

# Egészségügy, szociális ellátás

	Otthon szülés		50
	Transzplantáció		52
Bentlakásos intézmények közösségi alternatívái			54
	Új pszichoaktív anyagok		56
	Idősödő társadalom, nyugdíj		58
	Források		59

# Otthon szülés

A szülésnél évezredek óta mindig segítők vették körül otthonában az anyát. Az orvostudomány és a népegészségügy fejlődésével azonban a gyermekszülés medikalizálódott, és a szülőnőt kórházi ellátásra szoruló betegnek kezdték tekinteni. A szakirodalom szerint ugyan a szülések több mint 90 százaléka szövődménymentes, mégis könnyen válhat életveszélyessé. Ennek ellenére az otthon szülés igénye a világon növekvő tendenciát mutat, számtalan szakmai és jogi vitát eredményezve.

Az otthon szülés tervezetten kórházon kívül, többnyire az anya otthonában vagy speciális szülőotthonban, általában baba és dűla vagy más egészségügyi szakember jelenlétében lezajló szülés. A dűla fizikai és érzelmi támaszt nyújt az anyának, a baba ezzel szemben olyan egészségügyi szakember, aki gyakran orvos helyett vezet, kíséri a szülést.

Az otthon szülés Magyarországon a 2000-es évek közepén került az érdeklődés központjába Geréb Ágnes munkássága és néhány otthon szülés alkalmával történt haláleset után, és jelenleg is fokozódó figyelem övezi például a szülészeti szemléletváltásról szóló vita kapcsán.

## Érvék és ellenérvék

Nemzetközi viszonylatban számtalan kutatást folytatnak az otthon szülés témájában, amelyek eredményei ellentmondóak. Az Amerikai Orvosszövetség (AMA) és az Amerikai Szülészeti és Nőgyógyászok Kongresszusa (ACOG) biztonsági okokból ellenzi az otthon szülést, de például az angol parlament felkérésére készült, úgynevezett Winterton-jelentés szerint nincsen olyan meggyőző bizonyíték, mely szerint a kórházak jobb garanciát nyújtanának az anyák és az újszülöttek biztonságára tekintetében, így Nagy-Britannia szülészeti és nőgyógyászati szakkollégiumának álláspontja elfogadja az otthon szüléssel kapcsolatban.

Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) 1985-ben megerősítést adott az otthon szülésnek: *„Eddig még sohasem bizonyították tudományosan azt, hogy a kórház biztonságosabb helyszín lenne az otthonnál egy olyan nő számára a szüléshez, akinek terhessége szövődménymentes. A fejlett országokban a komplikációmentes terhességet követő tervezett otthon szülésekre vonatkozó vizsgálatok bebizonyították, hogy a megbetegedési és halálozási ráták mind az anya, mind az újszülött vonatkozásában egyenértékűek vagy jobbak, mint a kórházi szülés esetén.”*

Az otthon szülést támogatók szerint:

- minden asszony abban a környezetben szül a legkönnyebben, ahol biztonságban érzi magát;
- az otthon szülés során a baba nyugodt környezetbe érkezik, ami csökkenti a születéssel járó stresszt;
- a kórházi környezet személytelen, és sok a felesleges beavatkozás;
- kórházi körülmények közt kifogásolható a császármetszések magas száma, valamint a szülés ritmusát megzavaró tényezők (megindított szülések);
- a vonatkozó szabályok nem tesznek különbséget a szülés mint természetes folyamat és a betegellátás között (ugyanis például a hazai egészségügyi törvény szerint a szülőnő beteg, hiszen igénybe veszi az egészségügyi ellátást);
- a beteget megilleti az ellátás visszautasításához való jog, így az édesanyát a kórházi szülés elutasításának joga;
- az anyát megilleti a szülés helyszínének megválasztási joga, mint önrendelkezési jog.

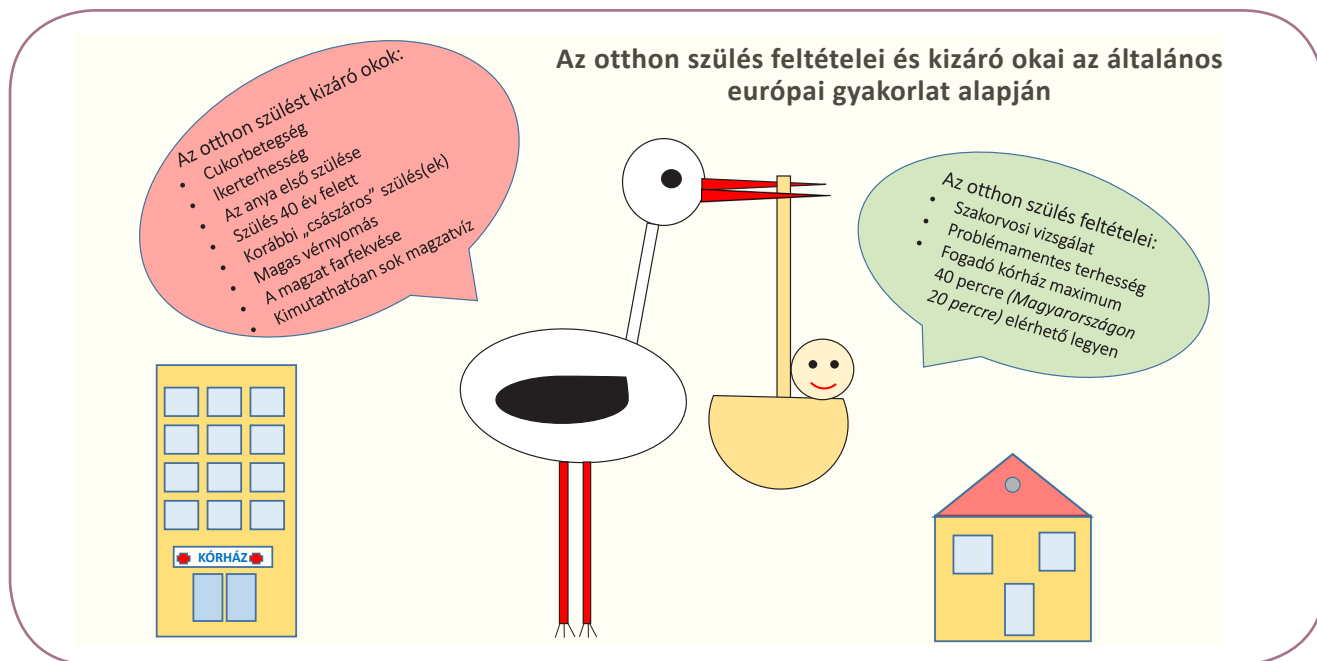
Az otthon szülést ellenzők szerint:

- az anyáknak nincs joguk veszélyeztetni gyermekük életét;
- figyelembe kell venni az állam életvédelmi kötelezettségére és a magzat védelmére vonatkozó jogszabályait;
- a kórházi szülések statisztikailag biztonságosabbak;
- a szülőnő több figyelmet kap a kórházban, ahol több modern technológia biztosított;
- az esetleges komplikációk korai felismerése és kezelése kizárólag kórházi körülmények között megoldható;
- csak a kórházban biztosított, hogy a szükséges és jól képzett személyzet, valamint a modern technológia egyszerre, egy időben legyen jelen.

