

A kötet megjelenését a Ford Alapítvány támogatta TASZ, Bp. 2003.

A kötet szerzői:

Csernus Eszter (I., II., III., IV., VI. és VII. fejezet)

Tóth Judit (V. fejezet)

Az interjúkat készítették:

Csernus Eszter

Pálfi Balázs

Varró Szilvia

A kötet szerkesztője:

Csernus Eszter

© A Szerzők, 2003.

© Csernus Eszter (a szerk.), 2003.

: Társaság a Szabadságjogokért

1114. Budapest, Eszék u. 8/b.

tasz@tasz.hu

www.tasz.hu

A kiadásért felel: Fridli Judit

ISBN szám: 963 210 516 8 (magyar változat)

963 210 517 6 (angol változat)

TARTALOMJEGYZÉK

Előszó

Tanulmányok

I. FEJEZET

Önkéntesség és anonimitás

II. FEJEZET

Kötelező szűrés

III. FEJEZET

A HIV státusz nyilvántartása

IV. FEJEZET

Kötelező gondozás és kötelező gyógykezelés

V. FEJEZET

A HIV státusz szerepe az idegenrendészetben

VI. FEJEZET

Az intravénás kábítószer-használat kérdésköre

VII. FEJEZET

A büntetőjog alkalmazhatósága

Interjúk

„A legaggasztóbb a prudéria”

„Elkülönítő fertőtlenítő zárkát kaptam”

„Ha az emberek mást hibáztathatnak, felmentik magukat az alól, hogy gondolkodniuk kelljen az AIDS-ről”

Mellékletek

I. MELLÉKLET

„HIV/AIDS és emberi jogok” Nemzetközi Irányelvek

II. MELLÉKLET

Glossarium

III. MELLÉKLET

Magyarországi HIV/AIDS statisztikák

IV. MELLÉKLET

Hasznos tudnivalók

Előszó

Amikor bő egy évvel ezelőtt a Társaság a Szabadságjogokért úgy döntött, hogy következő *Köziratát* a HIV/AIDS kérdéskörnek szenteli, még nem lehetett sejteni, hogy a magyarországi HIV szabályokat illetően hamarosan komoly változások következnek be. Az akkor hatályos jogszabályt megalkotása, 1988 óta lényegében egyszer módosították, amikor is 1998-ban a jogalkotó megszüntette az anonim szűrés lehetőségét, és bevezette az ún. „részlegesen anonim” szűrési rendszert: e szerint a szűrésre jelentkező csak akkor juthatott anonim módon a leletéhez, ha az negatív volt, pozitív vizsgálati eredmény esetén azonban a megerősítő vizsgálatra az érintett már csak akkor volt jogosult, ha személyes adatait a vizsgálatot végző orvos rendelkezésére bocsátotta, aki – megerősítetten pozitív eredmény esetén – köteles volt az adatokat az ÁNTSZ felé jelenteni, és a HIV pozitív személy környezetében partnerkutatót végezni.

A kilencvenes évek közepén egy magánszemély indítványozta a több szempontból is aránytalan és diszkriminatív szabályozás alkotmányosságának vizsgálatát, és 2002. június 28-án meg is született az Alkotmánybíróság idevágó határozata. Ebben az alkotmánybírák kifejtették: tekintettel arra, hogy a kifogásolt rendelet több alapjog jelentős korlátozásáról rendelkezik, nem megfelelő szinten történt a szabályozás, ilyen komoly korlátozásokról ugyanis hazánkban csak törvényben lehet rendelkezni, a rendeleti szint nem elegendő.

Következésképpen a formailag hibás jogszabályt az Alkotmánybíróság – anélkül, hogy az indítványozó tartalmi kifogásait vizsgálat tárgyává tette volna – 2002. december 31-ével megsemmisítette. Az Alkotmánybíróság ily módon, korábbi gyakorlatát követve, megfelelő időt hagyott a jogalkotónak – jelen esetben az Országgyűlésnek – arra, hogy a megsemmisítés folytán keletkező joghézagot és jogbizonytalanságot új szabályok alkotásával kiküszöbölje.

Tekintettel azonban arra, hogy az Alkotmánybíróság nem mutatott rá a megsemmisített rendelet tartalmi hibáira – formai alkotmányellenesség esetén az alkotmánybírák tartalmi kérdésekről nem döntenek –, az új jogszabályt kidolgozó Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium a „könnyebb” megoldást választotta és egyszerűen a rendelet szabályait szándékozott különösebb változtatások nélkül törvényi szintre emelni. A benyújtott törvénymódosítás nagy felháborodást keltett mind a szakma – a HIV pozitívokkal foglalkozó orvosok –, mind az érintett civil szervezetek körében, és az adatvédelmi biztos is hangot adott elégedetlenségének. Társaságunk véleményezte a törvénytervezetet, majd a parlamenti szakaszban a törvényjavaslatot is, és az aggályait taglaló *18. TASZ Álláspontot* eljuttatta a képviselőkhez és a sajtóhoz is.

A többirányú fellépés hatására a tervezett módosításon több jelentős változtatást is végrehajtottak, és 2002. decemberében a következőket iktatták az egészségügyi törvény járványügyi rendelkezései közé:

főszabállyá tették az önkéntes HIV szűrést, amely

az érintett kérelmére anonim módon zajlik;

e szabálytól eltérni csak és kizárólag a törvényben tételesen felsorolt esetekben lehetséges,

nevezetesen ha a szűrésre jelentkező személy a kötelezően szürendő körök valamelyikéhez tartozik;

megszűnt továbbá a gondozásba vétel vonatkozásában létező, a fertőzés feltehető módján alapuló diszkrimináció,

és a kötelező partnerkutató intézménye is.

Fontos még egyszer hangsúlyoznunk, hogy e szabályok az egészségügyi törvény járványügyi rendelkezései közé lettek beiktatva, ami arról tanúskodik, hogy a jogalkotó még mindig nem tudott szakítani a számtalan szempontból elavult, a HIV/AIDS-re teljességgel alkalmatlan ún. hagyományos járványügyi modellel. A magyar jogszabályok szerint ugyanis a HIV fertőzés illetve AIDS betegség az összes többi járványos betegséggel egy tekintet alá esik, ami igen aggályos, lévén, hogy a HIV – szemben jó néhány más fertőzéssel – köznapi érintkezés útján nem terjed, kapcsolódnak viszont hozzá olyan társadalmi stigmák, amelyek következtében kívánatos lenne a HIV megfékezéséhez szükséges lépések és a HIV pozitívok védelmének szabályairól külön törvényt alkotni. A közelmúltban elfogadott, az egyének önrendelkezési jogát jobban tiszteletben tartó szabályok nem valamiféle általános szemléletváltás következtében kerültek bevezetésre, hanem csupán az alkotmánybírói döntésből fakadó jogalkotási kényszer hatására, az pedig, hogy tartalmukat illetően a korábbi szabályoknál haladóbbak, csupán a civil szektor és az adatvédelmi biztos heves tiltakozásának köszönhető.

Ezen részleges eredmények azonban nem pótolják a kérdés átfogó, következetes és hatékony szabályozását.

A fentiek ismeretében talán kevésbé meglepő, hogy jó néhány korábban született, de jelenleg is hatályos (más törvényekben, rendeletekben szereplő) rendelkezés és az új szabályok között a szükséges összhang nem mindig lelhető fel. Ellentmondások tapasztalhatók az újonnan elfogadott HIV szabályok és a bejelentésre-nyilvántartásra, a büntetés-végrehajtási intézmények rendjére, és a külföldiekre vonatkozó rendelkezések között. Jelen kötet célja tehát, egyrészt, hogy ismertesse a HIV szűrés új rendszerét, másrészt pedig, hogy rámutasson a még létező hiányosságokra és ellentmondásokra, továbbá hogy az érintettek figyelmét felhívja a jelenlegi AIDS politika veszélyeire és a még szükséges lépésekre, teendőkre. A téma szerteágazó volta és a gyakorlati tapasztalatok hiánya vagy viszonylagos hozzáférhetetlensége folytán e kötet nem érinthette a HIV/AIDS kérdéskör minden egyes fontos vonatkozását, így például a munka világában létező anomáliák, vagy a HIV pozitív gyermekek előtt álló akadályok vizsgálata további tanulmányok feladata lesz.

A kötet első fejezete a szűrés általános kérdéseit vizsgálja, így különösen az önkéntesség és a névtelenség kérdését. A második fejezet a kötelezően szűrendő személyek körét vitatja, míg a harmadik a kötelező bejelentés-nyilvántartás szükségességét kérdőjelezi meg. A negyedik fejezet a HIV pozitívok kötelező gondozásba vételének és kötelező gyógykezelésének kérdéseit taglalja, rámutatva arra, hogy e téren mennyire indokolatlan a kényszereszközök bevetése.

Magyarországon a közelmúltban a sajtó nem egyszer cikkezett olyan esetekről, amikor egy külföldit – annak ellenére, hogy adott esetben magyar házastárssal és gyermekkel is rendelkezett – hazánk csak akkor „látta szívesen”, ha az érintett bizonyította, hogy nem HIV pozitív, mint ahogy olyan esetről is lehetett olvasni, amikor egyes személyeket „tudtukon kívül” megfertőztek. Az ötödik fejezet tehát a HIV pozitív külföldieket érintő idegenrendészeti szabályokat elemzi, míg a hetedik fejezet a HIV fertőzés átadása büntetőjogi megítélésének egyes kérdéseit tanulmányozza.

Tekintettel továbbá arra, hogy az intravénás kábítószer-használat (és az azt kísérő szexuális magatartások) következtében a kelet-európai térségben jelenleg még soha nem tapasztalt gyorsasággal terjed a HIV, a hatodik fejezetet az intravénás droghasználat és a HIV fertőzés kapcsolatának szenteltük, bízva abban, hogy tanulmányunk segíteni fogja a hazai illetékeseket abban, hogy a megfelelő, megelőzésre irányuló lépéseket időben megtegyék.

A kötet végén helyt kapott három interjú, amelyben HIV pozitív személyek osztják meg velünk tapasztalataikat diszkriminációról és emberi illetve jogszabályi következetlenségekről. Az utolsó melléklet pedig útmutatóul szolgál azok számára, akik Magyarországon emberi jogaik maradéktalan tisztelete mellett kívánnak HIV szűrésen részt venni.

A tanulmányok megírásához nagy segítséget nyújtottak Dr. Bánhegyi Dénes, a Szent László Kórház AIDS Osztályának főorvosa, Dr. Újhelyi Eszter, a Szent László Kórház AIDS laboratóriumának vezetője, valamint Dr. Feleki Attila és Dr. Balogh Attila, az Anonim AIDS Tanácsadó Szolgálat orvosai. Köszönjük továbbá interjúalanyainknak, hogy rendelkezésünkre álltak.

I. FEJEZET

Önkéntesség és anonimitás

A HIV szűrés általános kérdéseinek tanulmányozása során három fontos aspektust kell megvizsgálunk: a szűrés önkéntes jellegét, a szűrés anonim jellegét, és a „vizsgálat jellegét”. Az első két kritérium szoros kapcsolatban áll egymással, hiszen kötelező szűrés esetén gyakorlatilag kizárt, hogy a vizsgálat név nélkül történjen, míg egy anonim tesztet értelemszerűen a szűrőállomás önkéntes felkeresése fog megelőzni. Ami pedig a harmadik szempontot illeti, a vizsgálati módszerekre vonatkozó ismerete következtetni enged arra, hogy az adott rendszerben milyen elvek szerint is kezelik az egész HIV/AIDS kérdéskört.

Az, hogy egy állam milyen szisztéma szerinti szabályozás mellett döntött, hagyományosan attól függött, hogy mely érdekeket részesítette előnyben: az érintettek magánélethez, magántitokhoz, információs önrendelkezéshez való jogát, vagy a közérdek részét képező közegészségügyi érdeket. Az utóbbi húsz évben azonban mind többen ismerték fel, hogy az emberi jogok tiszteletben tartása és a járványügyi érdek védelme talán mégsem zárják ki egymást. A továbbiakban megkíséreljük tisztázni ezt a kérdést: megvizsgáljuk a tisztán járványügyi szemléletet és a mellette felsorakoztatott érveket, megismerkedünk az emberi jogok tiszteletére építő modellel, majd, a vonatkozó nemzetközi ajánlások bemutatását követően, elemzés tárgyává tesszük a korábbi és a hatályos magyar szabályozást. Végül pedig kitérünk a magyarországi vizsgálati rendszer néhány, az államnak a HIV/AIDS kérdéskör kezelését illető nézeteiről árulkodó vonására.

I. A két fő járványügyi modell

Mielőtt rátérnénk a kifejezetten a szűrésre vonatkozó szabályok tanulmányozására, érdemes megismerkednünk a járványos betegségekre vonatkozó két alapvető felfogással.

1) A hagyományos modell

A hagyományos járványügyi megközelítés, amelyet a XIX. sz. végén – XX. sz. elején dolgoztak ki, a következő főbb módszerek és elvek mentén halad:

- beazonosítani a fertőzött személyeket,
- a feltárt eseteket nyilvántartásba vétel céljából bejelenteni a közegészségügyi hatóságoknak,
- felkutatni a fertőzött személyek kapcsolatait,
- elkülöníteni a (potenciálisan) fertőzött személyeket a társadalom többi részétől, és végül
- az így elkülönített személyeket meggyógyítani.

Ezt az eljárást olyan járványos betegségek leküzdésére dolgozták ki, amelyek köznapi érintkezés útján terjednek, lappangási idejük rövid, és gyógy módjuk ismert.

A HIV/AIDS azonban köznapri érintkezés útján nem terjed (csak szexuális érintkezés, vagy vér, illetve meghatározott váladékok útján). A vírus átadása egyszerű, alapvető higiéniai illetve viselkedési szabályok betartásával elkerülhető, és a HIV pozitív emberek éveikig, megfelelő terápia mellett évtizedekig is élhetnek tünetmentesen – és munkaképesen. Jelenleg a kór megelőzésére szolgáló hatékony oltás, vagy a fertőzöttek teljes gyógyulását eredményező kezelés nem létezik.

2) A modern megközelítés

A fenti különbségekre való tekintettel került az elmúlt évtizedben kidolgozásra a másik, a HIV/AIDS vonatkozásában haladó járványügyi szemlélet, miután a legtöbb ország kénytelen volt szembesülni azzal, hogy a vírus terjedését a hagyományos eszközök igénybevételével nem sikerült meggátolni. Ez a megközelítés számol azzal a ténnyel, hogy egyes különösen veszélyeztetett csoportok tagjai – intravénás droghasználók, szexmunkások, melegek – meglehetősen bizalmatlanok az állammal szemben, és a hatóságilag kikényszeríthető járványügyi intézkedések nem fogják éppen erősíteni bennük az együttműködési hajlamot. A modern megközelítés az érintettek önkéntes, tájékozott beleegyezésén és együttműködésén alapul, és a legmesszebbmenőkig tiszteletben tartja mind a vizsgált személyek, mind a HIV pozitívok alapvető emberi jogait.

A beazonosítás – és ily módon az információs önrendelkezési jog háttérbe szorítása – mellett az egyik leggyakrabban felhozott érv a következő: minél több adattal rendelkezünk egy adott térség HIV fertőzötteiről, annál hatékonyabban léphetünk fel a vírus terjedése ellen. A másik hagyományosan felhozott érv pedig, hogy léteznek bizonyos személyek, csoportok, akiknek valamilyen oknál fogva „joguk van tudni” adott személyek HIV fertőzöttségéről. Ennek a „jognak” pedig csak akkor lehet érvényt szerezni, ha a HIV pozitív személyekről létezik név szerinti lista.

A „névvel – név nélkül” kérdés mellett az „önkéntes vizsgálat – kötelező vizsgálat” kérdésében is más a hagyományos és a modern álláspont. A kötelező szűrővizsgálatok léte a hagyományos járványügyi szemléletből ered, hiszen a kötelező szűrés egyben névvel való, „beazonosított” szűrést is jelent. Az egyes csoportok vagy esetkörök kötelező szűrése mellett érvelők általában két féle módon indokolják a beazonosítás szükségességét:

- vagy úgy tekintik, hogy léteznek bizonyos „rizikócsoportok”, amelyekben a HIV előfordulási esélyei nagyobbak, és ezért indokolt mindazokat szűrni, akik ezekhez a csoportokhoz tartoznak (ilyen kötelező köröket állapított meg a később bemutatásra kerülő, a közelmúltban hatályon kívül helyezett magyar rendelet¹ (a továbbiakban: Rendelet));
- vagy pedig az egyének által tanúsított magatartás alapján, illetve annak konkrét veszélyessége függvényében határozzák meg a kötelezően szürendők körét.

Mind az anonimitás szükségességének kérdése, mind a kötelező körök létjogosultságának kérdése a kötet további részeiben bővebb kifejtésre kerül majd².

II. A nemzetközi ajánlások

Az általunk vizsgált kérdésre vonatkozóan mind egyetemes, mind regionális szinten születettek ajánlások.

¹ A szerzett immunhiányos tünetcsoport terjedésének meggátolása érdekében szükséges intézkedésekről és a szűrővizsgálat elrendeléséről szóló 5/1988. (V. 31.) SZEM rendelet.

² Az önkéntesség és az anonimitás kérdése a kötet egyes fejezetei által tárgyalt témák mindegyike szempontjából kardinális jelentőségű.

1) Az ENSZ minden tagállamát érintő ajánlások

1996-ban a UNAIDS és az ENSZ Emberi Jogi Főbiztossága második alkalommal hívta össze Genfben „HIV/AIDS és emberi jogok” című konzultációját, melynek résztvevői a HIV/AIDS elleni hatékony küzdelmet illetően tizenkét *Nemzetközi Irányelvet*³ fogalmazták meg⁴. A HIV/AIDS kérdéskörre vonatkozó általános szabályozás tekintetében a következőket fogadták el:

*„A tagállamoknak felül kell vizsgálniuk közegészségügyi törvényeiket, hogy megbizonyosodjanak arról, hogy azok a HIV/AIDS által felvetett közegészségügyi problémák kezelésére alkalmasak, a fertőző betegségekre vonatkozó járványügyi rendelkezéseik a HIV/AIDS kérdéskört illetően nem kerülnek helytelenül alkalmazásra, valamint hogy e törvények összhangban vannak a tagállamok által vállalt nemzetközi emberi jogi kötelezettségekkel.”*⁵

Az 5. Irányelvben pedig, amely a diszkrimináció tilalmáról szól, a szakértők a következőkre hívják fel az államokat:

*„A tagállamoknak a (...) magánélethez való jog védelmét garantáló (...) antidiszkriminációs és egyéb törvényeket kell hozniuk, vagy a már létezőket meg kell erősíteniük.”*⁶

A HIV/AIDS-re vonatkozó adatok felvételét és kezelését illetően az előző tétel a következő módon kerül kifejtésre:

*„A tagállamoknak olyan törvényeket kell alkotniuk, amelyek az adatok és a magánélethez való jog védelmét általános jelleggel biztosítják. Az egyének HIV státuszra vonatkozó adatai a védendő személyes és egészségügyi adatok között kell, hogy szerepeljenek, hogy illetéktelen felhasználásra vagy nyilvánossá tételükre ne kerülhessen sor. A magánélet védelmére vonatkozó törvények mindenki számára lehetővé kell, hogy tegyék a saját adatokba való betekintést, és azt, hogy az adatok helyessége, teljessége és napra készsége érdekében azok módosítását kérje. A személyes adatok védelméhez való jog megsértése esetén az elégtételt illetően egy független szerv kell, hogy döntsön. Rendelkezéseket kell alkotni annak érdekében, hogy a szakmai szervezetek az adatvédelmi szabályok megsértése esetén szankciókat szabhassanak ki.”*⁷

2) Az európai államokra vonatkozó ajánlások

Regionális szinten az önkéntesség és az anonimitás jelentőségét az Európa Tanács már 1987 óta hangsúlyozza:

„2.2.1. Szűrés

- (...)
- ne vessék alá a lakosság egészségét, vagy bizonyos csoportjait, kötelező szűrésnek;

³ *International Guidelines on HIV/AIDS and Human Rights (23-25 September 1996, Geneva)*; United Nations Publications, New York and Geneva, 1998, a továbbiakban: *International Guidelines*.

⁴ A tizenkét irányelv magyar nyelvű szövegét lásd e kötet 1. sz. mellékletében.

⁵ *International Guidelines* 3. Irányelv. Ford. Cs. E.

⁶ *International Guidelines* 5. Irányelv. Ford. Cs. E.

⁷ *International Guidelines* 5. Irányelv, 30. c) bekezdés. Ford. Cs. E.

– *ehelyett – amennyiben ilyen helyek még nem léteznek – az egészségügyi hatóságok az adatvédelmi szabályok maradéktalan betartásával működő, önkéntes szűrőállomások felállítására kell fordítsák forrásaikat (...);*⁸

és mind az anonimitást, mind az önkéntességet a hatékony, korai gyógyszeres kezelés előfeltételei között nevesíti:

„A Miniszterek Tanácsa (...) felhívja a tagállamok kormányait, hogy (...)

vi. a korai gyógyszeres kezelés számára optimális feltételeket teremtsenek, nevezetesen:

a. (...) anonim és önkéntes teszt (...) biztosítása révén;”⁹.

Kijelenthetjük tehát, hogy mind az egyetemes, mind a regionális nemzetközi szervezetek a személyazonosító adatok nélküli szűrővizsgálatokat támogatják, és már évekkel ezelőtt az anonimitás és az önkéntesség kettős követelménye mellett foglaltak állást. Ennek ellenére számos országban – így Magyarországon is – a szabályozás ettől eltérő elvek mentén halad.

III. A magyar szabályozás

A közelmúltban bekövetkezett törvénymódosítás és rendeletalkotás következtében indokolt külön tárgyalnunk a jelenleg már hatályon kívül helyezett, és a 2003. január elseje óta a helyükbe lépett szűrési szabályokat. Tekintettel a kérdés fontosságára és terjedelmére, a kötelező szűrési körök mibenlétének, indokolt vagy indokolatlan voltának külön fejezetet szenteltünk, így ezekről itt csupán érintőlegesen lesz szó.

1) A korábbi szabályok

Magyarországon 2002. december 31-ig az az 1988-as rendelet szabályozta a HIV szűrésre vonatkozó előírásokat, amelyet az Alkotmánybíróság 2002. júniusában formai okokból megsemmisített. A döntés indoka, hogy amennyiben egy jogszabály több alapjog korlátozását valósítja meg, a rendeletalkotás nem tekinthető megfelelő szintű szabályozásnak, az Alkotmány értelmében ilyen alapjog-korlátozás csak törvényben lehetséges. A testület ügyelt arra, hogy kellő időt hagyjon az alkotmányellenesnek deklarált Rendelet helyébe lépő új szabályok megalkotására, ezért azt csupán 2002. december 31.-i hatállyal semmisítette meg. Egy 2002. december 17.-én kihirdetett törvény útján a magyar állam eleget is tett az alkotmánybírósági határozat révén keletkezett jogszabály-alkotási kötelezettségének.

