

# A gyermekbántalmazás költségei

*Magyarországon ma még senki nem számolja ki, hogy mennyibe kerül és milyen kimutatható költségeket okoz a gyermekbántalmazás, mint ahogyan azt sem tudjuk hogyan és milyen minőségben látják el a bántalmazást szenvedett gyerekeket. Ez a cikk jó alkalom arra, hogy elgondolkodjunk, milyen sokféle módon tehető fel ez a kérdés, és milyen sok irányú lehet az érdeklődés is. Az irányított betegellátás modelljét úgy tűnik, nálunk nem vezetik be, de néhány adalékkal az amerikai gyakorlatról ehhez is szolgál ez a tanulmány.*

**Az egészségügyi szektorban dolgozó gyermekvédelmi szervezetek finanszírozása az irányított betegellátás korában – egy országos felmérés<sup>1</sup>**

A szakpolitikusokat és az egészségügyben dolgozókat egyaránt élénken foglalkoztatja az a törekvés, hogy meghatározzák a gyermekbántalmazással összefüggő társadalmi költségek teljes mértékét. Az abúzusnak kitett gyermek és családja érzelmi sérülése folytán keletkező nem vagyoni kár óriási, és pontosan nem számszerűsíthető. Jelentősre becsülik a gyermekbántalmazás kezelésével járó költségeket is. Az amerikai Nemzeti Kutatási Tanács (National Research Council, NRC) 1993-ban született jelentése szorgalmazza, hogy folytassanak kutatásokat a gyermekbántalmazással járó hosszú távú gazdasági terhek pontosabb megismerése érdekében.

## A gyermekbántalmazás közvetlen és közvetett költségei

A teljes költséget a közvetlen és közvetett kiadások alkotják. A közvetlen kiadások – köztük a gyermekvédelem, egészségügyi ellátás, érdekvédelem, mentális egészségvédelem, eljárási költségek – könnyebben számszerűsíthetők. Ezzel szemben a közvetetten felmerülő kiadások széles köre nehezebben, gyakran csak feltételezésekre alapozva határozható meg (NCCAN, 1998). Ide tartoznak például a bántalmazás folytán sérülést szenvedett gyermekek gyógykezelésének, valamint az a további anyagi teher, amely a csökkent termelékenységgel és az ezáltal kieső adóbevétellel jár (Daro, 1988).

Egy 1988-ban született dolgozatában

20 millió dollárt meghaladó összegre becsülte Daro azon költségeket, amelyek az 1983-ban ismertté vált 23 648 bántalmazott és súlyos testi sérülést – mint például agyi sérülést, koponya-, csonttörést, belső sérüléseket, mérgezést, égési sérülést – elszenvedett gyermek egészségügyi kezelésével merültek fel. Számításai szerint a bántalmazott gyermekek fele részével átlagosan 5,2 napi kórházi kezelésben.

Más felmérések is foglalkoztak a gyermekbántalmazással járó kórházi költségek vizsgálatával. Kimutatták többek között, hogy a gyermekgyógyászati intenzív osztályokon az abúzus miatt felvett betegek sérülései a-legsúlyosabbak és a legköltségesebben gyógyíthatók (Irazuza, McJunkin, Danadian, Arnold, & Zhang, 1997; Pelet et al., 1990). Egy másik felmérés azt mutatta ki, hogy kiemelkedően magas a baleseti osztályokon kezelt, bántalmazás folytán sérülést szenvedett gyermekek gyógyítására fordított összeg (Summers & Molyneux, 1992). Baleseti osztályokon kimutatható az eltérés a valószínűsíthetően szexuális bántalmazás folytán sérülést szenvedett és az egyéb módon megsérült gyermekek gyógykezelésének költségei között is. Egy városi kórház baleseti osztályán például a szexuális bántalmazással összefüggő esetek kiadásait többszörösen kisebb eséllyel térítették meg, mint a nem ilyen eredetű kezeléseket (Kupfer & Giardino, 1995). Magasabb az olyan felnőtt nők egészségügyi kezelésére fordított költség is, akiket gyermekként bántalmaztak, mint az

ilyen múlttal nem rendelkezők esetében (Walker et al., 1999).

