módosításával, vagy átmeneti vízellátás keretében. A határértéket meghaladó arzén, bór vagy fluorid koncentráció folyamatosan csökkenő számú, jelenleg kb. 300 településen jelent problémát, összesen 800.000 embert érint, amelyből becslések szerint 56.000 várandós és 6 év alatti gyermek. A folyamatról és annak eredményéről a BM Önkormányzati Koordinációs Irodája készített a Kormány és az Európai Bizottság számára összefoglaló jelentést. A nitrit határértéknek való megfelelés

téri expozíció felmérésére. A projektek célja a gyermekek napi tartózkodása szempontjából meghatározó zárt terek (lakás, óvoda, iskola) belsőtéri levegőminősége és a gyermekek egészségi állapota közötti összefüggések vizsgálata révén az egészségre ártalmas kockázati tényezők azonosítása, és az egészségkárosító hatások kiküszöbölése, megelőzése. A szálló porra vonatkozó uniós határérték felülvizsgálatának tudományos megalapozását szolgáló ESCAPE (European Study of Cohorts for Air Pollution Effects) projektben az OKI a terhességi kimenetek és a levegőszennyezettség összefüggéseit vizsgáló munkacsoportban a győri várandós anyák körében 2004-2007 között végzett felmérés adataival és a 2010-2011-ben végzett levegőszennyezettségi mérési eredményekkel vett részt. A 13 kohorsz vizsgálat összevont adatainak értékelése során kiskorú, de statisztikailag szignifikáns negatív összefüggést találtak az éves átlagos PM_{2,5} koncentráció és a születési súly, illetve a fejkörfogat között, ami a szálló porszennyezettségnek a magzat méhen belüli fejlődését károsító hatására utal.

4. Meg kell védeni a gyermekeket, a várandósokat a veszélyes vegyi anyagokkal, illetve a nem biztonságos termékekkel való érintkezéstől. Ebben a témakörben kiemelt jelentőségűnek kezelik az egészségkockázat érzékelését és közlését. Amíg a veszélyesség egy anyag, jelenség, folyamat attribútuma, addig a káros esemény bekövetkeztének valószínűségét és következményeinek súlyosságát kockázattal jellemezzük. A veszély és kockázat értékelése jól definiált szakmai szabályok szerint történik. A kockázatérzékelés viszont nagyon összetett döntési folyamat, amely a veszély jellegétől, a káros esemény számtalan jellemzőitől függ. A kockázatérzékelési folyamat eredménye azért is fontos, mert nélkülözhetetlen az egészségkockázat közléséhez, az érintett szakemberek és társadalmi csoportok közötti információ cseréhez. A megfelelő egészségkockázat közlés erősíti az érintett célcsoport racionális kockázatérzékelését, illetve hatással lehet magára a kockázat kezelésére is, ezáltal csökkentve az egészségkárosodás valószínűségét, illetve mértékét.

érdekében az ÁNTSZ 2007-ben indította meg a nitrit-akciót. A nitrit határérték feletti előfordulása kiemelt kockázatot jelent a várandósok és kisgyermek számára. A nitrit nem folyamatosan van jelen az ivóvízben, hanem a nyersvíz ammónium tartalmából alakul át a víztisztító technológiában vagy a hálózatban megtelepedett baktériumok aktivitása következtében. Koncentrációja emiatt ingadozó. A nitrit-akció célja az érintett települések fokozott monitorozása, és a vízminőségi eredmények folyamatos felügyelete révén a nitrit koncentráció esetenkénti határérték túllépésének csökkentése. Az érintett szolgáltatók az előírt sűrített vizsgálatokat elvégeztetik, és ezek eredményeit a megyei népegészségügyi szakigazgatási szerveknek megküldik. Az összesített eredmények negyedéves bontásban az OTH-ban és az OKI-ban hozzáférhető. Az OTH és az OKI szerepe az ivóvízminőség felügyeletben az ivóvíz adatok gyűjtése, összegzése és elemzése, valamint ez alapján hazai és európai uniós jelentések készítése. Az ivóvízminőség felügyelet mellett a gyermekek egészséges ivóvízhez jutásában jelentős szerepe van a lakossági tájékoztatásnak. Ezért az OKI a jelentősebb ivóvízzel kapcsolatos kérdésekben lakossági tájékoztató anyagokat dolgozott ki, amelyek az Intézet, valamint az ÁNTSZ honlapján nyilvánosan hozzáférhetőek (<http://oki.antsz.hu/dokumentumtar/5> és <https://www.antsz.hu/ivovizminoseg/ivoviz> lakossági tájékoztatás) Ezek közül a „Lakossági tájékoztató az ivóvíz arzén szennyezettségéről várandósoknak, gyermekvállalás előtt állóknak, kismamáknak” című dokumentum célzottan a várandósok és kisgyermek egészségvédelmét szolgálja. A tájékoztató a honlapon történő közzététel mellett a védőnői szolgálaton keresztül az érintett településeken közvetlenül is eljutott a várandósokhoz.

A jódhányos állapot kialakulásának megelőzése a WHO „Egészséget mindenkinek 2000-re” programjának egyik célkitűzése volt, hogy ne legyen jódhányos ember 2000-re. A WHO programhoz csatlakozott az UNICEF és a Nemzetközi Jódbizottság (ICCIDD). A három szervezet közös kiadványt jelentetett meg 1996-ban, amelyben javaslatot tettek a különböző életkorokban a napi jódszükségletre. A hazai jódellátottság felmérése az Országos Közegészségügyi Intézet közreműködésével utoljára az 1990- es években zajlott az ország 19 megyéjében és Budapesten a védőnői hálózat segítségével az általános iskolák I.- IV. osztályos fiútanulók körében a pajzsmirigy nagyságának tapintásos vizsgálatával és megyénként 3-4 településen (30-40 fő) több mint 2000 általános iskolás vizeletjód ürítésének vizsgálatával. 1998-ban megszűnt az Egészségügyi Minisztérium támogatása. A jódhány és jódellátottság felmérésére 1999-2002 között a NEKAP keretében nyílt lehetőség, továbbá a Nemzeti Népegészségügyi Program (46/2003. (IV. 16.) OGY határozat) bevezetőjében megfogalmazta a következőket: „Nemzeti szintű feladat az ország lakosságának jelentős részét érintő jódhány kezelési stratégiájának kidolgozása és a hatékony megoldás megvalósítása” – azonban 2003-2007. között a jódhány állapot felmérése és csökkentése nem szerepelt a kiemelt prioritások között, nem kapott anyagi támogatást. A CEHAPE program is ajánlja a jódhány állapot felszámolását, a jódozott só elérhetőségének és a jódellátottság monitorozását. A hivatkozott, több mint 15 éve végzett felmérések szerint Magyarországon tíz emberből nyolc jódhányosan táplálkozik, a lakosság nyolcvan százaléka jódhányos területen él. Az ivóvíz jódtartalmára vonatkozó vizsgálatok azt jelezték, hogy a több mint háromezer magyar település közül csak 84 lakói fogyasztottak elegendő – literenként 150 mikrogramm – jódot tartalmazó vizet. A jódhánnyal egyértelműen összefüggő golyva előfordulásának gyakorisága három kivétellel minden megyében meghaladta a nemzetközileg elfogadottnak tekintett 5 százalékos arányt a 9-11 éves fiúgyermek körében. A csecsemők és kisgyermek számára készült feldolgozott gabona alapú élelmiszerekről és bébiételekről, az étrend-kiegészítőkről, a különleges táplálkozási célú élelmiszerekről, és a speciális gyógyászati célra szánt tápszerekről szóló szabályozás ellenére jelenleg nincs szervezett felvilágosító kampány a jódhány állapot megelőzésére.

7. *A Magyar Máltai Szeretetszolgálat alelnöke* arról tájékoztatott, hogy a szervezet csaknem egy évtizede dolgozik kirekesztett közösségekben, egyes szegregátumokban. A telepítési szociális munkán, a folyamatos jelenlétén túl, felismerve ezeken a hátrányos helyzetű területeken az egészségügyi ellátó rendszerhez való hozzájutás hiányosságait, az ún. „Máltai Orvoscsoport” is számos szegény településre, csoporthoz eljutott egészségügyi vizsgálatokkal, szűrésekkel, ingyenes szemüvegekkel. 2011 őszétől a TÁMOP 5.2.1 program keretében több száz hátrányos helyzetű település állapotára kapnak rálátást. Gyerekesély programjuk alapvető célkitűzése 8 LHH kistérségben a szegénység, különösen a gyermekszegénység csökkentése, újratermelődésének, átörökítésének megelőzése, fékezése, a mélyszegénységben élő gyermekek, a felnövekvő generáció szociális helyzetéből fakadó hátrányainak mérséklése, alapvetően a helyi, kistérségek által megvalósított, gyerekesély programok kísérése által. *A programban az intézményrendszer egésze mellett azokra a településekre fordítják a legnagyobb figyelmet, ahol a kistérségen belül a legrosszabb gazdasági, társadalmi mutatókat, jelenségeket találták,* valamint ahol a hátrányos helyzetű, marginális csoportok nehezen, vagy egyáltalán nem férnek hozzá az őket támogató, fejlesztő szolgáltatásokhoz, az esélyeiket növelő, nekik szánt programokhoz; továbbá ahol a legmagasabb a 18 éven aluliak száma, lakosságon belüli aránya, valamint ahol legnagyobb számban él a Biztos Kezdet program 0-5 éves célcsoportja. Munkájuk során első lépésként a kistérségek felmérését végezték és készítették el ennek írásos jelentését, a nyolc ún. „Kistérségi tükröt”.

A terepmunka során azt tapasztalják, hogy minden kiválasztott kistérségben indokolt a szakszerű segítség és beavatkozás. Az általuk látogatott településeken a szegénységi kockázati index kiemelkedően magas, a lakosság egy része már nem írható le a szegénységgel, ők már bizonyosan *nyomorban élnek*. A szakemberek tapasztalatai szerint a munkajövedelem nélkül élő, szociális segélyektől függő szegény családokat kapacitásukon túl próbálják támogatni a segítő szervezetek. Azonban ez néhány kiemelkedően hátrányos helyzetű település esetén nem elégséges, mert a szolgáltatások így sem jutnak el a legrászorultabbakhoz. Forrás- és szakemberhiány miatt sok helyen a legalapvetőbb feladatok ellátásán túl nem tudnak sem fokozott figyelmet, sem megfelelő szolgáltatásokat rendelni a legszegényebb sorsú, hátrányokat halmozó gyermekhez. A szolgáltatások kiegészítése minden településen szükséges, de csak szorosabb kooperációval, innovatív eszközökkel oldható meg.

Utalva a megkeresésemben felvetett prenatális korra vonatkozó kérdésekre, az alelnök arról tájékoztatott, hogy több éves terepmunkájuk alatt szerzett tapasztalataik szerint a *mélyszegénységben, telepítési körülmények között élő családokban a gyermekek már a méhen belüli fejlődés ideje alatt komoly hátrányokkal küzdenek*. A kismamák többnyire kimaradnak a várandós gondozásból, nem járnak el a szűrésekre, leggyakrabban a szüléskor találkoznak nőgyógyásszal. Jellemzően szülés után sem mennek el vizsgálatokra. Sok gyermek kis súllyal születik. Az anyák a terhesség ideje alatt sem táplálkoznak elégségesen és sokat dohányoznak. A nők egy része sterilizáltatja magát pár gyerek születése után, mert a rendszeres fogamzásgátlás költségeit nem tudják megfizetni, ahogy a szakrendelések elérése, felkeresése is anyagi gondokkal, pénzhiánnyal, valamint gyakran a távoli intézmény rövid rendelési idejével magyarázható. A legrászorultabb családok, gyermekek és felnőttek nem jutnak hozzá a megfelelő egészségügyi ellátáshoz. *Az egészségügyi ellátórendszer legjellemzőbb hiányosságai a leghátrányosabb helyzetű településeken az állandó gyermekorvosi ellátás hiánya, több településen egyáltalán nincs, vagy csak havonta, hetente egyszer van rendelés.* Nem csak egyes településeken nincs állandó gyermekorvos, hanem egész kistérségekre is jellemző. Ezt a gondot nem tudja ellensúlyozni kellőképpen a védőnői szolgálat sem, mert kevés és erősen túlterhelt a szakemberek dolgoznak. Vannak olyan körzetek, ahol egy védőnő 100-110, de olyan is, hogy 180 gyereket gondoz egy

olyan településen, ahol a gyerekek 76 százaléka halmozottan hátrányos helyzetű, telepi körülmények között él. A beteg gyermekek akkor tudnak a távolabbi településeken rendelő orvosokhoz eljutni, ha sikerül pénzt szerezni az útiköltségre. A mélyszegénységben élő családok a gyógyszereket vagy egyáltalán nem, vagy jelentős késéssel tudják kiváltani. Fertőző betegségek, járványok idején hosszú a gyógyulási idő, és súlyosabbak a szövődmények is, a sok gyerek egymást fertőzi újra, hiszen egyszerre kellene, hogy a gyógyszereikhez hozzájussanak.

Mára már az is világosan látható, hogy *az általános iskola felsőbb tagozatára a HHH gyerekek nagy részéről „gyakorlatilag lemond a rendszer”, és sokszor a család is.* Nem szereznek a munkaerőpiacon értékesíthető tudást, amely a *szegénység újratermelődésének* további felgyorsulását eredményezi. A segítők egyik legjellemzőbb kudarcélménye a relatív korai családalapítás. A szegény családokból kitörni nem tudó fiatalok újabb szegény családot alapítanak, a szegénység újratermelődése gyorsul. A gyermekekkel foglalkozó szakszolgálatok munkatársaink beszámolója szerint *jelentős számban érkeznek éhesen az iskolába a gyerekek, és sokuk másnapig nem biztos, hogy tud mit enni.* Jellemző a kiegyensúlyozatlan táplálkozás és a rossz minőségű ételek fogyasztása, az alultáplált vagy elhízott, és különböző betegségekkel küzdő gyerekek magas száma. Számos településen súlyos gondot jelent a nyári iskolai, óvodai szünet alatt a gyerekek számára elfoglaltságot és megfelelő étkezést biztosítani.