A Rendelet szabályai között ugyan kifejezetten nem szerepelt az anonim szűrővizsgálat lehetősége, de nem is tartalmazott a jogszabály olyan rendelkezést, amely azt kizárta volna, így korábban országszerte több „megtúrt” anonim szűrőhely és tanácsadó szolgálat is működött.

1998. január elsejétől azonban változtak a jogszabályok, és HIV szűrésre már csak ún. „részlegesen anonim” módon volt lehetőség.

Ahhoz, hogy ez a „részleges anonimitás” értelmezhető legyen, tisztában kell lennünk azzal, hogy hogyan is működik egy HIV vizsgálat: ahhoz, hogy egy HIV teszt pozitív eredményét

⁸ Recommendation No R(87)25 Concerning a Common European Public Health Policy to Fight the Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS). Ford. Cs. E.

⁹ Recommendation No R(94)10 on Early Pharmacological Intervention against HIV Infection. Ford. Cs. E.

biztosnak tekinthessük, két vizsgálatra van szükség, mert az első vizsgálat önmagában nem teljesen megbízható, előfordul, hogy olyankor is pozitív eredményt jelez, amikor a vizsgált személy nem fertőzött. A második, verifikáló vizsgálat egy másfajta eljárás alapján, és az első eredmény ellenőrzésére – megerősítésére illetve cáfolatára – szolgál.

A jogalkotó elismerte, hogy a szűrővizsgálaton való részvétel már önmagában is olyan érzékeny adat, amely védelméhez a vizsgálatra jelentkezőnek jogos érdeke fűződhet, ezért lehetővé tette, hogy az első vizsgálat akár anonim módon is történhessen. A továbbiakat illetően azonban ez a „részleges anonimitás” azt jelentette, hogy ha az érintett személy személyazonosító adatai előzetes felfedése nélkül vett részt a szűrővizsgálaton, és ha az első vizsgálat pozitívnak bizonyult, akkor a verifikáló vizsgálatra már csak úgy kerülhetett sor, ha az illető a betegellátó rendelkezésére bocsátotta személyes adatait, azaz feladta anonimitását. Amennyiben ezen adatai közzétételét megtagadta, a szűrővizsgálat folytatására – és a HIV státusz megismerésére – nem volt lehetőség.

Az első vizsgálat negatív eredménye esetén semmilyen adatszolgáltatási kötelezettség sem terhelte az érintettet, ha pedig névvel vett részt a szűrővizsgálaton, akkor a negatív eredmény után a rá vonatkozó adatok törlésre kerültek.

Ha az első vizsgálat pozitív volt, a verifikáló vizsgálat viszont negatív eredménnyel zárult, akkor a vizsgált személyről felvett személyazonosító illetve egészségügyi adatokat a betegellátónak szintén haladéktalanul törölnie kellett a nyilvántartásból. Ezt a törlési kötelezettséget többek között a HIV/AIDS és a hozzá kapcsolódó hiedelmek negatív társadalmi megítélése indokolta – ezek tükrében már az is hátránnyal járhat, ha valakiről esetleg kiderül, hogy HIV vizsgálaton vett részt, mert azonnal elindul a találgatás, hogy miért is tarthatott attól, hogy megfertőződött. Annak ismeretében azonban, hogy az egészségügyi adatok kezeléséről szóló törvény¹⁰ alapján egészségügyi területen az adatok törlését úgy kell véghez vinni, hogy a törölt adatok mibenléte utólag is megállapítható legyen, e rendelkezés előírásai igencsak illuzórikussá válnak, és ellenőrizhetetlen, hogy az egyébként „törölt” adatok mikor és kihez juthatnak el.

A két vizsgálat közti, adatszolgáltatásra vonatkozó különbségtételt közérdek nem indokolhatta. Érthetetlen, hogy az egyszer már az első vizsgálaton való részvétel kapcsán elismert anonimitáshoz fűződő érdek miért szorult háttérbe a második vizsgálat esetében, holott a védeni kívánt információ még érzékenyebb, hiszen illetéktelen kezekbe kerülve még súlyosabb visszaélésekre adhat lehetőséget. Mi több, közegészségügyi szempontból (akár a hagyományos, akár a haladó szemléletből tekintünk a kérdésre) még veszélyesebb is, ha egy bizonytalan státuszú, potenciálisan fertőzött személy úgy „tűnik el”, kerül ki az egészségügyi hálózat látóköréből, hogy nem tudja, valójában hordozza-e a vírust, vagy sem.

2) A jelenleg hatályos szabályok

Az Alkotmánybíróság döntése nyomán fogadta el az országgyűlés a 2002. évi LVIII. törvényt, amely az egészségügyi törvény¹¹ módosításáról rendelkezik, és a HIV szűrés törvényi szintű szabályozását valósítja meg. Fontos hangsúlyozni, hogy a módosítás egyedüli indokaként az alkotmánybírósági határozat lett megjelölve, törvényjavaslatát a kormány csupán a jogalkotási kényszer hatására, és nem valamely határozott szemléletváltásból fakadóan dolgozta ki.

¹⁰ Az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvény, a továbbiakban: Eüat.

¹¹ Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény, a továbbiakban: Eütv.

A módosítást komoly viták előzték meg, az előterjesztők egyszerűen ugyanis a korábbi Rendelet szabályait kívánták törvényi szintre emelni, azok tartalmának vizsgálata nélkül. A törvényjavaslat első változata azonban mind az adatvédelmi biztos, mind az egészségügyi szakemberek, mind pedig az érintett civil szervezetek heves tiltakozását váltotta ki. A javaslat a tartalmi alkotmányossági követelményeket figyelmen kívül hagyta, csakúgy, mint a nemzetközi ajánlásokat és tapasztalatokat, és indokolatlanul tág, bizonytalan és értelmezhetetlen kötelező szűrési köröket szándékozott a törvény járványügyi rendelkezései közé iktatni. Kötelezően szűrhetők lettek volna például a HIV fertőzöttek családtagjai, kollégái, szomszédai is, és a törvény nem nevesítette volna a HIV fertőzést ill. AIDS betegséget, hanem teljes mértékben összemosta volna a HIV/AIDS-re vonatkozó előírásokat az egyéb járványos betegségekre vonatkozó előírásokkal.

A médiának köszönhetően¹² kellő nyilvánosságot kapott az adatvédelmi biztos személyes tiltakozása a parlament emberi jogi, kisebbségi és vallásügyi bizottsága előtt, mint ahogy a Társaság a Szabadságjogokért által kibocsátott *Álláspont* is, amely a javaslatot élesen támadta. A javaslat szövegét ezek következtében néhány alapvető ponton módosították is.

A módosítások közül a legfontosabb, hogy főszabállyá lépett elő az önkéntes HIV szűrés. Ez történhet névvel, vagy név nélkül, és amennyiben valaki a név nélküli szűrést választja, sem az első, sem a második vizsgálat alkalmával nem kötelezhető személyazonossága felfedésére. Adott tehát végre a lehetőség, hogy a szűrésre jelentkezők, amennyiben nem tartoznak a tételesen felsorolt kötelezően szűrhető körök valamelyikébe¹³, anonim módon jussanak biztos szűrési eredményhez.

Ki kell azonban emelnünk, hogy sajnos nem arról van szó, hogy a szűrőállomások feltétlenül és automatikusan név nélkül végeznék a vizsgálatokat, hanem csupán arról, hogy „a vizsgálatra jelentkező személyazonosító adatainak átadását a vizsgálat bármely szakaszában (...) megtagadhatja”¹⁴. Az anonimitást tehát gyakorlatilag az érintett maga kell, hogy kérje, és a törvényben nem szerepel, hogy a szűrőhelyet bármiféle kifejezett tájékoztatási kötelezettség terhelné az anonim vizsgálati lehetőség létét illetően. Amiről pedig a szűrésre jelentkező nem tud, azért bajosan tud kiállni. Annak ellenére, hogy álláspontunk szerint az egészségügyi törvényben meghatározott általános tájékoztatási kötelezettség magában foglalja azt, hogy a szűrőhely az anonim szűrésre vonatkozó információkat is ismertesse a nála jelentkezőknél, a gyakorlati értelmezési nehézségek elkerülése végett kívánatosnak tartanánk, hogy ez a HIV szűrésre vonatkozó szabályok között külön hangsúlyt kapjon.

Az anonimitás az új szabályozás szerint akkor szűnik meg, amikor az érintett gyógykezelésre-ellenőrzésre jelentkezik – ám akkor is csak olyan mértékben, amely az érintett egészségügyi ellátásához feltétlenül szükséges. Zavart okoz azonban, hogy az Eüat. szerint „amennyiben a szűrővizsgálat eredménye pozitív, a betegellátó felhívására az érintett személyazonosító adatait köteles átadni”¹⁵. Ez a rendelkezés, szemben a Rendelettel, még az első és a megerősítő teszt között sem tesz különbséget, az Eütv. új szabályaival pedig egyenesen ellentétes. Kívánatos lenne az ellentmondás mielőbbi feloldása, különös tekintettel arra, hogy nem világos, milyen érdekek fűződhetnek az érintett személyazonosító adatainak a gyógykezelésre-ellenőrzésre való jelentkezést megelőzően történő rögzítéséhez. Fertőzöttek beazonosításának, mint azt korábban már említettük, csupán a hagyományos járványügyi modell szerint lehet értelme, az azonban a HIV fertőzésre nem alkalmazható.

¹² Virág Tamás: Közös felelősség. *in: Magyar Narancs*, 2002. október 31.; Danó Anna: Névvel vagy név nélkül? *in: Népszabadság*, 2002. november 4.; Muhari Judit: Veszélyt jelenthet a névtelenség. *in: Népszava*, 2002. november 5.

¹³ Ezekről a körökről a következő fejezetben lesz szó.

¹⁴ Eütv. 59. § (5) bekezdés.

¹⁵ 15. § (6) bekezdés.

Kifogásolható továbbá, hogy a szűrésen névvel résztvevő személy vérmintáját olyan kísérőlappal kell, hogy a vizsgálatot végző orvos a laboratórium felé továbbítsa, amelyen szerepel az illető TAJ száma¹⁶. A TAJ szám személyazonosításra alkalmas adat, a jelen adatkezelésnek pedig nincs semmilyen konkrét, másképp el nem érhető célja. Kívánatos lenne, hogy a névvel való szűrés esetén is kapjon kódot az érintett vérmintája, mint ahogy az az anonim szűrés esetében történik¹⁷ – azzal, hogy valaki a vizsgálatot végző orvosnak hajlandó feltárni a nevét, másokat még nem hatalmazott fel arra, hogy az általa kezdeményezett vizsgálatról értesüljenek.

IV. A hazai vizsgálati rendszer néhány meghatározó vonása

A vizsgálatok mibenlétéről, orvosszakmai, biológiai-kémiai, vagy akár adminisztratív vonásairól lehetne bőven írni, jelen tanulmányban azonban csak néhány, véleményünk szerint igen meghatározó jellemzőt szeretnénk kiragadni. Lényeges kérdésnek tartjuk az egész HIV/AIDS problematika kezelésének szempontjából, hogy a HIV szűrés mennyire centralizált módon folyik, hogy a vonatkozó jogszabályok megalkotása, és az egészségügyi hatóságok tevékenysége során a szakmai illetve gyakorlati kivitelezhetőségi szempontok mennyire kaptak-kapnak hangsúlyt, mint ahogy azt is, hogy az általános „szűrés” elnevezés a konkrét teszten kívül még milyen egyéb kísérő szolgáltatásokat takar. Lévé, hogy az első két szempont nagymértékben összefügg, elemzésükre együtt kerül sor, majd megvizsgáljuk a szűrésen vett szűrés kísérő szolgáltatásokat, és kitérünk az otthoni gyors tesztek alkalmazásának kérdéskörére.

1) A HIV szűrés „hierarchikus” vonatkozásai

A magyar HIV szabályozást a kezdetektől fogva a hagyományos járványügyi szemlélet jellemezte, és a szabályokat még ma is nagymértékben e látásmód hatja át. A központi, országos szintű ellenőrzésre a legegységesebb példa a hazai HIV bejelentési-nyilvántartási rendszer¹⁸, de a szűrés rendjére vonatkozó szabályok, illetve a 2002. december 31-ig létező partnerkutató intézménye is arra irányulnak, hogy az egész folyamat lehetőleg centralizált, hatóságilag ellenőrzött, és „kézben tartható” módon történjen.

Természetesen szakmai szempontokra mindenképp tekintettel kell lenni annak meghatározásakor, hogy egy laboratórium milyen feltételek mellett végezhet HIV szűrővizsgálatot, nem világos azonban, hogy a verifikáló vizsgálatok elvégzésére jogosult laboratóriumok kijelölésekor a jogalkotót milyen szempontok vezérelték. A korábbi rendszer szerint verifikáló vizsgálatot hivatalosan – amennyiben a fertőzés nagy valószínűséggel vér útján történt – az Országos Vérellátó Szolgálat (OVSZ), és – a többi esetben – a Johan Béla Országos Epidemiológiai Központ (JBOEK) Mikrobiológiai Kutatócsoportja végezhetett, ez utóbbi azonban, megfelelő felszereltség híján, csak a vírus HIV 1 változatával történt fertőzést tudta megerősíteni vagy megcáfolni, a HIV 2-es variánst kimutatására nem volt képes. Ezzel szemben a Szent László Kórház laboratóriuma például e vizsgálat elvégzésére hivatalos minőségben nem volt jogosult, holott a megfelelő szakértelemmel és kellékekkel már régóta rendelkezett.

Január elseje óta a korábbi lista kibővült az OBNI AIDS Laboratóriumával, és a Fővárosi Szent László Kórház Víruslaboratóriumával, új kikötésként szerepel azonban – minden különösebb indoklás nélkül –, hogy anonim szűrővizsgálat esetében csak és kizárólag az

¹⁶ ESzCsM rendelet 12.§ (1) bekezdés.

¹⁷ ESzCsM rendelet 12.§ (2) bekezdés.

¹⁸ Erről részletesebben a III. fejezetben lesz szó.

utóbbi két intézmény járhat el. Remélhetőleg az új rendszernek köszönhetően nem, vagy csak valóban kivételes esetekben fordul majd elő, hogy a vérmintát ellenőrzésre beküldő orvos eredmény helyett „a kémcső eltört, új minta küldését kérjük” típusú válaszokat kap.

A szűrővizsgálathoz szükséges vérvételek számát illetően – a központosításra és „felülről diktálásra” törekvő szemlélet folytán – a szűrőrendszer, pontosabban a rá vonatkozó szabályok, és a szűrés gyakorlati aspektusai között sincs összhang. A SZEM rendelet megalkotása idején még valóban két, különböző alkalommal levett vérmintából történtek a vizsgálatok, azóta már azonban a konkrét teszteljárás teljesen más módon zajlik. Ideje lenne a különböző jogszabályokból kiiktatni az első, illetve a második vérvételre vonatkozó utalásokat¹⁹, hiszen az első alkalommal levett vérminta megfelelő tárolási feltételek mellett, alkalmas mindkét vizsgálat elvégzésére. Különösen annak ismeretében lenne ez kívánatos, hogy például anonim vizsgálat esetén nem is biztos, hogy az a személy, aki bejön az eredményért, ugyanaz a személy, akitől az első alkalommal vért vettek (hiszen az eredményt annak kell kiszolgáltatni, aki a kapott kódot felmutatja). Intravénás droghasználók esetében pedig már egyébként is gyakori probléma, hogy alig lehet tőlük vért venni – a jogszabályok itt tehát csak feleslegesen bonyolítják az amúgy sem egyszerű vizsgálatot.

A hatékonyság kárára menő, öncélú centralizációs törekvésnek tekinthető a kötelező partnerkutató mára már hatályon kívül helyezett intézménye is²⁰.

1) A szűrést kísérő szolgáltatások és az otthoni gyorstesztek kérdésköre

A HIV teszt elvégzése kapcsán nyújtott egyéb szolgáltatásokat illetően Magyarország – véleményünk szerint helyesen – azon az állásponton van, hogy teszteredmény csak a megfelelő felvilágosítás és tanácsadás mellett adható ki. Pozitív lelet esetén nem mindegy, hogy az érintett milyen módon értesül fertőzöttségéről, és a jövőt illetően milyen tanácsokat, támaszt kap.

Egyes országokban létezik olyan anonim szűrési megoldás is, mely abból áll, hogy egy arra alkalmas tárolóegységbe gyűjtik a különböző, kóddal ellátott vérmintákat (az érintettek „dobják be” a mintájukat), majd a szűrőhely falára kifüggesztésre kerülnek az eredmények: a megadott kódok mellett „+” illetve „-” jelek szerepeltetésével. Az ilyen szűrővizsgálatok azonban nem teszik lehetővé a személyes tanácsadást, amely pedig két szempontból is igen fontos. Egyrészt, valamelyest „könnyebbé” teszi a fertőzöttség elfogadását, miközben az érintett megkapja a gondozására, kezelésére, és általánosságban a további életvitelére vonatkozó szükséges – és hiteles – ismereteket, tanácsokat; másrészt pedig hozzájárul a HIV terjedésének megakadályozásához, hiszen a fertőzés átadásának elkerülési módjait ismerő HIV pozitív személy jóval kisebb eséllyel fog másokat megfertőzni.

Egyre többet hallani az ún. otthoni gyorstesztekéről is. Legális, nyilvános forgalomba azonban általában még nem kerültek, és ezt a következő érvekkel szokták indokolni: a szélesebb körben elterjedt álláspont szerint az otthoni gyorsteszteket kísérő legjobb leírások sem pótolhatják a személyre szóló, személyesen végzett tanácsadást; a tesztek elvégzése technikailag nem egyszerű feladat (a megfelelő tapasztalatokkal nem rendelkező felhasználó igen könnyen kaphat álpozitív eredményt). További érv a gyorstesztek széleskörű alkalmazása ellen, hogy pozitív eredmény esetén még mindig szükséges egy „hagyományos” HIV teszt elvégzése, hogy biztos szűrési eredményhez juthassunk, az érintettre azonban – ráadásul

¹⁹ 18/2002. (XII. 28.) ESZCSM rend., 12.§ (2)-(3).

²⁰ E kérdéskörrel a II. és a II. fejezetben bővebben írunk majd.

anélkül, hogy megfelelő lelki segítséget kaphatna – jóval nagyobb teher nehezedik a várakozási idő alatt, mint ha csupán a hagyományos eljárás keretén belül várna a leletére egy hónapot. Ha tehát a szűrőállomás mind szakmailag, mind etikailag megfelelő szolgáltatást nyújt, úgy tűnhet, nincs különösebb ok arra, hogy az otthoni gyorsteszt bevezetésének kérdése nagyobb hangsúlyt kapjon²¹. Megfelelő kísérő információk és technikailag egyszerűbb tesztek esetén azonban – a terhességi tesztek mintájára – felmerülhet a gyorsteszt gyógyszerári forgalmazása, hiszen elsődleges érdek, hogy minél többen figyeljenek HIV státuszukra.

Összegzésképpen kijelenthetjük, hogy a HIV szűrés kérdéskörével kapcsolatosan a bevezetésben felvetett problematika – hogy a közegészség és az emberi jogok védelme valóban ellentétesek-e egymással – némi átfogalmazást igényel. Az új kérdést, az új problematikát talán a következőképpen határozhatnánk meg: egy demokratikus állam képes-e felismerni és elfogadni, hogy az alapjogok tiszteletben tartása és a járványügyi érdek védelme azonos irányba mutatnak, vagy beletörődik abba, hogy a megfelelő ismeretek hiányából fakadó rossz beidegződések és a bürokrácia weberi önfenntartó reflexei többet nyomnak a latban, mint az észszerűség és a hatékonyság?

II. FEJEZET

Kötelező szűrés

Mint azt már az előző fejezetben említettük, a kötelező szűrővizsgálatok léte szintén a hagyományos járványügyi logikából ered, amely központi jelentőséget tulajdonít a fertőzött személyek beazonosításának. A kötelező szűrés ugyanis minden esetben egyben névvel való szűrést is jelent. A kötelező szűrés mellett állók szerint az érintettek önrendelkezési jogának figyelmen kívül hagyása kétféle indokkal lehetséges:

- vagy úgy tekintik, hogy indokolt mindazokat szűrni, akik bizonyos „veszélyeztetett csoportokhoz” tartoznak, amelyekben a HIV fertőzés előfordulási esélyei az átlagnál nagyobbak, és a hatékony megelőzés érdekében háttérbe szorul e személyek konkrét akarata (ilyen kötelező köröket állapított meg a hatályon kívül helyezett Rendelet);
- vagy pedig nem előre meghatározott társadalmi csoportokra nézve írják elő a kötelező szűrést, hanem a kötelezés alapjának megjelölésénél az egyének által tanúsított konkrét magatartásra, illetve annak konkrét veszélyességére támaszkodnak (a hazai új szabályozás már ugyan a korábbihoz képest némiképp ebbe az irányba mozdult el, de még mindig nem tudott következetesen azonosulni vele).

Az 1988-ban megszületett, 2002. december 31-ével azonban hatályon kívül helyezett Rendelet értelmében az alábbi körök voltak kötelezően szürendők:

²¹ E feltétel teljesüléséhez azonban például az is szükséges, hogy a szűrésre jelentkező a leletéhez elvárható időn belül valóban hozzájusson. Egyes szűrőhelyek gyakorlatában nem egyszer előfordult hogy a vizsgálati eredmény közlését halogatták, vagy akár újabb vizsgálathoz ismételtlen vért vettek, mert az illetékesek „nem tudták, hogyan mondják meg”, hogy a lelet pozitív. Az érintettek pedig újabb hosszú heteket kellett várnia arra, hogy végül biztos eredményt közöljenek vele, miközben közismert volt, hogy ha halogatják a dolgot, akkor baj van. A „mismásolás” következtében tehát az érintett HIV pozitivitását már jóval azelőtt kvázi-biztosra vehette, hogy a testi-lelki állapotának megfelelő tanácsokat megkapta volna.