Felmérést végeztek az egészségügyi szektorban dolgozó gyermekvédelmi munkacsoportok körében 1993-ban abból a célból, hogy felmérjék ezen intézmények pénzügyi helyzetét (Giardino, Montoya, Richardson, & Leventhal, 1999). Összesen 72 olyan szervezetet vontak be a kutatásba, ahol legalább egy orvos vagy szakápoló alkalmazásban állt, és valószínűsíthetően bántalmazást szenvedett gyermekek egészségügyi kivizsgálásával is foglalkoztak. A felmérés kimutatta, hogy rendkívüli módon eltér a csoportok helyzete: míg egyes programok biztos anyagi háttérrel működtek, mások a fennmaradásért küzdöttek. A Medicaid<sup>2</sup> bizonyult az egyik legáltalánosabb fedezeti forrásnak a gyermekbántalmazás orvosi ellátását tekintve: a fekvőbetegek költségeinek átlagosan 36%-át térítette vissza, míg az ambuláns betegek esetében ez az arány 45% volt (Giardino et al., 1999).

## Az irányított betegellátás elterjedése

Az USA egészségügyi rendszere a huszadik század végén jelentős változáson ment át: az erős pénzügyi nyomás hatására rövid idő alatt az egészségügy legtöbb részén meghonosodott az irányított betegellátást támogató szemlélet.

Egy 1997-es országos szakmai konferencia résztvevői annak a véleményüknek adtak hangot, hogy szükség van az egészségügyi szolgáltatások finanszírozá-

<sup>1</sup> Az ismertetés Angelo P. Giardino, Louise A. Montoya, John M. Leventhal: *Financing medically-oriented child protection teams in the age of managed health care: a national survey*. IN: *Child Abuse & Neglect* 28 (2004) 25-44. című cikk alapján készült.

<sup>2</sup> A Medicaid az amerikai egészségbiztosító, amely a rá szoruló, illetve jogosultak számára térítésmentesen végzi a szükséges ellátásokat.

sának átfogó és részletes vizsgálatára, különös tekintettel az irányított betegellátásnak az egészségügyi szektorban dolgozó gyermekvédelmi munkacsoportok munkájára való hatására.

A jelen cikkben ismertetett kutatás ennek a felhívásnak tesz eleget. A gyermekbántalmazással járó közvetlen kiadások egy komponensét, nevezetesen az egészségügyi szektorban működő, gyermekvédelemmel foglalkozó olyan munkacsoportok működésének anyagi vonzatait kutatja, amelyek a gyermekbántalmazás kivizsgálásához szükséges orvosi felmérést készítik. A kutatás igyekszik a szervezetek finanszírozásának minden aspektusára rávilágítani. Kitér többek között a stábkialakítás, az anyagi források, a költség-visszatérítés, a költségvetés, a szolgáltatási díjak, valamint a szervezetek anyagi biztonságérzetének vizsgálatára.

A felmérést a következőképpen végezték: négy gyermekvédelemmel foglalkozó intézményeket tömörítő országos szervezet taglistájából választottak ki 528 munkacsoportot, akiknek levélben továbbították a kérdőívet. Végül 153 szervezet adott értékelhető válaszokat, az USA 50 államából 41-et képviselve. A válaszolók közül 21 munkacsoport részt vett a korábban említett 1993-as felmérésben is. (Giardino et al., 1999)

### A szervezetek tevékenységi helye, az alkalmazottak

A kutatásban résztvevők között egyaránt akadt kórházi (59%), és közösségi (41%) intézmény<sup>3</sup>. A kórházi válaszolók 49%-a gyermekellátással foglalkozott, 35%-a közkórházat jelölt meg tevékenységi helyként, és 12%-a nyilatkozott úgy, hogy intézménye gyerek- és közkórház egyaránt. Végül 4% jelölte meg önmagát pszichiátriai intézetben, vagy kórház külső pszichiátriai szakrendelőjében működő szervezetnek. A közösségi alapú válaszolók fele gyermek érdekvédő központban működött, 31%-a más non-profit

szervezethez tartozott, 15%-uk önkormányzati hivatal irányítása alá tartozó szervezetben, 4%-uk magán praxisban tevékenykedett.

A válaszadó szervezetek 95%-ánál legalább egy részidőben vagy teljes állásban foglalkoztatott orvos dolgozott, míg 42%-nál állt alkalmazásban legalább egy részidős vagy teljes állású szakápoló. A legtöbb munkacsoportban dolgozott továbbá egy vagy több szociális munkás (81%), ápoló (52%), mentális betegekkel foglalkozó szakember (58%) – mentálhigiénikus, pszichiátriai asszisztens, pszichológus –, valamint jogász, ügyintéző és egyházi segítő (56%).

### Az ellátottak: bántalmazott gyerekek

A kérdőív válaszaiból kitűnik, hogy a szervezetek által vizsgált gyermekek gyakran többfajta bántalmazás nyomát is magukon viselték.