## Hazai gyakorlat

Magyarországon az otthon szülés az 1950-es évekig nem számított különlegességnek, majd a szülések helyszíne szülőotthonokba, illetve később szinte kizárólagosan a kórházakba került át. Hosszú idő után az első tervezett otthon szülés 1989-ben zajlott le, 1990-ben már húsz otthon szülést vezettek le a bábák – akkor még szabályozatlan jogi és szakmai körülmények között.

2010-ben a szabályozatlanság miatt egy kismama az Emberi Jogok Európai Bíróságához fordult, amely ítéletében kimondta, hogy sérti a magánélethez való jogot,



ha a nő nem dönthet arról, hol és milyen körülmények között szeretné világra hozni gyermekét („Ternovszky kontra Magyarország”-ügy).

2011 áprilisában megszületett az intézeten kívüli szülés szabályairól szóló 35/2011. (III. 21.) számú kormányrendelet. A szabályozás értelmében a bábák akkor kaphatnak működési engedélyt, ha egészségügyi szolgáltatót hoznak létre. A szolgáltatónak érvényes felelősségbiztosítással és meghatározott tárgyi eszközökkel kell rendelkeznie. A rendelet meghatározza az otthon szülést levezető szakemberek körét (szülésznő, szülésznőgyógyász és neonatológiai gyakorlattal rendelkező csecsemő- és gyermekgyógyász szakorvos), az ellátáshoz szükséges tárgyi és higiénés feltételeket, az intézményen kívüli szülést kizáró okokat, valamint komplikáció esetén a háttérkórházba szállítás menetét is.

A 2011-es szabályozással jó néhány szakmai szervezet továbbra sem elégedett, és nem csitulnak az otthon szüléssel kapcsolatos jogi és erkölcsi viták sem. Az Orvosok a Szabad és Biztonságos Születésért szervezet szerint amennyiben a várandósság kis kockázatú, a tervezett otthon szülés ugyanolyan biztonságos, mint a szakorvosi felügyelettel zajló kórházi szülés. Ezzel szemben a Magyar Orvosi Kamara (MOK) Országos Etikai Bizottsága, valamint a Szülészeti és Nőgyógyászati Szakmai Kollégium álláspontja továbbra is elutasító. A Magyar Nőorvos Társaság egy szekcióülésén 2016-ban elhangzott, hogy a szülésorvosok szerint a képzett szülésznőknek több teret kell engedni a szülészeti ellátásban, és támogatandó a családcentrikus szülészeti ellátás. A szülészeti intézményeket olyan szintre kell emelni, hogy azok megfeleljenek az otthon szülés elvárásainak.

2016-ban egy panasz kapcsán az ombudsman vizsgálta az intézeten kívüli szülés szabályairól szóló kormányrendeletet. Álláspontja szerint az intézményen kívüli szülés

nem egészségügyi, hanem alapjogi kérdés, és azzal, hogy a tb nem finanszírozza az intézményen kívül tervezett szülést, sérül a várandós nők önrendelkezési joga. A jelentés megállapítja, hogy az állam csak elvi szinten biztosította az otthon szülés jogi kereteit, de a gyakorlatban sok a jogi bizonytalanság, az előírt feltételek sokszor diszkriminatívak.

### Európai gyakorlat

Az EU tagállamaiban nincs egységes gyakorlat vagy szabályozás, de az otthon szülés jogilag mindenhol rendezett, és Hollandiában a legnépszerűbb (az összes szülések kb. 30 százaléka, míg a többi országban a szülések 1-2 százaléka történik tervezetten intézményen kívül).

A szüléseknél a szülésznők szerepe jóval nagyobb, mint a szakorvosoké (Finnországban a szülések 2/3-át vezetik le), azzal a feltétellel, hogy komplikáció esetén biztosítani kell a szakorvosi jelenlétet (például Csehország, Dánia, Franciaország, Németország).

A bábák jogi helyzete is különböző: Ausztriában kötelező a kamarai tagság, Csehországban szakminisztériumi engedéllyel, Svédországban úgynevezett működési engedéllyel dolgozhatnak. Svájcban a bábadiploma eleve feljogosítja a szülésznőt a szülés levezetésére.

### Összegzés

A nemzetközi gyakorlat és szakirodalom szerint alacsony kockázatú terhesség esetén és a biztonsági szempontok (szigorú személyi és tárgyi feltételek) figyelembevételével a nők számára valóban alternatíva az intézeten kívüli tervezett szülés, azonban Magyarországon a választás lehetősége a nők számára továbbra sem biztosított. ■

# Transzplantáció

A szakirodalom szerint szervátültetéssel azok a betegségek válnak kezelhetővé, amelyek más módon alig vagy egyáltalán nem lennének gyógyíthatók: végstádiumban lévő veseelégtelenség esetén a legeredményesebb és legköltséghatékonyabb, a máj, a tüdő és a szív végstádiumú elégtelensége esetén pedig az egyetlen olyan kezelés, amellyel megmenthető a beteg élete.

2018 áprilisában Magyarországon 1387-en várakoztak valamilyen donorszervre, miközben az előző évek adatai szerint a várólistára kerülő betegek 6 százaléka nem jutott időben a megfelelő szervhez.

## Fogalmak

A szakirodalom szerint a transzplantáció olyan sebészi beavatkozás, amelynek célja életfontosságú szerv helyettesítése, ezzel a beteg életének megmentése, a hosszabb és jobb minőségű élet biztosítása. Szűkebb értelemben szövet vagy szerv eltávolítása az eredeti helyéről és életképességének megőrzésével a szervezet más helyére vagy egy másik szervezetbe műtéti úton történő áthelyezése.

A transzplantáció története a 20. század első éveiben kezdődött, azóta a szervátültetés széleskörűen elterjedt, száma folyamatosan növekszik, és várhatóan bővülni fog azon szervtípusok száma is, amelyek átültethetővé válnak (például méh, arc, bél stb.).

Jelenleg transzplantáció során átültethető:

- szövet vagy szövetek (például vér, ín, csont, bőr, szaruhártya), illetve
- szervek (például vese, szív, máj, tüdő), szervrészletek (például máj, hasnyálmirigy, tüdő).

Az átültetett szövet vagy szerv származhat

- élő donorból (például vese, vér, csontvelő, hasnyálmirigy-, bél-, tüdőlebeny) vagy
- az agyhalál állapotában lévő donorból (például szív, máj, vese, tüdő, hasnyálmirigy).

## Etikai kérdések

A szervdonációval összefüggésben számos etikai és vallási kérdés merül fel. Élő donor által felajánlható – kizárólag páros – szerv eltávolítása a donor számára nagy egészségügyi kockázatot jelent, ezért csak olyan szervrészletet lehet eltávolítani, amelynek hiánya nem okoz súlyos és maradandó fogyatékoságot. Ezért etikai szempontból a szervadományozás fontos kritériuma

az önkéntesség, a külső kényszerszertől való mentesség, az ingyenesség, és a döntés előtti teljes körű tájékoztatás. A hazai gyakorlat szerint, ha az átültetés nem genetikai rokonok között történik, akkor azt a kórház etikai bizottságának kell megvizsgálnia.