- „a) a nemi betegek, illetőleg a nemi betegségre gyanús állapotban levők;
- b) az AIDS vírusával fertőzött személyek szexuális partnerei; a fertőzöttek környezetének azok a tagjai, akiknél a fertőződés gyanúja felmerül;
- c) az üzletszerű kéjelgés miatt szabálysértési vagy büntetőeljárás alatt állók²²;
- d) a büntetés-végrehajtási intézetekben szabadságvesztés büntetést vagy szigorított őrizetet töltő személyek²³;
- e) a javító-, valamint a nevelőintézetben elhelyezett fiatalok²⁴;
- f) a kábítószer intravénásan alkalmazók.”²⁵.

A Rendelet megsemmisítése folytán elfogadott törvénymódosításnak köszönhetően pedig az Eütv. járványügyi rendelkezései közé a következő, kifejezetten a HIV fertőzésre vonatkozó szabályok kerültek:

- „a) az a személy, aki foglalkozása, önkéntes munkavégzése keretében, vagy jövedelemszerző tevékenysége során saját vére vagy váladéka útján a vírust más személynek továbbadhatja, illetve más személyek vérével és váladékával fertőződhet,
- b) a véradásra donorként jelentkező, és a véradásban való részvételre alkalmas személy,
- c) saját anyatejet más számára adományozó nő,
- d) a szerv-, szövetátültetés céljából – élő személyből vagy halottból – eltávolított szervet, szövetet adományozó vagy a kivétel ellen életében tiltakozó nyilatkozatot nem tett személy,
- e) nemi erkölcs elleni bűncselekmény, kábítószerrel való visszaélés, illetve személy elleni erőszakkal, vagy személyi sérülés okozásával elkövetett bűncselekmény elkövetésével gyanúsított, illetve vádolt olyan személy, aki az elkövetés során a fertőződést átadhatta vagy fertőződhetett, továbbá az ilyen bűncselekmény sértettje, amennyiben a fertőződés kockázata fennáll,
- f) az e) pontban meghatározottakon kívül az a személy, akinek vizsgálatát a bíróság a fertőzés lehetőségének tisztázása érdekében elrendelte.”²⁶.

A jelenlegi és a korábbi szabályozás közötti legalapvetőbb különbség, hogy az új rendelkezések között kifejezetten szerepel, hogy a tételesen felsorolt kötelezően szűrendő eseteken kívül HIV vizsgálat csak és kizárólag az érintett tudtával és beleegyezésével végezhető. Ily módon az önkéntes szűrés válik főszabállyá, melynek során ráadásul a vizsgálatra jelentkező a személyazonosító adatainak átadását bármikor megtagadhatja, más szóval: az érintett kérésére a vizsgálat anonim²⁷.

Általánosságban kijelenthető továbbá, hogy a Rendelet vonatkozó passzusai a jogbiztonság elvét sértő módon kerültek megfogalmazásra, hiszen túlságosan bizonytalan módon „írták körül” a szűrésre kötelezendők körét²⁸, túlságosan tág teret hagyva így módon az egyéni értelmezéseknek – a Rendelet alapján a kötelező körbe gyakorlatilag bárki „beférhetett”²⁹.

²² Hatályon kívül helyezte: 10/2002. (III. 12.) EüM rendelet.

²³ A „szigorított őrizetet töltő személyek” szövegrészt hatályon kívül helyezte: 10/2002. (III. 12.) EüM rendelet.

²⁴ A „nevelőintézetben” szövegrészt hatályon kívül helyezte: 10/2002. (III. 12.) EüM rendelet.

²⁵ 5/1988. (V. 31.) SZEM rendelet, 1.§.

²⁶ Eütv. 59.§ (4) bek.

²⁷ Eütv. 59.§ (5) bek.

²⁸ „nemi betegségre gyanús állapotban levők”; „környezet”; „fertőződés gyanúja”.

²⁹ A HIV/AIDS egyik jellegzetessége ugyanis, hogy a tünetei – ha egyáltalán vannak – igen nehezen felismerhetők, azaz a Rendelet értelmében gyakorlatilag bárkit lehetett volna szűrésre kötelezni.

A kötelező körök megfelelő megítélése érdekében tisztában kell lennünk az ún. „ablakperiódus” fogalmával. Létezik ugyanis egy olyan 4-6 hetes időszak, amely alatt, bár a vírus már bejutott a vizsgált személy szervezetébe, a HIV pozitívítás teljes bizonyossággal mégsem mutatható ki. Ilyenkor az is elképzelhető, hogy az elvégzett HIV teszt hamis negatív eredményt ad, azaz a teszteredmény alapján egy valójában fertőzött személy részére fognak HIV negatív „igazolást” kiállítani.

Mielőtt megkezdenénk az egyes körök részletes elemzését, ki kell még térnünk egy szintén újonnan beiktatott szabályra, amely szerint a kötelezően szűrhető körökbe tartozó személyek vonatkozásában nincs mód anonim szűrésre: amennyiben az anonim vizsgálat során kiderül, hogy a vizsgált személy valamely kötelezően szűrhető esetkör alá tartozik, a vizsgálat megszűnik anonim lenni, és csak akkor folytatható, ha az érintett a személyazonosító adatait „hitelt érdemlő módon” rendelkezésre bocsátja. Ez a megszorítás értelmetlen, hiszen a megjelölt köröknél részint szükségtelen a név szerinti szűrés³⁰, részint pedig fel sem merülhet, hogy egy anonim teszteredménnyel bárkinek is hátrányt okozhatnának³¹.

A továbbiakban – a hatályos szabályozásból kiindulva, de a hatályon kívüli rendelkezésekre is tekintettel – megvizsgáljuk az egyes kötelező körök mibenlétét, létjogosultságát és szükségességét. Először az egy lényegében nem vitatott körre vonatkozó előírásokat fogjuk elemezni, a véradással, illetve szerv-, szövet-, és ivarsejt-adományozással összefüggő szabályokat, majd áttérünk a nehezebben értelmezhető, vagy valamilyen oknál fogva kifogásolható rendelkezésekre, és így megvizsgáljuk a foglalkozásuk révén kötelezően szürendők körét, az anyatejet adományozó és a terhes nők körét, és végül az egyéb, jelenleg szürendő, illetve az őszi jogalkotási vita során felmerült körök egy részét. Ez utóbbiak kapcsán kitérünk a HIV pozitívok szexuális partnereinek körére, amely mára ugyan már nem tartozik a kötelezően szürendő csoportok közé, nem elhanyagolható kérdéseket vet fel azonban. Az intravénás kábítószer-fogyasztók kötelező szűrésére vonatkozó álláspontunkat a HIV /AIDS és drog kapcsolatának szentelt fejezetben tárgyaljuk, a hazánkba beutazni kívánó külföldiekre vonatkozó rendelkezések pedig szintén külön fejezetben kerülnek bemutatásra.

I. Véradás, szerv-, szövet-, és ivarsejt-adományozás

A véradásra és a szerv-, szövet-, illetve ivarsejt-adományozásra vonatkozó általános megjegyzéseinket követően a szélesebb rétegeket érintő véradás kérdésével külön is foglalkozunk.

1) Általános megjegyzések

Mind a korábbi³², mind a jelenlegi szabályozás szerint előírás – helyesen – a vérkészítmények alapjául, vagy vérátömlesztés során felhasználásra kerülő véregységek HIV vizsgálata, továbbá az átültetés céljából szervet vagy szövetet, illetve mesterséges megtermékenyítés céljából ivarsejtet adományozó személyek tesztelése. Jogos érdeknek tekinthető ugyanis, hogy a mástól vért, szervet, szövetet, ivarsejtet kapó személy ne fertőződhessen a vírussal; az

³⁰ Lásd az 1.) és 3.) alfejezetet.

³¹ Lásd a 2.) alfejezetet, illetve a 4.) alfejezet *a)* és *b)* pontját. A hátrány okozása, a megtévesztés lehetősége azért nem merülhet fel, mert az adott munkáltató, hatóság, bíróság értelemszerűen csakis névvel ellátott leletet fog kellő igazolásként elfogadni.

³² 5/1988. (v. 31.) SZEM rendelet, 7.§.

eljárások biztonságos alkalmazása számtalan előzetes vizsgálatot követel, így HIV vizsgálatot is.

A hatályos szabályok azonban egy kissé felemásan rendezik a kérdést. Az Eütv. módosításakor kimaradt a törvényszövegből az ivarsejt-adományozásra vonatkozó fordulat. Ezért a december végén kiadott végrehajtási rendeletben³³ a spermadonorok, illetve a reprodukciós eljárás keretében emberi embriót létrehozó személyek (?) szűrését kénytelen volt a miniszter azon körök között szabályozni, amelyek ugyan kötelező szűrés alá nem vonhatók, ám az alájuk tartozó személyek részére a HIV szűrés lehetőségét kötelező felajánlani. Jelen esetben azonban a megfogalmazottak tartalmilag mégiscsak kötelező szűrést jelentenek, hiszen az adományozókat, illetve létrehozókat több alkalommal is szűrni kell ahhoz, hogy a sperma, illetve az embrió felhasználható legyen³⁴. Természetesen nem az érintettek szűrése ellen emelünk kifogást. Kívánatosnak tartanánk azonban, hogy a törvény hiányosságait ne rendeleti szinten próbálják orvosolni, rendelet ugyanis fogalmilag nem tartalmazhat olyasmit, amire nézve a törvény nem adott egyértelmű felhatalmazást, és a jogbiztonság követelményei szempontjából érthetően igen fontos, hogy a jogforrások hierarchiájából fakadó szabályokat a mindenkori jogalkotók betartsák.

2) Véradás

Hazánkban a levett véregységeket igen korán elkezdtek HIV tesztnek alávetni, ennek köszönhetően viszonylag kevés esetben fordult elő, hogy valaki vérkészítmények útján fertőződött. A veszély azonban reális, tehát feltétlenül helyeslendő a váradoállomásokon összegyűjtött véregységek szűrése. Nem mindegy azonban, hogy ez hogyan zajlik, mint ahogy az sem közömbös, hogy az esetleg fertőzött személyek kiértékelése miként történik.

Aki már járt véradáson, tudja, hogy a véradókat egy előzetes kérdőív kitöltésére kéri, amelyen nyilatkozniuk kell arról, hogy van-e tudomásuk esetleges fertőzöttségükről, illetve hogy velük kapcsolatosan felmerül-e olyan körülmény, amely a fertőzés fokozott kockázatára utalhat (a kérdés bizonyos magatartásformákra vonatkozik³⁵). Amennyiben valaki ilyen körülményekről számol be, vagy egyszerűen ún. önkizáró nyilatkozatot tesz, a tőle levett vért automatikusan megsemmisítik³⁶. Ha a kérdőív alapján a vér felhasználásra alkalmas, HIV tesztnek vetik alá. Ha a teszt negatív, a vér felhasználható, ha viszont a HIV teszt pozitív eredményt jelez, verifikáló vizsgálatra van szükség. Magyarországon a vérmintákat külön-külön tesztelik, ami azért fontos, mert ha költségkímélőbb eljárást alkalmaznának és több, különböző eredetű véregységet „összeöntve” végeznének HIV vizsgálatot, HIV pozitívitás esetén nem lenne mód visszakeresni és értesíteni azt a személyt, akitől a vér származik.

A verifikálás háromféleképpen végződhet:

³³ 18/2002. (XII. 28.) ESZCSM rendelet.

³⁴ 18/2002. (XII. 28.) ESZCSM rendelet, 9.§ (4) bek.

³⁵ Például az illető szexuális szokásaira, illetve arra, hogy fogyaszt-e kábítószer vagy doppingser, és ha igen, milyet.

³⁶ Az első időszakban ilyenkor még vért sem vettek az illetőtől, ám ez egy munkahelyi véradás alkalmával például igen kellemetlen helyzetbe hozhatta az érintettet, hiszen rögtön megindult a találgatás, hogy vajon miért nem tekintik őt „biztonságosnak”.

- születhet negatív eredmény, ekkor az érintett kap egy levelet, amelyben tájékoztatják arról, hogy ugyan nem HIV pozitív, de valamilyen oknál fogva a teszt mégis reaktív volt, ezért kéri, hogy véradásra egy évig ne jelentkezzen³⁷, és menjen el HIV vizsgálatra;

- az eredmény lehet bizonytalan, nem egyértelmű, ilyenkor szintén kizárják a véradásból, egy évre, vagy akár véglegesen is, és az előzőeknek megfelelően értesítik;

- a lelet lehet pozitív, ekkor a véradót erről tájékoztatják, és a Szent László Kórház felé irányítják, a HIV pozitív esetet pedig lejelentik.

A negatív, illetve bizonytalan eredményeket követően kiküldött levél azonban sajnálatos módon elég szűkszavú, nem derül ki belőle, hogy az első tesztelési eljárás során felléphetnek olyan, ún. keresztreakciók is, amelyeket nem a HIV indukált. A véradó számára ilyenkor csak annyi derül ki biztosan, hogy ha a véradásból kizárták, akkor valami nagyon nagy baja lehet, és pánikszerűen rohan a legelső szűrőállomásra. Egy valamivel részletesebb és emberközelibb értesítés felesleges aggodalmaktól kímélhetné meg az érintetteket.

A pozitív teszteredmények kapcsán Dr. Újhelyi Eszter³⁸ elmondta, hogy ez idáig csupán két alkalommal fordult elő, hogy a HIV pozitívnek bizonyult vér adóját nem sikerült értesíteni, mindkét esetben szabadtéri véradás során levett, hajléktalan véradótól származó mintáról volt szó.

II. A foglalkozásuk révén fertőződés-, illetve továbbfertőzés veszélynek kitett személyek

Az Eütv. kötelező szűrési körökre vonatkozó új rendelkezései közül az első kör a legkevésbé világos és a legnehezebben értelmezhető. A zavaros és tág megfogalmazásról³⁹ két foglalkozási terület azért „beugrik” az embernek – az egészségügy és a prostitúció –, de hogy ezen kívül mely foglalkozások tartoznak ide, és melyek nem, illetve, hogy hol húzódik a határ kötelezően szürendő és önkéntesen szűrhető között, azt gyakorlatilag lehetetlen megállapítani. A végrehajtási rendeletből sem derül ki több, ha csak nem annyi, hogy mindig az adott foglalkozás-egészségügyi alapellátást nyújtó orvos véleményén fog múlni – aki vagy rendelkezik megfelelő ismeretekkel a kérdésről, vagy nem –, hogy egy konkrét álláshoz követelmény-e a HIV negativitás⁴⁰.

Mielőtt részletesebben kifejtjünk aggályainkat, szeretnénk megjegyezni, hogy mindkét „beazonosítható” kör esetében léteznek olyan igen egyszerű higiéniai és magatartásbeli szabályok, amelyeket ha az érintettek betartanak, akkor a HIV fertőzés veszélye gyakorlatilag a nullára csökkenthető. A kötelező szűrés előírása ehhez képest semmivel sem nyújt többet, kivéve persze a hamis biztonságérzetet.

1) Az egészségügyi dolgozók

³⁷ Ezzel egy időben a véradók országos listáján a neve mellett megjelenik, hogy a véradásból egy évre kizárták, azaz más véradóállomáson jelentkezve sem adhat vért.

³⁸ A Szent László Kórház AIDS Laboratóriumának vezetője.

³⁹ „vér, váladék”, „közvetlen érintkezésbe kerülhetnek”.

⁴⁰ A foglalkozás-egészségügyi alapellátást nyújtó orvoston kívül a házi orvos is kerülhet döntési helyzetbe, ő azonban ki kell, hogy kérje egy infektológiai szakorvos véleményét (18/2002. (XII. 28.) ESZCSM rend., 1.§ (2) bek.).

E kör kötelező szűrését, szemben a vér- stb. adományozással, még elviekben sem tartjuk indokoltnak: sem az alapjog-korlátozásnál alkalmazandó szükségességi-arányossági mércének, sem a valóságnak, illetve kivitelezhetőségnek nem felelnek meg.

Az egészségügyi létesítmények számára általános jelleggel előírt, alapvető higiéniai szabályok betartásával a vírus átadása egyértelműen kivédhető⁴¹, az ablakperiódusra és a vele járó hamis negatív eredményekre tekintettel pedig kijelenthetjük, hogy a szűrés hatékonysága több mint kétséges. A rendszeresen és kötelező jelleggel előírt HIV vizsgálat révén csupán a biztonság látszata érhető el, maga a biztonság nem – miközben az érintettek alapjogai súlyosan sérülnek. A HIV esetében hatósági kényszer alkalmazása csak és kizárólag a konkrét veszélyhelyzet függvényében szabadna, hogy felmerüljön, mint ahogy azt az Alkotmánybíróság felkérésére írt véleményében az adatvédelmi biztos is ismételtelen leszögezte:

„Az információs önrendelkezési jog csak fertőzés közvetlen veszélye esetén korlátozható. Ellenkező esetben az AIDS fertőzés meggátlása érdekében a lakosság egészére kiterjedő totális ellenőrzés lenne bevezethető, amelyet tetszőleges rendszerességgel meg is lehetne, illetőleg kellene ismételni.”⁴²

Az új rendelkezések pontosításai ellenére sem világos továbbá az, hogy milyen gyakorisággal szándékozzák például az invazív beavatkozásokat végző egészségügyi dolgozókat HIV tesztnek alávetni⁴³, és hogy hogyan akarják az ablakperiódus és az első teszteredmény érzékenysége folytán létező bizonytalanságokat feloldani – hiszen a vizsgálaton kapott eredmény csupán egy pillanatfelvétel, amely ráadásul nem is száz százalékos biztonsággal tükrözi az illető vérvételkori státuszát.

Egyéb nehézségekre is lehet még számítani. Dr. Bánhegyi Dénes⁴⁴ szerint ha ilyen indokolatlan módon megköveteljük az egészségügyben dolgozóktól, hogy rendszeresen bizonyítsák HIV negatív státuszukat, akkor féltő, hogy az orvosok, ápolók is csak akkor lesznek hajlandók egy pácienssel foglalkozni, ha éppen friss HIV negatív leletet lobogtat.

2) A prostituáltak

A prostituáltak kötelező szűrését illetően nem az év végén elfogadott végrehajtási rendelet tartalmaz előírásokat, hanem az ún. „maffia-törvény”⁴⁵ alapján kiadott 41/1999. (IX. 8.) EÜM rendelet. A kizárólag személyi igazolvány kíséretében érvényes bárca (orvosi igazolás) több, nemi úton terjedő betegséget illetően tartalmaz információkat, amely betegségekre nézve a rendelet rendszeres, havonkénti vagy háromhavonkénti szűrővizsgálatot⁴⁶ ír elő. Az igazolásra, illetve a vizsgálatokra „a prostitúció kezelésének közrendvédelmi szabályai[nak] érvényesülése érdekében”⁴⁷ van szükség. Maga az igazolás azonban itt konkrétan tartalmazza azt is, hogy „a vizsgálat időpontját követően a fertőzés lehetősége nem zárható ki”, alátámasztva ezzel azt, amit e fejezet elején a hamis biztonságérzetet illetően

⁴¹ Lásd részletesen a „Johan Béla” Epidemiológiai Központ „A betegellátás során a vérrel és testváladékokkal terjedő vírusfertőzések megelőzéséről” c. tájékoztatóját, *Epinfo Különszám*, 10. évf. 2., Budapest 2003. (www.antsz.gov.hu).

⁴² Az adatvédelmi biztos 663/B/1996-4 sz. levele.

⁴³ A 18/2002. (XII. 28.) ESZCSM rendelet 1.§ (2) bekezdése ugyan előírja, hogy „az (1) bekezdés szerinti szűrővizsgálatot és megerősítő vizsgálatot a HIV fertőzés kimutatásához szükséges időtartam megfelelő figyelembevételével meghatározott időpontban kell elvégezni”, de a HIV esetében pont az a gond, hogy nincs ilyen „tuti biztos” időpont.

⁴⁴ A Szent László Kórház AIDS osztályának főorvosa.

⁴⁵ A szervezett bűnözés, valamint az azzal összefüggő egyes jelenségek elleni fellépés szabályairól és az ehhez kapcsolódó törvénymódosításokról szóló 1999. évi LXXV. törvény (a továbbiakban: Szbtt.).

⁴⁶ HIV tesztet háromhavonta kell végeztetni.

⁴⁷ Szbtt. 62.§ (2) bekezdés.

megfogalmaztunk: semmilyen igazolás vagy kötelező szűrés nem helyettesítheti az előzetes óvintézkedéseket, jelen esetben az óvszerhasználatot.

Nem világos továbbá, hogy a HIV szűrés tekintetében miért esnek más megítélés alá a prostituáltak, és a pornófilmek szereplői – utóbbiak esetében ráadásul az aktusok jelentős hányada eleve védekezés nélkül, tehát nem biztonságos módon történik.

3) Az általános foglalkozás-egészségügyi rendelkezések

Mivel hogy a HIV szűrésre vonatkozó új törvényi és rendeleti szabályok nyitva hagyják azon foglalkozások körét⁴⁸, amelyeknél a gyakorlatban felmerülhet a HIV vizsgálat igénye – azaz fennáll a kockázata annak, hogy az adott foglalkozást űző fertőződjön, vagy mást megfertőzzön –, nem világos, hogy hol húzódik a határ az akarata ellenére „tesztelhető” és „nem tesztelhető” munkavállaló között. A rendelet a szűrhetőség kérdését a munkaköri alkalmasság vizsgálatára jogosult foglalkozás-egészségügyi alapellátást nyújtó orvos, illetve (előzetes infektológiai szakorvosi vélemény figyelembe vételével) a személyi higiénés alkalmassági vizsgálatot végző háziorvos döntésére bízta. Jelenleg azonban nem létezik semmilyen szabály, iránymutatás vagy ajánlás, amely arra irányulna, hogy a szürendő foglalkozások körét illetően egységes gyakorlat alakulhasson ki, megelőzendő a különféle jogértelmezési problémákat.

A tág és bizonytalan jogszabályi megfogalmazás megkönnyíti továbbá, hogy egy cég adott esetben alkalmazottaitól HIV státuszukra vonatkozó adatokat is kérjen, hiszen formailag a vizsgálat jogszerűségéhez elégnék tűnik az, ha a HIV vizsgálat elvégzését az illetékes orvos jóváhagyja. Az adott cégnél munkára jelentkezőben valószínűleg fel sem fog merülni, hogy a munkakörével össze nem függő vizsgálat megkövetelése jogszerűtlen, de ha eszébe is jutna, akkor sem maradna számára más „ellenőrzési” lehetőség, mint hogy munkaügyi bírósághoz forduljon. Anélkül, hogy konkrét vállalatokat megneveznénk, szeretnénk hangsúlyozni, hogy a probléma nem csupán hipotetikus: a Szent László kórház AIDS Laborjának vezetőjével folytatott beszélgetés során kiderült, hogy nem egy esetben jelentkeztek náluk HIV tesztre olyan személyek, akik például hajóra mentek dolgozni, vagy esetleg egy gépgyár alkalmazottai voltak.