A vizsgált gyermekek átlagosan 70%-a szexuális abúzus nyomaival, 20%-a fizikai bántalmazás miatt, 5%-a gyermekelhanyagolás folytán kerül a szervezetekhez. Nem rajzolódott ki jelentős eltérés a kórházi és közösségi alapú intézmények között a bántalmazás típusait illetően. A válaszok alapján a bántalmazott gyermekek átlagosan 43%-án fedezhető fel egyszerre többfajta abúzus nyoma. Ez a mutató kórházi alapú intézményeknél alacsonyabb (25%), mint a másik csoportnál (50%).

### A munkacsoportok anyagi háttere

A szervezetek anyagi hátterét tekintve változatos kép rajzolódott ki.

Elmondható, hogy nincs olyan bevételi forrás, amely biztosítja valamennyi munkacsoportnál a bevétel többségét. Átlagban a célzott állami vagy önkormányzati támogatások képezik a legnagyobb bevételt (az átlagérték 30%, megoszlás 0-100%). Szintén jelentős rész származik a betegbiztosítók térítéseiből (az átlagérték 20%, megoszlás 0-100%). További bevételi forrást jelentenek az adományok, áldozat/tanúalapok, nem-állami segélyek, kórháztól vagy szervezettől származó természetbeni vagy pénzbeli támogatások, végül egyéb források (képzések,

szakértői díjak, kutatásból befolyó összegek).

Az egészségügyi szolgáltatásért juttatott összeg 61%-át Medicaid (társadalombiztosítással rendelkező) betegek után fizették, 24%-át önkéntes egészségpénztári tagok után térítették meg, a fennmaradó összeget költségtérítéses betegek<sup>4</sup> fizették. Míg kórházi alapú intézeteknél a megtérített költségek kétharmadát Medicaid betegek után fizették, a közösségi alapú szervezeteknél ez az arány csak 50%.

A válaszok alapján egy szexuálisan bántalmazott járóbeteg páciens komplex orvosi kivizsgálásának teljes költsége átlagosan 283 dollár, amely tartalmazza a photo-kolposzkópia, az érzéstelenítéssel végzett vizsgálat, a bírósági szakértői véleményadás, az orvosi feltárás és kezelés, valamint a szociális munka díjait.

A kutatásból az is kiderült, hogy az államok 51%-ában külön alapot létesítettek a szexuális erőszak áldozataival foglalkozó egészségügyi szervezetek támogatására, amelyből az ilyen betegek orvosi kiértekelését finanszírozzák.

A kérdőívben lehetőségük nyílt a szervezeteknek arra, hogy javaslatokat fogalmazzanak meg az anyagi biztonságuk növelése érdekében. A válaszolók jelentős része (77%) szerint szükséges lenne az állami juttatások megemlése. Néhányan adományok gyűjtését javasolták. Egyik válaszoló így fogalmazott: „Ha a közvéleményt folyamatosan tájékoztatják a szervezetek jótékony munkájáról, akkor hajlandók lesznek adományokkal segíteni azt. A legfőbb feladat, hogy informáljuk őket a védtelen gyermekeket sújtó problémákról.”

Arra a kérdésre, hogy a maximum 10-ig terjedő skálán hányasra értékelnék az intézmény pénzügyi helyzetének stabilitását, 17% válaszolt úgy, hogy szervezete teljesen bizonytalan anyagi háttérrel rendelkezik (1, 2, vagy 3), 49% számolt be stabil (4, 5, 6, 7), 34% pedig kifejezetten stabil pénzügyi háttérrel.

<sup>3</sup> A megkülönböztetés értelmében kórházi alapú intézmények az állami irányítású intézmények. Közösségi alapúak azok a szervezetek minősülnek, amelyek nem állami irányítás alatt állnak, ideértve a helyi önkormányzat irányítása alá tartozó decentralizált állami szervezeteket.

<sup>4</sup> Olyan ellátottak, akik semmilyen biztosítással nem rendelkeznek.

## Az irányított betegellátás hatása a munkacsoportok munkájára

A kutatók arra is szerettek volna választ kapni, hogy mennyiben változtatta meg a szervezetek munkáját az irányított betegellátás rendszere.

A válaszolók nagy többsége (64%) szerint nem változott a betegek száma az irányított betegellátás hatására, 15% számolt be a betegszám csökkenéséről, 17% annak növekedéséről, 4% nem tudott válaszolni.

A válaszolók 77%-a vélte úgy, hogy az elmúlt öt évben nőtt az irányított betegellátás alá tartozó pácienseik száma, 9%-a nem észlelt ilyen változást, míg 14% nem tudott véleményt alkotni.

Megoszlottak a vélemények arról, hogy hogyan befolyásolta az irányított

betegellátás a szervezetek szolgáltatásait: 40% nem észlelt változást a szolgáltatás minőségében, míg 49% szerint negatív hatással volt rá. Csupán 7% nyilatkozott úgy, hogy kedvező változást eredményezett a rendszer bevezetése, 4% nem tudott véleményt alkotni.