Az oktatási intézmények nyitva tartása, a tanórákon kívüli idő szervezetlensége, a szabadidős programok súlyos hiánya – a fenntartók általános szűkös pénzügyi forrásai miatt, de a szülők pénztelensége és tájékozatlansága miatt is – nem tudja biztosítani az ingergazdag, hasznos környezetet, amelyben a gyerekek a szociális helyzetükből fakadó, átörökölt hátrányokat mérsékelni tudnák, képességeiket kibontakoztathatnák.

Mindenképpen szükség van olyan beavatkozásra, amely a hátrányos és halmozottan hátrányos helyzetű diákok iskolai sikerességét célozza meg. *Hiányoznak, vagy nem elégségesek a támogató szolgáltatások, nincs elegendő szaktanár, fejlesztő szakember, pszichológus, logopédus, ami megakadályozza azt, hogy a gyerekek megfelelő fejlődése érdekében kora gyermekkorától megtörténhessenek a beavatkozások, és a későbbi tanulási zavarokat, családi és egymás közötti konfliktusokat hatékonyan lehessen kezelni.*

A fentiekben megfogalmazottak és a szervezet közel tíz éves tapasztalata alapján kiemelkedően fontosnak tartja a „Tanoda” típusú programok minél szélesebb körben való elterjesztését és megismertetését, ugyanakkor még elkötelezettebb hívei a többéves jelenlét során kialakult bizalom és együttműködés mentén működő szolgáltatások fenntartásának és tovább finanszírozásának, amely összhangban áll a nemzetközi szakmai trendekkel is. Fontos szempont a több éve működő szolgáltatások támogatása mellett, hogy a nehezen megszerzett és kialakított bizalom könnyen elvész, a több éves megfeszített munka megsemmisül, ha egy működő szolgáltatás eltűnik, megszakad egy olyan térségben, ahol a közoktatásból már kiábrándultak a családok, illetve ahol már nem is éri el a családokat, a hátrányos helyzetű gyerekeket.

Ezért tartják különösen érthetetlennek és a megfogalmazott szakmapolitikai törekvésekkel ellentétesnek az ESZA Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft. a 2013. április 26-án kelt a TÁMOP 3.3.9. C-12. Tanoda típusú programok támogatása a Hátrányos Helyzetű kistérségekben című pályázattal kapcsolatos döntését, amelynek értelmében, több olyan pályázat is tartalék listára került, melynek pályázó szervezte már több éve illetve évtizede kiemelkedő sikerességgel működtet tanoda típusú szolgáltatást az ország leghátrányosabb helyzetű területein, pontosan azokon a területeken, ahol a legégetőbb a szükség a beavatkozásra.

A szervezet helyszínen dolgozó munkatársai arról tájékoztattak, hogy a gyermekek egészségügyi állapotát a lakáskörülményekből fakadó higiéniai problémák, az általában zsúfolt, párás, penészes, vizes, fűtetlen lakások okozta légúti megbetegedések határozzák meg, valamint

az elégtelen mennyiségű és minőségű táplálkozás és a környezetükben tapasztalt és őket is érintő stressz. Rengeteg az asztmás beteg és a kezeletlen szem és fülbetegség, az anyagcsere-zavarral, immunrendszer gyengeségre és vérszegénységre visszavezethető betegséggel, magas vérnyomással és vércukorszinttel küzdő 14 év aluli gyermek. Az idegrendszeri és pszichés betegségek további fontos és kritikus betegségcsoportot jelentenek. Jellemző a testtömeg és testmagasság életkori szinttől való elmaradása. A rossz lakáskörülmények, mosakodási és mosási lehetőségekkel függenek össze a rossz higiéniai körülmények, melyek többször vezetnek rüh, tetű és bőrbetegségek megjelenéséhez. A legrosszabb helyzetű gettófalvak, egyes települések elkülönült szegény és cigánytelepein szinte kivétel nélkül minden komfort és vezetékes víz nélküli lakásokban élnek az emberek. Közkút sok esetben legalább 500 méterre van a teleptől. A legszegényebbeknél, ha nincs kikapcsolva éppen, akkor villany és televízió van. Nem ritka, hogy mosógépet és centrifugát több család használ közösen. Rossz állapotú, foltozott kályha van a szobákban, „összetákolt” füstelvezető csövekkel, vagy a konyhát és a szobát – ha van két helyiség egyáltalán – a konyhai sparhelt fűti. A lepusztult házakban az ablaküveget fóliával pótolják, a bútortart hiányos: asztal, székek és ágyak jelentik a felszerelést. A ruhákat szekrények helyett legtöbbször fogasok és a falba vert szögek pótolják. Gyerekjátékokat alig látni. Mindennapos a kicsi élettér és zsúfoltság.

A lakhatási költségek fizetése egyre nagyobb gondot okoz a mélyszegénységben élők számára, ma már a munkajövedelemmel rendelkező családoknak is. Jelentős számú településen a hátralékosok száma igen magas, a közmű szolgáltatások kikapcsolása sokakat érint. Az egyes településeken az eladósodás különböző mértékű, a legrosszabb szociális helyzetű településeken a családok 60-70%-a is rendelkezhet díjhátralékkal, a jobb helyzetű településeken ezt az arányt 10-20%-ra becsülik a szakemberek.

A mélyszegénységben élő gyermekek életkörülményeinek és lehetőségeinek javítása érdekében a meglévő és kialakítandó, alakuló szolgáltatások (szociális, egészségügyi, oktatási, közösségfejlesztési) együttműködését intenzívebbé, hatékonyabbá kell tenni. *Ennek érdekében jobban össze kellene hangolni az állami/önkormányzati, és civil/egyházi szereplők munkáját.* A gyerekek esélyeinek szempontjából az oktatási intézmények köré szerveződő fejlesztő és segítő szakmák szakember és kapacitáshiánya az egyik legmeghatározóbb nehézség.

A kistérségi humán szolgáltatások koordinációja, szervezése, finanszírozása a vizsgált kistérségekben kritikus, különösen annak fényében, hogy milyen mértékű a helyi társadalom elszegényedése, perspektívtalansága, mennyire behatároltak a kitörési lehetőségek. Elsődleges eszköz, hogy a már működő, bevált és eredményes szolgáltatásokat fenntartsák, s működtessék. *Ezeket a területeken nem a városképet javító beruházások a szökőkútépítés és a térkő az égető szükség, hanem hogy a gyermekek megfelelő minőségű és mennyiségű egészségügyi ellátáshoz, oktatáshoz és ismeretekhez, képzéshez, felzárkóztatáshoz jussanak,* annak érdekében, hogy megtalálják helyüket a munkaerőpiacon, amely össztársadalmi érdek.

A fent vázolt rendkívül súlyos problémákat az alelnök véleménye szerint, ha nem is oldaná meg a TÁMOP 5.2.3.-12/1 Integrált térségi programok a gyerekek és családjaik felzárkózási esélyeinek növelésére pályázat, de komoly lehetőség biztosít az itt élő családoknak, gyerekeknek a nyomorból és kilátástalanságból való kijutáshoz, a szolgáltatások fejlesztéséhez, amelyre önerőből a leghátrányosabb helyzetű kistérségek már nem képesek. Olyan lehetőséghez juttatná ezeket a rendkívüli hátrányokkal küzdő térségeket, amelyre nem volt példa az elmúlt évtizedek során, s amellyel a kistérség tudna és akarna is élni, s erről a mély elköteleződésről az elmúlt 1,5 éves közös munka során több esetben is tanúbizonyságot tett. Ugyanakkor a fenti program értékelése során is kialakult egy olyan rendkívüli helyzet, amelynek során tartalék listára kerültek, azaz nem részesülnek támogatásban, olyan kistérségek (sellyei, barcsi,

tiszafüredi), amelyek helyzete kilátástalan s a tervezett kistérségi programmal olyan lehetőséghez jutottak, amelynek kiaknázása nélkül a kistérségek településeinek többsége ellehetetlenülne, megszűnnének a gyermekek esélyei egy jobb, egészségesebb és teljesebb, a szüleiknél élhetőbb életre. Véleményük szerint a magyarországi, súlyos problémákra csak a Gyerekesély programhoz hasonló komplex programokkal lehet megoldást találni, melyek képesek felmutatni a helyi kapacitáshiányokat, s képviselni azt, hogy épp a legszegényebb területekre jusson több, jobb szolgáltatás. *Komplex, hosszú távú és fenntartható, a helyiakkal kialakított és végrehajtott programokra van szükség, amelyeknek elsődleges célcsoportja a gyermekek.* Ilyen programok nélkül, rendkívül nagy az esély arra, hogy a kialakult helyzet kezelhetetlenné váljon, akár az egészségügyi ellátó rendszer számára is. Tömegesen születnek s nőnek fel ezekben a térségekben azok a gyerekek, akik felnőttkorukra a prenatális körülmények, lakhatási viszonyok, a koragyerekkori fejlesztések hiánya, a felzárkóztató programok hiánya, és a szolgáltatások hozzáférhetetlensége okán teljes egészéből kiszorulnak nemcsak a munkaerőpiacról, de a társadalomból is, s kizárólag a szociális transzferek által biztosított jövedelmekből lesznek képesek egy egyre alacsonyabb életszínvonalat fenntartani.

A vizsgálat megállapításai

I. A hatáskör tekintetében

Az alapvető jogok biztosa feladat- és hatáskörét, valamint ennek ellátásához szükséges vizsgálati jogosultságokat az Ajbt. határozza meg. A gyermekek védelemhez és gondoskodáshoz való jogával összefüggésben az Ajbt. 18. § (4) bekezdése alapján hivatalból vizsgálatot indítottam. A vizsgálat eredményes befejezése és a kérdés teljességének feltárása érdekében az Ajbt. 21. § (1) és (2) bekezdése alapján kértem tájékoztatást.

Az Ajbt. 1. § (2) bekezdésének a) pontja kimondja, hogy *az alapvető jogok biztosa tevékenysége során – különösen hivatalból indított eljárások lefolytatásával – megkülönböztetett figyelmet fordít a gyermekek jogainak védelmére.*

A vizsgálati keretekkel kapcsolatban rögzítendő, hogy az ombudsman számára egy adott jogi szabályozás alapjogi aspektusú vizsgálatára, valamint jogszabályi hiányosságával, tartalmi hibáival összefüggő intézkedések megfogalmazására a törvény lehetőséget teremt. A *preventív alapjogvédelemre is hangsúlyt helyező ombudsmani gyakorlat* alapján a biztos mandátuma keretei között marad akkor, amikor az alapjogi aspektusú vizsgálatához igazodóan, hivatalbóli eljárás keretében, éppen a konkrét alapjogsérelem és ezen alapuló panaszok megelőzése érdekében tekinti át a releváns jogi szabályozás egyes elemeit, feltérképezi és jelzi a jogalkotó szerveknek vagy az Alkotmánybíróságnak a normaszöveggel kapcsolatban felmerülő alkotmányossági aggályait.

II. Az érintett alapjogok és alapelvek tekintetében

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

Az Alkotmánybíróság a 22/2012. (V. 11.) AB határozatában arra mutatott rá, hogy *„az előző Alkotmány és az Alaptörvény egyes rendelkezései tartalmi egyezősége esetén éppen nem a korábbi alkotmánybírósági döntésben megjelenő jogelvek átvételét, hanem azok figyelmen kívül*

hagyását kell indokolni”. Ugyanakkor a testület a II/3484/2012. AB határozatának indokolása során azt emelte ki, hogy az adott határozatban vizsgált törvényi rendelkezések esetében már az Alaptörvény negyedik módosítása alapján jár el a korábbi alkotmánybírósági határozatokban foglaltak felhasználhatóságát illetően. A testület ennek kapcsán elvi élel mondta ki azt, hogy „*az Alkotmánybíróság a hatályát veszített alkotmánybírósági határozat forrásként megjelölésével, a lényegi, az adott ügyben felmerülő alkotmányossági kérdés eldöntéséhez szükséges mértékű és terjedelmű tartalmi vagy szövegszerű megjelenítéssel hivatkozhatja vagy idézheti a korábbi határozataiban kidolgozott érveket, jogelveket. Az indokolásnak és alkotmányjogi forrásainak ugyanis a demokratikus jogállamban mindenki számára megismerhetőnek, ellenőrizhetőnek kell lennie, a jogbiztonság igénye az, hogy a döntési megfontolások átláthatóak, követhetőek legyenek. A nyilvános érvelés a döntés indoklásának létalapja. A korábbi határozatokban kifejtett érvek felhasználhatóságát az Alkotmánybíróság mindig esetről esetre, a konkrét ügy kontextusában vizsgálja.*” A fenti elvi jelentőségű tétellel összhangban vizsgálati megállapításaim érvrendszerének megfogalmazása, az egyes alapjogok, alkotmányos elvek értelmezése során – ellenkező tartalmú alkotmánybírósági iránymutatás megszületéséig, az alkotmányszöveg változását, a tartalmi, illetve kontextuális egyezőséget is figyelembe véve – az alapvető jogok biztosaként továbbra is irányadónak tekintem az Alkotmánybíróságnak az Alaptörvény hatályba lépését megelőzően meghozott határozatai indokolásában kifejtett érveket, jogelveket és összefüggéseket.