III. A terhes nők, szoptató anyák, és anyatejet más számára adományozó nők

Az anyatejet más számára adományozó nők kötelező szűrését az új szabályok iktatták be, e kör automatikus vizsgálatának indokoltsága azonban, mint látni fogjuk, igencsak kérdéses.

1) Az anyáról gyermekére történő fertőződés

Egy HIV pozitív anya mind a terhesség alatt, mind a szoptatás során megfertőzheti gyermekét. Minél korábban ismerik fel azonban az anya HIV fertőzöttségét, annál nagyobb az esélye annak, hogy megfelelő terápia (antiretrovírusos profilaxis) alkalmazásával a vírus átadása elkerülhető.

Jelenleg Magyarországon a terhes anyák HIV szűrésére semmilyen szabály nem létezik. Kíváncsún tartanánk azonban, ha a terhesgondozás során felajánlandó ingyenes vizsgálatok között a HIV vizsgálat is szerepelne, és az érintettek megfelelő információkhoz és, szükség esetén, tanácsadáshoz férhetnének hozzá. Tekintettel arra, hogy a HIV terjedése a

⁴⁸ Eütv. 59.§ (4) bekezdés a) pont, továbbá az 18/2002. (XII. 28.) ESZCSM rendelet 1.§ (1) bekezdés b) pontja.

közép-kelet-európai térségben elsősorban az intravénás droghasználat irányából fenyeget, valamint arra, hogy várhatóan HIV kérdésben mind több nő lesz érintett⁴⁹, nem ártana talán a terhesség gondozás terén sem felkészülni az esetleges új helyzetekre.

2) Az Eütv. vonatkozó rendelkezése

Az őszi módosítás a kötelezően szűrendő körök között konkrétan nevesíti az anyatejet más számára adományozó nőket. Ismét elmondható, hogy ugyan jogos érdekek tekinthető, hogy a mástól anyatejet kapó személy ne fertőződhessen a vírussal, ezt azonban nem kizárólag az adományozó személy szűrésével lehet elérni. Anyatejet adományozók esetében a fertőzés átadásának a veszélye igen egyszerűen kivédhető: a levett tejet csupán fel kell melegíteni – a HIV ugyanis 56 °C-on szétesik. A törvénymódosítás előkészítése során úgy látszik, a jogalkotók nem tájékoztattak megfelelően a HIV kérdés szakmai vonatkozásait illetően, amit ismételtlen – a jogbiztonság elve érvényesülésének kárára – a végrehajtási rendelet igyekszik ellensúlyozni. A rendelet előírja ugyanis, hogy „az adományozás céljából felajánlott anyatej megfelelő hőkezeléséről az anyatej átadását megelőző szűrővizsgálat elvégzésének kötelezettségétől függetlenül gondoskodni kell”⁵⁰. A jogalkotói eljárás formailag hibás, a törvényben szereplő rendelkezés szigorú betartása viszont igen szerencsétlen helyzeteket eredményezne, ugyanis az az idő, ami egy biztos HIV eredmény megszületéséhez szükséges, jelen esetben túlságosan is hosszú: az érintett nő teje valószínűleg hamarabb elapad, mint ahogy engedélyezik számára az adományozást. Az ablakperiódus szülte bizonytalanságok pedig továbbra is fennállnának.

IV. Egyéb kötelezően szűrendő körök

A következőkben részint azokat a köröket fogjuk megvizsgálni, amelyeket az őszi törvénymódosítás iktatott be, részint pedig azokat, amelyek a korábbi Rendeletben szerepeltek, az új szűrési rendszerben viszont már nem szerepelnek.

1) A gyanúsítottak, vádlottak, illetve akinek szűrését a bíróság elrendeli

Bizonyos bűncselekmények sértettjeinek védelmében kerülhetett megfogalmazásra az Eütv. 59.§ (4) bek. e) pontjában szereplő esetkör, feltehetőleg azzal az indokkal, hogy ha már elkerülni nem lehetett a fertőződés reális veszélyével járó magatartást, akkor legalább legyen mód arra, hogy ezt a veszélyt a lehető legkisebbre redukáljuk. Amennyiben ugyanis a vírussal való kapcsolatot követően az érintett haladéktalanul (1-2 órán belül, de mindenesetre minél hamarabb) antiretrovírusos kezelésben részesül, akkor igen nagy az esélye annak, hogy nem válik HIV fertőzötté.

A „haladéktalanul” azonban olyan rövid határidőt jelent, aminél nem várható meg, hogy a sértett feljelentést tegyen, és az eljárás olyan szakba jusson, amikor már gyanúsítottról vagy vádlottról beszélhetünk. Mi több: annyi halasztást sem tűr, ami alatt megszülethetne egy megerősített pozitív HIV eredmény. Ha az érintett az elkövető szűrési eredményétől teszi függővé a profilaxis elkezdését, akkor több mint valószínű, hogy lekési annak potenciális pozitív hatásait. Nem világos tehát, hogy milyen elérni kívánt jogos érdek alapján korlátozzák az e körbe tartozó személyek jogait, illetve milyen védendő legitím előny, érdek állítható a gyanúsítottak és az elkövetők önrendelkezési jogával szembe.

Nem derül ki továbbá az sem – sem a törvényből, sem a végrehajtási rendeletből –, hogy kinek a tisztje lesz eldönteni, hogy adott esetben a fertőzés átadásának reális veszélye fennállt-e, hiszen például „személy elleni erőszak”, vagy „személyi sérülés okozása” jó néhány bűncselekmény kísérője – vagy lényege – lehet, amelyeknek csak igen kis hányadánál

⁴⁹ Akár úgy, hogy prostitúcióra kényszerül, hogy kábítószer adagját megvásárolhassa, akár úgy, hogy kábítószer hatása alatt felelőtlen szexuális kapcsolatot létesít – vagy egyszerűen csak azért, mert például egy partnerre, aki alkalmi IV droghasználó, „nincs ráírva”, hogy kockázatos életmódot folytat (mint ahogy mellesleg egy HIV pozitív személyen sem látszik általában, hogy fertőzött).

⁵⁰ 18/2002. (XII. 28.) ESZCSM rendelet, 3.§ (3) bek.

merülhet föl a HIV átadásának veszélye. Nem feltétlenül jár továbbá ilyen veszéllyel a kábítószerrel való visszaélés sem, még akkor sem, ha intravénás droghasználatról van szó, hiszen steril tűhasználat révén a fertőzés-fertőződés teljességgel kizárható⁵¹. Kívánatos lenne, hogy a HIV tesztre kötelezés kérdésében csak megfelelő szakértelemmel rendelkező független személy dönthessen.

Ebből a szempontból az 59.§ (4) bek. f) pontja jóval megnyugtatóbb garanciális szabályokat tartalmaz, hiszen bírói döntéstől teszi függővé a kötelezést. Nem világos azonban, hogy milyen konkrét esetekben lehetne ilyen döntésre szükség, tekintettel az ablakperiódusról és a profilaxisról már korábban elmondottakra, valamint a HIV fertőzöttség tényének (illetve annak elhallgatásának) büntetőjogi relevanciájára⁵².

2) A büntetés-végrehajtási intézetekben, illetve a rendőrség és a határőrség által fogva tartott személyek

A korábbi szabályozás szerint a büntetés-végrehajtási intézetekben szabadságvesztésüket töltő személyek, és a javítóintézetben elhelyezett fiatalok szűrése is kötelező volt, az őszi jogalkotási vita során pedig a parlament elé tárt törvénytervezet első változata az idegenrendészeti eljárás alatt állókat is a kötelezően szűrendő körök között szerepeltette. Végül az elfogadott törvénymódosítás szövegéből mindhárom kör kikerült, ez azonban – sajnos – korántsem jelenti azt, hogy az érintetteket ne lehetne HIV vizsgálatra kötelezni. Nem történt meg ugyanis az egyéb, szakági jogszabályoknak az Eütv. új rendelkezéseivel való összhangba hozatala.

A kötelezés tartalmilag sem elfogadható, érthetetlen, hogy milyen érvek szóltak-szólnak a szabadságvesztés büntetésüket töltő személyek, illetve a javítóintézetben elhelyezett fiatalok automatikus kötelező szűrése mellett – a szabadságelvonás ugyanis nem járhat az egészségügyi önrendelkezési jogok önkényes korlátozásával.

Itt kell megemlítenünk a büntetés-végrehajtási intézményekben a HIV pozitívokkal szemben alkalmazott eljárások több mint kifogásolható voltát is. A fogvatartottak egészségügyi ellátásáról szóló rendelet⁵³ értelmében „a szerzett immunhiányos tünetsoport vírusával fertőzött fogvatartottakat – fokozott védelmükre, a közösség védelmére és sajátos egészségi állapotukra figyelemmel – fokozattól függetlenül az arra kijelölt bv. intézetben kell elhelyezni”. Nem világos, hogy milyen „védelmet” hivatott nyújtani az elkülönítés akár a HIV pozitív, akár a többi fogvatartott számára. Álláspontunk szerint ez a rendelkezés csak arra alkalmas, hogy növelje a HIV/AIDS kérdéskörrel kapcsolatos tévhiteteket, és a HIV pozitívokkal szembeni félelmeket és elutasítást. Nemzetközi szinten pedig az Európa Tanács vonatkozó ajánlása⁵⁴ is arra szólítja fel a tagállamokat, hogy a HIV pozitívokkal szemben ne folyadjanak az elkülönítés eszközeihez, továbbá, hogy minden, a többi rab számára rendelkezésre álló szolgáltatást a HIV pozitívok számára is diszkriminációmentesen tegyenek hozzáférhetővé.

A HIV fertőzésre vonatkozó idegenrendészeti szabályok külön fejezetben kerülnek bemutatásra⁵⁵.

⁵¹ A HIV és a drog kapcsolatáról bővebben a VI. fejezetben lesz szó.

⁵² Lásd e kötet VII. fejezetét

⁵³ 5/1998. (III. 6.) IM rendelet.

⁵⁴ Az Európa Tanács R(93)6 sz. ajánlása.

⁵⁵ Lásd e kötet V. fejezetét.

3) A szexuális partnerek

A HIV pozitív személyek szexuális partnereinek szűrése az új szabályok szerint már nem kötelező hazánkban. A partnerek beazonosítását és szűrését azonban a jogalkotók két fajta érveléssel szokták indokolni. Hivatkoznak egyrészt a hagyományos járványügyi modellre, amelynek érvényesülése érdekében (jelen esetben annak érdekében, hogy „minden fertőzöttről tudjunk”) a Rendelet az illetékes bőr- és nemi beteg gondozó orvosának kötelezettségévé tette a HIV pozitívok partnereinek felkutatását és szűrését; másrészt pedig arra, hogy a szexuális partnereknek „joguk van tudni”, hogy HIV fertőzés veszélyének voltak kitéve, és lehetőséget kell kapniuk HIV státuszuk tisztázására.

A jogszabályilag kötelező partnerkutatás és -berendelés nem elfogadható megoldás, az elérni kívánt cél általában kevésbé jogkorlátozó módon is megvalósítható⁵⁶. Az általános szűrésre kötelezésnek viszont semmiképpen sem lehet ésszerű indoka, mellesleg pedig elég értelmetlennek tűnik olyan körök kötelező szűrését előírni, amelyeknek tagjai nem, vagy csak részben lehettek fel: nincs ugyanis semmilyen „garancia” arra, hogy minden HIV pozitív személy meg fogja nevezni minden szexuális partnerét.

A hangsúly szerencsére mára már Magyarországon is eltolódott a HIV pozitív személynek nyújtott megfelelő tanácsadás és felvilágosítás irányába, amely a tapasztalatok szerint azt eredményezi, hogy vagy maga a HIV pozitív személy értesíti partnereit, vagy felkéri erre orvosát, az értesített partner pedig eldöntheti, hogy mikor és hol jelentkezik HIV vizsgálatra. Ha pedig valamilyen más úton-módon derül ki a gondozó orvos számára, hogy egy adott személy valamely „fokozott fertőződési veszélynek kitétt”⁵⁷ csoporthoz tartozik, ezentúl nem kötelezheti szűrésre, hanem csak köteles számára felajánlani a HIV tesztet elvégzését⁵⁸.

Végül, összegzés helyett, csupán idézni szeretnénk dr. Feleki Attila⁵⁹ véleményéből, melyet az őszi jogalkotási folyamat során az Egészségügyi-, Szociális és Családügyi Minisztérium illetékeseihez is eljuttatott:

„A HIV problémakörben a „három felelősség” megállapítása szükséges. Egy, a fertőzötté, akinek mindent meg kell tennie, hogy ne fertőzzön meg másokat. Kettő, a recipiensé, akinek legjobb tudása szerint védekeznie kell, és/mert önmagáért aktív felelősséggel tartozik. Három, az állam, akinek kötelessége aktív felvilágosításban részesítenie minden állampolgárát.”

Az e fejezetben leírtak ismeretében meglepőnek tartanánk, ha – az I. fejezetben tárgyaltakon túli – szűrésre kötelezést bárki is alkotmányos, jogszerű, szakmailag indokolt, kivitelezhető, és a HIV terjedésének megállítására alkalmas megoldásnak tekintené.

⁵⁶ Az ENSZ Emberi Jogi Főbiztossága – UNAIDS konzultáción megfogalmazásra kerültek azok a szigorú keretek, amelyek között kivételes esetben sor kerülhet arra, hogy az orvos a HIV pozitív személy hozzájárulása nélkül is értesítse az általa ismert szexuális partnereket (*International Guidelines* 3. Irányelv, 28. g) bekezdés).

⁵⁷ 18/2002. (XII. 28.) ESZCSM rendelet 9. §.

⁵⁸ Ez a helyzet egyébként mindazokkal a körökkel, amelyek a Rendeletben szerepeltek, a törvénybe azonban már nem kerültek be, illetve ezeken túl még a HIV fertőzött anya vér szerinti gyermeke esetében is.

⁵⁹ Az Anonim AIDS Tanácsadó Szolgálat elnöke, orvos.

III. FEJEZET

A HIV státusz nyilvántartása

A HIV/AIDS esetekre vonatkozó adatok gyűjtésének, mely hagyományosan úgy zajlik, hogy bizonyos személyek, szervek, intézmények számára bejelentési kötelezettséget írnak elő, elvileg három indoka lehet:

- elősegíteni, hogy a felvilágosító és tanácsadó programok ténylegesen azokat a csoportokat célozzák meg és ériék el, amelyeknek a legnagyobb szükségük van a tájékoztatásra, azaz amelyek tagjai között az átlagnál magasabb arányban kerülnek ki HIV fertőzöttek;
- biztosítani, hogy kellő mennyiségű és minőségű adatok álljanak a járványügyi szervek rendelkezésére annak érdekében, hogy valós és hiteles epidemiológiai képet kaphassanak egy adott terület, társadalmi csoport, korosztály stb. HIV fertőzöttségéről és a fertőzés terjedéséről illetve az ellene való fellépés hatékonyságáról – ez a HIV elleni küzdelem egyik fontos eleme;
- biztosítani, hogy a HIV pozitív személy (szexuális) partnerei értesüljenek a megfertőződés kockázatáról, és saját biztonságuk érdekében megtehessék a szükséges lépéseket, illetve, korábbi kockázathordozó magatartás esetén, elvégeztethessék a HIV státuszuk tisztázása végett szükséges vizsgálatokat.⁶⁰

I. Az epidemiológiai adatgyűjtés lehetséges módszerei

A járványügyi helyzet megfelelő felmérése, és a szükséges lépések megtétele (felvilágosító kampányok szervezése, megfelelő anyagi források betervezése) érdekében a HIV pozitívok bejelentése nemzetközi viszonylatban is elfogadott eszköz. Valóban fontos, hogy a járvány terjedésére, a fertőzöttek megoszlására (kor, nem, fertőzési mód, földrajzi eloszlás) vonatkozólag hiteles képpel rendelkezünk.

Az adatgyűjtésnek azonban több változata is létezik: lehet adatokat gyűjteni aktív és passzív módon, és az adatok szolgáltatása történhet névvel, és név nélkül is. A bejelentés vonatkozhat továbbá csupán az AIDS betegekre, vagy érintheti már a HIV pozitívokat is.

1) A passzív adatgyűjtés

A passzív adatgyűjtés lényege, hogy a statisztikákat készítő szerv maga nem végez felméréseket, hanem csupán regisztrálja a hozzá bejelentett eseteket. Az érintett intézményekben azonban a tapasztalatok szerint világszerte egyre kisebb a bejelentési hajlandóság, ami természetesen rontja az eredmények pontosságát. A módszer másik jelentős hátránya, hogy ily módon csak azokról a HIV pozitívokról szerezhető tudomás, akik már

⁶⁰ Erről az indokról részletesebben az előző fejezetben volt szó.

valahol, valamilyen formában jelentkeztek vizsgálatra, azaz „az egészségügyi hatóságok látókörébe” kerültek, a statisztikák megbízhatósága tehát korlátozott.

Az eljárás pozitívaként szokták emlegetni, hogy a nevet (vagy valamilyen módon visszakereshető jelölést) tartalmazó adatgyűjtés teljes mértékben lehetővé teszi az esetleges átfedések kiszűrését. Nem kizárt ugyanis, hogy ugyanaz a HIV pozitív személy több helyen vagy több összefüggésben is megjelenjen, és ilyenkor valóban hasznosnak tűnhet az adatok megfelelő ütköztetése.

Mielőtt azonban bárki is, az előzőekre való hivatkozással, a névvel való szűrés mellett törne lándzsát, fontos tisztában lennie azzal, hogy az érintettek egyik alapjogát, az információs önrendelkezési jogot szándékozik korlátozni. Ez azért lényeges, mert egy demokratikus államban az alapvető emberi jogok korlátozása csak meghatározott elvek mentén történhet:

- a korlátozás céljának legitimnek kell lennie (ez jelen esetben nem vitatott);

- a korlátozásnak a kitűzött cél elérésére alkalmasnak is és szükségesnek is kell lennie (ami azt jelenti, hogy ugyanazt az eredményt más, alkalmasabb módszerrel ne lehessen elérni – szükségesség elve); és

- a korlátozás révén elért előnynek nagyobbak kell lennie, mint az általa okozott hátránynak (arányosság elve).

Jelen esetben azonban még az átfedések ilyen módon történő kiszűrése sem teszi lehetővé, hogy a HIV fertőzést illetően a társadalom egészére vonatkozó hiteles kép szülessen, hiszen az adatok ütköztetése továbbra is csak azokat a HIV pozitív személyeket érintené, akik az egészségügyi intézményekkel már kapcsolatba kerültek, a látens esetekről viszont továbbra sem állnának rendelkezésre megfelelő információk. Sérülne viszont az érintettek információs szabadsága, és ez álláspontunk szerint aránytalan korlátozást jelentene.

2) Az aktív adatgyűjtés

A passzív adatgyűjtéssel szemben az aktív, célzott információgyűjtés egy olyan eljárás, amelynek során különböző egészségügyi intézményekben a lakosság egyes csoportjaira kiterjedő felméréseket végeznek.

A módszer lényege, hogy az egészségügyi intézményben egyéb, nem HIV fertőzéshez kötődő kérdés, vizsgálat, probléma kapcsán megforduló személyek vérért tesztelik HIV-re is. Ilyenkor az illetőnek ugyan nincs tudomása arról, hogy vérért az általa jóváhagyott vizsgálatokon túl más vizsgálatoknak is alávetik, azonban, minthogy a vizsgálat úgy történik, hogy a vérmintát előzetesen megfosztották minden személyazonosításra alkalmas információtól, a levett vér „tulajdonosát” nem szükséges a továbbiakról tájékoztatni. Az érintettek tájékozott beleegyezésére akkor lenne szükség, ha a vérminták és azok között, akiktől a minták származnak, helyreállítható lenne a kapcsolat, hiszen ilyenkor az érintett személyek egyértelműen érdekeltek abban, hogy dönthessenek adataik sorsáról, és nyomon követhessék azok útját. Aktív adatgyűjtés révén például a terhes nők fertőzöttségére vonatkozó információk úgy szerezhetők be, hogy a szülészeti klinikán tartózkodó nőktől levett vérmintákat, személyazonosításra alkalmas jellegüktől való megfosztás után, HIV tesztnek vetik alá.

A célzott adatgyűjtés pontosabb eredményekhez vezet, mint a passzív adatgyűjtés, mert következtetni enged teljes csoportok állapotára, vagy akár az egész társadalom helyzetére, miközben maradéktalanul tiszteletben tartja az érintettek információs önrendelkezéshez való jogát. Ez az állítás annak ellenére helytálló, hogy a befutó adatok teljes körű ütköztetésére az anonimitásból kifolyólag nincs mód. Léteznek azonban olyan matematikai-statisztikai módszerek (nemzetközi statisztikákat vezető szervezeteknél, mint pl. a WHO vagy a UNAIDS), amelyek lehetővé teszik a bizonytalansági faktorok maximális kiszűrését, és így olyan eredmények kaphatók, amelyek a valóságot jelentősen nem torzítják, azaz szolgálhatnak a HIV elleni stratégiák alapjául.

3) A nemzetközi ajánlások

A genfi UNAIDS – ENSZ Emberi Jogi Főbiztossága féle konzultáción megfogalmazott irányelvek is alátámasztják, hogy epidemiológiai szempontból a HIV pozitívok név szerinti nyilvántartása nem nyújt „többlet biztonságot”, a felmérés-tervezés vonatkozásában nem releváns:

„A közegészségügyi szabályozásnak gondoskodnia kell arról, hogy az egészségügyi hatóságok felé epidemiológiai célzattal történő HIV és AIDS esetek jelentése szigorú adatvédelmi szabályok szerint történjen.”⁶¹

Regionális szinten is léteznek témába vágó állásfoglalások és ajánlások: a Centre européen pour la surveillance épidémiologique du SIDA (amely szerv az európai AIDS monitorozási központ) egy 1997 szeptemberében készült tanulmányából⁶² kiderül, hogy az európai országok nagy többségében működik valami féle bejelentési rendszer, az államok közül azonban csupán néhány vezet névvel ellátott nyilvántartást. Ezekben az esetekben egyértelmű, hogy a személyes adatok védelméhez való jog jóval könnyebben sérülhet, ezért ezek a nyilvántartások kevésbé kívánatosak.

Talán nem indokolatlan itt megemlíteni, hogy a bejelentés és adatgyűjtés módját illetően világszerte több érintett civil szervezet is nyilatkozott, állásfoglalásaikra pedig azóta rendszeresen hivatkoznak⁶³. Közülük az Amerikai HIV/AIDS Egyesület⁶⁴ 1997 októberében tizennégy pontban összegezte a bejelentésekkel kapcsolatos garanciális elvárásait⁶⁵. Ezek között a névtelenség követelménye állt az első helyen.