Halott személyből történő szervkivétel esetén a nemzetközi joggyakorlat kétféle eljárást ismer:

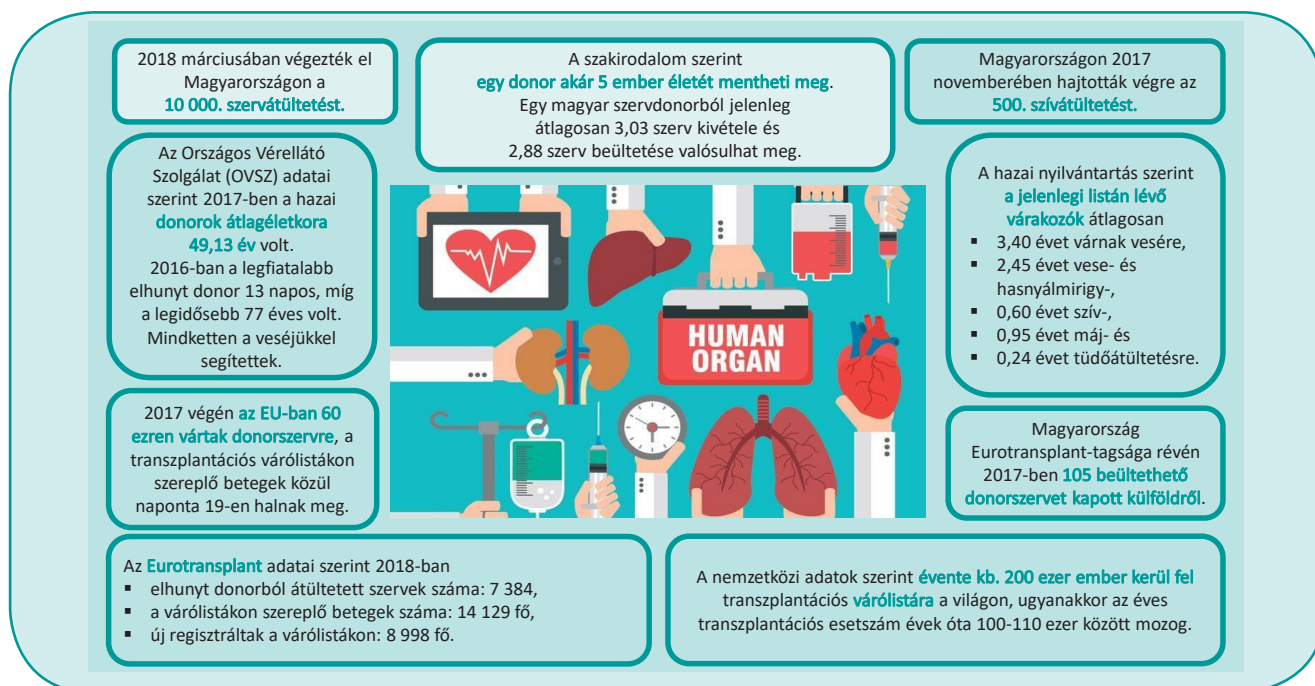
- a feltételezett, illetve
- a pozitív beleegyezés elvét.

A feltételezett beleegyezés szerint, ha valaki életében nem tiltakozott írásban, akkor feltételezhető a beleegyezése, így a szervkivételnek nincs jogi akadálya. Ezt az elvet alkalmazza számos európai ország (Ausztria, Csehország, Finnország, Lengyelország, Portugália, Szlovénia) és Magyarország is. Franciaországban, Olaszországban és Spanyolországban azzal a kiegészítéssel alkalmazzák ezt az elvet, hogy az illetékesek felveszik a kapcsolatot az elhunyt családjával, és ellenőrzik az elhunyt életében megfogalmazott véleményét a donációval kapcsolatban. A szakirodalom ezt a feltételezett beleegyezés gyenge formájának nevezi. Lenkovich Barnabás ombudsman 2006-os állásfoglalása szerint azonban a szervátültetésre szoruló betegek élethez való joga előbbre való, mint a hozzátartozók kegyeleti jogából levezethető, utólagos hozzájáruláshoz fűződő érdeke.

A másik joggyakorlat a pozitív beleegyezés elve, az úgynevezett donorkártya rendszer. Ennek értelmében a szervkivétel elvégzéséhez a donor még életében tett beleegyező nyilatkozata szükséges (például Ausztrália, Új-Zéland, Japán, az Egyesült Államok, Dél-Amerika és az arab országok többsége).

A transzplantáció elterjedésével jelent meg a szervkereskedelem: az ember egyes szerveit pénz vagy más ellenszolgáltatás fejében eladják, illetve másoktól beültetésre alkalmas szervet vásárolnak. A szervkereskedelmet az államok többsége tiltja, így jelenleg az adásvétel a fekete piacon, szabályozatlanul történik, de jelen vannak a szervkereskedelem legalizálását támogató törekvések, amelyek a donorok önrendelkezési jogát hangsúlyozzák.

Magyarországon az Országos Vérellátó Szolgálaton (OVSZ) belül létrehozott Szervkoordinációs Iroda honlapján 13 vallási közösség, köztük a négy legnagyobb történelmi egyháztól kapott – általában támogató, de legalábbis nem tiltó jellegű – álláspont is megtalálható a szervátültetéssel kapcsolatban.



### Hazai gyakorlat

Magyarországon az egészségügyi törvény (1997. évi CLIV. tv.) határozza meg a szerv- és szövetátültetés legfontosabb alapszabályait, a 18/1998. (XII. 27.) EüM-rendelet pedig annak részletes szabályait. A Büntető törvénykönyv rendelkezik az emberi test tiltott felhasználásával kapcsolatos bűncselekményekről, ami alapján szerv, szövet adományozása kizárólag ellenérték nélkül történhet.

Az a beteg, akinél szerv- vagy szövetátültetés orvosilag indokolt, felkerül a szerv- és szövettípusonként vezetett országos várólistára, amelyet az OVSZ Szervkoordinációs Irodája működtet. A várólistán való keresés a beteg egyedi azonosítója alapján történik, a sorrendre vonatkozóan azonban semmilyen információt nem tartalmaz. A szervet kapó beteget orvosszakmai és méltányossági szempontok alapján választják ki.

A hazai hivatalos adatok szerint 1997-2018 között 546 alkalommal végeztek élő donációs műtétet, a legtöbbet 2012-ben: 53, 2017-ben „csak” 45 alkalommal.

A halott donorból történő szerveltávolítás jóval gyakoribb: 2017-ben 504 szervkivétel történt, amiből 460 esetben be is ültették a szervet. A legtöbbször vese- (290 eset), legkevesebb alkalommal (5 eset) pedig hasnyálmirigy-átültetésre került sor.