1. Az Alaptörvény B) cikk (1) bekezdése alapján Magyarország független, *demokratikus jogállam*. Az Alkotmánybíróság korábbi töretlen gyakorlata alapján ennek a jogállami minőségnek nélkülözhetetlen eleme a *jogbiztonság*. Az Alkotmánybíróság által gyakran hivatkozott tétel, hogy a jogbiztonság az állam – s elsősorban a jogalkotó – kötelességévé teszi annak biztosítását, hogy a jog egésze, egyes részterületei és az egyes jogszabályok is világosak, egyértelműek, működésüket tekintve kiszámíthatóak és előre láthatóak legyenek a norma címzettjei számára. A jogbiztonság követelménye nemcsak az egyes normák egyértelműségét követeli meg, de az egyes jogintézmények működésének kiszámíthatóságát is. Az Alkotmánybíróság döntéseiben felhívta a figyelmet, hogy a jogállamiságnak számos összetevője van, a jogállamiság elvéből folyó egyik legfontosabb alapkövetelmény ugyanakkor éppen a közhatalom, a közigazgatás törvény alá rendeltsége: a közhatalommal rendelkező szervek a jog által megállapított működési rendben, a polgárok számára megismerhető és kiszámítható módon szabályozott korlátok között fejtik ki tevékenységüket.

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

3. Az egyenlő méltóság alapjoga indokolja és tölti meg tartalommal az Alaptörvény XV. cikk (2) bekezdésében foglalt *megkülönböztetés-mentes bánásmódhoz való jogot*, amelynek értelmében Magyarország az alapvető jogokat mindenkinek bármely megkülönböztetés, nevezetesen faj, szín, nem, fogyatékosság, nyelv, vallás, politikai vagy más vélemény, nemzeti vagy társadalmi származás, vagyoni, születési vagy egyéb helyzet szerinti különbségtétel nélkül biztosítja. Az Alkotmánybíróság 9/1990. (IV.25) AB határozatában foglalt megállapítása

értelmében „A megkülönböztetés tilalma arra vonatkozik, hogy a jognak mindenkit egyenlőként (egyenlő méltóságú személyként) kell kezelnie, azaz az emberi méltóság alapjogán nem eshet csorba.[...]” Az alkotmánybíróági gyakorlat alapján állami szemszögből létezik az alapjogoknak *egy objektív intézményvédelmi oldala*.¹¹ Az Alkotmánybíróság a 12/2004. (IV. 7.) AB határozatában korábbi döntéseire hivatkozva hangsúlyozta: „Az állam kötelessége az alapvető jogok „tisztelőben tartására és védelmére” a szubjektív alapjogokkal kapcsolatban nem merül ki abban, hogy tartózkodnia kell megsértésüktől, hanem magában foglalja azt is, hogy gondoskodnia kell az érvényesülésükhöz szükséges feltételekről. Ennek érdekében a jogalkotó köteles olyan szabályozást alkotni, amely a lehető legnagyobb mértékben biztosítja az alapjogok érvényesülését.”

4. *A gyermek a megfelelő testi, szellemi és erkölcsi fejlődéséhez szükséges védelemhez és gondoskodáshoz való jogát* az Alaptörvény XVI. cikk (1) bekezdése deklarálja. A gyermeket főszabályként minden olyan alapvető jog megillet, mint bármely más embert, de ahhoz, hogy a jogok teljességével képes legyen élni, biztosítani kell számára az életkorának megfelelő minden feltételeket a felnőtté váláshoz. Erre tekintettel kifejezetten a gyermekek jogaként rögzíti a törvény a megfelelő testi, szellemi és erkölcsi fejlődéséhez szükséges védelemre és gondoskodásra való jogot. E védelemre és gondoskodásra a gyermek mindenkivel szemben igényt tarthat. Ennek megfelelően a gyermek szülei, családja, az állam és a társadalom valamennyi tagja is köteles a gyermek jogait tisztelőben tartani, és a társadalom fennmaradásának zálogaként biztosítani számára a megfelelő fejlődéséhez szükséges feltételeket. A gyermekek védelemhez és gondoskodáshoz való joga az állam kötelességét alapozza meg a gyermek személyiségfejlődése intézményes védelmére. A gyermek, mint az alapjogok alanya oldalán az életkorból adódó hátrányokat az állam oldaláról az az intézményvédelmi kötelezettség egyenlíti ki, hogy az államnak aktívan kell cselekednie a gyermekek alapvető jogainak előmozdítása, érvényesülése és védelme érdekében. Ezt az alaptételt megtaláljuk a Gyermekjogi Egyezménynek a preambulumban is, amely rögzíti, hogy a gyermeknek, figyelemmel fizikai és szellemi érettségének hiányára, különös védelemre és gondozásra van szüksége, nevezetesen megfelelő jogi védelemre, születése előtt és születése után egyaránt.

5. Az Alaptörvény XX. cikk (2) bekezdése alapján Magyarország *az egészséghez való jog* érvényesülését – egyéb intézkedések mellett – az egészségügyi ellátás megszervezésével biztosítja. Az Alaptörvény rendszerében az egészségügyi ellátás, és ezen belül az egészségbiztosítás rendszere intézményvédelmi kötelezettség, amelyből konkrét, alkotmányi szintű, kikényszeríthető alanyi jogok jellemzően nem vezethetők le. Az Alkotmánybíróság több határozatában értelmezte a testi és lelki egészséghez való jog tartalmát és korlátozhatóságát és kimondta, hogy alapvetően nem alanyi jogként, hanem alkotmányi követelményként értelmezendő: az államnak azt az alkotmányos kötelezettségét jelenti, hogy a nemzetgazdaság teherbíró képességéhez, az állam és a társadalom lehetőségeihez igazodva olyan gazdasági és jogi környezetet teremtsen, amely a legkedvezőbb feltételeket biztosítja a polgárok egészséges életmódjához, életviteléhez. Az alkotmánybíróági gyakorlat utal arra is, hogy az államnak e jog megvalósulása érdekében meghatározott, az egészségügyi intézmények és orvosi ellátás megszervezésére irányuló kötelezettsége annyit feltétlenül jelent, hogy az állam köteles megteremteni egy olyan intézményrendszer működésének a garanciáit, *amely mindenki számára biztosítja az egészségügyi szolgáltatások igénybevételének lehetőségét, azaz azt, hogy a szolgáltató intézmények hiánya miatt senki ne maradjon ellátatlanul.*

¹¹ Lásd először: 64/1991. (XII. 17.) AB határozat

III. Az ügy érdemében

1. Nemzetközi keretrendszer az egészséges környezethez való jog és ez egészséges életkezdés vonatkozásában

1.1. A Gyermekjogi Egyezmény 24. szakasza elismeri a gyermeknek a lehető legjobb egészségi állapothoz való jogát. A részes államoknak erőfeszítéseket kell tenniük annak biztosítására, hogy egyetlen gyermek se legyen megfosztva ezeknek a szolgáltatásoknak az igénybevételét biztosító jogától. Az Egyezményben részes államok erőfeszítéseket tesznek a fenti jog teljes körű megvalósításának biztosítására, különösen a betegség és a rossz tápláltság elleni közdelemre az egészségügyi alapellátás keretében is, a könnyen rendelkezésre bocsátható technikák felhasználásával, valamint tápláló élelmiszerek és ivóvíz szolgáltatásával, figyelembe véve a természeti környezet szennyezésével járó veszélyeket és kockázatokat.

A Gyermekjogi Egyezmény a *gyermekek szociális biztonságához való jogáról* szóló 26. cikkében rögzíti, hogy „1. Az Egyezményben részes államok elismerik minden gyermeknek a szociális biztonsághoz, így a társadalombiztosítás juttatásaihoz való jogát, és megteszik a szükséges intézkedéseket arra, hogy hazai jogszabályaiknak megfelelően biztosítsák e jog teljes megvalósulását.”

A megfelelő életszínvonalhoz való jogot biztosító 27. cikk szerint „1. Az Egyezményben részes államok elismerik minden gyermeknek a jogát olyan életszínvonalhoz, amely lehetővé teszi kellő testi, szellemi, lelki, erkölcsi és társadalmi fejlődését. 2. Elsősorban a szülők, vagy a gyermekért felelős más személyek alapvető feladata, hogy lehetőségeik és anyagi eszközeik határai között biztosítsák a gyermek fejlődéséhez szükséges életkörülményeket. 3. Az Egyezményben részes államok, az adott ország körülményeit és a rendelkezésre álló eszközöket figyelembe véve, megfelelő intézkedéseket tesznek annak érdekében, hogy a szülőt, illetőleg a gyermek más gondviselőit segítsék e jog érvényesítésében, és szükség esetén anyagi segítséget nyújtanak, valamint segítő programokat hoznak létre különösen az élelmezéssel, a ruházódással és a lakásüggyel kapcsolatban.”

E rendelkezések egyúttal azt is jelentik, hogy az állam számára kötelezettséget jelent (3. bek.) a gyermeket nevelő szülők, más gondoskodást nyújtók támogatása, hogy minden gyermek az őt megillető jogokat valóban gyakorolhassa.

A Gyermekjogi Egyezmény tagállami végrehajtását ellenőrző 18 tagú, genfi székhelyű Gyermekjogi Bizottság által, a *Gyermekjogi Egyezmény végrehajtása kapcsán kiadott 5. számú Átfogó Kommentár*¹² rögzíti, hogy az Egyezmény 2. (diszkrimináció tilalma), 3. (gyermek legfőbb érdekeinek figyelembe vétele), 6. (élethez, túléléshez és fejlődéshez való jog), 12. (gyermek véleményének meghallgatása) cikkelyei a legfontosabb irányelveket tartalmazzák, amelyeknek át kell hatniuk az Egyezmény általános végrehajtását elősegítő nemzeti jogszabályokat.

A Gyermekjogi Bizottság 2004-ben, általános vitanapot tartott a gyermeki jogok és a kora gyermekkor témájában, amelynek következményeképpen több ajánlás látott napvilágot és döntés született arról, hogy szükség lenne egy átfogó kommentár kidolgozására is. A Bizottság 2005-ben publikálta végül az országjelentések áttekintését követően „*A gyermek jogainak végrehajtása kora gyermekkorban*” című 7. számú Átfogó Kommentárját¹³, melynek célja többek között az, hogy

¹² General measures of implementation for the Convention on the Rights of the Child. 2003.10.03. CRC/GC/2003/5. [http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/\(symbol\)/CRC.GC.2003.5.En](http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/(symbol)/CRC.GC.2003.5.En)

¹³ General Comment No. 7. (2005) Implementing child right in early childhood. CRC/C/GC/7/Rev.1. 20 September 2006.

- (1) általánosan elfogadottá váljon, hogy az *emberi jogok minden (kis)gyermeket megilletnek*; valamint, hogy a kora gyermekkor speciális jellemzői befolyással vannak a joggyakorlásra;
- (2) a kisgyermeket születésüktől kezdődően, speciális érdekekkel és szükségletekkel, képességekkel bíró, *aktív társadalmi szereplőként* vegyék számba, akiknek védelemre, támogatásra és iránymutatásra van szükségük az őket megillető jogok gyakorlásához;
- (3) *átfogó szakpolitikák, képzések és kutatások* szülessenek, tekintettel arra, hogy a kisgyermek fokozottan sérülnek a szegénység, a diszkrimináció, családi krízisek által, vagy olyan más módon, amely sérti jogaikat és ellehetetleníti jól-létüket.

A 2013. évi gyermekjogi projekt alapvetően az esélyegyenlőség ('egészség-egyenlőség') kérdésére épül különösen a gyermek egészséges környezethez való jogának értékelése kapcsán. Így kiemelten fontos a diszkrimináció tilalmára tekintettel a gyermekek bármilyen okból (anyagi, társadalmi vagy más helyzet) fakadó fokozott védtelenségének, rászorultságának értékelése.

A *diszkrimináció általános tilalmának érvényesítése* – következően mind a nemzetközi emberi jogi kötelezettségekből, valamint a magyar alkotmányos és egyéb, esélyegyenlőségi jogszabályokból – különösen fontos kora gyermekkorban, hiszen a kisgyermek fokozottan sérülékenyek és még inkább függnék másoktól jogérvényesítésük vonatkozásában.

A Kommentár hangsúlyozza, hogy a diszkrimináció tilalma azt is jelenti, hogy a kisgyermek egyes csoportjait sem szabad megkülönböztetni. Megkülönböztetést jelenthet „*az alultápláltság; a nem megfelelő gondoskodás és figyelem; a korlátozott lehetőség a játékra, a tanulásra és az oktatásra; vagy az érzések és vélemények szabad kinyilvánításának akadályozása. A megkülönböztetés a durva bánásmódban és az indokolatlan – például kizsákmányoló vagy visszaélést jelentő – elvárásokban is megnyilvánulhat...*”

A Kommentár részletesen foglalkozik azzal, hogy a lányok, a HIV/AIDS fertőzött gyermekek, a fogyatékossgal élő gyermekek más-más szempontból ugyan, de könnyebben válnak diszkrimináció alanyaivá, hasonlóan a 2013. évi témaválasztásom vonatkozásában kiemelten fontos etnikai származás, személyes körülmények és életvitel, politikai vagy vallási hovatartozás alapján megkülönböztetett gyermekekhez (és szüleikhez). Mindebből következően, a többszörös hátrányos megkülönböztetést elszenvedő gyermekek a legkiszolgáltatottabbak, akik kiemelt védelemre szorulnak.