A nyilvántartások alapjául szolgáló általános indokok közül végül tehát sem a „célközönység” behatárolása, sem a járványügyi adatok gyűjtése nem igényli, hogy a fertőzötteket a hatóságok név szerint ismerjék. Hátrányokkal járhat viszont a nevet is tartalmazó nyilvántartás, nem csupán azért, mert adott esetben visszaélésekre adhat módot, bizalmatlanságot szülhet, és a potenciális fertőzötteket a szűrőhelyek elkerülésére ösztönözheti, hanem azért is, mert a legszigorúbb adatvédelmi szabályok mellett is előfordulhat, hogy az adatok (akár a visszaélés kifejezett szándéka nélkül is) „kiszivárognak”:

⁶¹ *International Guidelines* 28. e) bekezdés. Ford. Cs. E.

⁶² Centre européen pour la surveillance épidémiologique du SIDA – *Surveillance du VIH/SIDA en Europe*. Saint-Maurice, le Centre, Rapport trimestriel n° 56., 1997 (4).

⁶³ Ralf Jürgens (szerk.) – *HIV Testing and Confidentiality: Final Report*, 2nd ed., HIV/AIDS Legal Network and Canadian AIDS Society, Canada 2001.

⁶⁴ National Association of Persons with HIV/AIDS (NAPWA).

⁶⁵ National Assembly of Persons with HIV/AIDS – *NAPWA Position Statement on HIV Surveillance*, 3 October 1997.

1996-ban például 4000 HIV pozitív személy adatai kerültek ki a floridai egészségügyi-minisztériumból egyenesen a médiához.

II. A magyar szabályozás

A hatályos jogszabályok szerint jelenleg Magyarországon létezik bejelentési kötelezettség, és e téren sajnálatos módon teljesen hiányzik az újonnan elfogadott szabályokkal való összhang megteremtése.⁶⁶ A jogszabályok elemzése mellett kiemelendő az adatvédelmi biztos idevágó állásfoglalása, és a szabályok gyakorlattal való ütköztetése.

1) A hatályos jogszabályok

Rendelkezik jogszabály egyrészt arról, hogy a betegellátó személyazonosító adatok nélkül kell, hogy jelentse a HIV fertőzéseket az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat (ÁNTSZ) felé, e szabály garanciális jellegét azonban a következő mondattal rögtön le is rontja, hiszen felhatalmazza az ÁNTSZ illetékes városi intézetét, hogy közegészségügyi vagy járványügyi érdekre hivatkozva bekérje az érintett személyazonosító adatait⁶⁷.

Másrészt pedig úgy fogalmazzák a vonatkozó jogszabályok, hogy az ÁNTSZ (többek között) a HIV fertőzöttekről (is) „nyilvántartást vezet”. Nincs sehol meghatározva azonban, hogy mi értendő „nyilvántartás” alatt, viszont az, hogy a nyilvántartást nem a fertőzésekről, hanem a fertőzöttekről kell vezetni, nem tűnik véletlennek, és a gyanút, hogy személyazonosító adatokat is tartalmazó nyilvántartásról van szó, tovább erősíti az a különbségtétel, amit a fertőző betegségekről szóló rendelet⁶⁸ tartalmaz a Johan Béla Országos Epidemiológiai Központot (OEK) és az ÁNTSZ városi illetve megyei intézeteit illetően. A rendelet szerint az OEK ugyanis „nyilvántartja a bejelentett fertőző betegek egészségügyi adatait”, míg az ÁNTSZ városi intézete, az ÁNTSZ megyei intézete, továbbá az érintett háziorvosa a „bejelentett fertőző beteget nyilvántartja”.

Szintén ezt az értelmezést erősíti az is, hogy ha a bejelentett fertőző beteg megbetegedési helye nem azonos a lakó- vagy a tartózkodási helyével, akkor a városi tisztiorvosnak tájékoztatnia kell a beteg állandó lakóhelye szerint illetékes városi intézetet, amelynek pedig értesítenie kell a beteg háziorvosát. Ezeknek a tájékoztatási és értesítési kötelezettségeknek az érintett személyazonosító adatainak ismerete nélkül aligha lehetne eleget tenni, így kijelenthetjük, hogy a jogszabály névvel való nyilvántartást ír elő. Tovább bonyolítja még a helyzetet, hogy a korábbi, körzeti orvosi hálózat már nem (úgy) működik, azaz akár az is elképzelhető, hogy valakinek nincs állandó háziorvosa, akinél leadta volna a TAJ kártyáját.

Az országos, személyazonosító adatokat az előírások szerint nem tartalmazó listán⁶⁹ kívül tehát a HIV fertőzött adatai elvileg szerepelnek (jogszabályi kötelezettség, hogy

⁶⁶ Az újonnan elfogadott módosítás ugyanis csak az Eütv.-t érinti.

⁶⁷ Eüat. 15.§ (2) bekezdés, és a fertőző betegségek jelentésének rendjéről szóló 63/1997. (XII.21.) NM rendelet 1.§ (1) bekezdés és 2.§ (1)-(2) bekezdés.

⁶⁸ A fertőző betegségek és a járványok megelőzése érdekében szükséges járványügyi intézkedésekről szóló 18/1998. (VI. 3.) NM rendelet.

⁶⁹ Ahová az adatokat olyan adatlapon jelentik, amelyen szerepelnek személyazonosító adatokra vonatkozó kérdések is. Kitérésük ugyan nem szükséges – a 63/1997. (XII. 21.) NM rendelet 4.§ (2) bekezdése szerint az általános, fertőző betegek bejelentésére szolgáló nyomtatványt kell „értelemszerűen” alkalmazni –, de ez magán a lapon sehol nem szerepel. Jóval megnyugtatóbb lenne, ha a bejelentő lap csak olyan kérdéseket tartalmazna, amelyekre a válaszadás kötelező.

szerepeljenek!) a betegellátó, a városi ÁNTSZ, a megyei ÁNTSZ, és a házi orvos nyilvántartásában is. A járvány megfékezéséhez állítólag nélkülözhetetlen nyilvántartások egyike sem szükséges a HIV elleni küzdelemhez, annak hatékonyságára nincsenek hatással, sértik azonban a HIV pozitívok információs önrendelkezési jogát és növelik a velük kapcsolatos visszaélések kockázatát.

Az Eütv. módosítása következtében a hatályon kívül helyezett SZEM rendelet helyébe lépő új végrehajtási rendelet⁷⁰ ugyan már nem a korábbi, „beazonosítás-centrikus” szemszögből közelít a kérdéshez, és az epidemiológiai adatgyűjtést illetően csupán két dolgot mond ki. Egyrészt, hogy a HIV pozitív személyt gondozásba vevő orvos személyazonosításra alkalmatlan módon jelenti az esetet a Johan Béla Országos Epidemiológiai Központnak; másrészt pedig, hogy a verifikáló vizsgálatot végző laboratórium is tájékoztatja a JBOEK-t, szintén anonim módon. A szándék természetesen méltányolandó, a jogalkotó azonban megfélekedett az előzőekben taglalt jogszabályokról, illetve arról, hogy a december végén kihirdetett rendelet és a már korábban is hatályos jogszabályok között a szükséges összhangot megteremtse. A fertőző betegségekre vonatkozó rendeletek előírásaival szemben még lehet azzal érvelni, hogy az új ESZCSM rendelet az alkalmazandó, hiszen az újabb jogszabály lerontja a régebit, és egy kifejezetten a HIV/AIDS-re vonatkozó joganyag előnyt élvez az általánosabb – jelen esetben a fertőző betegségekre általában vonatkozó – rendelkezésekkel szemben⁷¹, az Eatv. 15.§ (2) bekezdését azonban ilyen logikával nem lehet felülmúlni.

A HIV esetek jelenlegi jelentési rendjéről tehát a legkevesebb, amit kijelenthetünk, hogy meglehetősen inkonzisztensek és következetlenek.

2) Az adatvédelmi biztos állásfoglalása

A fertőző betegségek személyazonosító adatokkal együtt történő bejelentésének kérdését az adatvédelmi biztos is vizsgálta, ami jelen esetben azért érdekes, mert a hatályos jogszabályok szerint a HIV/AIDS is a fertőző betegségek közé tartozik. Az adatvédelmi biztos 2001. évi jelentésében az szerepel, hogy „a célhoz kötöttség elvéből és az adattovábbítás feltételeiből kiindulva az adatvédelmi biztos nem látta megalapozottnak az ÁNTSZ megyei intézeteinek adatkérését, mely egy meghatározott betegcsoportra vonatkozott”⁷². Az ÁNTSZ-ről szóló törvény⁷³ 3.§ *ad*) bekezdése a Szolgálat népegészségügyi tevékenysége kapcsán „egészségi állapottal összefüggő adatokat” említi, a bejelentési kötelezettség tehát erre terjedhet csak ki, és a 3.§-ban meghatározott feladatok ellátásához – mint például epidemiológiai elemzések végzéséhez – „nincs szükség az egyes megbetegedések egyedi azonosítására”. A személyazonosítókat is tartalmazó nyilvántartást tehát az adatvédelmi biztos is az információs önrendelkezéshez való jog indokolatlan korlátozásának tartotta, ennek ellenére az őszi szabályozás alkalmával jogalkotói részről fel sem merült az ilyen irányú módosítás szükségessége.

3) A jogszabályok gyakorlati megvalósulása

⁷⁰ A szerzett immunhiányos tünetcsoport kialakulását okozó fertőzés terjedésének megelőzése érdekében szükséges intézkedésekről és a szűrővizsgálatok elvégzésének rendjéről szóló 18/2002. (XII. 28.) ESzCsM rendelet.

⁷¹ Bár álláspontunk szerint felettebb kívánatos lenne „megtisztítani” a korábbi rendeleteket a félrevezető passzusoktól – ezen a területen a jogalkalmazók nagy többsége nem rendelkezik jogi végzettséggel, és igen zavaró, ha egymásnak gyökeresen ellentmondó előírásokból kell az érintetteknek kihámozniuk, hogy miképp is cselekedjenek.

⁷² Az adatvédelmi biztos beszámolója 2001. 90. oldal.

⁷³ 1991. évi XI. törvény.

A gyakorlatban a szigorú bejelentési szabályokat az egészségügyi szolgáltatók egy része értelmetlennek, a bizalmi viszonyt sértőnek (vagy legalábbis veszélyeztetőnek), vagy egyszerűen csak kivitelezhetetlennek tartja. Annak érdekében, hogy a jogszabályok által megkövetelt kötelezettségeiknek anélkül telessenek eleget, hogy közben a náluk jelentkező, és bennük megbízó HIV pozitívok adatait az érintettek óhaja ellenére ki kellene szolgáltatniuk, különféle felemás megoldásokra kényszerülnek.

Van, ahol pl. nem az illető háziorvosának kérik el az adatait, hanem – amellett, hogy a megfelelő tájékoztatás során kihangsúlyozzák, hogy miért lehet előnyös, ha a háziorvos tud a státuszáról – a HIV pozitív személlyel íratnak alá egy nyilatkozatot, amelyben ő vállalja, hogy a háziorvosát értesíti. Az Anonim AIDS Tanácsadó Szolgálat orvosai pedig – minthogy a verifikáló vizsgálatok elvégzését a jogszabályok nem az ő feladatkörükbe utalják, és ők nem jogosultak arra, hogy valakit „végső fokon” HIV pozitívnak nyilvánítsanak – nem tesznek bejelentést, hanem pl. a Szent László Kórház felé irányítják a pozitív első teszteredménnyel rendelkező személyeket. Értelemszerűen egy anonim szűrőhely esetében egy olyan bejelentési rendszer, mint amelyet a magyar jogszabályok elvileg megkövetelnek, abszolút működésképtelen: anonim vizsgálatnál fogalmilag kizárt, hogy az ott jelentkezők adatait egyáltalán felvegyék, nemhogy továbbítsák. A szűrőállomás léte kérdőjeleződne meg, és a Szolgálat az általa felvállalt, kiemelkedően fontos szerep betöltésére a továbbiakban nem lenne képes, hiszen jelenlegi látogatóinak jó része egyáltalán nem jelentkezne szűrésre, ha anonimitása megőrzésére nem volna módja. Ennek okai a kötet más részeiben már bemutatásra kerültek. Itt csak annyival bővítenénk a leírtakat, hogy a HIV pozitívok aggályai, félelmei nem alaptalanok: a kilencvenes évek első felében az Országos Bőr- és Nemikórtani Intézet (OBNI) még nem egyszer „vizsgálódott” a HIV pozitív személyek „környezetében”, azaz pl. az X munkatársai kiszálltak az illető lakóhelyére, és veszélyeztetett vagy potenciálisan fertőzött személyek után kutatva kérdezősködtek, igen kellemetlen helyzetbe hozva ezáltal az érintettet szomszédai, barátai stb. előtt.

Összegzésképpen tehát ideje lenne a jelenleg hatályos, de jócskán elavult bejelentési-nyilvántartási rendszert következetesen felülvizsgálni. A ténylegesen anonim vizsgálatok lehetőségének visszaállításával és a kötelezően szűrhető körök leszűkítésével olyan új helyzet állt elő, amely nem hagyható figyelmen kívül. Mindenki számára sokkal megnyugtatóbb lenne, ha a gyakorlatban a fent vázolt helyzetekkel szembesülőknél nem kellene „ügyeskedniük” – ehhez csupán arra lenne szükség, hogy a gyakorlatorientált, hasznos és jó szemlélet ne csak a jogalkalmazók, hanem a jogalkotók szintjén is megjelenjen.

IV. FEJEZET

Kötelező gondozás és kötelező gyógykezelés

Magyarországon HIV fertőzést először 1985-ben diagnosztizáltak. A vonatkozó szabályok megalkotásának idején „korunk pestise”, tekintettel a kezdeti ismeretekre, nézetekre, félelmekre és bizonytalanságokra, még sokkal szigorúbb megítélés alá esett, mint amit a kór tényleges veszélyessége indokolt. A HIV fertőzésre illetve AIDS betegségre a nyolcvanas évek végén elsősorban nemi betegségként tekintettek, amely, egyrészt, halálos kimenetelű, másrészt pedig külföldön bizonyos körökben máris járványszerűen terjed, tehát határozott

járványügyi fellépést igényel. A szűrés általános kérdéseinek szentelt fejezetben⁷⁴ már elég sok szó esett a hagyományos és a modern járványügyi szemléletről, valamint a köztük lévő jelentős különbségekről, itt tehát csak azokra a pontokra térnénk vissza, amelyek a gondozás-kezelés kérdéséhez szorosabban kapcsolódnak. Az egyéb fertőző betegségeknél jól bevált eljárás szerint a fertőzöttek beazonosítását és nyilvántartásba vételét követően a következő két lépés szükséges: elkülöníteni a fertőzött személyeket a társadalom többi részétől, illetve az így elkülönített személyeket meggyógyítani.

Az alábbiakban azt vizsgáljuk majd, hogy a HIV/AIDS speciális, a többi fertőző betegségtől eltérő jellege folytán a fenti modell alkalmas-e az általa felvetett kérdések, problémák kezelésére. Vizsgálódásunk során először a kötelező gondozásba vétel szabályait ismertetjük, majd a kötelező gyógykezelésre vonatkozó jogszabályok ismertetésén keresztül vázoljuk kifogásainkat. Végül pedig szólunk a gondozásba vétel, illetve a gyógykezelés néhány speciális esetéről: a pszichiátriai betegek, illetve a fogvatartottak számára nyújtott ellátás az érintettek speciális helyzeténél fogva igényel részletesebb tanulmányozást, míg az expozíciót követő kezelés szabályait a megfertőződés különleges körülményei folytán tárgyaljuk külön.

I. A kötelező gondozásba vétel szabályai

A gondozásba vétel illetve gondozás valójában ellenőrző vizsgálatot jelent⁷⁵, amelynek szakmai szabályai a HIV/AIDS esetében egy módszertani levélben kerültek bővebb kifejtésre. A jelenleg alkalmazott levél 2001-ben született, „frissítése” a közeljövőben várható⁷⁶. A gondozásba vételkor az első teendő az érintett HIV pozitív személy állapotának felmérése (mennyi vírus van a szervezetében, mikor fertőződhetett, milyen az immunrendszere), majd – a szakmai protokollra támaszkodva⁷⁷ – a fertőzöttet megfelelő gyógyszerekkel és útmutatásokkal⁷⁸ kell ellátni. A kezdeti időszakban 2-4 hetente szükséges ellenőrizni, hogy a választott kezelés megfelel-e, ha pedig az érintett állapota már stabilizálódott, elegendő a háromhavonkénti felülvizsgálat.

A szakmai szabályokon kívül azonban az egészségügyi tárca által kibocsátott rendeletek is tartalmazzak-tartalmaznak a gondozásba vételre vonatkozó előírásokat. Az alábbiakban ezeket vizsgáljuk meg közelebbről.

1) A korábbi szabályozás

2002. december 31-ig a HIV szűrés és a HIV pozitívok gondozásba vételének szabályait egy 1988-ban kiadott rendelet⁷⁹ taglalta. A mára már hatályon kívül helyezett szabályozással

⁷⁴ Lásd e kötet I. fejezetét.

⁷⁵ A vonatkozó jogszabályok azonban szinte kivétel nélkül a “gondozásba vétel” kissé furcsa kifejezését használják, a rájuk való rendszeres hivatkozás és az egyértelműség kedvéért ezért e szóhasználatnál maradunk mi is.

⁷⁶ A gondozásba vétel, valamint a gyógykezelés mibenlétére vonatkozó információink Dr. Bánhegyi Dénestől, a Szent László kórház AIDS Osztályának főorvosától származnak.

⁷⁷ A protokoll kitér arra, hogy mikor (milyen állapot esetén) milyen gyógyszereket kell az érintett részére felajánlani.

⁷⁸ A főorvos elmondása alapján a HIV/AIDS esetében az orvos általános tájékoztatási kötelezettsége még hangsúlyosabban jelenik meg, mint más betegségeknél illetve terápiáknál – nehezen várható el ugyanis, hogy valaki a kapott utasításokat több éven keresztül maradéktalanul betartsa, ha az illető nem igazán tudja, hogy azok pontosan mi célt is szolgálnak.

⁷⁹ A szerzett immunhiányos tünetcsoport terjedésének meggátlása érdekében szükséges intézkedésekről és a szűrővizsgálat elrendeléséről szóló 5/1988. (V. 31.) SZEM rendelet, a továbbiakban: Rendelet.

szemben emelhető legjelentősebb kifogás, hogy a gondozásba vételt illetően indokolatlan módon tett különbséget a valószínűleg vér útján fertőződött, és a nagy valószínűséggel nemi úton megfertőződött HIV pozitívok között, más-más intézménybe utalva az érintetteket⁸⁰. A fertőzés feltehető módja szerinti megkülönböztetést szakmai okok nem tették volna szükségessé, és ez az önkényes rendelkezés jó néhány érintett számára hátrányos megkülönböztetést, diszkriminációt jelentett: a gyakorlatban ugyanis a bőr- és nemibeteg-gondozók a náluk gondozásba vett HIV pozitív személyek emberi méltóságához való jogát illetően nem egyszer tanúsítottak igencsak kifogásolható magatartást.

2) *A jelenleg hatályos szabályok*

A 2003. január elsejével hatályba lépett szabályozás⁸² értelmében a korábbi, a fertőzés feltehető módja szerinti diszkrimináció megszűnt. A gondozásba vétellel kapcsolatos indokolatlan megkülönböztetést azonban ebben a rendeletben is találhatunk, más-más szabályok vonatkoznak ugyanis arra, aki anonim szűrés folytán szerzett tudomást HIV fertőzöttségéről, mint arra, aki névvel vett részt a szűrővizsgálaton. Ez utóbbi ugyanis nem döntheti el, hogy jelentkezik-e egyáltalán gondozásra, és ha igen, mikor és melyik lehetséges gondozó intézménynél óhajt megjelenni, helyette ugyanis azt a vizsgálatot végző orvos fogja – ki tudja, milyen szempontok alapján – megválasztani.⁸³

A nem anonim szűrésben részt vevő HIV pozitívoktól tehát, pusztán technikai kivitelezhetőségi szempontok alapján, megvonják azokat a jogokat, amelyeket az anonim vizsgálat során kiszűrt HIV pozitívoknak „kénytelenek” biztosítani – hiszen név és adatok nélkül a vizsgálatot végző orvos hiába is értesítené a HIV esetről a gondozó orvosát, az érintettet nem tudnák elérni.

II. **A kötelező gyógykezelés kérdésköre**

Hazánkban a HIV pozitívok illetve az AIDS betegek kötelező gyógykezelésére kijelölt intézmény a Fővárosi Szent László Kórház, a kijelölésre – mint ahogy magára a kötelező kezelésre is – az egészségügyi törvény járványügyi rendelkezései alapján van mód⁸⁴. A kórház 1986 óta foglalkozik AIDS betegekkal, és az egyedüli magyarországi intézmény, amely jogosult beszerezni az antiretrovirális kezeléshez szükséges gyógyszereket. Jelenleg az AIDS osztály fekvőbeteg- és ambuláns részlegén összesen 3 orvos és 10 nővér tevékenykedik, az osztály rendelkezik továbbá két laboratóriummal, egy kisműtővel, és egy fogászati rendelővel. Mintegy 330 személy részesül gyógyszeres kezelésben (ambuláns kezelés), a fekvőbeteg-részlegen pedig változó, de viszonylag alacsony a létszám⁸⁵. Minden kezelt személy ingyenesen jut a számára szükséges gyógyszerekhez⁸⁶.

1) *A rendszer látszólagos előnyei*

⁸⁰ Rendelet 3.§ (3).

⁸¹ Bár a kötelező gondozásba vétel esetében is fennállnak, az érintettek önrendelkezési, ellátás visszautasításához való, illetve a szabad orvosválasztáshoz való jogával kapcsolatos kifogásainkat a kötelező gyógykezelés kapcsán ismertetjük.

⁸² A szerzett immunhiányos tünetcsoport kialakulását okozó fertőzés terjedésének megelőzése érdekében szükséges intézkedésekről és a szűrővizsgálatok elvégzésének rendjéről szóló 18/2002. (XII. 28.) ESZCSM rendelet.

⁸³ 18/2002. (XII. 28.) ESZCSM rendelet 5.§ (1) bekezdés.

⁸⁴ Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény (a továbbiakban: Eütv.) 62.§-a.

⁸⁵ Ha az ott kezelték száma eléri a 8 főt, akkor az már soknak számít – ezzel szemben a nyolcvanas évek végén illetve a kilencvenes évek elején a 20 ágyas részleg tele volt haldokló emberekkel.