### Uniós gyakorlat

Az Európai Unió 2002-ben fogadta el a vérrel, 2004-ben a szövetekkel és sejtekkel kapcsolatos, 2010-ben az átültetésre szánt emberi szervekre vonatkozó irányelveket. A szövetekre és sejtekre 2006-ban bevezetett egységes európai kód célja a nyomonkövethetőség biztosítása a donortól (akinek szervezetéből a szövet vagy szerv eltávolítása történik) a recipiensig (akinek testébe más személyből eltávolított szervet, szövetet ültetnek át).

Az Európai Bizottság a harmadik egészségügyi programjában megfogalmazott céloknak megfelelően a 2014–2020 közötti időszakban számtalan, a szervadományozást és -beültetést segítő projektet indít. Ilyen például a szervtranszplantációs szervezetek közötti együttműködést segítő COORENOR vagy a képzési és ismeretterjesztő programokkal a szervadományozási hajlandóság növelését támogató EUDONORGAN.

### Összegzés

Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) szerint az egyik legnagyobb probléma a potenciális donorok alacsony száma és ezzel párhuzamosan a várólistákra kerülő betegek számának folyamatosan növekedése. A hazai számok (is) riasztóak: az OVSZ szerint 2007–2017 között 1590 elhunyt donorból 4552 szervkivétel történt, ami 4006 szervátültető műtetre adott lehetőséget, ugyanakkor 5440 új beteg került transzplantációs várólistára.

A rendelkezésre álló donorszervek lehető leghatékonyabb felhasználása érdekében hozták létre 1967-ben az Eurotransplant nevű szervezetet. Az Eurotransplant tagállamai: Ausztria, Belgium, Hollandia, Horvátország, Luxemburg, Németország, Szlovénia és Magyarország.

A szervezet nyolc tagállama egyetlen donorjelentő rendszert és központilag kezelt várólistát működtet, amelyen jelenleg közel 15 ezer beteget tartanak nyilván. A fő cél, hogy minden donorszervet az annak leginkább megfelelő recipiens kaphasson meg. 2017-ben az Eurotransplant 1097 szervfelajánlásból 105 szervátültetésre került sor Magyarországon, és 143 olyan szervet ültettek be más Eurotransplant tagállam kórházaiba, amelynek eltávolítása itthon történt meg.

# Bentlakásos intézmények közösségi alternatívái

Az eddigi legátfogóbb európai kutatás összefoglalója, a DECLOC-jelentés szerint 2007-ben az Európai Unióban (és Törökországban) 1,2 millió fogyatékos gyermek és felnőtt (értelmi fogyatékos és pszichiátriai ellátásban lévő ember) élt bentlakásos intézményekben. Kutatások bizonyították, hogy az intézményi ellátás az életminőség tekintetében kivétel nélkül rosszabb eredményekkel jár, mint a minőségi, közösségi szolgáltatások, és gyakran egész életen át tartó társadalmi kirekesztéshez és szegregációhoz vezet. Kisgyermekes esetében már a viszonylag rövid idejű intézményi tartózkodás is kedvezőtlenül befolyásolja a fejlődést, és élethosszig tartó negatív következményeket von maga után.

## Paradigmaváltás és intézménytelenítés

Ezen tapasztalatok alapján indult Európában az 1970-es években az intézménytelenítés (deinstitutionalizáció) – más néven az intézményi férőhelykiváltás vagy -kitagolás –, amely a totális intézmények felszámolását célzó folyamatokat jelenti. Célja az intézetek humanizálása, az önálló életvitel és közösségi alapú lakhatás támogatása. Olyan alternatív lakhatási formák létrehozását preferálja, amelyek alkalmasak az intézetek különböző közösségi szolgáltatásokkal való kiváltására, és biztosítják az intézeti ellátásokról közösségi ellátásokra való áttérést.

A közösségi lakhatás hatásait vizsgáló kutatások szerint a közösségi lakhatás

- együtt jár az önellátási képességek fejlődésével;
- választási szabadságot biztosít;
- önállóságot és autonómiát teremt a hétköznapokban;
- aktívabb közösségi részvételt és integrációt eredményez;
- kiterjedtebb családi és társas kapcsolatokra ad lehetőséget.

A fogyatékosokkal élő személyek jogairól szóló ENSZ-egyezmény szerint – amelyhez Magyarország is csatlakozott 2007-ben – az intézményi ellátás egyre inkább kerülendő szakpolitikának és az emberi jogok megsértésének minősül. Az egyezmény 19. cikkelye kimondja, hogy a fogyatékos személynek jogában áll lakóhelyét megválasztani, és a részes államokat közösségi szolgáltatások elérhetővé tételére is kötelezi.

Az Európai Bizottság 2008-as tanulmánya megállapítja, hogy az elmúlt öt évtizedben Nyugat-Európa államaiban drasztikusan csökkentették a pszichiátriai intézetek férőhelyeinek számát. Izland, Olaszország és Svédország 2005-re felszámolta az összes pszichiátriai intézetét, és kórházakban, valamint közösségi lakhatási formákban biztosítja az érintettek számára az ellátást. Az intézményi ellátásról a közösségi ellátásra való áttérésben a skandináv országok (különösen Svédország) és az Egyesült Királyság jár az élen. Az idők hosszú távú gondozása kapcsán Dánia jelentős előrelépést tett a közösségi szolgáltatások kidolgozása terén.

## Támogatott lakhatás

A támogatott lakhatás Magyarországon az életkornak, egészségi állapotnak és önellátási képességnek megfelelően biztosított ellátás a fogyatékos személyek, pszichiátriai, illetve szenvedélybetegek részére. Célja olyan lakhatási szolgáltatás biztosítása, amely alkalmas az ellátott önálló életvitelének fenntartására, illetve elősegítésére. Lényege, hogy saját lakóköznyezetben nyújtja a szükséges szolgáltatásokat, hogy a fogyatékosokkal élő emberek új otthonai a településre integráltak, a megszokotthoz hasonló környezetben vannak kialakítva. Ez történhet a beköltözők számától függően lakásban vagy házban, valamint lakások, épületek együttesében – lakócentrumban.

Magyarországon a rendszerváltás után indult meg a lakóotthonok építése, főként fogyatékosokkal élő hozzátartozói és az őket felkaroló civil szervezetek kezdeményezésére. Ezek a pozitív példák adtak támpontot a közösségi lakhatás és a támogatott lakhatási formák kialakításához. A TÁRKI 2016-os fogyatékosokkal élő személyek életminőségét vizsgáló kutatása a támogatott lakhatás egyik formájának, a lakóotthonok kedvezőbb hatását mutatta ki a magánháztartásokkal szemben értelmi fogyatékos személyek esetében.