Az egészséges életkezdet fontossága külön hangsúlyt kap: „A részes államoknak biztosítaniuk kell *minden gyermek hozzáférését a lehető legjobb egészségi ellátáshoz és táplálkozáshoz a koragyermekkor éveiben*, a csecsemőhalandóság csökkentése céljából, továbbá hogy a gyermekek egészségesen kezdjék az életet ...” Különösen: (a) A részes államok felelősek a tiszta ivóvíz, a megfelelő higiénia, a szükséges oltások/immunizálás, a (jó) minőségű táplálék és az orvosi ellátás biztosításáért, melyek elengedhetetlenül szükségesek a kisgyermek egészségéhez, éppúgy, mint a stresszmentes környezet. Az alultápláltság és a betegségek hosszú távon kihatnak a gyermek fizikai egészségére és fejlődésére. Károsan befolyásolják a gyermek értelmi állapotát, akadályozzák a tanulást és a társadalmi részvételt, és csökkentik kilátásait a bennük rejlő képesség kifejlesztésére. Ugyanez vonatkozik a túlsúlyra és az egészségtelen életmódra is.” Prioritásként kell kezelni továbbá a megfelelő pre-és posztnatális egészségügyi ellátást az édesanyák és csecsemőik részére az egészséges család-gyermek viszony erősítése érdekében (is).

1.2. A gyermeki jogok és a környezetegészségügy területe napjainkra összekapcsolódott sok vonatkozásban. Az 1972-ben, Stockholmban az *emberi környezetről rendezett ENSZ Konferencia* hivatalosan is elismerte a környezet és az emberi jogok kölcsönös

összefüggésének tényét és megerősítette, hogy a (természetes és az épített) környezet lényeges tényező az ember jóléte és alapvető emberi jogainak gyakorlása, és az élethez való jog szempontjából is.

A 2004-ben Budapesten rendezett, IV. Környezetvédelmi és egészségügy miniszteri konferencián részt vevő európai miniszterek elfogadták az *Európai cselekvési terv a környezetért és a gyermekek egészségéért (CEHAPE)*¹⁴ elnevezésű programot, amely azokkal a környezeti kockázati tényezőkkel foglalkozik, melyek a legnagyobb hatással vannak a gyermekek egészségére.

A CEHAPE életre hívását az indokolta, hogy napjainkban szerencsére már sok európai gyermek élvezheti az egészségesebb táplálkozás, a tisztább víz, a hatékonyabb megelőző egészségügyi intézkedések hasznát és a minden korábbinál magasabb életszínvonalat, valamint a folyamatosan javuló egészséget. Azonban világos, hogy ez a *fejlődés sem egy régióban, sem az egyes országokban nem homogén és nem mindenki számára adatik meg*. A lakókörnyezet rossz állapota, a szegénység, a szociális védőháló hiátusai súlyosan veszélyeztetik a gyermekek jelentős és egyre növekvő hányadának egészségét.

A cselekvési terv kidolgozásához felhasznált kutatások aggasztónak találják a veszélyes és egészségtelen környezeti körülmények hatását a gyermekek egészségére. A fejlődésben levő szervezetek különösen az embrionális és magzati időszakban, illetve az élet kezdeti éveiben gyakorta különösen sebezhetőek, még kiszolgáltatottabbak és a felnőtteknél erőteljesebben lehetnek kitéve számos környezeti tényező, például a szennyezett levegő-, és víz, egészségtelen lakáskörülmények veszélyeinek, környezeti zajnak, közlekedési kockázatoknak, valamint fegyveres konfliktusok és környezeti katasztrófák következményeinek. Természetesen az összes gyermek elszenvedti a szennyezett és nem biztonságos környezet következményeit, de a *leginkább veszélyeztetettek a legszegényebb országokban élő és a leghátrányosabb helyzetben levő lakossági csoportokhoz tartozó gyermekek*. Az elmaradottság és a szegénység szorosan kapcsolódik a környezet rossz állapotának betudható betegségteherhez, és ez még inkább vonatkozik a gyermekekre. A különösen kedvezőtlen körülmények között élő gyermekek válnak leggyakrabban fizikai és pszichés traumák, sérülések, akut és krónikus fertőző betegségek és nem-fertőző betegségek, növekedési és fejlődési rendellenességek, rokkantság és legrosszabb esetben akár halál áldozataivá is. Megkülönböztetett figyelmet kell tehát szentelni az ilyen körülmények megelőzésének és a háttérükben meghúzódó okok felszámolásának.

Egy, a gyermekek környezeti betegségterhéről készült tanulmány értelmében, *az európai régióban a születéstől a 18 éves korig felmerült összes betegségteher közel egyharmada vezethető vissza a nem biztonságos és egészségtelen környezetre a gyermek otthonában és a tágabb közösségben, jelentős szociális és gazdasági költségeket okozva:*

- Ebben a korcsoportban a halálozás első számú okai a *(baleseti és/vagy bántalmazások) sérülések*; a halálozás és betegség összes terhének egyhatoda ennek tudható be, ez az arány azonban egyes országokban akár az egyharmadot is elérheti.
- A *szennyezett víz, levegő, élelmiszer és talaj*, gyomor- és bélbetegségeket, illetve légúti megbetegedéseket eredményezhetnek, születési és fejlődési rendellenességekkel járhatnak, és mindez újabb egyharmadát teszi ki az összes betegségtehernek.

¹⁴ Európai cselekvési terv a környezetért és a gyermekek egészségéért. IV. Környezet és Egészség Miniszteri Konferencia. Budapest, 2004. június 23-25. EUR/04/5046267/7.
<http://oki.wesper.hu/documents/csterv.pdf>

- Sok gyermek számára továbbra sem biztosított a biztonságos és *kiegyensúlyozott táplálkozás*, ugyanakkor az egészségtelen táplálkozás és a mozgásszegény életmód következményeképpen egyre gyakoribb az elhízás és fokozódik a későbbiekben kialakuló anyagcsere betegség, ideértve a cukorbetegséget, és a szív- és érrendszeri betegségeket.
- Végül, aggályosnak kell tekinteni számos *vegyi anyag lehetséges tartós toxicitását*, többek között számos vegyi anyag karcinogén, neurotoxikus, immunotoxikus, genotoxikus, az endokrin rendszert károsan befolyásoló és allergiát kiváltó hatását.

Különösen nyugtalanító problémának írja le a cselekvési terv a környezeti dohányfüst, a tartósan megmaradó szerves szennyezőanyagok, a nehézfémek és a fizikai anyagok (pl. UV sugárzás, ionizáló sugárzás és a zaj is!) hatását, amelyek szennyezik a környezetet, és ezeknek ki vannak téve a reprodukzív korban levő férfiak és nők, valamint a gyermekek.

A már rendelkezésre álló bizonyítékok a különböző környezeti tényezők gyermekek betegségeinek és sérüléseinek kialakulásában betöltött szerepéről, elengedhetetlenné teszik a nemzetközi kötelezettség vállalását összehangolt és tartós intézkedések kezdeményezésére a gyermekek egészségének védelmében. Ezért a CEHAPE ajánlást tartalmaz arra vonatkozóan, hogy a részes államok hozzanak intézkedéseket a kockázat megelőzését és csökkentését szolgáló beavatkozások rendszeres vizsgálatára (amennyiben egyáltalán rendelkezésre állnak ezek az információk, s ha nem folyjanak kutatások), amelyek a meglevő tapasztalatokra és jógyakorlatokra épülnek.

A gyermekek környezeti veszélyeknek való kitettségét a fizikai környezet állapota mellett befolyásolják a mindenkori társadalmi és gazdasági körülmények, illetve az egyének és csoportok magatartása. Ezért a gyermekek egészségének védelmét szolgáló hatékony intézkedéseknek az alábbiakat kell szorgalmazniuk:

- *elsődleges prevenció*, azaz irányelvek, programok és tervek a fizikai környezet (levegő, víz, talaj, zaj) állapotának jobbá tételére, különös tekintettel a gyermekek igényeinek figyelembe vételére a lakásépítésben, a közlekedésben, az infrastruktúrában és a tervezésben;
- *méltányosság*, azaz a leginkább veszélyeztetett gyermekek érdekeinek elsődleges védelme, különös tekintettel az elhagyott, elhanyagolt, fogyatékossgal élő, intézményekben nevelkedő vagy kizsákmányolt, bántalmazott gyermekekre, illetve a fegyveres konfliktus vagy kényszerű migráció következményeit elszenvedni kényszerülő gyermekekre, a preventív egészségügyi és szociális védelmi szolgáltatások fokozott hozzáférhetővé tételével;
- *a szegénység csökkentése*, azaz olyan irányelvek érvényesítése, amelyek alkalmasak a szegénység többdimenziós elemeinek kezelésére a gyermekek körében;
- *egészségfejlesztés*, azaz intézkedések az egészségre káros környezeti hatásoknak való kitettség megelőzésére és mérséklésére egészséges életvitellel, elérhető fenntartható fogyasztási szokások elterjesztésével és egészséges és biztonságos emberi települések létrehozásának segítségével.

1.3 Az Európai Unió szerepvállalása nőtt a gyermeki jogok védelme, különösen a gyermekszegénység leküzdése terén. A gyermekek jogainak uniós szintű előmozdítása a nemzetközi kötelezettségvállalásokból is következik, hiszen valamennyi uniós tagállam ratifikálta

a Gyermekjogi Egyezményt, amely normáinak és elveinek továbbra is iránymutatásul kell szolgálniuk a gyermekek jogait érintő uniós politikák és fellépések számára, figyelemmel a Lisszaboni Szerződés és az általa 2009. december elsejétől kötelező erővel bíró Alapjogi Charta gyermekjogok iránti határozott elkötelezettségére is.

A gyermekek egyes csoportjai különösen kiszolgáltatottak, és bizonyos társadalmi, politikai és gazdasági tényezők miatt az életük és jól-létük nagyobb veszélyben forog. A *szegénység és társadalmi kirekesztés által fenyegetett gyermekek* szükségleteit a Bizottság gyermekszegénységre vonatkozó, 2013 februárjában kiadott ajánlása tárgyalja, amely hangsúlyozza a közös elveket, és javaslatot tesz a szegénység és társadalmi kirekesztés elleni küzdelem európai platformjának keretében a gyermekszegénység megelőzése és az ellene folytatott küzdelem nyomon követésére szolgáló, hatékony eszközökre. A Bizottság közleményében különösen nyugtalanítónak minősítette az Európai Unióban élő *roma gyermekek* helyzetét, akik számos tényező miatt kiváltképpen és fokozottabban sebezhetőek és kiszolgáltatottabbak, többek között *rossz egészségi állapot, rossz lakhatási körülmények, nem megfelelő táplálkozás, kirekesztés, diszkrimináció és erőszak fenyegeti őket*. A roma gyermekek társadalmi kirekesztése gyakran azzal függ össze, hogy nem anyakönyvezik őket, alacsony arányban vesznek részt az alap- és a felsőbb fokú oktatásban, magas az iskolai lemorzsolódás aránya, szegregációba kényszerülnek és sokuk az embercsempészet és kényszermunka áldozatául esik¹⁵. A Bizottság hangsúlyozza, hogy az iskolai szegregáció a fő gátja annak, hogy a roma gyermekek hozzájussanak a minőségi oktatáshoz.

A felmérések szerint több mint 100 millió gyerek és fiatal él Európában, akik közül mintegy 20 millióan élnek szegénységben és/vagy annak küszöbén. Árnyalja a statisztikai adatokat, hogy reális veszélyt jelent, hogy a gazdasági válság következményeképpen még ennél is többen kerültek még rosszabb anyagi helyzetbe. Mindez azt jelenti, hogy arányában több gyerek él szegénységben, mint a 16 %-os szegény felnőtt lakosság. Ezek a tények késztették az európai döntéshozókat arra, hogy az integrációtörténetben mindeztől először – a gyerekszegénység csökkentésének szándékával – a gyerekjogok védelme az Unió célkitűzései közé került, megerősítve a Lisszaboni Szerződés alapjog- és gyermekjog védelmi előírásait.

Európa következő évtizedét meghatározó növekedési stratégia, az *Európa 2020* a Lisszaboni Szerződés rendelkezéseire építve határozta meg, hogy a kívánatos európai fejlődésnek *'intelligens, fenntartható és befogadó'* (smart, green, inclusive)–nak kell lennie. Ez utóbbi elvárás kapcsán fogalmazta meg az Európai Bizottság, hogy a szegénység csökkentése olyan kiemelt uniós cél, amelyen belül hangsúlyos helyet foglal el az előbbieknél okán a gyermekszegénység elleni küzdelem, amelyben nem szabad elfeledkezni arról, hogy bizonyos gyermekcsoportok fokozottabban vannak kitéve a gyermekszegénység kockázatának, így a

- fogyatékkal élő gyermekek;
- valamely etnikai kisebbséghez (különösen a roma kisebbséghez) tartozó gyermekek;
- bevándorló vagy kísértő nélküli kiskorúak;
- elhanyagolt vagy más módon bántalmazott gyermekek;
- súlyos szegénységben vagy elszigetelt környezetben élő, alapvető közszolgáltatásokhoz való hozzáférésükben akadályozott gyermekek.

Az „Európa 2020” stratégia új lendületet adott az EU-ban a gyermekszegénység és a társadalmi kirekesztés elleni küzdelemnek azzal, hogy kiemelt európai célként fogalmazza meg azt, hogy a foglalkoztatottság növelése mellett 2020-ig legalább húszmillióval csökkenjen a

¹⁵ Lásd erről bővebben Caroline SYKORA: *Breaking the cycle of Roma exclusion*. Eurochild. Brussels, 2012. 33–34.

szegénység és a társadalmi kirekesztés veszélyének kitett személyek száma Európában, továbbá ugyancsak fontos cél a *korai iskolaelhagyás elleni intézkedések*¹⁶ fokozása.