⁸⁶ Feltéve, hogy magyar állampolgár, illetve hogy rendelkezik megfelelő egészségbiztosítással. Lásd erről bővebben e kötet V. fejezetét.

Rendeleti szinten ugyan megjelenik, hogy a HIV fertőzöttek elkülönítése nem szükséges⁸⁷, a velük kapcsolatos többi szabály azonban a korábban vázolt hagyományos járványügyi modellt tükrözi, hiszen az érintettek számára kötelező kezelést ír elő. A HIV/AIDS azonban különbözik más fertőző betegségektől: ha egy HIV pozitív személy esetleg nem kezelteti magát, azzal nem jelent nagyobb veszélyt a társadalom tagjaira nézve, mint ha rendszeresen eljár gyógykezelésre, hiszen a HIV köznapi érintkezés útján nem terjed, szexuális úton vagy véren keresztül történő terjedése pedig megfelelő óvintézkedésekkel megelőzhető – és a kezelés nem tartozik az elkerülhetetlenül szükséges óvintézkedések közé. Annak kötelező előírása tehát csupán látszólag védi a társadalom nem fertőzött tagjait.

A kötelező gondozás-kezelés és a kötelezően kijelölt egészségügyi intézmény mellett gyakran felhozott másik érv, hogy „így legalább biztos, hogy a HIV pozitív személyt adott esetben el fogják látni”. Tény, hogy előfordult már, hogy egy orvos, a HIV-vel kapcsolatos félelmek és tévhitek következtében, nem volt hajlandó a nála jelentkező – vagy éppen hozzá kerülő – HIV pozitív személyt megvizsgálni. Az ilyen irányú érvelés azonban azt a látszatot keltheti, hogy ez így van rendjén, a HIV pozitívok menjenek csak a számukra kijelölt intézménybe – holott HIV pozitívitásánál fogva egyetlen orvos vagy intézmény sem jogosult senkit elküldeni. Az egyén számára biztosított betegjogok közül a legalapvetőbb az egészségügyi ellátáshoz való jog⁸⁸, és ez csak igen kivételes esetekben, és kizárólag objektív indokok alapján korlátozható⁸⁹. A HIV státusz nem tartozik az objektív okok közé.

2) *A szabályozással kapcsolatos további kifogások*

Az Eütv. járványügyi rendelkezéseit érintő decemberi módosítások némelyike felettebb zavaros, így a kötelező orvosi vizsgálat szabályait kiegészítő új előírások a HIV fertőzés esetében gyakorlatilag értelmezhetetlenek. Az egyébként hatósági fellépéssel is kikényszeríthető orvosi vizsgálat kapcsán ugyanis a HIV vonatkozásában a következő szerepel: „(...) alkalmazásakor az érintett beteg, illetve törvényes képviselője számára az intézkedést végző kezelőorvos részletes tájékoztatást ad a fertőző betegség terjedési módjáról, annak megelőzési lehetőségeiről, valamint a szűrő és ellenőrző vizsgálatok formáiról és hozzáférési lehetőségeiről. A tájékoztatás alapján az egészségügyi szolgáltató a beteg együttműködésével megvalósított, a tájékozott beleegyezésen és önkéntes igénybevételre alapuló, az adott betegség által szakmailag indokolt beavatkozásokat végzi, illetve intézkedéseket alkalmazza.” Ez akkor vajon azt jelenti, hogy az esetleges „berendelés” ellenére az érintett dönthet úgy – miután akár hatósági kényszer nyomására bement és meghallgatta a járványügyi intézkedést végző orvost –, hogy mégsem veti magát alá az adott intézkedésnek? Kíváncsi lenne ezt a rendelkezést megfelelően újrafogalmazni.

Ennél is súlyosabbnak tartjuk azonban, hogy az Eütv. olyan járványügyi kényszerintézkedések alkalmazását teszi lehetővé, amelyek a HIV/AIDS vonatkozásában teljességgel indokolatlanok⁹⁰. Ezen intézkedések sértik a HIV pozitívok egészségügyi önrendelkezési jogát, szabad orvosválasztáshoz való jogát, illetve ellátás visszautasításához való jogát, holott e jogok korlátozásmentes érvényesülése – a HIV/AIDS speciális jellegénél fogva – a társadalom tagjaira nézve semmilyen veszélyt nem jelentene.⁹¹

Az ellátás visszautasításához való jog megvonása azért is különösen kifogásolható, mert amennyiben az érintett az erre vonatkozó szabályokat megszegi, egyéb – külföldi esetén például idegenrendészeti⁹² – szankciókkal is sújtható.

⁸⁷ A fertőző betegségek és a járványok megelőzése érdekében szükséges járványügyi intézkedésekről szóló 18/1998. (VI. 3.) NM rendelet 1. sz. melléklete.

⁸⁸ Eütv. 2.§ (2) és 7.§.

⁸⁹ Ilyen objektív indok lehet például, ha az adott osztályon az adott pillanatban nincs több szabad ágy.

⁹⁰ Eütv. 56.§. 59.§, 62.§ és 70/A.§.

⁹¹ Arról nem is beszélve, hogy ha esetleg hirtelen megugrana a fertőzöttek illetve a betegek száma – mint ahogy az például Ukrajnában történt -, a jelenlegi szabályok a megfelelő stratégia kivitelezését még késleltethetnék is.

⁹² Lásd e kötet V. fejezetét.

III. A gondozásba vétel illetve gyógykezelés speciális esetei

A pszichiátriai beteg HIV pozitívok, illetve a fogvatartott HIV pozitívok gondozásának-kezelésének kérdéseit az érintettek különleges bánásmódot igénylő helyzete, illetve fokozottabb kiszolgáltatottsága folytán indokoltnak tartjuk külön tárgyalni.

Az expozíció és az antiretrovirális profilaxis pedig jelentőségüknél fogva speciális szabályokat igényelnek.

1) *A HIV pozitív pszichiátriai betegek gondozása-kezelése*

A HIV pozitív pszichiátriai betegek gondozása illetve kezelése kapcsán akkor merülhet föl probléma, ha az érintett állapota nem teszi lehetővé, hogy gyógyszereiért bejárjon az azokat egyedül kiadni jogosult kórházba. A szigorú központi szabályozás ugyanis elvileg kizárja, hogy az érintettek HIV fertőzésük illetve AIDS betegségük kezelése végett más intézményben kapjanak ellátást.

A gyakorlatban a Szent László Kórház ilyen esetekben együttműködik az Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézettel (OPNI), és a HIV pozitív beteg – ha az ambuláns pszichiátriai kezelés számára nem elegendő – a fertőző osztályra kerül, ahol a HIV/AIDS kezeléséhez szükséges gyógyszerekhez is hozzájuthat. Eleinte azonban ez az együttműködés sem volt magától értetődő⁹³, az viszont, hogy egy az átlagosnál sokkal érzékenyebb immunrendszerű embert adott esetben pont a fertőző osztályon tartanak, sikernek éppen nem nevezhető – szükség lenne tehát a kérdés megfelelőbb rendezésére, különös tekintettel arra, hogy az intravénás kábítószer-használók gyakran küzdenek pszichiátriai jellegű gondokkal is, térségünkben pedig a HIV fertőzöttek számának növekedése elsősorban az IV droghasználók körében fenyeget.

2) *A HIV pozitív fogvatartottak gondozása-kezelése*

A fogvatartottak elvileg ugyanolyan szintű egészségügyi ellátásra jogosultak, mint a szabadságkorlátozásnak nem alávetett embertársaik. Ehhez képest a tőköli börtön⁹⁴ „K” körletébe elkülönített HIV pozitív fogvatartottakat a börtönkórház orvosainak jelentős része még megvizsgálni sem volt hajlandó, és az érintetteket a legkülönfélébb panaszokkal is – mint például fogfájás – minden alkalommal, megfelelő kíséret mellett, a Szent László Kórház AIDS osztályára kellett szállítani.

Mind az, hogy az illetékes orvosok megtagadták a HIV pozitív fogvatartottak vizsgálatát és ellátását, mind pedig az, hogy – az Európa Tanács vonatkozó ajánlása⁹⁵ ellenére – a HIV fertőzötteket a többi fogvatartottól elkülönítve tartják, felettébb aggályos.

3) *Az expozíció szabályai*

Expozícióról akkor beszélünk, ha valaki egyértelműen közvetlen kapcsolatba került a HIV vírussal (például egészségügyi dolgozóként megszurta magát egy fertőzött fecskendővel) és a megfertőződés reális veszélye fennáll. Amennyiben az érintett haladéktalanul a megfelelő

⁹³ Egy alkalommal egy pszichiátriai problémákkal küzdő HIV pozitív személy végül csupán a Társaság a Szabadságjogokért jogászai fellépésének köszönhetően juthatott hozzá a kijelölt intézményen kívül gyógyszereihez.

⁹⁴ Hazánkban minden HIV pozitív fogvatartott ebbe a büntetés-végrehajtási intézménybe kerül.

⁹⁵ Az ET R(93)6 sz. ajánlása.

gyógyszeres kezelésben részesül, e kezelés révén (antiretrovirális profilaxis) jelentősen csökkenthető annak esélye, hogy valóban HIV fertőzötté váljon.

A magyar szabályok kifejezetten csak az egészségügyi dolgozókat ért balesetéről rendelkeznek⁹⁶. Kívánatos lenne azonban, hogy ez a lehetőség ne csupán az őket ért, a fertőzés tényleges veszélyével járó sérülések esetében legyen hozzáférhető.

Összegzésképpen megállapíthatjuk, hogy hazánkban, részben a hagyományos járványügyi modell hatására, részben a HIV esetek viszonylag alacsony száma folytán, egy erősen centralizált rendszer alakult ki. E rendszer lényegében egy helyen összpontosítja a HIV fertőzötteket, az őket kezelő orvosokat, és a rendelkezésre álló eszközöket és gyógyszereket. Az orvosi egyetemeken a HIV fertőzéssel illetve AIDS betegséggel kapcsolatos ismeretek oktatása nem kap kellő hangsúlyt⁹⁷, ami a HIV esetek esetleges diagnosztizálását is megnehezíti, hiszen jóval később fog HIV-re gyanakodni az az orvos, aki erre nem lett megfelelően felkészítve. Kérdéses továbbá, hogy ez a rendszer mennyire lenne működőképes, ha a jelenleginél jóval több HIV esettel kellene szembenéznünk: a jelenlegi járványügyi szabályok rontják a rendszer reakciókészségét. Ideje lenne tehát a vonatkozó jogszabályokat, tekintettel a HIV/AIDS speciális jellegére, összhangba hozni a mára már igen jól ismert gyakorlati szükségletekkel, elvárásokkal.

TÓTH Judit

A HIV státusz szerepe az idegenrendészetben

Külföldinek tekintendő mindenki, aki nem tudja személyi igazolvánnyal, útlevelemmel vagy állampolgársági bizonyítvánnyal igazolni, hogy magyar állampolgár. A külföldi az esetek zömében más államban kiállított személyazonosító okmánnyal rendelkezik, és nincs Magyarországon állandó lakóhelye. Ugyanakkor nem biztos, hogy a külföldi idegen állampolgár, hiszen lehet hontalan is, és a hontalanok semmilyen állampolgársággal sem rendelkeznek. Általános szabály, hogy a külföldi útlevelemmel vagy, annak hiányában, a magyar hatóság által kiállított személyazonosításra alkalmas egyéb okmánnyal igazolja kilétét, állampolgárságát.

Az idegenrendészet a külföldiek határátlépésére, beutazására, kiutazására, magyarországi tartózkodására, továbbá sajátos szabadságkorlátozásokra, ellenőrzésekre és szankcionálásukra vonatkozó hatósági cselekmények és aktusok összessége. A közigazgatásnak ezen önálló részterülete meglehetősen tág mérlegelési jogot biztosít az adott esetben eljáró hatóságnak, és felhatalmazza azt a gyors, halasztást nem tűrő fellépésre, amely, ha az illetékes hatóság úgy ítéli meg, hatósági kényszer azonnali alkalmazásával is járhat. Az idegenrendészet alapvetően korlátozó jellegű, mert az állam – szuverenitására hivatkozva – nem ismeri el a külföldiek

⁹⁶ 18/1998. (VI. 3.) NM rendelet 1. sz. melléklet.

⁹⁷ Dr. Bánhegyi Dénes elmondta, hogy csupán időről időre kéri fel előadásra a HIV/AIDS-cel foglalkozó orvosokat, és ezen előadások látogatása a hallgatók számára fakultatív – az egyes évfolyamoknak tehát igen kis hányada szerez kellően hiteles és téves előítéletektől mentes tudást.

alanyi jogát sem az országba való belépésére, sem az itt tartózkodásra, azaz egyik sem „jár automatikusan” senkinek. Következésképpen az idegenrendészeti hatóság minden egyes külföldi esetében mérlegeli, hogy számára engedélyezze-e a beutazást, mint ahogy mérlegelés tárgyává teszi a további tartózkodás engedélyezését is, és dönt annak tartamát illetően.

Az idegenrendészeti szabályok igen sok kérdést érintenek, amelyek közül itt csupán a témához kapcsolódó legfontosabb rendelkezéseket foglaljuk össze, azaz a beutazás, tartózkodás, letelepedés iránt benyújtott kérelem elbírálásakor vizsgálandó, a HIV/AIDS kérdés szempontjából releváns szempontokat.

Az általános szabályok bemutatása után külön kell majd szólnunk a külföldiek két sajátos csoportjáról, nevezetesen a nemzetközi jog értelmében védelmet kérő és azt élvező menekültekről, és a hontalanokról. E két csoport az általános idegenrendészeti megszorítások alól számos esetben kivételt élvez, speciális helyzetüknél fogva ugyanis sokkal inkább védelemre szorulnak, mint az „egyszerű” idegen állampolgárok, mivel hogy nincs olyan állam, amelyhez adott esetben konkrét segítségért folyamodhatnának.

Az ENSZ vonatkozó Egyezménye⁹⁸ értelmében menekültnek az a külföldi állampolgár vagy hontalan személy tekintendő, aki faji, illetőleg vallási okok, nemzeti hovatartozás, meghatározott társadalmi csoporthoz tartozása, vagy politikai meggyőződése miatti üldözéstől való megalapozott félelme miatt az állampolgársága – hontalan esetén szokásos tartózkodási helye – szerinti országon kívül tartózkodik, és nem tudja, vagy az üldözéstől való félelmében nem kívánja annak az országnak a védelmét igénybe venni.

Hontalan személyről pedig akkor beszélünk, ha valakit a saját jogszabályai értelmében egyetlen állam sem tekint állampolgárának⁹⁹. Gyakran a hontalanok jogi helyzete még ennél is bizonytalanabb, mert nem képesek állampolgárságuk hiányát egyértelműen igazolni, ezért valójában különbség tehető *de facto* hontalanok¹⁰⁰ és *de jure* hontalanok¹⁰¹ között.

Végül pedig jelezzük, hogy az Európai Unióhoz csatlakozásra való tekintettel az uniós tagállamok, valamint Norvégia, Izland és Liechtenstein állampolgárai Magyarországon már többé nem tekintendők „külföldieknek”, számukra ugyanis sajátos jogállás biztosítandó. Röviden érintjük tehát az Európai Gazdasági Térség (EGT) polgáraitra vonatkozó nemzeti elbánás szabályait is.

I. A beutazás, tartózkodás és letelepedés egészségügyi feltételeire vonatkozó általános szabályok

Mivel a külföldieknek nincs alanyi joguk az országba való belépésre és az ott tartózkodásra, az állam igen sokféle feltételt támaszthat az érintettekkel szemben, hogy legyen mit vizsgálnia, mérlegelnie, amikor a beutazás, illetve tartózkodás engedélyezéséről dönt. A

⁹⁸ A menekültek helyzetére vonatkozó, 1951. július 28-i. ENSZ Egyezmény, melyet az 1989. évi 15. törvény erejű rendelet hirdetett ki.

⁹⁹ A hontalan személyek jogállásáról szóló, 1954. szeptember 28-i ENSZ Egyezmény, melyet a 2002. évi II. törvény hirdetett ki (a továbbiakban: HE).

¹⁰⁰ Akik valamilyen oknál fogva nem tudják igénybe venni saját nagykövetségük segítségét – például nem kapnak hazatérési engedélyt, nem hosszabbítják meg az útlevelüket, nem válaszolnak a kérelmükre –, de van „saját nagykövetségük”.

¹⁰¹ A magyar hatóságok a hontalanságuk tényét igazoltnak tekintik, és egy külön eljárásban hontalan jogállásuk megállapításra kerül.

következőkben arra törekszünk, hogy a Magyarországra utazók egészségi állapotával illetve egészségbiztosításával kapcsolatos szabályokat ismertessük.

1) A beutazás szabályai

Túl az érvényes úti okmányon, a beutazás-tartózkodás egyik feltétele, hogy a külföldi „ne szenvedjen a közegészséget veszélyeztető betegségben és ne legyen kórokozó hordozó állapotban”. A felsoroltak közé a hatályos jogszabályok¹⁰² szerint nem csak olyan köznapi érintkezés útján terjedő fertőzések tartoznak, mint a TBC, a lepra, a luesz, a hastífusz vagy a paratífusz, hanem a kizárólag nemi úton illetve vér által terjedő HIV fertőzés is. Az ilyen fertőzések hordozóitól akkor tagadják meg a beutazást, ha az érintetten a betegség jelei egyértelműen felfedezhetők, illetve ha a fertőzöttségének az illető maga is tudatában van, és ezért azt a beutazás előtt kitöltendő kérdőíven megjelöli.

Mint hogy a Magyarországra beutazók elsöprő többsége – a hazája és Magyarország között létező nemzetközi szerződés alapján – vízum nélkül léphet be az országba, a határon az egészségi állapot aligha ellenőrizhető. Valahogyan érezhette ezt a jogalkotó, mert e betegek kiszűrése csak a tartózkodás és a letelepedés engedélyezésekor történik igazán teljes körűen, mintha ezek a betegségek a rövidebb, vízum nélküli beutazás esetében nem jelentenének veszélyt a hazai közegészségre, a hosszabb tartózkodás esetén viszont már igen. Egyedül két esetben lehetséges az egyszerű beutazók egészségügyi állapotának vizsgálata: (1) ha a külföldi a beutazáshoz is engedélyt, azaz vízumot köteles kérni; (2) ha a külföldi neve szerepel a beutazási és tartózkodási tilalom alatt állók listáján¹⁰³. Erre a listára a hatóság mérlegelése alapján az a személy kerülhet fel, „akinek a beutazása és a tartózkodása a nemzetbiztonságot, a közbiztonságot, a gazdasági rendet, a közegészséget vagy az emberi környezetet sérti vagy veszélyezteti”¹⁰⁴. Hogy hogyan szerezhet e fertőzésekről, illetve hordozóikról tudomást a hatóság? Bizonyára az érintett korábbi magyarországi tartózkodása során felvett adatok alapján.

A HIV fertőzött személy a szabályozás szerint tehát a közegészséget veszélyeztetőnek minősül, következésképpen a külföldiek közül azok, akik az AIDS vírusát hordozzák, csak igen kivételesen utazhatnak be, illetve tartózkodhatnak az országban, nevezetesen: ha fertőzöttségük ténye nem jut a hatóságok tudomására, vagy ha a vírust már Magyarországon, a beutazást követően kapták el.

A beutazás további feltétele, hogy a beutazni kívánó megfelelő anyagi fedezettel rendelkezzen. Ennek a fedezetnek ki kell terjednie az itt tartózkodás (szállás, ellátás, közlekedés, orvosi kezelés), valamint a hazautazás költségeire. Az anyagi fedezet pontos összegének megszabása helyett¹⁰⁵ a gyakorlatban a hatóság az alapján dönti el, hogy a beutazni szándékozó elegendő anyagi fedezettel rendelkezik-e, hogy az illető milyen célból, mennyi időre, család esetén hányad magával, honnan és hová utazik. Mivel sokan családi, baráti vagy üzleti partnereikhez utaznak, a kellő fedezet megléte egy megfelelően záradékolt

¹⁰² A külföldiek magyarországi tartózkodásának engedélyezését kizáró, a közegészséget veszélyeztető betegségek körét a 48/2001.(XII.27.) EüM rendelet rögzíti.

¹⁰³ Ezt mind a vízum és a tartózkodási engedély kiadásánál, mind a határátlépéskor vizsgálják.

¹⁰⁴ A külföldiek beutazásáról és tartózkodásáról szóló 2001.évi XXXIX. törvény (a továbbiakban: Itv.), 32.§ (2) bekezdése.

¹⁰⁵ Bár a külföldiek beutazásáról és tartózkodásáról szóló 25 /2001.(XI.21.) BM rendelet (a továbbiakban: Ir.) 6.§-a ezt az összeget személyenként és beutazásonként ezer forintban határozta meg („irányadó mérték”), az legfeljebb az esztergomi hídon átsétálókra vonatkoztatható, azaz egy rövid „átugró” látogatás esetében alkalmazható.

meghívólevéllel is igazolható¹⁰⁶. A záradékolt meghívólevél olyan komoly nyilatkozat, hogy a meghívótól akár peres úton is követelhető, hogy térítse meg például a meghívására Magyarországra érkezett személy kórházi költségeit, függetlenül attól, hogy milyen jellegű megbetegedésről vagy kezeléstről van szó¹⁰⁷.

Az állam tehát egyértelműen arra törekszik, hogy a beutazó külföldi sem általában, sem konkrétan ne jelenthessen közegészségügyi veszélyt, és az államkassza egészségügyi kiadásait magyarországi tartózkodása ne növelhesse.

2) Az egészségbiztosítás különböző jogalapjai

A meghívólevélen kívül a beutazáshoz az is elegendő lehet, ha a külföldi igazolja, hogy rendelkezik a megfelelő egészségbiztosítással.

Az egészségbiztosítások egy kisebb része egyéni biztosítási szerződésen alapszik: a Magyarországra utazók indulás előtt baleset- és poggyászbiztosítást kötnek, ám ez általában nem terjed ki az akár évekig is lappangó HIV fertőzés, illetve az akár évtizedekig is késleltethető AIDS betegség esetén szükséges huzamos ellátásra. De minthogy ennek maguk az utasok is tudatában vannak, a turisták esetében nem követelmény a mindenre kiterjedő biztosítás. Az egészségbiztosítási jogviszonyok többsége azonban nemzetközi szerződésen, vagy társadalombiztosítási jogviszonyon alapul. Az előbbi nem szükségképpen terjed ki mindenféle egészségügyi kockázatra, szemben az utóbbival.