A válaszadók 42%-a szerint az irányított betegellátás hatására minimálisan vagy egyáltalán nem változott a szervezetek munkakörülménye. A változásokról beszámolók 16%-a abban látott különbséget a finanszírozás terén, hogy a biztosítótársaságok gyakran megtagadják a költségek megtérítését. Egy válaszoló így fogalmazott: „néhány biztosító társaság visszautasítja a kiadások finanszírozását arra hivatkozva, hogy a bántalmazott betegek kivizsgálása igazságügyi orvosi tevékenység, ezért azt igazságügyi szerv hi-

vatott finanszírozni.” A megkérdezettek majdnem harmada (27%) számolt be arról, hogy az irányított betegellátás rendszere miatt megnőtt a papírmunka és kevesebb idő jut a betegekre.

Összességében úgy vélték, hogy a rendszer hatására körülményesebbé vált a betegek kezelése. Sokan említették, hogy az engedélyekért való harc és a hivatalos kérelmek ügyintézése miatt csökkent az érdemi munkára jutó idő, és ezzel együtt a szervezetek kapacitása és bevétele. Egy válaszoló szerint a mentális betegek esetén jelentősen csökkent az engedélyezett egészségügyi szolgáltatások száma. Egyik megkérdezett így foglalta össze az irányított betegellátás hatását: „megtanultuk, hogy MINDIG kérni kell előzetes hozzájárulást a szolgáltatás nyújtása előtt.”

Krámer Veronika

## Erre tartunk!

### – BESZÁMOLÓ A 2004. OKTÓBERÉBEN, BUDAPESTEN RENDEZETT NEMZETKÖZI HELYREÁLLÍTÓ IGAZSÁGSZOLGÁLTATÁSI KONFERENCIÁRÓL –

„A helyreállító igazságszolgáltatás helyzete Magyarországon. Merre tartunk?” címmel helyreállító igazságszolgáltatási konferenciát rendezett 2004 októberében Budapesten az Európai Fórum az Áldozat-Elkövető Mediációért és Resztoratív Igazságszolgáltatásért; a Család, Gyermekek, Ifjúság Kiemelten Közhasznú Egyesület társszervezésében, a Magyarországi Közösségi Szolgálatok Alapítvány és az Országos Kriminológiai Intézet támogatásával.

A konferenciára mintegy 300, a helyreállító igazságszolgáltatás eszméje és gyakorlata iránt érdeklődő, vagy azt alkalmazó szakember és civil érkezett Európa valamennyi országából. A konferencia fő célkitűzése az volt, hogy segítse a helyreállító igazságszolgáltatási technikák kelet-európai elterjedését, hiszen régióinkban még mindig kemény harc folyik a helyreállító igazságszolgáltatás megfelelő jogrendszerbeli, jogalkalmazási helyének megtalálására, a közvélemény és a szakemberek tájékoztatására és a büntető igazságszolgáltatási rendszer befolyásolására. Ahogyan azt – a konferencia résztvevőire, és a helyreállító igazságszolgáltatás kelet-európai helyzetére utalva – Herczog Mária, a konferencia egyetlen plenáris előadásán elmondta, „az 1989-1990-es rendszerváltozásokat követően, és most az Európai Unió bővítésével, a határok nyitottabbá válásával egyre több területen tapasztalható a különböző kultúrák, társadalmak, jogrendszerek szembenállása, éles különbözősége. Az eltérő történel-

mi fejlődés, a szociológiai differenciák, a kontinentális és angolszász jogrendszer alapvető különbsége és mindennek eredményeként az „élet” eltérő felfogása mind-mind megkérdőjelezi Európát, de még a kisebb európai régiók (így Kelet-közép Európa) egységét is. Kérdés, hogy ezek a fejlődésbeli különbségek, az eltérő utak, a centrum és a periféria szembenállása hogyan befolyásolja az egyes univerzális (globális?) értékek, intézmények átvételét, adaptálását. Olyan-e a történelem, mint a gyermek fejlődéslelet, amelyben minden egyes stáción át kell menni, és így csak az organikus fejlődés elfogadható. Vagy „megspórolhatóak” egyes lépcsőfokok, tanulhatunk mások példájából, és csak az adaptáció mikéntje, formája a kérdés – az befolyásolja a fejlődés sikerét?”

A konferencia mindhárom napján a kiscsoportos munkáké, a workshopoké volt a főszerep. Az érdeklődők részt vehettek videofilm vetítésen, ahol például a mediáció „démonjairól” beszélt Negrea Vidia, az áldozat-elkövető mediáció gyakorlatát