A szociális védelemmel foglalkozó bizottság 2012 júniusi tanácsadói jelentésében és kulcsfontosságú üzeneteiben, valamint a Foglalkoztatási, Szociálpolitikai, Egészségügyi és Fogyasztóvédelmi Tanács (EPSCO Tanács)¹⁷ 'A gyermekszegénység és a társadalmi kirekesztés megelőzése és leküzdése, valamint a gyermekjólét előmozdítása' című, 2012 októberi következtetéseiben¹⁸ a tagállamok megerősítették elkötelezettségüket, és üdvözölték a Bizottság azon kezdeményezését, hogy a témában ajánlás szülessen.

2. A gyermekszegénység magyarországi mértékének vonatkozásában

Az UNICEF 2012 májusában közzétett, deprivációs felmérése¹⁹ szerint *minden harmadik gyerek nélkülözőnek számít ma Magyarországon*, a 18 éven aluli magyarok 31,9 százaléka ugyanis nem fér hozzá a fejlett országokban használatos erőforrásokhoz, vagy nem tudja kielégíteni az ilyen országokhoz mért szükségleteit. A fejlett gazdaságok gyermekjogi helyzetét vizsgáló UNICEF Innocenti kutatóközpont a gyerekszegénység mérésére egy 14 pontból álló listát²⁰ állított össze, amely tartalmazza a fejlett országokban elvárható szükséglet kielégítéseket, és azokat az erőforrásokat, amelyekhez a gyerekeknek hozzá kellene férniük. Nélkülözőnek az a gyerek számít, aki a 14-ből kettőhöz, vagy többhöz nem fér hozzá. Az adatok szerint a felsorolt pontok közül legalább kettő nem teljesül Magyarországon a gyerekek 31,9 százalékánál. Hazánk ezzel a vizsgált fejlett országok közül a lista végén kullog.

A szegénység eltérő (és súlyosabb) módon érinti a gyermekeket: esetükben az időtényező kardinális fontosságú (a most szegénységben élni kénytelen gyermekből lesz felnőtt), helyzetüket továbbnehezíti az is, hogy saját helyzetükre vajmi kevés befolyással bírnak, jogaik védelme érdekében nem tudnak önállóan/egyedül fellépni, külső/felnőtt/állami segítségre szorulnak; ezért is az alapvető egészségügyi és szociális szolgáltatásokat és ellátásokat részükre biztosítani kell.²¹

A *Nemzeti Társadalmi Felzárkózási Stratégia helyzetelemzése* szerint Magyarországon 2009-ben a gyerekek 21%-a, mintegy 380 ezer gyermek élt szegénységben. A társadalmi

¹⁶ Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the Economic and Social Committee and the Committee of the Regions of 31 January 2011 – Tackling early school leaving: A key contribution to the Europe 2020 Agenda. COM(2011) 18

¹⁷ <http://www.eu2011.hu/hu/foglalkoztatasi-szocialpolitikai-egeszsegugyi-es-fogyasztovedelmi-tanacs-epsco>

¹⁸ „A gyermekszegénység és a társadalmi kirekesztés megelőzése és leküzdése, valamint a gyermekjólét előmozdítása”, az EPSCO-Tanács következtetései, 2012. október 4. 14437/12.

¹⁹ Teljes jelentés: UNICEF Report Card 10. Measuring Child Poverty. http://www.unicef-irc.org/publications/pdf/rc10_eng.pdf

és <http://unicef.hu/-/elhallgatott-gyerekek>

²⁰ 1. napi háromszori étkezés; 2. legalább naponta egyszer hús vagy hal, vagy ezek vegetáriánus megfelelője; 3. minden nap friss gyümölcs és zöldség; 4. a gyerek életkorának és értelmi szintjének megfelelő könyvek megléte (nem számítva a tankönyveket); 5. eszközök a szabadban végezhető szabadidős tevékenységekhez (bicikli, görkorcsolya, labda, stb.); 6. rendszeres szabadidős tevékenység (például úszás, hangszeren játszás, részvétel ifjúsági közösségekben, stb.); 7. szobában használható játékok (legalább gyermekenként egy, beleértve az oktató játékokat, az építőkockákat, társasjátékokat vagy számítógépes játékokat); 8. pénz az osztálykirándulásokon, és egyéb iskolai rendezvényeken való részvételhez; 9. csendes, megfelelő méretű és megvilágítású hely a házi feladat elkészítéséhez; 10. internet kapcsolat; 11. néhány új ruha (ne mind használt legyen); 12. két pár megfelelő méretű cipő, ezek közül az egyik bármilyen időjárási viszonyok között viselhető; 13. a barátok időnkénti meghívásának lehetősége, azért, hogy a gyerek otthonában játszanak, és egyenek valamit; 14. a különleges események (például születésnap, névnap, vallási ünnepek) megünneplésének lehetősége.

²¹ Wouter VANDENHOLE – Jan VRANKEN – Katrien DE BOYSER (eds): *Why care? Children's rights and child poverty*. 2010. Intersentia. Antwerp-Oxford-Portland. 1-6.

kirekesztettség egészségügyi vonatkozásai közül az egyik legjelentősebb a mai Magyarországon az, hogy az egészségügyi ellátások tekintetében jelentős területi egyenlőtlenségek mutatkoznak. A hátrányos helyzetű régiókat szakemberhiány, illetve nehezebben elérhető szolgáltatások jellemzik. A 2013-ban kiadott a „Nemzeti Társadalmi Felzárkózási Stratégia megvalósításáról Magyarországon 2012-ben” című civil társadalmi jelentés²² (továbbiakban: Civil Jelentés) is ezt támasztja alá több kutatásra hivatkozva.

A Magyar Tudományos Akadémia keretében – miniszterelnöki kezdeményezésre – 2005 végén jött létre, a korábban ad hoc kutató csoportként működő *Gyerekszegénység Elleni Program Iroda*. Az Iroda mandátuma arra szolgált, hogy dolgozzon ki egy hosszabbtávú stratégiai programot a szegénységben élő gyerekek számának csökkentése érdekében. A gyermekszegénység csökkentésére vonatkozó stratégiai program kiemelt fontosságú. „Rövidtávon enyhíti a legvédtelenebb csoport, a gyermekek szűkölködés okozta hátrányait. Közép- és hosszú távon csak a szegénység és leszakadás folytonos újratermelődésének megelőzésével lehet biztosítani a társadalom és a gazdaság fenntartható fejlődését. A gyermekszegénység csökkentése jobban átlátható cél, mint a szegénység és kirekesztés csökkentése általában, de a beavatkozások hatása mégis össztársadalmi.”²³ A csoport – szakemberek és szakértők széles körének bevonásával – 2006 márciusára elkészítette a *Gyermekszegénység Elleni Programot*, illetve annak 3 évre szóló változatát, az ún. *Rövid Programot*.²⁴ Ebben nagy vonalakban felvázolta az évtizedeket igénylő „generációs” programot, és részletesen – helyzetleírással, jogi-igazgatási háttéranyagokkal, részletes költségvetéssel együtt – kimunkálta a gyerekszegénység elleni küzdelem első három évének tervezetét. A Program felhasználásával a Kormány kidolgozta, az Országgyűlés 2007 májusában elfogadta a 2007–2032. évekre vonatkozó „*Legyen Jobb a Gyermekeknek*” Nemzeti Stratégiát (47/2007 (V.31) OGY határozat), amelynek célja a gyermekszegénység csökkentése, a gyermekek esélyeinek javítása. Az Országgyűlés egyben felkérte a Kormányt, hogy a Nemzeti Stratégia alapján háromévente készítsen kormányzati cselekvési programot. A Nemzeti Stratégiával kapcsolatos komplex feladatok jobb összehangolása és a gyermekérdekek jobb politikai megjelenítése érdekében a kormány kialakított az akkori Miniszterelnöki Hivatalon belül egy Gyerekesély Irodát. Az első, 2007–2010. évekre vonatkozó kormányzati cselekvési programot, a „*Legyen jobb a gyermekeknek!*” 1092/2007. (XI. 29.) Korm. határozatot 2007 novemberének végén fogadták el. Az Országgyűlés felkérte továbbá a Kormányt, hogy dolgozza ki a Nemzeti Stratégiában meghatározott feladatok utókövetési rendszerét, illetve a szociális szakmai és civil szervezetek bevonásával gondoskodjon a Nemzeti Stratégia végrehajtását segítő és követő monitoring bizottság létrehozásáról, annak folyamatos működtetéséről. Ennek megfelelően döntött a kormány az 1053/2008. (VIII. 4.) Korm. határozatával a „*Legyen jobb a gyermekeknek!*” Nemzeti Stratégia Értékelő Bizottságának felállításáról. A gyakorlatban 2006. júliustól elkezdődött az alkalmazási kísérlet a szécsényi kistérségben; 2008 nyarán elkezdődtek a kistérségi kiterjesztés előkészítését célzó munkák is, ősszel megalakult a Nemzeti Stratégia monitorozására felállított Értékelő Bizottság (ÉB). 2009-től az uniós pályázatok előkészítése folytatódott az öt leghátrányosabb helyzetű kistérségben.

A 2010-ben jelentős változás következett be a programban, mind a Stratégia jogi környezete (a Stratégia beolvadt az új Nemzeti Társadalmi Felzárkózási Stratégiába)²⁵

²² http://www.romadecade.org/cms/upload/file/9270_file9_hu_civil-society-monitoring-report_hu.pdf

²³ MTA GYEP: Rövid Program.

²⁴ http://3sz.hu/sites/default/files/uploaded/gyermekszegenysegi_elleni_nemzeti_program_-_rovid_program.pdf

²⁵ Nemzeti Társadalmi Felzárkózási Stratégia – mélyszegénység, gyermekszegénység, romák – (2011–2020) <http://romagov.kormany.hu/download/8/e3/20000/Strat%C3%A9gia.pdf>

/továbbiakban: NTFS/), mind az intézményi háttér működtetése²⁶ vonatkozásában. A 2011. első félévében zajlott magyar uniós elnökség alatt született Európai Romastratégia elfogadásához kapcsolható, hogy az Európai Tanács 2011. június 24-én megerősítette az érintett szektorális tanácsban elfogadott tanácsi következtetéseket a nemzeti romaintegrációs stratégiák uniós keretrendszeréről, s ezzel a tagállamok elkötelezték magukat a részvétel mellett a keretstratégiában. Ennek nyomán a tagállamoknak 2011. december végéig be kellett nyújtaniuk a Bizottságnak a romák integrációját célzó nemzeti stratégiájukat. A felzárkózási politika a – szegénység szempontjából meghatározó – speciális probléma területi stratégiák (gyermekszegénységet, romaügyet, hátrányos helyzetű térségeket érintő stratégiák) integrálását, kiegészítését, egységes célrendszerben való kezelését kívánja előmozdítani, annak érdekében, hogy az ágazatközi megközelítések hatékonyabban érvényesüljenek. Ennek megfelelően a Stratégia integrálta a „Legyen jobb a gyermekeknek!” Nemzeti Stratégia és a Roma Integráció Évtizede Program (RIÉP) Stratégiai Terve megközelítését és céljait.²⁷

A „Gyerekesélyek 2010”²⁸ címet viselő ÉB jelentés három fő megállapítást tett a gyermekszegénység vonatkozásában:

1. A gyerekek helyzete 2008-ig még néhány szempontból javult, 2008 óta azonban – az országos trendeket tekintve – szinte minden mutató esetében romlott. A gyerekeket és családjaikat, a gyerekeseket és nem gyerekeseket megosztó egyenlőtlenségek 2009-ben minden fontos törésvonal mentén igen jelentősek voltak.
2. A 2010-ben folytatódó válság, valamint az év folyamán elfogadott jogszabályok következtében a gyerekszegénység az eddiginél is nagyobb mértékben tovább nőhet.
3. A politika szintjén elhangzott ígérek, az Európai Unió követelményeinek való formális megfelelés, a retorikai szintű elköteleződés nem valósulnak meg automatikusan: a valóság igen gyakran ezekkel ellentétesen alakul.

²⁶ A „Legyen jobb a gyermekeknek!” Nemzeti Stratégiához illeszkedő, európai uniós támogatással működő TÁMOP 5.2.1 „Gyerekesély program országos kiterjesztésének szakmai-módszertani megalapozása és a program kísérése” című konstrukcióban zajló fejlesztések projektgazdája a Wekerle Sándor Alapkezelő (WSA), konzorciumi partnerei az új szakasz elbírálását követően a Magyar Máltai Szeretetszolgálat és a Magyar Tudományos Akadémia lettek. Az MTA és a WSA közötti megállapodás alapján a kiemelt program irányítását és lebonyolítását az eddiginél nagyobb feladatvállalással a WSA vette át. A 2005 óta, Ferge Zsuzsa professzor szakmai irányítása alatt működő MTA GYEP Iroda régi formájában 2011. szeptember 15-én megszűnt. A WSA 2012. augusztus 16-tól pedig a Közigazgatási és Igazságügyi Hivatal néven működik tovább. A WSA emberi erőforrások miniszterének hatáskörét érintő feladatai külön megállapodással átkerülnek a Nemzeti Közigazgatási Intézethez, melynek neve 2012. augusztus 16-tól Emberi Erőforrás Támogatáskezelőre változik, irányítója pedig Balog Zoltán miniszter. Kormányzati szinten az Értékelő Bizottság a Közigazgatási és Igazságügyi Minisztérium égisze alatt működik tovább. Az egységes, komplex feladatellátás érdekében ezért a Kormány az 1430/2011. (XII. 13.) Korm. határozattal hatályon kívül helyezte a 1092/2007. (XI.29.) Korm. határozatot, - mely a 2007-2010. évekre vonatkozott -, mivel a „Legyen jobb a gyermekeknek!” Gyermekszegénység elleni Nemzeti Stratégia cselekvési terve a Nemzeti Társadalmi Felzárkózási Stratégia cselekvési tervében szerepel a továbbiakban. A Kormány az 1053/2008. (VIII.4.) Korm. határozat 2011. évi módosításával (1177/2011. Korm. határozat) a kormányzati felelősség markánsabb megjelenítése érdekében átalakította a „Legyen jobb a gyermekeknek!” Nemzeti Stratégia Értékelő Bizottságának összetételét is. Az új Értékelő Bizottság 12 kormányzati képviselőből és 12, a civil szervezetek, egyházak, szakmai szervezetek által delegált tagból áll, akikhez állandó meghívottak csatlakoznak. Az Értékelő Bizottság elnöke a Társadalmi Felzárkózásért Felelős Államtitkár, társelnöke a 1053/2008. (VIII.4.) Korm. határozat 6. pontjában felsorolt szervezetek képviselői közül az általuk választott személy, aki 2011-ben a Magyar Máltai Szeretetszolgálat által delegált tag lett.