A rövid tartamú magyarországi tartózkodáshoz az idegenrendészeti hatóságok általában megelégszenek a sürgősségi (életmentő jellegű) ellátásokat fedező biztosítással. Az ilyen biztosítás többféle alapon is létrejöhethet. Bizonyos államok polgárainál – erre vonatkozó két- vagy többoldalú nemzetközi szerződés értelmében – az egészségbiztosítás igazolására elegendő maga az útlevél¹⁰⁸. Lehetséges, hogy a jogosult rendelkezik üzleti baleset- vagy egészségügyi biztosítással, amely legalább az azonnali ellátást igénylő esetekben szükséges egészségügyi szolgáltatások költségét fedezi, kiegészítve azon indokolt ellátások költségeivel, amelyek addig szükségesek, amíg a beteg olyan állapotba nem kerül, hogy Magyarországról az általa megjelölt országba való szállítása megoldható. Elképzelhető az is, hogy a külföldi a saját országában, az ottani társadalombiztosítási szabályok értelmében olyan jogosultságokkal rendelkezik, amelyek alapján legalább az azonnali ellátás keretében – illetve az előbb említett szállíthatóvá válásáig – felmerülő egészségügyi szolgáltatásokat az adott államban működő társadalombiztosítási rendszer fedezi. Ilyenkor a magyar hatóságok szempontjából elegendő, ha az illető bemutatja a saját biztosítójától származó igazolást.

A hosszabb tartózkodás és letelepedés engedélyezésekor a magyar hatóságok nem érik be ennyivel: ilyenkor minden egészségügyi kockázatra kiterjedő biztosítást követelnek meg. Ez állhat a már vázolt, otthoni vagy itteni társadalombiztosítási jogosultság igazolásából, illetve történhet a külföldi állama és Magyarország közötti kifejezetten ilyen tartalmú nemzetközi

¹⁰⁶ A meghívólevelet az Ir.-ben meghatározott nyomtatványon kell megfogalmazni, mely nyomtatvány a Bevándorlási és Állampolgársági Hivatal (BÁH) megyei ügyfélszolgálatainál igényelhető. A kitöltött nyomtatványt is e hatóságoknál kell benyújtani. Az illetékes igazgatóság akkor záradékolja a meghívólevelet, ha a meghívó fél vállalja, hogy a meghívottnak szállást biztosít, eltartásáról gondoskodik, fedezi kiutazási költségeit, és –szükség esetén – fedezi egészségügyi ellátásának költségeit.

¹⁰⁷ Itv.2-3.§.

¹⁰⁸ Az angolai, a finn, a brit, az iraki, a jordániai, a kubai, a kuvaiti, a mongol, a norvég, a svéd, a román, a bolgár, a lengyel, a szlovák, a cseh, a jugoszláv, a makedón, a boszniai, a horvát, a szlovén állampolgárok, továbbá a Koreai Népi Demokratikus Köztársaság, illetve a Független Államok Közösségébe tartozó államok (Lettország, Litvánia és Észtország kivételével) polgárainak útlevele önmagában is igazolásnak tekintendő.

megállapodás alapján. Nem kizárt persze az sem, hogy az érintett üzleti alapon kössön minden ellátást fedező magánbiztosítást.

3) *A vízumra és a tartózkodási, illetve a letelepedési engedélyre vonatkozó szabályok*

Az Itv. értelmében a vízum, a tartózkodási engedély és a letelepedési engedély abban közösek, hogy magyarországi tartózkodásra jogosítanak, és hogy kiadásuk hatósági mérlegelés függvénye, a külföldinek ugyanis egyikre sincs alanyi joga.

A vízumok sokféleképpen csoportosíthatók, elég itt annyi, hogy átutazásra, rövid idejű, vagy hosszabb tartózkodásra szólhatnak. A beutazás lehetséges céljai között szerepel a gyógykezelés céljából történő beutazás esete is, ilyen indokkal az a külföldi kaphat tartózkodási vízumot, aki rendelkezik a gyógykezelést folytató egészségügyi intézmény megfelelő igazolásával¹⁰⁹¹¹⁰. Elvileg ily módon az is elképzelhető, hogy – gyógykezelése végett – egy HIV pozitív személy legálisan utazzon be hazánkba, illetve legálisan tartózkodjon az ország területén.

A vízum azonban csupán egyfajta beutazási ígérvény, így a belépés megtagadható – a külföldi visszairányítható – és a kiadott vízum érvényteleníthető¹¹¹ például akkor, ha a külföldi közegészséget veszélyeztető betegségét elhallgatta (és annak tünetei esetleg már éppen láthatóvá váltak rajta), vagy ha az illető időközben felkerült a tilalmi listára¹¹².

A tartózkodási, illetve a letelepedési engedély kiadásának, meghosszabbításának, illetve visszavonásának, megtagadásának feltételei is alapján véve a beutazásra vonatkozó szabályokat követik. Mint említettük, itt nyílik igazán mód arra, hogy a külföldi egészségi állapotát a hazai hatóságok érdemben ellenőrizzék, hiszen csak az egészséges külföldiek a „kívánatosak”. Szemben azonban a vízumkiadással, ahol a külföldi csupán maga kell, hogy nyilatkozzon, szenved-e a kitöltendő kérdőíven szereplő betegségek valamelyikében, a tartózkodás illetve a letelepedés engedélyezésekor a hatóságok orvosi igazolást követelnek meg¹¹³. Különbség azonban még a tartózkodási, és a letelepedési engedély kiadása között, hogy az előbbi esetében az illetékes hatóságok „az eset körülményeit” mérlegelhetik, azaz szabadon dönthetnek például arról, hogy egy AIDS beteg személy kérelmének helyt adnak-e, vagy sem, míg az utóbbinál a felsorolt betegségek valamelyikében szenvedő külföldi kérelmét kötelesek elutasítani.

A tartózkodási engedélyre vonatkozó szabályozás egyértelműen a már korábban kifogásolt¹¹⁴ hagyományos járványügyi logikát követi¹¹⁵, a kérelem ugyanis akkor is elutasítható, ha a

¹⁰⁹ Illetve aki kiskorú gyermekét, vagy önmaga ellátására képtelen más családtagját kíséri magyarországi gyógykezelésre.

¹¹⁰ Az Itv. végrehajtásáról szóló 170/2001. (IX.26.) Korm. rendelet (a továbbiakban: R.) 11.§-a.

¹¹¹ Ir. 9.§.

¹¹² Mint azt már korábban említettük, ennek egyik lehetséges oka az, ha az érintett a közegészséget veszélyeztető betegségben szenved, illetve ilyen betegség kórokozójának hordozója.

¹¹³ Ezt az igazolást a külföldi vagy otthonról hozza, vagy Magyarországon, az illetékes ÁNTSZ-től kell beszereznie. Az EüM 2.§ (3) bekezdése értelmében az ÁNTSZ akkor nyilváníthatja elfogadhatónak az otthonról hozott orvosi igazolást, ha az hitelt érdemlően bizonyítja a kérdéses betegségek hiányát, nem régebbi három hónapnál (HIV esetében), a kiadó hatóság államában megfelel a jogszabályoknak, továbbá hiteles magyar fordítását is csatolták. Valójában azonban csupán a legalább a magyarországi egészségügyi színvonalnak megfelelő országok hatósági igazolását fogadják el, a fejletlenebb országokét aligha.

¹¹⁴ Lásd e kötet I. fejezetét.

¹¹⁵ Jelen esetben: kötelező kezelés, ennek hiányában hatósági kényszer, illetve a tartózkodási jog megtagadásának kilátásba helyezése.

külföldi „az egészségügyre vonatkozó hatályos magyar jogszabályok előírásait nem tartja be”¹¹⁶. Ellentmondásos továbbá, hogy a végrehajtási szabályok szerint a külföldinek már nem csupán azt kell igazolnia, hogy a „közegészséget veszélyeztető betegségben nem szenved”¹¹⁷, hanem azt is, hogy „nem fertőzőképes, nem kórokozó-hordozó”¹¹⁸, azaz esetünkben a hatóságok azt is megkövetelhetik, hogy az illető ne legyen HIV pozitív.

E kérdéskörrel kapcsolatosan egy esetet szeretnénk bemutatni, amely jól illusztrálja a magyar hatóságok „mérlegelési” gyakorlatát. 2002. januárjában a Fővárosi Bíróság elutasította annak a tíz éve Magyarországon élő nigériai férfinak a fellebbezését, akinek tartózkodási engedélyét HIV fertőzöttségére hivatkozva az illetékes hatóságok nem hosszabbították meg. Az engedély annak ellenére nem került meghosszabbításra, hogy a férfit e döntéssel elválasztanák magyar állampolgárságú feleségétől és gyermekeitől, megsértve ezáltal családi és magánélethez való jogukat, valamint a gyermekek családban való felnevelkedéséhez való jogát. A döntés a kínzás tilalmába is ütközne, mivel az érintett hazájában nem juthat hozzá az állapotának megfelelő kezeléshez. Az érintett jogi képviselője és a hatóságok álláspontja közti különbség „klasszikus esete a „párhuzamos monológoknak”, hiszen a hivatal csak egyetlen jogszabály rendelkezéseit ismételteti, míg az ügyvéd a jogrendszert átfogó és az emberi jogokkal összefüggő jogalkalmazást firtatja, még akkor is, ha a hivatalnak ezt az idegenrendészeti jogszabály külön nem rágja a szájába”¹¹⁹.

Az idegenrendészeti kérdésekkel foglalkozók szerint nem ritka, hogy közegészségügyi okra hivatkozva HIV fertőzötteket „kizsuppolnak Magyarországról”¹²⁰. Már 1988 óta több ukrán, román, brit és nigériai állampolgár járt így, annak ellenére, hogy az orvosi szakvélemények szerint – kezelés hiányában – néhány éven belül mindegyikükre halál vár.

A nigériai férfi zárt ajtók mögött folytatódó perében ez esetben is tanúkat hallgattak meg, többek között az érintett kezelőorvosát, aki „elmondta, hogy a páciens még családtagjaira sem veszélyes, kizárólag a szexuális érintkezés és a vérkeveredés okozhat további fertőzést”¹²¹. Az ügyben a férfi és ügyvédje a Legfelsőbb Bírósághoz folyamodtak jogorvoslatért – a végrehajtás felfüggesztését is kérve –, ha pedig ez sem segít, a strasbourgi emberi jogi bírósághoz szándékoznak fordulni.

A határozatlan idejű tartózkodást biztosító letelepedési engedély kibocsátásánál is követelmény, hogy a külföldi ne szenvedjen a közegészséget veszélyeztető betegségben, és amennyiben az érintett egy három hónapnál nem régebbi igazolást nem mutat be arról, hogy például nem HIV pozitív, akkor az engedély kiadását meg kell tagadni¹²².

Létezik azonban egy kivétel: „ha [a külföldi] a letelepedési engedélyt Magyarországon élő, magyar állampolgár házastársával vagy magyar állampolgár kiskorú gyermekével történő együttélés céljából családtagként kérelmezi, feltéve, hogy kötelező és rendszeres egészségügyi ellátásban részesül”¹²³. Az ilyen alapon esetleg kiadott engedélyről tehát az idegenrendészeti hatóságok értesítik az ÁNTSZ illetékes intézetét „a szükséges járványügyi

¹¹⁶ Itv. 17.§.

¹¹⁷ Itv. 17.§.

¹¹⁸ R. 40.§.

¹¹⁹ „Közigazgatási per tartózkodási engedélyért” in: *Oltalomkeresők*, 2002/1. sz.

¹²⁰ Lásd uott.

¹²¹ „A HIV-fertőzöttek nem maradhatnak” in: *Oltalomkeresők*, 2002/2. sz.

¹²² Itv. 19.§ (2) bekezdés.

¹²³ Itv. 21.§ (1) bekezdés.

intézkedések fogantatása érdekében”¹²⁴. Ha azonban utóbb kiderül, hogy a külföldi már „a tartózkodási engedély első ízben történő kiadását megelőzően”¹²⁵ is a közegészséget veszélyeztető betegségben szenvedett, nem vehető figyelembe sem a betegség természete, sem az egyéni élethelyzetek, sem a családi szempontok. Ilyenkor az engedélyt a hatóság köteles visszavonni – mintha a külföldi eleve rosszhiszemű lett volna és „letagadta” volna fertőzöttségét, holott már az első tartózkodási engedély kiadásakor csatolnia kellett az állapotára vonatkozó orvosi igazolásokat¹²⁶.

I. II. A speciális védelmet igénylő személyek egészségügyi szűrésére és ellátására vonatkozó szabályok

Az idegenrendészeti (beutazási, tartózkodási) szabályoktól eltérő bánásmódot élveznek azok a személyek, akik a nemzetközi jog értelmében védelemre szorulnak, mind a menekült státusz iránti kérelmükkel kapcsolatos eljárás idejére, mind pedig az után, hogy a kért státuszt az illetékes hatóság megadta számukra.

A menedéket kérővel elsősorban a határőrizeti szervek találkoznak. A hatóságokkal (önként, vagy például elfogásakor) kapcsolatba kerülő külföldinek nyilatkoznia kell többek között arról, hogy „AIDS, tbc, lepra, lues, tífusz, paratífusz megbetegedésben, egyéb akut fertőző betegségben, továbbá tetvességben, rühösségben szenved-e, illetőleg e fertőző betegségek kórokozóját hordozza-e a szervezetében”¹²⁷. Mivelhogy a külföldi általában nem tudja magát diagnosztizálni, így alig fordul elő, hogy már ebben a stádiumban nyomban járványügyi intézkedésre kerüljön sor. Figyelemre méltó továbbá, hogy a gyakorlatban kimondatlanul is az illegálisan, embercsempészek közreműködésével, szegényen, tájékozatlanul és rossz körülmények között érkezőkre vonatkoztatják a „menekülő” általános fogalmát, „megelőlegezve” nekik, hogy nem egyszerű külföldiek – mint látni fogjuk, ez a közegészségügyi veszély szempontjából egyáltalán nem közömbös.

A menedéket kérő személyt befogadó állomáson helyezik el, illetőleg a menekültügyi hatóság által kijelölt más szálláshelyen, és ha illegálisan lépett az ország területére, akkor egyben köteles is e kijelölt intézményben (közösségi szállás, őrizet) tartózkodni. Az érintett köteles a hatóságokkal együttműködni, így köteles többek között egészségügyi szűrésnek, illetve, szükség esetén, gyógykezelésnek is alávetni magát¹²⁸. Ezért a kérelmezőket a befogadó állomáson, illetve más szálláshelyen „közegészségügyi érdekből el kell különíteni”. azaz karanténnak kell alávetni, amíg az ÁNTSZ által végzett szűrővizsgálatok eredményei meg nem érkeznek. Ha a kérelmező az említett valamely betegségben szenved, illetve kórokozó-hordozó, kötelező gyógykezelésnek kell, hogy alávesse magát¹²⁹. Ráadásul az érintettet csak „akkor szabad a közösségben elhelyezni, ha a külföldi nem szenved külön jogszabályban meghatározott közegészséget veszélyeztető betegségben, illetőleg nem kórokozó-hordozó”¹³⁰. Mivel azonban a jogszabályok szóhasználata nem következetes, nem egyértelmű, vajon mikor távozhat a karanténból a kérelmező, és elvileg – mivel a HIV/AIDS a közegészséget

¹²⁴ R. 39.§ (2) bekezdés.

¹²⁵ Itv. 30.§ (1) bekezdés.

¹²⁶ Ez a kategorikus rendelkezés azért is kifogásolható, mert a megfertőződés pontos időpontjának utólagos bizonyítása az esetek jelentős részében nem lehetséges.

¹²⁷ A menekültügyi eljárás részletes szabályairól és a menedékesek okmányairól szóló 172/2001. (IX.26.) Korm. rendelet (a továbbiakban: Mer.) 8.§ (1) bekezdése.

¹²⁸ A menedékjogról szóló 1997. évi CXXIX. törvény (a továbbiakban: Metv.) 16.§-a.

¹²⁹ Mer. 12.§.

¹³⁰ A menekültügyi szervezeti rendszeréről, valamint a befogadó állomás feladatairól szóló 24/2001. (XI.21.) BM rendelet (a továbbiakban: BMr.) 5.§ (2) bekezdése.

veszélyeztető betegségek között szerepel – akár egy HIV vizsgálat eredményére várva is elkülönítve tartható.

A menekültként elismert személyeket – ha törvény vagy kormányrendelet másként nem rendelkezik – a magyar állampolgárokra vonatkozó jogok illetik meg, illetve kötelezettségek terhelik. Egészségbiztosítása automatikusan azonban csak a gyermekeknek van, a felnőttek ellátást csak a befogadó állomáson kaphatnak, illetve, munkába lépve, a társadalombiztosítás keretein belül¹³¹, ami elég jelentős „visszaesést” jelent a kérelmezőként élvezett egészségügyi ellátáshoz képest.

Összességében tehát a Metv. hatályba lépése, 1998 óta a HIV fertőzöttség, sőt, a már kifejtett AIDS betegség sem akadályozza a menekültként való elismerésnek, azonban mind a kérelmezők, mind a már elismert menekültek kötelesek magukat a kötelező kezelésnek és az egyéb járványügyi intézkedéseknek alávetni, továbbá a megkívánt egészségügyi adatokat szolgáltatni.

Röviden szólnunk kell egy olyan csoportról is, amelynek tagjai ugyan kértek védelmet, de nem jutottak menekült státuszhoz, helyette azonban befogadott jogállást szereztek. Ilyen státuszban a hatóságok, mérlegelés alapján, azt a külföldit részesíthetik, „aki hazájába – hontalan esetén a szokásos tartózkodási helye szerinti országba – átmenetileg azért nem küldhető vissza, mert ott halálbüntetésnek, kínzásnak, embertelen vagy megalázó bánásmódnak lenne kitéve, és nincs olyan biztonságos harmadik ország, amely befogadja”¹³². Mivel a befogadottak is keresztülmennek a menedéket kérőkre vonatkozó eljárás, a rájuk írtakat itt nem ismételjük meg. Státuszukból fakadóan azonban e személyek valamivel kevesebb jogosultságokkal rendelkeznek, mint a menekült státuszt élvezők.

Meg kívánjuk továbbá említeni, hogy felmerülhetne a kínzásnak egy sajátos esete is, amely alapján a HIV fertőzött személyek befogadott státusz iránt folyamodhatnak, mégpedig az az esetkör, amikor az érintett származási országában nem részesülhet megfelelő kezelésben, azaz a kiutasítás, visszafordítás számára egyben „halálos ítélettel” érne fel. Magyarországon egyelőre ilyen indokból védelmet kérő külföldivel kapcsolatos jogesetről nincs tudomásunk.

Itt kell még megjegyeznünk, hogy az idegenrendészeti szabályok ismerik az általános szabályoktól humanitárius célból, indokból való eltérést. Így a beutazási, tartózkodási feltételeknek – köztük a közegészségügyi követelményeknek – meg nem felelő külföldi is beléphet az országba, és legfeljebb hat hónapra szóló vízumot kaphat¹³³, sőt tartózkodási engedélyt is¹³⁴. A hatósági mérlegelés élvezője lehet a menedéket kérő, a befogadott és a hontalan is, ha számára a humanitárius célú tartózkodási engedély kiadását például a nemzetbiztonsági vagy a menekültügyi szervek támogatják. A humanitárius alapon kiadott tartózkodási engedély meghosszabbítását közegészségügyi indokból nem lehet megtagadni.¹³⁵

A hontalanok csak abban az esetben számíthatnak bármilyen ellátásra is, ha menedéket kérnek. Amennyiben nem ismerik el őket menekültnek, esetleg befogadottnak, úgy – kérelmükre – a Bevándorlási és Állampolgársági Hivatal (BÁH) megállapíthatja hontalanságukat, ezzel azonban semmiféle sajátos egészségügyi ellátásra jogosultság sem jár. A hontalanság megállapítását kérelmezőnek és a hontalanként elismert külföldinek tehát az egészségügy terén a többi külföldiével azonos a jogi helyzete: sürgős, életmentő jellegű ellátásban, mentésben részesülhetnek csupán. Amennyiben közösségi szálláson helyezik el

¹³¹ Metv. 17. és 48.§.

¹³² Itv. 2.§.(1) bekezdése.

¹³³ Itv. 4.§ (2) bek.

¹³⁴ Itv. 15.§ (1) bek. és R. 25.§.

¹³⁵ Valamennyi érintett számára azonban kötelező tartózkodási hely jelölhető ki, főként közösségi szálláson, vagy, fertőző beteg esetében, az illetékes kórházban.

őket, a többi bentlakóhoz hasonlóan élvezhetik az ottani egészségügyi ellátást. Ha azonban az illető részére kiállítják a hontalanok számára kialakított, két évig érvényes, általában vízummal együtt használható nemzetközi útlevelet, akkor az adott személy az útlevél lejártáig bármikor visszatérhet Magyarországra – akár betegen is –, és külföldi tartózkodása alatt a magyar állampolgárokkal azonos módon élvezheti a társadalombiztosítási ellátásokat¹³⁶, köztük az egészségügyi ellátást is¹³⁷.

II. III. A külföldiek által igénybe vehető egészségügyi szolgáltatások

Valamennyi külföldre alkalmazandó általános szabály, hogy mentésre mindenféle egészségbiztosítási jogviszony nélkül is jogosult¹³⁸. E mentés költségei a központi költségvetést terhelik. A sürgősségi ellátásra szoruló külföldit haladéktalanul el kell látni, és az orvosi beavatkozásra szoruló külföldin a beavatkozást ugyanolyan feltételek mellett kell elvégezni, mint a magyar állampolgáron¹³⁹.

Ugyanakkor egyes, különösen drága ellátásokban csak a magyar állampolgárok, és a velük egy csoportba sorolt, letelepedési engedéllyel rendelkező, illetve menekültként elismert külföldiek részesülhetnek, az Országos Egészségbiztosító Pénztár, illetve a központi költségvetés terhére. Ilyenek például – ha azt nemzetközi szerződés további külföldiekre ki nem terjeszti – az orvosbiológiai kutatások keretén belül végzett gyógyító célú eljárások alkalmazása – az AIDS gyógyítása is kutatás alatt áll –, vagy a térítésmentesen nyújtott vérkészítmények (szerencsére azonban a külföldi fizetőképességét csak a sürgős kezelés után kell vizsgálni)¹⁴⁰.

Szintén általános rendelkezés, hogy a szakmai szabályoknak megfelelően kezelt vérkészítménnyel okozott egészségkárosodás vagy haláleset miatt az érintettek, illetve hozzátartozóinak az állam kártérítéssel tartozik, mégpedig állampolgárságtól függetlenül¹⁴¹. Ennek azonban ellentmond az a diszkriminatív kitétel, amely szerint az Eütv. „kártalanításra vonatkozó rendelkezéseit nem magyar állampolgárra nemzetközi egyezmény vagy viszonyosság esetében lehet alkalmazni”¹⁴².