## A kitagolási folyamat Magyarországon

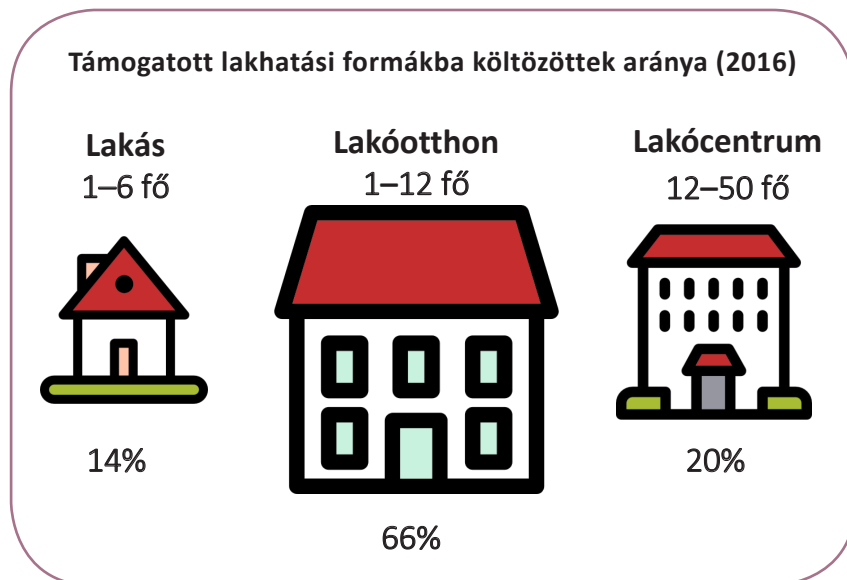
Magyarországon 2010-ben az ENSZ-egyezmény szellemében módosították a fogyatékos személyek jogairól szóló 1998. évi XXVI. törvényt, és megszületett a 2011–2041 időszakra vonatkozó kiváltási stratégia.

A stratégia hosszú távú irányokat jelölt ki a fogyatékossgal élők férőhelykiváltására az állami fenntartású intézményekben, amely a pszichiátriai betegek otthonainak döntő többségét, a fogyatékossgal élő személyek intézményeinek pedig több mint felét jelenti. Az Országos Fogyatékosügyi Program (2006) előírta a lakóotthoni férőhelyek számának növelését, 2011 óta pedig nem lehetséges a lakóotthonok régi struktúra szerinti bővítése. A támogatott lakhatás, mint szociális szolgáltatás 2013. január 1-től került be a szociális ellátásról szóló törvénybe. A 2015–2025. évekre vonatkozó Országos Fogyatékosügyi Program (2015) a korábbiakhoz képest továbblépett, és előírta, hogy fejleszteni és terjeszteni kell a támogatott lakhatást. A folyamatot egy fogyatékossgal élőkből, az őket képviselő érdekvédelmi szervezetekből, szociális és gyógypedagógiai háttérintézményekből, valamint a szolgáltatást fenntartókból álló koordinatív testület segíti.

### Az intézményi férőhelyek kiváltásának hazai tapasztalatai

A KSH adatai alapján, Magyarországon 2017-ben közel 23500 ember élt szociális intézményben pszichiátriai és fogyatékosági területen. A kiváltás elsőként őket érinti. 2016 elejéig 660 ember hagyhatott el nagy szociális intézményeket. Hat nagy bentlakásos intézmény kapcsolódott be a folyamatba, összesen 67 ingatlant építettek vagy újítottak fel. 770 intézményi férőhely került kiváltásra, és 672 támogatott lakhatási lakóhely jött létre. A lakók majdnem kétharmada lakóotthonba (1–12 fős lakás), 20%-a lakócentrumba (12–50 fő), míg 14%-a lakásba (1–6 fős lakás) költözött. További 2500 fogyatékossgal élő ember kiköltözése van előkészítési fázisban. Ezzel együtt a bentlakásos intézményekben lakók mintegy 13 százaléka kezdheti meg önálló életét támogatott lakhatás keretében.

A kiváltási folyamat alapja, hogy a fogyatékossgal élő emberek számára integrált és méltóságukat tiszteletben tartó lakhatási formát kell létrehozni. A folyamat megvalósítása, a finanszírozás és kivitelezés kapcsán a szakmai szervezetek jelezték észrevételeiket és kritikájukat. Az intézményi férőhelyek kiváltásáról szóló 2017–2036. évekre vonatkozó, kormányhatározattal elfogadott hosszú távú koncepció már a szakmai kritikák figyelembevételével készült, és összegzi a tapasztalatokat. A koncepció szerint a stratégia módosításával törekedni kell a létrejövő lakások és támogatott lakhatási szolgáltatások területi elhelyezkedésére: infrastrukturális szempontból jobb helyzetű településeknél kell részt



venniük a folyamatban. Hangsúlyt kell fektetni a lakosság és az érintettek felkészítésére, az önérvényesítés erősítésére és a fogyatékossgal élők szervezeteinek bevonására. A koncepció több figyelmet kíván fordítani a kiváltási folyamat feszültségének kezelésére, amely egyfelől az érintett szociális intézmények lehető legkisebb változtatás melletti fennmaradása, másfelől a fogyatékossgal élő emberek alapvető joga, az önálló életvitel között feszül. A szociális szolgáltatások nyújtását és a lakhatás biztosítását el kívánja választani egymástól. Ennek érdekében javaslatot tesz a finanszírozási rendszer átalakítására.

Az intézményi ellátásról a közösségi ellátásra való áttérésre vonatkozó közös európai útmutató szerint a kitagolás csak rugalmas és egyénre szabott támogatási programok mellett lehet sikeres, valamint ott, ahol az érintettek ellátását nem veszélyeztetik intézménybezárások. Nemzetközi példák alapján úgy tűnik, hogy a közösségi lakhatásra való áttérésben és a személyre szabott szolgáltatások biztosítása kapcsán az a legnagyobb kihívás, hogy a folyamat során végig biztosítani lehessen az érintettek emberi méltóságához és döntési szabadságához fűződő jogát.

# Új pszichoaktív anyagok

A drogfogyasztás és -megelőzés területén az elmúlt évek legnagyobb kihívása az új pszichoaktív anyagok (ÚPA) megjelenése és elterjedése.

Az Europol statisztikái alapján az elmúlt öt évben 620 új stimuláns tartanak nyilván, többségük szintetikus kannabinoid (bio, herbál, biofű) és szintetikus katinon, más néven dizájner drog (penta, kristály, „zene”, pentedron, „évi”, „kati”).

A European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) meghatározása alapján az ÚPA „olyan tiszta formában vagy készítményben található új kábítószer vagy új pszichotróp kábítószer, amely nem szerepel az Egyesült Nemzetek Szervezete kábítószerekről szóló, 1961. évi egységes egyezményének jegyzékeiben vagy az Egyesült Nemzetek Szervezete pszichotróp anyagokról szóló 1971. évi egyezményének jegyzékeiben, és amely hasonló fenyegetést jelenthet a közegészségre, mint a fenti egyezményekben felsorolt anyagok (2005/387/IB tanácsi határozat)”.