²⁷ A Roma Integráció Évtizede Program Stratégiai Terve és a Nemzeti Társadalmi Felzárkózási Stratégia - mélyszegénység, gyermekszegénység, romák - összhangjáról szóló jelentés elfogadásáról szóló 48/2012. (VI. 19.) OGY határozat

²⁸ www.gyerekesely.hu

A magyarországi helyzetváltozásról ad képet a gyerekszegénységet leírni hivatott indikátorok változása. A gyerekek és gyerekes háztartások helyzetét vizsgáló, jelenleg rendelkezésre álló 22 mutató közül 2008 és 2009 között 4 mutató javulást, 5 romlást jelez, 13 pedig változatlan. A javuló tendenciák valószínűsíthetően az oktatáspolitikai és az egészségpolitika hatására vezethetők vissza. Javult – 2006-tól folyamatosan – az integráltan oktatott speciális nevelési igényű (SNI) gyermekek és a korai iskolaelhagyók aránya, továbbá csökkent a csecsemőhalandóság és a gyermekhalandóság, de a régiók közötti egyenlőtlenségek nem mérséklődtek számottevően. A romló vagy változatlan tendenciák képlete nem ilyen egyértelmű. A jövedelmi helyzet romlásában, a foglalkoztatás stagnálásában biztosan jelentős a válság szerepe. Az állami intézkedések azonban a válság szegényeket sújtó hatását részben nem, illetve csak egyes problémák esetén igyekeztek ellentételezni. A gyerekeket érintő szolgáltatásokban – például a napközbeni ellátásban részesülő 6 éven aluli gyerekek aránya, az óvodai csoportok nagysága – a visszaesés egyik lehetséges oka az állami (önkormányzati) finanszírozás csökkenése.

A gyerekes háztartások helyzetének összehasonlítására alkalmas TÁRKI *Háztartás Monitor* kutatása, valamint Gyerek Monitor vizsgálatai alapján a szegénységhez vezető alapvető okok és következmények szinte mindegyike folyamatos romlást mutat 2005 és 2009 között. Pontosabban: 2005 és 2007 között előfordul javulás is, de sem 2005 és 2009, sem 2007 és 2009 között nem találni pozitív irányú elmozdulást. Ha a romlás folyamatos volt, akkor 2007 és 2009 közt többnyire felgyorsult. A 2010. évi ÉB Jelentés hangsúlyozta, hogy a munkahiány a gyerekes családokat katasztrofális mértékben érinti. Az érintettség annál nagyobb, minél rosszabbak a munkavállalási feltételek. Úgy tűnik, hogy például a gyermekek száma, ha nagy súllyal hat is a sokgyerekes családok alacsony foglalkoztatására, kevésbé befolyásolta a foglalkoztatás romlását; a hatás nagyjából hasonló volt minden gyerekszám mellett. Érdekes módon a lakóhely jellegének hatása sem erősödött: a falusi munkahiány mindig nagyobb volt, mint a városi, de a vizsgált ötéves periódusban nem nőtt érzékelhetően tovább a falu hátránya. A roma családokat sem csak a válság tette tönkre: a kereső nélküli családok már 2005-ben is magas, 47 százalékos aránya 2007-re 60 százalékra emelkedett, és azon a szinten is maradt. Feltűnő viszont az alacsony iskolázottságúak további, rohamos munkaerő-piaci leértékelődése. Igaz, a gazdasági átalakulás vagy visszaesés még a jó iskolázottságú csoportokat is érinti. Minthogy *a keresetek az elmúlt években lassan változtak, a szegénységi arányokra valószínűleg a foglalkoztatás romlása, illetve a szociális ellátások reálértékének csökkenése hatottak*. Összességében megállapítható az adatok alapján, hogy a gyermekszegénység aránya 2009 végén közel másfélszerese volt a 2005. évinek. 2009-ben a 18 év alatti gyerekek közel harmada (29%-a) a mediánjövedelem 60 százalékánál alacsonyabb jövedelmű családokban élt. *A szegénység egyenes következménye, a szegénység generációk közötti fennmaradásának egyik oka a rossz lakás, pontosabban az olyan lakás, amely sem meleget, sem nyugalmat, sem kényelmet, sem biztonságot nem nyújt, amely lehetetlenné teszi a családtagok külön és közös tevékenységeit.*²⁹

Az ÉB Jelentés arra is felhívja a figyelmet, hogy Magyarországon a világon az egyik legmagasabb a magántulajdonú lakások aránya, ami – a nehézkes és drága tömegközlekedéssel együtt – mind a munkahely-lakás közti ingázást, mind a munkahelyeket követő lakásmobilitást ellehetetleníti. Az utolsó néhány évben a javuló tendenciák (pl. elérhető lakások tömeges építése) lelassultak, és sokféle dezintegrációs folyamat indult el. Ez a szegényebbeket azzal fenyegeti,

²⁹ Lásd erről a jelentésen túl bővebben: DARVAS Ágnes –TAUSZ Katalin: A gyermekek szegénysége. In: *Szociológiai Szemle* 2002/4. 95-120; FERGE Zsuzsa: Struktúra és szegénység. In: KOVÁCH Imre (szerk.) *Társadalmi metszetek érdekek és hatalmi viszonyok, individualizáció*. Budapest. Napvilág Kiadó, 2006. 479-500.

hogy lakásukat könnyen elveszthetik, az új lakáshoz jutás lehetőségei (pl. „szocpol” révén) minimálisra csökkentek, és elindult egy hatékony kiszorítási folyamat, amely mind a települések között, mind a településeken belül a szegényeket és romákat egyre inkább peremre tolja. Az így felerősödő *gettósodási* folyamat (amely ma már 100 falut érint, további százakat fenyeget) a kirekesztés szélsőséges formája, amely a társadalmi szegregálódást sok szintén tovább gerjeszti, illetve a *mélyszegénység* egyik tartozéka. A rendelkezésre álló adatok alapján a gyerekes háztartások 12 százalékának volt 2009-ben tartozása valamelyik közszolgáltatónál, és csaknem 30 százalékuk esetében előfordult az adatfelvételt megelőző 12 hónapban, hogy nem jutott pénz rezsire vagy a lakás fűtésére. Az alsó jövedelmi harmadba tartozó gyerekes háztartások közül csaknem minden másodiknak van egy vagy több tartozása. A közüzemi és/vagy hiteltartozások miatt a lakás elvesztésének veszélye 2009-ben nagyjából minden huszadik gyerekes családot fenyegetett.

A mélyszegénységet nem csak a rossz lakásviszonyok jellemzik, hanem az is, hogy nehéz, olykor lehetetlen az alapvető szükségletek kielégítése, a szegényeket megfosztják egy sor jószághoz, szolgáltatáshoz való hozzáféréstől (*depriváció*). A deprivációs mutatók a társadalomban elterjedt fontos javak és szolgáltatások hiányát, a megfosztottságot mérik; ezzel közelítenek a társadalmi kirekesztés jelenségéhez. Az EU számos erőfeszítést tesz, hogy valamennyire összehasonlíthatóvá tegye a mélyszegénység vagy depriváció fogalmát is. Ekkor – az alacsony jövedelem mellett – azt igyekeznek meghatározni, hogy milyen fontos javakból vagy szolgáltatásokból van egyidejűleg kizárva egy család vagy egy gyerek. A „fontosnak” tekintett javak és szolgáltatások köre természetesen vitatott, de lassan közmegegyezés kezd kialakulni a mintegy tíz legfontosabb kielégítendő szükséglet körül. Ezek közé tartozik például az, hogy van-e elég pénz legalább minden másnap húsételre, lakásrezsire, a lakás megfelelő fűtésére, évi egy hét nyaralásra, vagy van-e WC, mosógép, színes tv, telefon a háztartásban. Depriváltak azokat a családokat tekintik, amelyeknél egyidejűleg áll fenn 4 hiány. 2008-ban a 27 EU-tagország körében a gazdagabb és jobb szociálpolitikai rendszerű országokban a deprivációs arány 2-15 százalék között volt, Magyarországon 26 százalék. Az EU tagországai között ennél rosszabb arányt csak Bulgáriában, Romániában, Lettországon és Litvániában találni.

Az EB több javaslatot fogalmazott meg az Éves Jelentés alapján:

1. *A szülők tartós munkanélküliségének csökkentése* - Megfontolandó, hogy a közmunkalehetőségek elosztásánál valamilyen előnyt kapjanak a többgyerekes családok. Ennél fontosabb, hogy legalább a gyerekes családokban legyen lehetőség arra, hogy több családtag legyen jogosult bérpótló juttatásra és erre épülő közfoglalkoztatásra. E mellett a jelenleginél sokkal több erőfeszítést kellene tenni a szociális gazdaság, mindenekelőtt a szociális szövetkezetek szerepének növelésére.
2. *A többgyermekes és egyszülős családok szegényedésének fékezése*. Alapvető az ellátások 2008 óta elmaradt indexelése. További egyszerű és jól célzó módszer lenne a családi pótlék emelése legalább a fenti csoportokba tartozók körében, ha nem tudják teljes egészében igénybe venni a családi adókedvezményt.
3. *Sürgősen segíteni kell az éhezésen*. A feladat egy része megoldható a gyerekek ellátását végző intézményekben az ingyenes-kedvezményes étkezésre jogosultak körének olyan bővítésével, amely az évek óta változatlan jogosultsági összeghatárt emeli. Az éhes és alultáplált gyerekek egy része azonban nincs „szem előtt”, mert tanyákon, külterületen, vadtelepeken élnek, vagy életkoruk miatt még nincsenek a gyermekjóléti vagy közoktatási intézmények látókörében. Itt lenne különösen szükség a civil és szociális hálózatok felderítő munkájára, a segítség házhoz vitelére.

4. *Valóban érvényt kell szerezni annak a régen megfogalmazott követelésnek, hogy gyerekes családok ne veszíthessék el lakhatási lehetőségüket akkor sem, ha otthonukat elvesztik.* (Magyarországon nincs mennyiségi lakáshiány, a lakások egy része lakatlan, vagy már jelenleg is bérlakásként működik. A szociális bérlakás-rendszer kialakítása során nagyobb hangsúllyal kellene építeni a meglévő lakásállományra.) Hasonlóan fontos a közműkikapcsolás megakadályozása a gyerekes családok otthonaiban.
5. *Nem halasztható a szociális minimum bevezetése,* még ha kezdetben alacsony szinten is. Ez nemcsak a munkanélküli, hanem a dolgozó szegény családok esetében is létfontosságú. Az intézkedés politikai, technikai és jogi előkészítése legalább két évet igényel.

2010 januárjában mutatta be a TÁRKI Társadalomkutatási Intézete az Európai Bizottság Foglalkoztatási, Szociális és Egyenlő Esélyek Főigazgatósága megbízásából készített „*Gyermekszegénység és a gyermekek jól-léte az Európai Unióban*”³⁰ című kutatási jelentését. A jelentés célja volt, hogy (1) részletes empirikus elemzést nyújtson a gyermekszegénységről és az ehhez kapcsolódó fő uniós kihívásokról; (2) a gyermekszegénység és a gyermekek társadalmi kirekesztettsége elleni küzdelmet biztosító társadalmpolitikai gyakorlat hatásosságáról átfogó képet alkosson; (3) javaslatot tegyen a gyermekek helyzete szempontjából legfontosabb társadalmi indikátorokra.

A jelentés szerint a *szegénységi kockázat a gyermekek vonatkozásában általában magasabb a felnőtt lakossághoz mérve szinte az EU teljes területén*, a legnagyobb mértékben érinti a két viszonylagosan új tagállam, Bulgária és Románia lakosságát, de a relatív kockázat a legnagyobb Magyarországon és Csehországban.

A legfrissebb felmérések szerint³¹ Magyarországon a települési önkormányzatok jegyzői 2010. december 31-én, ezerből átlagosan 108 olyan családban élő kiskorút tartanak nyilván, akinek a fejlődését környezeti, magatartásbeli, anyagi vagy egészségi okok akadályozzák. *A gyermekek veszélyeztetettsége minden harmadik esetben családi konfliktusból, életvezetési problémából vagy elhanyagolásból adódott.* A jegyzők 24 ezer esetben rendelték el védelembé vételt. Arányait tekintve a legtöbb ilyen jellegű gondoskodás alá helyezés az ország hátrányosabb helyzetű területein történt. A gyermekek 11%-át (198 ezer főt) *veszélyeztetettként tartják nyilván a gyámhatóságok*, túlnyomó többségüket anyagi okok miatt, de évek óta erőteljesen emelkedő tendenciát mutat a magatartási okokból veszélyeztetettek száma, amelynek hátterében sok esetben sorozatos iskolai kudarcok, súlyos krízisekkel, konfliktusokkal terhelt családi körülmények állnak. A hátrányos helyzetű régiókban a veszélyeztetett gyermekek aránya 2–3 szorosa a más régiók veszélyeztetettségi arányának.