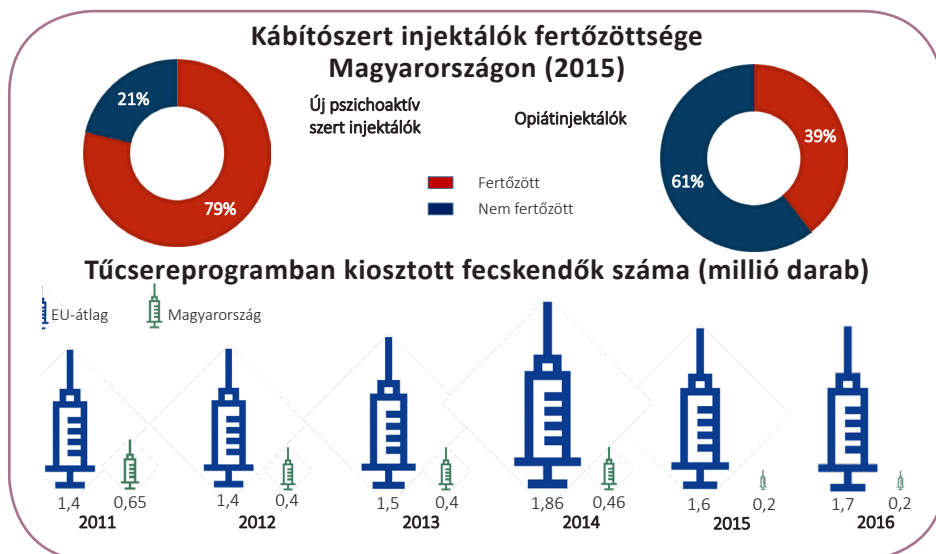
## Növekvő jelenlét

Az ÚPA egyre növekvő keresletét nagyban befolyásolja, hogy olcsó, így a marginalizálódott rétegekben népszerűbb. A Nemzeti Drog Fókuszpont 2017-es felmérése alapján a piacon beszerezhető kábítószerek közül a kokain egy grammnyi ára 20 000 forint, míg egy gramm biofű 1500, egy adag „zene” 300, egy adag pentakristály pedig 100 forint. Az ÚPA-t gyakran megtevesztés céljából az egyéb illegális stimulánsok legális helyettesítőjeként árulják.

A szerek nagy része Kínából származik, és áruk részben az előállítás alacsony költségeivel magyarázható: a gyártáshoz viszonylag kis mennyiségű, úgynevezett prekuzort (vegyi anyagot) használnak fel. A szerek egyre magasabb hatóanyag-tartalommal bírnak, így sokkal kisebb mennyiségű hatóanyag importjára van szükség ugyanannyi anyag előállításához. Emellett a beszerzésük is könnyebbé vált, az anonim módon, speciális böngészők telepítésével elérhető úgynevezett „sötét internet” keresztül.

Az Európai Iskolavizsgálat a fiatalok alkohol- és egyéb drogfogyasztási szokásairól (ESPAD) szóló 2015-ös felmérése alapján az ÚPA életprevalenciája (előfordulási gyakorisága) a 15–16 éves diákok körében 4 százalék volt, míg a kannabiszt használó diákoknál 18 százalék. A Nemzeti Drog Fókuszpont 2016-os éves jelentése szerint Magyarországon a hasonló korosztályban a szintetikus kannabinoidok a második legnépszerűbb kábítószereknek számítanak a marihuána után. A kezelésbe lépő ÚPA-szerhasználókról általában elmondható, hogy sokkal fiatalabbak, mint a kannabisz miatt kezelésbe lépők. Az összes kezelésbe lépők mintegy fele valamilyen ÚPA-használó.

Az elmúlt években az intravénás szerhasználók között egyre nagyobb arányban fordulnak elő ÚPA-injektálók: 2015-ben már a túcsere-szolgáltatást igénybe vevők 80%-a vallotta azt elsődlegesen injektált szerének. A két legnépszerűbb injektált ÚPA a pentakristály és a „zene”. Náluk az injektálás a többi kábítószerekhez képest intenzívebb, a fecskendő újrahhasználásainak a száma is gyakoribb, ezért az egyes fertőző betegségek, elsősorban a hepatitis C (HCV) előfordulási gyakorisága nőtt: a Nemzeti Drog Fókuszpont 2016-os kábítószergyógyi jelentése szerint 2015-ben a HCV prevalenciája körükben majdnem 80 százalékos volt.



## Veszélyek

Az EMCDDA 2016-os vizsgálatában az európai országok körülbelül kétharmada jelölte meg az ÚPA-használatot

újonnan felmerülő problémaként. Egyebek mellett az ÚPA egyre nagyobb ismertsége, a jogi szabályozás változásai, a bűnüldözési prioritások és a bűnüldöző szervek bejelentési gyakorlatainak köszönhetően az előző évekhez képest 2015-ben nőtt az ÚPA lefoglalásainak száma. A lefoglalt anyagok nagyobb része por, kapszula és tableta.

Az új pszichoaktív szerek megjelenésére válaszul az Európai Unió egy háromlépcsős – információcseréből, kockázatelemzésből és döntéshozatalból

álló – rendszert dolgozott ki és működtet a tagállamok szakértőivel. Az első eleme a Korai jelzőrendszer (Early Warning System – EWS) hálózatán keresztül valósul meg. Az EWS célja új pszichoaktív anyagokkal és használati módokkal kapcsolatos információk áramoltatása a tagállamokban működő nemzeti hálózatok (REITOX) segítségével. 2012 óta egyre több bejelentést regisztrálnak. Az ÚPA-t használók aránya folyamatosan nő. 2016-ban átlagosan heti egy új kábítószer jelentetnek az EWS felé. A szerek egészségügyi kockázatainak a felmérése nehéz összetételük változékonysága miatt, ráadásul a szerhasználathoz köthető egyes mellékhatások csak hosszabb távon alakulnak ki.

2014-ben Magyarország elsőként adott jelentést szintetikus kannabinoidról az EWS felé. Az MDMB-CHMICA „herbál füstölőkeverékként” csomagolt anyagként érkezik Kínából. Egészségügyi kockázati értéke a magas – becsléssel megállapított – hatóanyag-tartalma, valamint a pontatlan és rossz előállítási mechanizmusa miatt rendkívül jelentős.

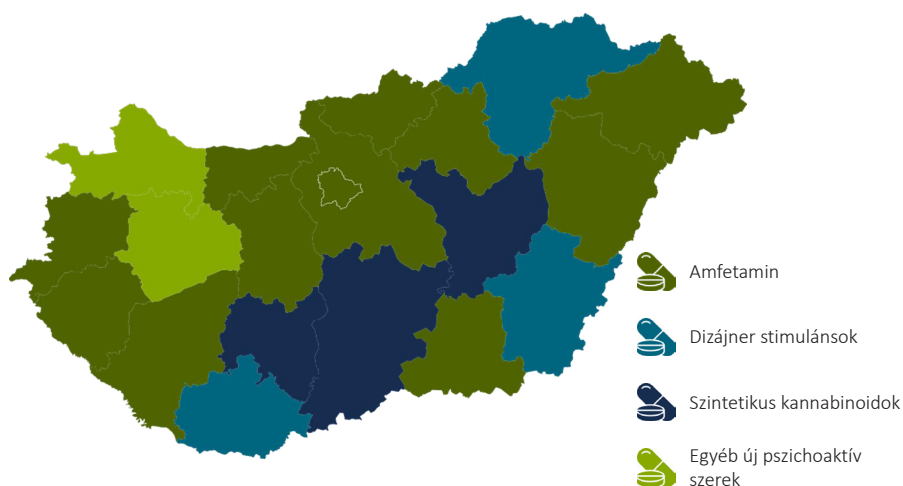
A kábítószer-fogyasztással összefüggő halálesetek számának alakulása tekintetében elmondható, hogy az ÚPA-használók halálozási aránya Magyarországon az európai átlag ötöde.

### Kihívások

Az új stimulánsok állandó cserélődése a piacon komoly kihívást jelent a bűnüldöző szerveknek, jogalkotóknak is. Mivel az anyagok nem szerepelnek az uniós rendeletek jegyzékében, így nem vonatkoznak rájuk a nemzetközi kábítószer-ellenőrzések.

Az Európai Unió Tanácsa szorosabb együttműködést sürget a tagállamok között, és felhívja a figyelmet az új stimulánsok előállítását, forgalmazását és terjesztését megkönnyítő kommunikációs technológiákra. Az Európai Bizottság 2017 júliusában tette közzé kábítószer el-

### A kannabiszt követően a legtöbb kezelési igényt eredményező szertípus megyénként (2016)

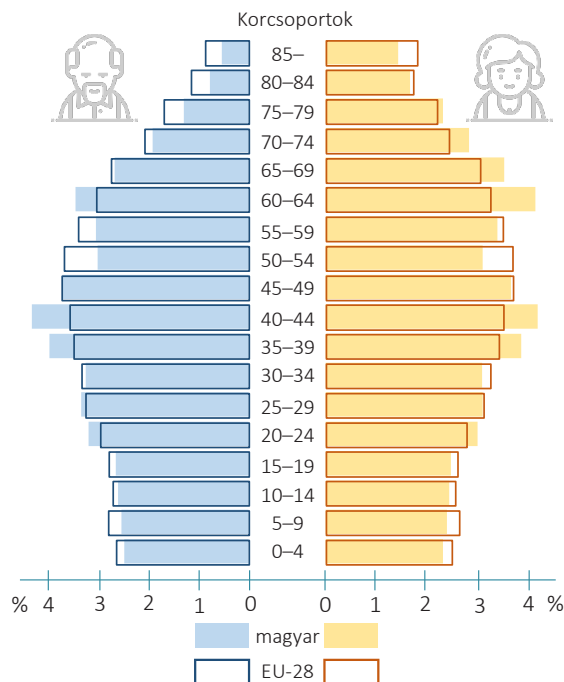


leni cselekvési tervét a 2017–2020 közötti időszakra. Az EU a 2018-as költségvetésében több mint 15 millió eurót különít el drogpolitikai célkitűzéseinek megvalósítására.

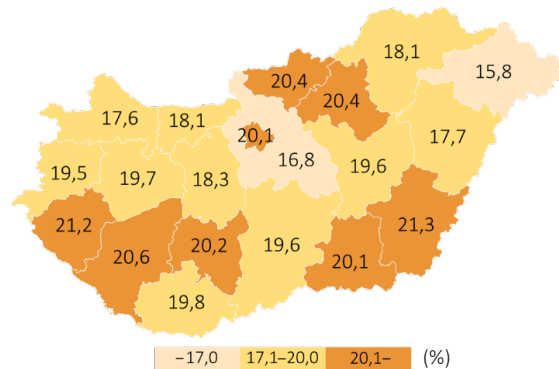
Magyarországon az ÚPA fogalmát a 2005. évi XCV. törvény definiálja, a 66/2012. (IV. 2.) Kormányrendelet pedig meghatározza az ÚPA bejelentésével, előzetes szakmai értékelésével, listára vételével és kockázatelemzésével kapcsolatos folyamatokat és felelősöket. Az úgynevezett C-listás, vagyis új típusú kábítószer megjelenése szükségessé tette a magyar Büntető törvénykönyv (Btk.) kiegészítését is, és egy új monitorozási, kockázatelemző rendszer kidolgozását. A Btk. alapján büntetendő cselekménynek számít az ÚPA megszerzése és tartása is, a csekély mennyiséget (2 gramm) meghaladó mértékben, nem büntetési azonban a fogyasztást. A Magyarországon megjelent, az EWS 2005 óta bejelentett ellenőrzött anyagok büntetőjogi vonatkozású besorolását a Nemzeti Szakértői és Kutató Központ Kábítószervizsgáló Szakértői Intézet listája tartalmazza.

Az új drogok megjelenése és gyors terjedése különböző szakterületeket érintő, összetett problémamegoldást kíván. Magyarországon a jellemzően szegény, társadalmilag kirekesztett rétegekből jövő szerhasználók többsége már akár 12 évesen találkozhat ezekkel az anyagokkal. Általában környezetük (család, iskola) is tisztában van a szerhasználattal, azonban a megoldás tekintetében teljesen eszköztelenek. Az eszköztelenség jellemzi a kezelési ellátóhelyeket is: a kezelés az általános, nem specifikus kábítószer-használókat ellátó intézményekben történik, miközben az elmúlt években a legtöbb kórházi kezelt valamilyen dizájner droggal összefüggésben került kórházba. A szakemberek hiányolják a kapcsolatot az addiktológia és a pszichiátria, az egészségügy és a szociális ellátás között. Sok a megoldandó feladat tehát ezen a téren, melyhez elsősorban egy jól működő integrált ellátórendszerre lenne szükség.

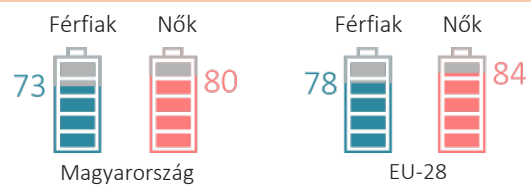
A magyar és EU-28 népesség korösszetétele (%)  
nemek szerint, 2017. január 1.



A 65 év feletti népesség aránya, 2018. január 1.

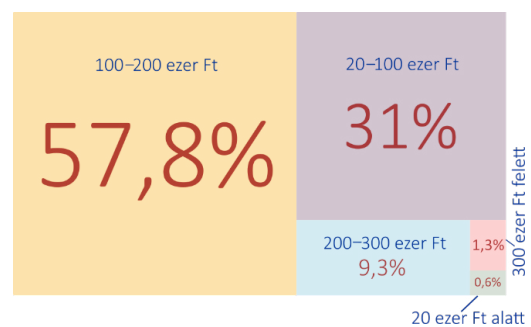


Születéskor várható átlagos élettartam (2016)

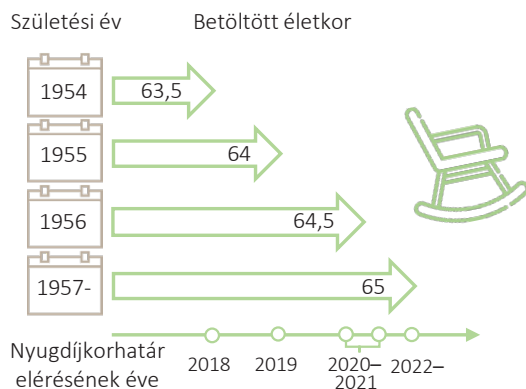


Öregségi nyugdíjban részesülők megoszlása az ellátás havi összege szerint, 2018. január 1.