Problémát jelent *az egységes fogalomrendszer hiánya is.* A gyermekvédelem és az egészségügy a veszélyeztetett gyermek fogalmat használja – amelynek a megítélése számos szubjektív elemet tartalmaz – a közoktatás pedig – az objektív mutatókon alapuló – hátrányos, halmozottan hátrányos helyzet fogalommal dolgozik, ennél fogva a halmozottan hátrányos helyzet beazonosítására csak akkor nyílik lehetőség, ha a gyerek megjelenik a közoktatás rendszerében³².

A jelenleg hatályos NTFS-ben a gyermekszegénység vonatkoztatásában az alábbi következtetéseket összegezték:

³⁰ Study on Child Poverty and Child Well-Being in the European Union http://www.tarki.hu/en/research/childpoverty/summary/childpoverty_summary_jan2010_short.pdf

³¹ A szociális, gyermekjóléti és gyermekvédelmi szolgáltatások igénybevevői 2012. Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal. 2013. február.

³² NTFS 2011.20

1. *A gyermekeknek a boldogulásra való esélyeit, lehetőségeit súlyosan csökkenti, ha veszélyeztető körülmények között élnek.* A gyermekjóléti, gyermekvédelmi ellátórendszer által ellátott veszélyeztetett, védelembe vett, családjából kiemelt gyermekek száma nem csökken, melyben közrejátszhatnak többek között a család életviteli problémái, a jövedelemhiány, a lakhatás elégtelensége, és amelyeknek gyakori következménye a gyermek iskolai sikertelensége, súlyos magatartási, beilleszkedési problémái, illetve rossz egészségi állapota.
2. *A problémák kezelését nehezítik a gyermekjóléti és szociális ellátórendszer hiányosságai, a szolgáltatások területi egyenetlenségei, az interszektorális intézményi együttműködések hiánya.*
3. *A gyermekszegénység, illetve a veszélyeztetettnek nyilvánított gyermekek eloszlása erős területi koncentrációt mutat.* A társadalmi-gazdasági szempontból rosszabb helyzetű régiókban többszörösen rosszabb a helyzet, mint a jobb helyzetű régiókban. A leszakadó területekre célzott, a leghátrányosabb helyzetű csoportok számára, a helyi igények figyelembe vételével kidolgozott beavatkozásokra van szükség.
4. *A mélyszegénységben élő gyerekek étkeztetése (hétfégi, nyári) további segítséget igényel.*
5. *A koragyermekkorai fejlődést segítő – a társadalmi felzárkózás szempontjából kiemelkedő jelentőségű – napközbeni kisgyermekellátások a szegénységben élő, hátrányos helyzetű családok gyermekei számára többnyire nem érhetőek el.*

A részemre megküldött tájékoztatásban a TÁMOP 6.1.4 Koragyermekkorai (0-7 év) kiemelt projekt kapcsán fontos kiemelni azt a nyilvános táblázatot, amely a jelenlegi helyzetet és a projekttől várt eredményeket foglalja össze.

Jelenlegi helyzet/probléma	Projekt eredmény, kimenet
Nem megfelelő és hiányos, a nemzetközi normákkal, standardokkal nincs összhangban a jelenlegi szemlélet és módszertan, felhasználói ismeret: kevés az elfogadott protokoll/irányelv.	0-7 éves gyermekek fejlődését nyomon követő és támogató, egységes, harmonizált, korszerű ismereteken alapuló módszertani háttér készül el (új standardok, útmutatók, protokollok, minőségi indikátorok).
Nem egészség (primer prevenció), hanem betegség (szekunder prevenció) orientált a gyakorlat. Paradigmaváltás szükséges: a probléma (betegség) központú gondozást váltja fel az érték (egészség) központú tanácsadás.	A gyermekek bio-pszicho-szociális állapotának szűrésére alkalmas, a szülők bevonására építő standard, validált szűrő módszerbevezetése, az egészség, mint primer- prevenció hangsúlyának erősítése és növelése.
Munkájukban azonos célcsoportra irányuló szakemberek (védőnő és orvos) egymás közötti kommunikációja esetleges, egyénektől és a földrajzi területi ellátási kötelezettség különbségétől (vagy egyezőségétől) függ, a szakmai szabályozók szintjén nincs meg a megfelelő harmonizáció.	Kompetencia határok és feladatszerzés felmérése és felülvizsgálata, az együttműködés, információ és adatáramlás meghatározása, a szükséges jogi módosítások elvégzése, gyermek-út algoritmus fejlesztése.
A gyermeket ellátók között a szükséges információk áramlása nem megfelelő. Az eü. alapellátásban a dokumentációk adattartalma nem illeszkedik egymáshoz.	Komplex dokumentációs rendszer az eü. alapellátásban: beazonosított adattartalom (állapotfelmérő adatlapok), folyamatok és szereplők. Elkészül a 0-7 éves gyermekekre kiterjedő, szisztematikusan gyűjtött, összekapcsolható, ugyanazon szakmai standard alapján felvett, releváns és valid központi adatbázis informatikai keretrendszere

Forrás: https://www.antsz.hu/projectek/tamop_614_koragyermek

3. A megkeresett szervek válaszai vonatkozásában

Jelen vizsgálat célja az volt, hogy feltárja a gyermekek, különösképpen a súlyos szegénységben élő gyermekek egészség-egyenlőségének, az egészséges életkezdéshez való hozzáférés feltételeit. A vizsgálat során részletes tájékoztatást kaptam az Emberi Erőforrások Minisztériumának két illetékes államtitkárságától.

A *társadalmi felzárkózásért felelős államtitkár* válaszában kifejtett, kifejezetten a hátrányos helyzetű térségekre fókuszáló, az angolszász Sure Start programot adaptálni kívánó Biztos Kezdet Gyerekházak programjának továbbvitele, a Gyvt. módosításával történt állami ellátórendszerbe illesztése, és a költségvetési források biztosítása jelzi a kormányzat elkötelezettségét a modell – uniós forrásokon túli – finanszírozásának és rendszerben tartásának megvalósítására.

Ugyanakkor *a rendelkezésemre álló információk szerint 2010 szeptemberét követően az átadás-átvétel nehézségei, az MTA Gyerekesély Program Irodájának korábbi formájában való megszűntetése, a szakértői gárda szinte teljes cseréje, a pályázati kiírások elhúzódása fennakadást okozott a rendszer működésében.* Az újonnan felállt MTA Társadalomtudományi Kutatóközpont Gyerekesély-kutató csoportja feladata lett a pályázati monitoring elvégzése („A kutatócsoport egyik tevékenysége a pályázat megnyerésétől a monitoring rendszer adatbázisának fejlesztése, internet alapú feltöltési és lekérdezési lehetőségek kialakítása, valamint a monitoring adatok folyamatos feldolgozása és értékelése. – <http://gyerekesely.tk.mta.hu/hu/content/17>; Letöltés ideje: 2013. június 20.) amelynek eredményeiről a honlapon *nem lehet tájékoztatást elérni.* Különösen fontos lenne továbbá a nagy gyerekszámra való tekintettel az *utánkövetés* rendszerének kidolgozása is. A program hatásvizsgálata elindult, de jelenleg is csak a 2010-es felmérés eredményei érhetők el. 2009-ben 36 Biztos Kezdet Gyerekház jött létre az Új Magyarország Fejlesztési Terv TÁMOP 5.2.2. pályázati programja keretében. 2013-ig uniós forrásból további 110 Gyerekház támogatására nyílik mód országszerte. A biztoskezdet.eu hivatalos honlapon 2011. novemberi állapot szerint érhető el 45 Gyerekház elérhetősége. Az államtitkári válasz szerint pedig jelenleg 47 Biztos Kezdet Gyerekház működik, és további 60 indításával számolnak.

Kiemelten fontos lenne – a transzparencia növelése érdekében is – a működő Gyerekházak aktualizált elérhetőségekkel kiegészített listájának nyilvánossá tétele, valamint a hatásvizsgálatok és a monitoring professzionális folytatása, és a felmérések közzététele. Mindezek jelenlegi hiánya a jogállamiság elvéből következő jogbiztonság követelményének és a gyermek védelemhez és gondoskodáshoz való jogának sérelmét veti fel.

Az *egészségügyért felelős államtitkár* tájékoztatott, hogy a fekvőbeteg ellátó rendszer strukturális átalakításakor a neonatológiai és neonatális intenzív kapacitások és progresszivitási szinteknek megfelelő kötelezettségek meghatározása megtörtént, így az országos átfedés és hézagmentes ellátási lefedettség megvalósul. A Semmelweis Terv kiemelt prioritásként kezeli a gyermekegészségügyet is. Az intézményen kívüli szülés jogszabályi feltételeinek biztosítása szakmai és társadalmi vitákat követően megvalósult. A tárca tervezi továbbá sokszereplős, ún. „csecsemőhalálozási értekezlet” értékelő rendszerének újraindítását is.

Mindez azt mutatja, hogy kormányzati szándék van a gyermekellátás minőségi fejlesztésére és a hozzáférés általánossá tételére, ugyanakkor fontos kiemelni, hogy az egészségügyi ellátórendszer szempontjából működő intézményrendszer egyúttal a gyermekek (és családok) – különös tekintettel a hátrányos helyzetű térségekben élő gyermekek – egyenlő hozzáférését is kell, hogy eredményezze. Éppen ezért üdvözlendő a TÁMOP 6.1.4. Koragyermekkori (0-7 év) kiemelt projekt indítása, mert a pályázat alapjául szolgáló hivatalos helyzetfelmérés szerint sem megfelelő és hiányos, valamint a nemzetközi normákkal és

standardokkal nincs összhangban a jelenlegi szemlélet és módszertan, a felhasználói ismeret feltérképezése során pedig kiderült, hogy kevés az elfogadott protokoll, módszertani útmutató. Ehhez kapcsolódik, hogy nem egészség, hanem betegség orientált a gyakorlat, amelynek okán mielőbbi paradigmaváltás szükséges: a probléma (betegség) központú gondozást váltja fel az érték (egészség) központú tanácsadás. A helyzet felmérés szerint is a munkájukban azonos célcsoportra irányuló szakemberek (főleg védőnő és orvos) egymás közötti kommunikációja esetleges, egyénektől és a földrajzi területi ellátási kötelezettség különbségétől (vagy egyezőségtől) függ, a szakmai szabályozók szintjén nincs meg a megfelelő harmonizáció; a gyermeket ellátók között a szükséges információk áramlása nem megfelelő; továbbá az egészségügyi alapellátásban a dokumentációk adattartalma nem illeszkedik egymáshoz.

A fentiekén túl, az *országos védőnőtől kapott tájékoztatás* valamint az alapellátásban dolgozó házi gyermekorvos/háziorvos és a területi védőnő együttműködésére kialakított 'Szakfelügyeleti Ajánlás' megvalósulásának védőnői tapasztalatairól szóló összefoglaló alapján egyértelműen kitűnik, hogy a *két szakma közötti együttműködés, de sok esetben az alapvető kommunikáció is nehézkes vagy hiányzik, amely ellehetetleníti a Gyvt. szerinti veszélyeztetettség észlelését és a további intézkedések kötelező megtételét*. Különösen fontos ez a hátrányos (leghátrányosabb) helyzetű térségekben, ahol a megelőző ellátás, korai észlelés-jelzés, követés és támogatás egyenlő és minőségi elérése életre szólóan tud segíteni vagy elzárni örökre. Ezekben a térségekben nemcsak, hogy a statisztikai adatok alapján eleve nagyobb az egy főre jutó gondozott száma mind a védőnői körzet, mind az elérhető háziorvos/házi gyermekorvos vonatkozásában, amely nehezíti a gyors és hatékony, az egyenlő hozzáférést biztosító ellátást, hanem a gyermekjóléti szolgálatok lehetőségei is igen szűkösek. Általános tapasztalatként írják le, hogy a szegénységből eredő nélkülözés esetén, amíg a gyermek közvetlenül nincs veszélyben, a védőnői jelzés esetén sem avatkozik be a szolgálat.

A területi védőnői ellátáshoz való hozzáférés akadályai a tartós helyettesítés, a 3 vagy annál több település ellátása, a vegyes körzetek ellátása, a kiemelten magas ellátotti létszám vagy éppen a nagyon alacsony létszám, ahol nem elégséges a védőnő teljes munkaidejű foglalkoztatása. Olykor 3-6 települést is csatolnak a védőnő körzetéhez, amely maga után vonja, hogy az idő jelentős része nem érdemi – sokszor különösen embert próbáló terepen zajló – munkával, hanem az utazással telik. Az adatok alapján pedig a 33 LHH kistérségben átlagosan még így is több családlátogatást végeznek a védőnők, az egyes gondozottak és a fokozott gondozást igénylők körében, úgyhogy a gyermekek veszélyeztetettsége, egészséges környezet és egészséghez való joga inkább kockázatnak kitett. A hátrányos helyzetű régiókat szakemberhiány, illetve nehezebben elérhető szolgáltatások jellemzik.

A rendelkezésemre álló információk szerint a védőnői (és szakorvosi) ellátáshoz való hozzáférés az ország egyes régióiban, illetve a régiókon belül az egyes körzetekben, teljesen eltérő, szignifikáns különbség mutatkozik az országos átlag és a hátrányos helyzetű térségek között. Korábbi, AJB-3089/2010. számú átfogó vizsgálatom feltárta, hogy több száz településen egyáltalán nem volt biztosított a védőnői ellátáshoz való hozzáférés. Az ellátás egyenlőtlenségét továbbra is okozhatja az ellátottak, illetve a fokozott ellátást igénylők magas létszáma, s az a tény, hogy a védőnői körzet több településre is kiterjed, de az a körülmény is, hogy a védőnő egyben iskolai védőnői feladatokat is ellát, vagy éppen egy másik körzetben is helyettesít.

Üdvözlendő, hogy a kormány 2013. május közepén miniszteri biztost nevezett ki (2013. november 14-ig), akinek a feladata a magyar védőnői hálózat 700 millió forintos uniós támogatásból történő megújításának koordinálása. Ezen belül feladata még az Országos Védőnői Szolgálat létrehozása, az egységes védőnői rendelet megalkotásának és az új várandós gondozási kiskönyv koordinálása, illetve a Magyar Védőnői Szolgálat hungarikummá minősítésének

előmozdítása. Továbbá irányítja a védőnői méhnyak-rákszűrés országos kiterjesztését, a kora gyermekkori program keretében kidolgozásra kerülő új jelentéstételi rendszer bevezetését, illetve a programon belül létrehozandó Védőnői Módszertani Egységgel kapcsolatos ágazati feladatok ellátását. Mindemellett pedig koordinálja a Norvég Alapból megvalósuló informatikai eszközbeszerzéseket.

Az országos védőnő a korábbiak során többször és következetesen javasolt ösztönző programokat, az anyagi és munkafeltételeket javító fejlesztéseket, különös tekintettel a közlekedés/mobilitás és az informatikai újításokra. Ez utóbbi különösen fontos és alapvetően szükséges lenne az elektronikus kapcsolattartás elérése érdekében is, amellyel egy *szakmaközi elektronikus adatbázis és dokumentációtár* létrehozását követően, a gyermeket ellátó személyek (védőnő, gyermekorvos/háziorvosok, a gyermekjóléti szolgálat munkatársai) közötti kommunikáció akadálymentesen működhetne.

Fontos ezúttal is hangsúlyozni, hogy a Gyvt. 17.§ (1) pontosan rögzíti, a törvényben szabályozott gyermekvédelmi rendszerhez kapcsolódó feladatot ellátók részére – a gyermek családban történő nevelkedésének elősegítése, a gyermek veszélyeztetettségének megelőzése és megszüntetése érdekében – jelzési és együttműködési kötelezettségét. A szakmaközi elektronikus adatbázis és informatikai felület révén a kommunikáció és együttműködés a törvénynek megfelelően működhetne, egyszerűsödhetne és a jelentéstételt is automatizálhatná.

Korábbi vizsgálataim során, de különösen az *AJB-2227/2010. számú* jelentésemben részletesen foglalkoztam a gyermekekkel szembeni *rossz bánásmód* egyes aspektusaival, melyben kiemeltem, hogy a *gyermekvédelmi jelzőrendszer feladata a gyermek veszélyeztetettségének megelőzése során 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 gyermekkel való rossz bánásmód eseteinek feltárásában, mivel az akár a gyermek életét vagy testi épségét is veszélyeztetheti közvetetten vagy közvetlenül.* Akkori vizsgálatomban és azóta is több szerv részéről érkezett olyan információ, hogy a jelzőrendszer elvárt minőségű működése elsősorban a jelzőrendszert alkotó szerveknél dolgozók személyes kapcsolatának eredménye. A jelzés tehát nem a jogszabályi kötelezettségek szem előtt tartása miatt történt meg, hanem ismeretségek vagy informális együttműködés vagy éppen kapacitás alapján. Ismételten hangsúlyozni szükséges, hogy a jogállam egyik legfontosabb garanciája, hogy az állami szervek kötelesek a jogszabályokat betartani és stabil, kiszámítható módon a jogi keretek között működni. Mivel a gyermekvédelmi jelzőrendszer szervei állami, illetve állami feladatot ellátó szervek, nyilvánvalóan nem lehet pusztán a jó kapcsolat függvénye az állami feladat ellátása, a jogszabályi kötelezettség teljesítése. Sajnálatos volt az e korábbi vizsgálataimra érkezett válaszokban hivatkozott attitűd is, amely szerint a házi vagy gyermekorvosnak nem feladata a gyermekbántalmazás prevenciója, pusztán a sérülések gyógyítása. Jelentős probléma volt továbbá, hogy – valószínűleg az említett attitűd miatt is – a háziorvosok és házi gyermekorvosok gyermekvédelmi jelzőrendszerben betöltött szerepe igen csekély. Ezt támasztották alá a jelzőrendszer más szerveitől (pl. rendőrség, áldozatsegítő szolgálat) érkezett adatok, különös tekintettel a gyermekjóléti szolgálatok által közölt információra, amely szerint a gyermekbántalmazásra utaló jelzések a háziorvosoktól, házi gyermekorvosoktól érkeznek a legritkábban. A jelentés mindezek nyomán megállapította, hogy az idézett gyakorlat a jogállamiságból eredő jogbiztonság sérelmének közvetlen veszélyét hordozza magában.

A területi védőnői ellátásra vonatkozó AJB 3089/2010. számú, és a gyermekvédelmi jelzőrendszer hiátusaival foglalkozó AJB 2227/2010. számú, korábbi jelentéseimben foglaltakat továbbra is fenntartva, fentiek alapján ismét megállapítom, hogy az adott területen élő személyek,

különösen a hátrányos helyzetű térségekben ellátott gyermekek egészséghez való jogával összefüggő visszásságot okoz a védőnői ellátáshoz való hozzáférés egyenlőtlensége, annak funkcionális elérhetetlensége vagy korlátozott elérhetősége, valamint a gyermekvédelmi jelzőrendszer tagjaiként a védőnő és a gyermekorvos/házi gyermekorvos együttműködésének esetlegessége.

Az országos védőnő arról is tájékoztatott, hogy Borsod-Abaúj-Zemplén és Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében a négyhónapos korban esedékes kötelező védőoltás átoltási üteme lassú: 5 hónap szükséges a 98% feletti átoltottság eléréséhez. Igen lassú átoltási ütem tapasztalható Borsod-Abaúj-Zemplén és Pest megyében a 18 hónapos korban esedékes kötelező védőoltásnál is, ahol 6 vagy annál több hónap szükséges a 98% feletti átoltottság eléréséhez. A 6 éves korban esedékes DTPa+IPV oltások 98% feletti teljesítését két területen (Budapest és Pest megye) 6 vagy annál több hónap alatt érték el. *Az előző évekhez hasonlóan a folyamatos oltások átoltási üteme Borsod-Abaúj-Zemplén megyében volt a legkedvezőtlenebb. Mindezek a gyermekek védelemhez és gondoskodáshoz való joga, valamint egészséghez való jogukkal összefüggésben vetik fel a visszásságok bekövetkezésének a közvetlen veszélyét.*

Az Országos Gyermkegészségügyi Intézet főigazgatója által felvetett kérdés, miszerint a gyermekek egészségmagatartásának fejlődése és az általános egészségmegőrzés szempontjából szükséges és fontos a menzák, büfék és az iskolai automaták felmérési eredményei alapján az egészséges táplálkozási ajánlásokban foglaltak gyakorlati érvényesítése, részben másik vizsgálatom tárgyát képezte (AJB-2245/2013. számon). Ebben felhívtam az illetékes emberi erőforrások miniszterét, hogy kezdeményezze a nevelési-oktatási intézményekben üzemelő büféknek és automatáknak a gyermekek egészséges étkezésével összhangban álló szabályozását; ennek keretében fontolja meg az intézmények közelségében található élelmiszer-üzletekre vonatkozó – fenti szempontokat tartalmazó – szabályozás kezdeményezését; *ezért új kezdeményezést ehelyütt erre vonatkozóan nem teszek, valamint a főigazgató által támogatott AJB 1737/2011. számú jelentésem ajánlását az egységes, gyermekétkeztetésre vonatkozó jogszabály megalkotására továbbra is fenntartom.*

Az Országos Környezetegészségügyi Intézet főigazgatója arról tájékoztatott, hogy míg Magyarországon tíz emberből nyolc jóddhiányosan táplálkozik, a lakosság 80 %-a jóddhiányos területen él, a jóddhiány állapot felmérése utoljára a kilencvenes években történt meg, *s jelenleg nincs – a nemzetközi szervezetek pl. a WHO prioritásként való kezelése ellenére – szervezett felvilágosító kampány a jóddhiányos állapot megelőzésére.* Úgy értékelte továbbá, hogy a CEHAPE program végrehajtása időarányosan halad, azonban szükség lenne több, átfogó felmérés készítésére a regionális elsőbbségi célok vonatkozásában és azok teljesítése érdekében. *Mindez felveti a gyermek védelemhez és gondoskodáshoz való jogával, valamint az egészséghez való joggal összefüggő alkotmányos visszásság bekövetkezésének lehetőségét.*

Összegzés

Gyermekjogi ombudsmanként eljáró biztosként a gyermekek egészséges környezetéhez való jogával foglalkozó tematikus projekt keretében kiemelt figyelmet fordítottam a kora gyermekkori ellátás és hozzáférés kérdéseire, különösen mindennek a hátrányos helyzetű térségekben, a súlyos szegénységben élő gyermekek családjában történő megvalósulására. Előzetes feltevésem az volt – támaszkodva az ENSZ Gyermekjogi Bizottságának 7. számú Átfogó Kommentárjában kifejtett álláspontjára is –, hogy az egészséghez és az egészséges környezethez való jog tartalma jelentősen eltér a súlyos szegénységben, deprivációban élő gyermekek esetében, hiszen a gyermeki státusból önmagában fakadó védtelenség, sérülékenység fokozódik a bárminemű további hátrányos helyzet révén. A kora gyermekkor különleges

időszaka pedig a gyermeki jogok szempontjából azért is érdemel kiemelt figyelmet, mert az ember egész életére meghatározó az első hat-hét év, tehát a minőségi szolgáltatásokhoz, megfelelő ellátáshoz és gondoskodáshoz való univerzális hozzáférés biztosítása nemcsak a ma gyermekének járó jog, hanem egyben a majdani felnőtt társadalomba való befektetés is. Jelen és kapcsolódó vizsgálataim (lásd különös tekintettel a helyszíni vizsgálatok tapasztalatit összegző *AJB-2050/2013. számú* jelentésemet is) rámutattak arra, hogy a gyermekszegénység fájdalmasan nagy mértéke, differenciált jelenléte, a minőségi szolgáltatásokhoz való hozzáférés területi különbségei a gyermekek egészségyenlőtlenségét okozzák és napjainkban Magyarországon nem minden gyermek számára adatik meg az egészséges környezethez való jog érvényesülése.

Intézkedéseim

A feltárt alapjoggal összefüggő visszasságok jövőbeni megelőzése érdekében az Ajbt. 31. § alapján felkérem *az emberi erőforrások miniszterét*, hogy gondoskodjon

I. a Biztos Kezdet Gyerekházak aktualizált elérhetőségekkel kiegészített listájának nyilvánossá tételéről, valamint az utánkövetést megvalósító hatásvizsgálatok és projekt monitoring végrehajtásáról, és azok eredményeinek közzétételéről;

- az Országos Környezetegészségügyi Intézet és más szakmai szervek bevonásával a CEHAPE program regionális céljainak végrehajtását célzó átfogó felmérések indításáról, különösen a jódhiány felméréséről és ahhoz kapcsolódóan a széles nyilvánosságot elérő az egészségtudatosságot megcélzó tájékoztató kampány megszervezéséről;
- a területi védőnői ellátásról szóló 49/2004. (V. 21.) ESzCsM rendelet 3. §. dd) szakaszában foglaltak szerinti védőnői vizsgálatok vonatkozásában nevesített, egységesen alkalmazandó módszertani ajánlás kidolgozásáról;
- az egészségügyi ellátáshoz való kisgyermekkorai hozzáférés érdekében, különösen a hátrányos helyzetű térségekben a védőnői és házi orvosi/házi gyermekorvosi ellátáshoz való egyenlő hozzáférés megvalósításáról;
- szakmai egyeztetést követően a gyermekvédelmi jelzőrendszer működését (is) segítő, elsősorban az egészségügyben és a gyermekjóléti szolgálatoknál dolgozók közötti kommunikációt és információcserét lehetővé tevő szakmaközi elektronikus adatbázis és informatikai felület kiépítéséről;
- a 'veszélyeztetettség' és 'a rossz bánásmód' az egészségügyi-, szociális-, oktatási szakmaközi konszenzuson alapuló fogalmának, fogalomhasználatának kidolgozásáról.

II. Az Ajbt. 31. § alapján *felkérem továbbá a belügyminisztert*, hogy gondoskodjon az állampolgárok közérthető tájékoztatásáról a helyi önkormányzatok – elsősorban szociális vonatkozású – feladatellátásával kapcsolatosan, különösen a hátrányos helyzetű térségekben.

III. Az Ajbt. 32. § alapján *felkérem a Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei, a Pest Megyei és a Szabolcs-Szatmár megyei Kormányhivatalok vezetőit*, hogy a kormányhivatalok szakigazgatási szerveik révén, a civil szervezetek bevonásával gondoskodjanak az életkorhoz kötött kötelező védőoltások késedelem nélküli biztosításáról.

Budapest, 2013. július

Prof. Dr. Szabó Máté sk.