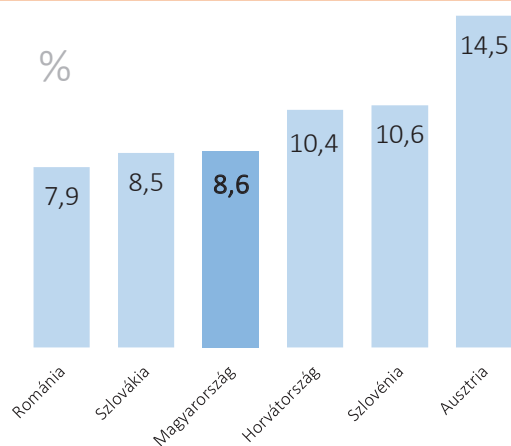
Összesen **2 027 256** fő kapott nyugdíjat



Irányadó öregségi nyugdíjkorhatár évjáratonként



GDP-arányos nyugdíjkiadások a régióban, 2016



Öngondoskodás –  
Önkéntes nyugdíjpénztárak, 2018. december 31.

Tagok száma



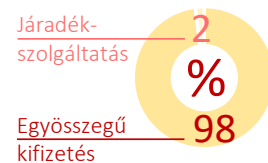
Pénztári vagyon



Átlagos éves hozam  
2018-ban



Szolgáltatási kiadások és  
kifizetések aránya



# Források

## Otthon szülés

- Az alapvető jogok biztosának jelentése az AJB-2350/2016. számú ügyben, 2016. június.
- Tóth Mónika (2014): Az otthoni szülés jog, nem lehetőség! *Ars Boni*, 2014. október 19.
- Fülöp Viktória (2010): *Hogyan szülnék a nők Európa-szerte?* mindennapi.hu, 2010. október 25.
- Kisdi Barbara (2011): *Háborítatlanul. A modern otthoni szülés értelmezése.* (PhD-dolgozat.)
- Varga Andrea (2017): *A szülészeti ellátás mint egészségügyi szolgáltatás és a tervezett kórházon kívüli szülések jogi szabályozása.* Jogiforum.hu, 2017. szeptember 14.
- Varró Gabriella (2014): *Otthoni szülés a gyakorlatban a szabályozás után.*
- Vincze Felícia – Lipienné Krémer Ibolya (2016): Az intézetben kívüli szülés helyzetének és a szülésznők szerepének alakulása hazánkban. *Orvosi Hetilap* 2016/11.

## Transzplantáció

- Lenkovics Barnabás (2006): *Állásfoglalás a halottból történő szerv- és szövetkivétel orvosi gyakorlatával kapcsolatban.* Jogiforum.hu, 2006. január 23.
- Mihály Sándor (2016): *Donációs aktivitás és donációs attitűd egymásra gyakorolt hatásai magyarországi intenzív osztályokon.* (PhD-dolgozat.)
- Niczky Emőke (2017): Új esély, új szervvel. *Orvosok Lapja* 2017/9.
- OSZ Szervadományozási Iroda (2018): *Szakmai beszámoló 2017.* A szervadományozásra és a szervátültetésre vonatkozó cselekvési terv (2009–2015): Megerősített együttműködés a tagállamok között {COM(2008) 818 végleges}.
- Szervadományozás és szervátültetés az Európai Unióban. Az Európai Bizottság tematikus oldala.

## Bentlakásos intézmények közösségi alternatívái

- 1023/2017. (I. 24.) Korm. határozat a fogyatékosokkal élő személyek számára ápolást-gondozást nyújtó szociális intézményi férőhelyek kiváltásáról szóló 2017–2036. évekre vonatkozó hosszú távú koncepcióról.
- European Expert Group on the Transition from Institutional to Community-based Care (EEG) Common European Guidelines on the Transition from Institutional to Community-based Care, EEG (2012).
- Fogyatékos Személyek Esélyegyenlőségéért Közhasznú Nonprofit Kft. (2017): *Intézményi Férőhely Kiváltási Terv módszertani útmutató 2017.*

- Helena Medeiros – David McDaid – Martin Knapp – MHEEN Group (2008): *Shifting care from hospital to the community in Europe: European Commission (2008).*
- Jelentés (2016. június 9.) A8-0203/2016 a fogyatékosokkal élő személyek jogairól szóló ENSZ-egyezmény végrehajtásáról, különös tekintettel az ENSZ CRPD bizottságának záró észrevételeire (2015/2258[INI]).
- Mansell, J. – Knapp, M. – Beadle-Brown, J. – Beecham, J. (2007): *Deinstitutionalisation and community living – outcomes and costs (DECLOC): report of a European Study.* Volume 2: Main Report, University of Kent.
- TÁRKI (2016): *Fogyatékosokkal élő emberek életminősége és ellátási költségei különböző lakhatási formákban.*

## Új pszichoaktív anyagok

- EMCDDA Statistical Bulletin 2017.
- Európai Unió Tanácsa (2012. december 11.) 2013–2020-as időszakra szóló, kábítószer elleni uniós stratégiája (17547/12)
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2017): *EMCDDA Strategy 2025.*
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, (2018): *Programming document 2018–20.*
- Kábítószer és Kábítószerfüggőség Európai Megfigyelőközpontja (2017): *Európai kábítószer-jelentés 2017: Tendenciák és fejlemények.*
- Nemzeti Drog Fókuszpont (2017): *Kábítószerügyi helyzetkép – Magyarország 2017.*
- Nemzeti Drog Fókuszpont 2016-os Éves Jelentése a magyarországi kábítószer-helyzetről az EMCDDA számára.

## Idősödő társadalom, nyugdíj

1997. évi LXXXI. törvény a társadalombiztosítási nyugellátásról.
- KSH (2017): *Ezüstkor – Időskorúak Magyarországon, 2016.*
- KSH (2018): *Demográfiai évkönyv, 2017.*
- KSH (2018): *Magyar Statisztikai Évkönyv, 2017.*
- Eurostat (2019): *Expenditure on pensions.*
- Eurostat (2019): *Population on 1 January by age group and sex Life expectancy at birth by sex.*
- Magyar Államkincstár (2017): *Nyugdíjban, ellátásban, járadékban és egyéb járandóságban részesülők állománystatisztikai adatai – 2017. január.*
- MNB (2019): *Tájékoztató a pénztárak adatairól a 2018. I–IV. negyedévi felügyeleti célú adatszolgáltatás alapján.*
- MNB (2019): *Pénztári szektor idősorai (frissítve a 2018. IV. negyedéves adatokkal).*