A magyar állam két- vagy többoldalú nemzetközi szerződések értelmében a már ismertetett ellátásokon túl is nyújthat az érintett külföldiek számára különféle egészségügyi szolgáltatásokat¹⁴³. A többoldalú szerződések közül kiemelkedő fontosságú az Európa Tanács Szociális Kartája¹⁴⁴. E szerződés értelmében ugyanis a részes állam feladata arról gondoskodni, hogy a többi részes államnak az ő területén tartózkodó polgárai, illetve menekültjei megfelelő segítségnyújtásban részesüljenek, és betegségük esetén az állapotuknak megfelelő ellátást kapják, még akkor is, ha nem rendelkeznek az ehhez szükséges anyagi eszközökkel, és azokat sem saját

¹³⁶ A HE 24. cikke ugyanis felhívja az államokat, hogy a már meglévő kétoldalú társadalombiztosítási egyezményeikben foglaltakat alkalmazzák a hontalanokra is, a jövőben kötendő, a társadalombiztosítást érintő nemzetközi szerződésekben pedig rendelkezzenek a hontalanokról is, és rájuk is terjesszék ki az ellátásokat.

¹³⁷ Itv. 74.§.

¹³⁸ Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény (a továbbiakban: Eütv.) 95§-a.

¹³⁹ Eütv. 243.§ (3) bekezdés.

¹⁴⁰ Eütv. 142. és 227.§.

¹⁴¹ Eütv. 227.§ (4) bekezdés.

¹⁴² Eütv. 243.§ (2) bekezdés.

¹⁴³ A kétoldalú szerződésekre jó példa az 1998. évi VII. törvény, amely a Magyar Köztársaság és a Svájci Államszövetség közötti, a szociális biztonságról szóló, 1996. június 4.-én Bernben aláírt egyezmény kihirdetéséről szól. Ennek értelmében ugyanis a svájci illetve magyar állampolgároknak kölcsönösen nyújtandó egészségügyi ellátásokat a másik országban elismert külföldiek és hontalanok, valamint ezek családtagjai számára is biztosítani kell.

¹⁴⁴ Az Európai Szociális Karta kihirdetéséről szóló 1999. évi C. törvény.

erőfeszítéseik révén, sem más módon nem is képesek előteremteni¹⁴⁵. Hogy adott esetben ez a segítségnyújtás milyen konkrét ellátásokat is jelent, azt számunkra a Szociális és orvosi ellátásról szóló európai egyezmény¹⁴⁶ határozza meg. Érdemes mindenesetre kiemelni, hogy pusztán az anyagi fedezet hiánya miatt egy betegről sem lehet „megszabadulni”.

Sajátos szabályok alkalmazandók továbbá azokra a külföldiekre is, akiket az idegenrendészeti eljárás alatt, vagy annak következtében fogva tartanak. E külföldiek szabadságát, noha nem követtek el bűncselekményt, a közrend védelme érdekében korlátozzák, és életmódjukat, illetve egészségügyi szűrésüket, vagy, adott esetben, gyógykezelésüket, az elhelyezést nyújtó intézményre vonatkozó szabályok határozzák meg – lévén például, hogy e külföldiek elhelyezése csoportos, a befogadásukkal, elhelyezésükkel egyidejűleg kötelesek magukat orvosi vizsgálatnak alávetni. Nem világos azonban, hogy ez a vizsgálat tartalmi szempontból azonos-e a külföldiek beutazásával és tartózkodásának engedélyezésével kapcsolatos eljárásban megszabott betegségek¹⁴⁷ kiszűrésével, vagy esetleg eltér attól. Az EüM hatálya, a pontatlanságoktól eltekintve, ugyanis kifejezetten az engedélyezési eljárásra szorítkozik, hiszen az Itv.-ben csak erre kapott felhatalmazást. Az idegenrendészeti eljárás kapcsán fogvatartott külföldiek HIV szűrését illetően tehát az érdemi választ a HIV/AIDS-re vonatkozó szabályokban¹⁴⁸ kell keresni, azaz számukra kötelező HIV teszt nem írható elő.

III. IV. Vírushordozók szabad mozgása az Európai Unióban?

Az Unióban az európai állampolgárok és családtagjaik jogai közé tartozik, hogy a belső határok nélküli térségben szabadon utazhatnak, illetve tartózkodhatnak. E jog azonban itt sem korlátlan¹⁴⁹, közrendi és közegészségügyi okokból ugyanis sor kerülhet a másik tagállamban tartózkodási engedélyt kérő uniós polgár vagy családtagja szabad tartózkodásának megtagadására. Az uniós jogban a következő betegségek esetében kerülhet sor a szabad utazás, tartózkodás korlátozására: TBC; szifilisz; drogfüggőség; elmeállapot kóros megváltozása; az ENSZ Egészségügyi Világszervezete (WHO) által 1951-ben elfogadott ajánlásban szereplő azon betegségek, amelyek karanténost igényelnek; illetve egyéb fertőző betegségek, ha az adott uniós tagállam a saját polgárai érdekében e tekintetben védelmi intézkedéseket hozott. Mint látható, e szabályok igen nagy szabadságot nyújtanak az egyes uniós országoknak, a HIV/AIDS azonban egyik tagállam esetében sem beutazást-tartózkodást korlátozó tényező. Fontos kiemelni továbbá, hogy a betegségek, illetve fertőzések listája az Unióba történő belépést követően nem növelhető tovább.

A tagállamok külföldiekkel kapcsolatos „védekezési jogánál” tekintettel kell lenni az alapvető emberi jogokra is, különösen pedig az emberi méltósághoz, a személyes adatok védelméhez, és a magánélet tiszteletben tartásához való jogra. Az Európai Közösségek Bírósága (ECJ) egy alkalommal azt vizsgálta, hogy egy uniós szervhez állásért pályázó személy számára elő

¹⁴⁵ A Karta 13. cikke.

¹⁴⁶ Az Európa Tanács Szociális és orvosi ellátásról szóló, 1953. december 11-én kelt párizsi egyezményének magyar nyelvű szövegét a Kartát kihirdető törvény melléklete tartalmazza.

¹⁴⁷ Lásd EüM.

¹⁴⁸ Lásd az Eütv. 59.§ (4)-(5) bekezdését és a szerzett immunhiányos tünetcsoport kialakulását okozó fertőzés terjedésének megelőzése érdekében szükséges intézkedésekről és a szűrővizsgálatok elvégzésének rendjéről szóló 18/2002. (XII.28.) ESZCSM rendeletet.

¹⁴⁹ Lásd a Közösséget Alapító Szerződés 39. cikke értelmében kiadott szabályokat, így például a 64/221/EGK tanácsi rendeletet a tagállamok intézkedéseinek összehangolásáról a közrend, a közbiztonság és a közegészségügy területén (OJ L56, 04.04.1964.).

lehet-e írni HIV vizsgálatot. A Bíróság úgy foglalt állást¹⁵⁰, hogy a pályázónak jogában áll titokban tartania az egészségügyi állapotára vonatkozó adatokat, tekintettel magánélethez fűződő jogára. E jogot az érintett számára az Európai Emberi Jogi Egyezmény¹⁵¹ 8. cikke biztosítja, és az Unióban mind az emberi jogok általában véve, mind pedig az említett Egyezmény rendelkezései védendők. Ugyanakkor a gyakorlatban még mindig elképzelhető, hogy az uniós polgártól nem kifejezetten HIV pozitív státusza miatt kívánják „megszabadulni”, hanem hivatalosan jövedelmének hiányára, munkanélküliségére, vagy például lakhatásának hiányára hivatkozva. Egyedül Luxemburgban tilos mindennemű HIV szűrés, e tagállamnak ugyanis nagy szüksége van a külföldi munkavállalókra¹⁵².

Az egyéb, azaz harmadik államok polgáraival kapcsolatosan viszont már nincs egységes uniós álláspont, és a tagállamok eltérő megoldásokat is alakítottak ki.

Magyarország uniós csatlakozására készülve a külföldiekre vonatkozó beutazási és tartózkodási szabályok közé egy, az Európai Gazdasági Térség (EGT) polgárait és azok családtagjaira vonatkozó fejezetet iktattak be. A kedvezőbb engedélyezési szabályok ellenére azonban az EGT polgár sem kaphat letelepedési engedélyt, ha „a közegészséget veszélyeztető betegség a tartózkodási engedély első ízben történő kiadását megelőzően fennállt”¹⁵³, azaz a hazánk uniós csatlakozását követően életbe lépő szabályozás folytatja a közegészségügyi érdek jelenleg is alkalmazott, szűréssel való védelmezését. E szabályok létjogosultságát az egyes uniós tagállamokból érkezők – gazdasági vezetők, menedzserek, újságírók, diplomaták – folyamatosan vitatják, és a számukra (is) kötelezően előírt HIV vizsgálatot egyszerre tartják értelmetlennek és megalázőnak. Az 1993 óta rendszeresen felmerülő viták mindegyike azonban meddő maradt, a szabályozási elvek ugyanis azóta sem változtak.

Legutóbb a *Die Presse* újságírója kifogásolta a győri idegenrendészeti igazgatóság előtt folyó eljárásban, hogy tartózkodási engedélye meghosszabbításakor kötelező egészségügyi vizsgálaton, és többek között AIDS szűrésen is részt kellene vennie. A felháborodott újságíró először az EU budapesti képviselőjéhez fordult, majd az eset nyomán a *Die Presse* az EU Bizottságának szakmai állásfoglalását kérte a tekintetben, hogy a közeli jövőben EU tagállammá váló Magyarország ilyen irányú rendelkezései megfelelnek-e a közösségi jognak. A lap értesülései szerint mind a képviselő, mind a Bizottság álláspontja az, hogy ez a megközelítés nem szokásos az Unióban, és a Bizottság fel is kérte a magyar kormányt, hogy szakítson ezzel a szemlélettel. Hivatalos választ kértek a külügyminisztériumtól is, a minisztérium szóvivője azonban csak annyit jelzett, hogy Magyarország mindent meg fog tenni annak érdekében, hogy a közösségi jogi vívmányoknak megfeleljen, míg a BÁH illetékese úgy nyilatkozott, hogy hazánkban „számos más államhoz hasonlóan kötelező az egészségügyi vizsgálat, közegészségügyi érdekből”¹⁵⁴.

Összegésképpen megállapíthatjuk tehát, hogy az Eütv. 2002. decemberében elfogadott módosítása ellenére – melynek értelmében HIV szűrésre csak a törvényben tételesen felsorolt csoportok tagjai kötelezhetők, és ezek között a külföldiek nem szerepelnek – a belépni kívánó

¹⁵⁰ *X versus Commission*, Case no.404/92P.1994, ECR I-4737.

¹⁵¹ Az emberi jogok és az alapvető szabadságok védelméről szóló, Rómában 1950. november 4-én kelt Egyezmény és az ahhoz tartozó nyolc kiegészítő jegyzőkönyv kihirdetéséről szóló 1993. évi XXXI. törvény.

¹⁵² LUKÁCS, Éva: „A külföldiek foglalkoztatásának európai közösségi jogi vonatkozásai”, in: *A külföldiek foglalkoztatása Magyarországon*, szerk. BERKE, GYULAVÁRI és KISS, KJK-Kerszöv, Budapest 2002), 131-152. o.

¹⁵³ Itv. 30.§.

¹⁵⁴ *Népszabadság*, 2003. április 5.

HIV pozitív (vagy a későbbiekben HIV fertőzötté váló) személyek tekintetében az idegenrendészeti szabályok továbbra is a hagyományos járványügyi modell szellemében rendelkeznek. A mellett, hogy az e fejezetben bemutatott szabályok és gyakorlat az érintettek magánélethez való jogának, önrendelkezési jogának, illetve szabad mozgáshoz való jogának aránytalan és indokolatlan korlátozását valósítják meg, az Európai Unió gyakorlatlaltal sem egyeztethetők össze, kívánatos lenne tehát az idegenrendészeti szabályokat mind az Eütv. vonatkozó rendelkezéseivel, mind az unió elvárásokkal összhangba hozni.

VI. FEJEZET

Az intravénás kábítószer-használat kérdésköre

A HIV fertőzés terjedéséhez a droghasználat több féleképpen is hozzájárulhat. Intravénás kábítószer-használat alkalmával a fogyasztók a szert injekciós tű segítségével egyenesen a vérükbe fecskendezik. Ha a művelet során steril felszerelést használnak, a vér útján terjedő betegségekben rejlő veszélyek teljes mértékben elkerülhetők, a gyakorlatban azonban sajnos elég gyakori a közös tűhasználat, melynek révén a HIV, a Hepatitis B és a Hepatitis C is egyre szélesebb körben terjedhetnek, és terjednek is. A kábítószer hatása alatt kockázatos – védekezés nélküli – szexuális kapcsolatot létesítők is növelik a HIV terjedésének az esélyeit, illetve lehetővé teszik, hogy a vírus „kikerüljön” a drogfogyasztók köréből, és akár homo-, akár heteroszexuális úton a társadalomban továbbgyűrűzzön. A kábítószerfüggők továbbá egyre gyakrabban kényszerülnek prostitúcióra, hogy elő tudják teremteni az adagjukhoz szükséges fedezetet, ami az esetek többségében szintén védekezés nélküli szexet jelent.

Magyarországon a hivatalosan regisztrált HIV pozitívok között összesen három intravénás droghasználó szerepel, korántsem biztos azonban, hogy ez a szám a valós adatokat tükrözi, hiszen a hazai kezelőrendszerben a kábítószer-fogyasztóknak csupán 5-10%-a jelenik meg¹⁵⁵.

A kelet-európai (illetve közép-ázsiai) térség egyes országaiban megfigyelhető tendencia szerint az újonnan HIV fertőzöttek 80-90%-a az IV droghasználók köréből kerül ki, és a szakemberek az afrikai térségben dúló HIV járványnál is gyorsabb ütemben növekvőként emlegetik ezt az „iker-járványt”, az intravénás kábítószer-használat és a HIV rohamos terjedését. A térség legsúlyosabban érintett országaiban, Oroszországban és Ukrajnában, az elmúlt öt évben több mint 500%-kal nőtt a HIV pozitívok száma¹⁵⁶, és ha a vírus ilyen sebességgel terjed tovább, az afrikait is túlszárnyaló járványra kell számítani.

A HIV terjedése szempontjából tehát az intravénás kábítószer-használat általában véve is nagy veszélyt jelent, térségünkben azonban kifejezetten ez az elsődleges veszélyforrás.

¹⁵⁵ NYIZSNYÁNSZKI, Anna: „Needle Exchange Programs in Hungary”, in: *Harm Reduction Programs in Hungary*, HCLU, Budapest, 2003. január.

¹⁵⁶ MALINOWSKA-SEMPRUCH, Kasia, HOOVER, Jeff és ALEXANDROVA, Anna: „Unintended consequences: Drug Policies Fuel the HIV Epidemic in Russia and Ukraine – For Consideration by the UN Commission on Narcotic Drugs and National Governments”, OSI és IHRD, New York, 2003. április.

A kábítószer-használat elleni fellépés alapvetően két típusú lehet. Irányulhat ez a fellépés, egyrészt, magának a kábítószer-használatnak, azaz a fogyasztásnak a felszámolására, annak szigorú büntetőjogi szankcionálásával ún. tiltó drogpolitika keretében, ez a hozzáállás azonban abból az előfeltételezésből indul ki, hogy a fogyasztás teljes körű felszámolása valóban elérhető – ezt a nézetet vallja az Egyesült Államok, több afrikai és ázsiai országgal egyetemben. Másrészt viszont, felismerve a tényt, hogy, függetlenül a lehetséges büntetés súlyosságától, mindig is lesznek olyan személyek, akik nem tudnak, vagy nem akarnak letenni a kábítószer-használatról, és azt, hogy ez a probléma nem oldható meg egyik napról a másikra, irányulhatnak az erőfeszítések a fogyasztás “biztonságossá tételére” is. Ez azt jelenti, hogy a cél nem a fogyasztás drasztikus eszközökkel való felszámolása, hanem a fogyasztást gyakran kísérő, de azzal nem szükségképpen együtt járó veszélyek és káros hatások csökkentése – ez a lényege az ún. ártalomcsökkentő drogpolitikának, amely elsőbbséget élvez Nyugat-Európában, Ausztráliában, Kanadában és Brazíliában.¹⁵⁷

Annak ellenére, hogy a tapasztalatok azt mutatják, a tiltó, prohibicionista hozzáállás nem alkalmas az iker-járvány megállítására, az e szerint cselekvő államok politikájukat az ENSZ keretein belül elfogadott három „drog-egyezmény” követelményeinek való megfeleléssel indokolják.¹⁵⁸ Az 1988-as egyezmény kifejezetten elvárja az azt aláíró államoktól, hogy a csekély mennyiségű kábítószer-fogyasztást is büntetni rendeljék. Nem hagyható azonban figyelmen kívül, hogy az első két egyezményt még jóval azelőtt alkották meg és fogadták el, hogy a HIV/AIDS egyáltalán feltűnt volna, és a harmadik egyezmény is még a drog és HIV tragikus összekapcsolódása előtt született¹⁵⁹. Kasia Malinowska-Sempruch, az International Harm Reduction Development Program igazgatója a „drogtól mentes társadalom” megvalósítását célzó tiltó drogpolitikákról szólva hangsúlyozza: „[e] politikák többsége nem csak hogy ellentétes az alapvető emberi jogi elvekkel, de katasztrofális közegészségügyi következményekkel jár azokban az országokban, amelyekben a HIV járvány elsősorban az intravénás droghasználat révén terjed”¹⁶⁰.

A következőkben megvizsgáljuk, hogy a HIV elleni küzdelem szempontjából melyek a létfontosságú (drog)politikai eszközök, majd bemutatjuk, hogy ezen eszközök közül hazánkban melyeket alkalmazzák.

A HIV terjedésének megelőzését szolgáló eszközök

Ugyan bővebb kifejtésre itt e kérdés nem kerül, mégis a HIV megelőzését célzó eszközök között első helyen a felvilágosító prevenciók tevékenység fontosságát szeretnénk hangsúlyozni. A korai, mind a társadalom egészére kiterjedő, mind a rizikócsoportokra irányuló célzatos felvilágosító programok tehetik lehetővé, hogy a jelenleg sem kábítószer-függőség, sem HIV fertőzöttség szempontjából nem érintett személyek a továbbiakban is

¹⁵⁷ HAMERS, Françoise és DOWNS, Angela: „HIV rising in the East”, in: *The Lancet*, vol. 361. n. 9362., 2003. március 22.

¹⁵⁸ Az 1961-es, az 1971-es és az 1988-as egyezményeket Magyarország is ratifikálta.

¹⁵⁹ E tanulmánynak nem célja a kérdés további elemzése, azonban több állam álláspontja szerint is az egyezményeknek létezik olyan értelmezése, amely nem zárja ki az ártalomcsökkentő politikák alkalmazását. Lásd erről a témáról részletesebben ELLIOTT, Richard, MALKIN, Ian és GOLD, Jennifer: *Establishing Safe Injection Facilities in Canada: Legal and Ethical Issues*, Canadian Strategy on HIV/AIDS és Canadian HIV/AIDS Legal Network, Kanada, 2002.

¹⁶⁰ Lásd MALINOWSKA-SEMPRUCH – HOOVER – ALEXANDROVA fentebb hiv. írását. *Dezsőnek*: “Not only do many of these policies violate basic human rights principles, but they also have catastrophic public health consequences in nations where the HIV epidemic is driven primarily by injecting drug use.”

elkerülhessék e veszélyeket és ártalmakat. A következőkben az intravénás droghasználók HIV szűrésével kapcsolatos szemléletünket, továbbá a főbb ártalomcsökkentő módszerek mibenlétét ismertetjük.

1.) Az intravénás droghasználók kötelező szűrésének kérdése

Első reflexként „jó ötletnek” tűnhet az intravénás drogosok kötelező szűrése, mondván, így legalább kiderül, ki a vírushordozó, ez pedig mind az illető, mind a társadalom egésze tekintetében hasznos és előnyös. A HIV szűrés általános szabályai, és különösen a kötelező szűrési körök kapcsán leírtak alapján¹⁶¹ azonban ez már korántsem ilyen egyértelmű – sőt, kifejezetten nem kívánatos.

Lévén, hogy az államok elsöprő többségében a kábítószer-fogyasztást a törvény büntetni rendeli, az intravénás droghasználók bűncselekmény elkövetői, ezért esetükben a kötelező HIV szűrés eleve kivitelezhetetlennek tűnik: illegális tevékenységük folytán az érintettek értelemszerűen igyekeznek a hatóságok elől elrejtőzni. Minthogy a kötelező szűrés egyben névvel való szűrést is jelent, az egészségügyi hatóságnak nyilvántartást kellene vezetnie a megszárt IV drogosokról, illetve az általa ismert, de önként szűrésre nem jelentkező drogfogyasztókat kötelessége lenne HIV szűrésre berendelni, vagy akár be is vinni. Az érintetteket az ilyen fajta hatósági fellépés azonban mindenképp a szűrőhelyek elkerülésére ösztönözné – mint ahogy a közelmúltban a szűrésre vonatkozó szabályokban bekövetkezett változásokig ösztönözte is.

Magyarországon 2003. január elseje óta az intravénás droghasználók kikerültek a kötelezően szürendők köréből¹⁶², számukra ettől fogva csupán a HIV teszt felajánlása a kötelező. Ez a változás üdvözlendő, hiszen a korábbi rendszer, amellyel, hogy teljesíthetetlen és így értelmetlen követelményeket állított fel¹⁶³, semmibe vette az érintettek önrendelkezéshez való jogát is, továbbá az anonimitás kizárása révén pontosan azokat az embereket tette a leginkább ki a diszkrimináció kockázatának, akiket a rizikócsoporthoz való tartozásuk miatt a társadalom már egyébként is megbélyegez.

2.) Az ártalomcsökkentő drogpolitika módszerei

Az ártalomcsökkentő drogpolitikának vannak olyan eszközei, amelyek kifejezetten a kábítószer-fogyasztáshoz kapcsolódó veszélyek és káros hatások csökkentésére irányulnak. Ide elsősorban az ún. alacsony küszöbű szolgáltatások tartoznak – a küszöb azért alacsony, mert ahhoz, hogy valaki részt vehessen az ezeket a szolgáltatásokat nyújtó programokban, nem szükséges, hogy bizonyos kezelési útmutatások betartására törekedjen. Ilyenek a tücsere programok, a biztonságos injekciós szobák és a drogok tisztaságának megállapítására szolgáló tesztek. A szolgáltatásoknak a fogyasztótól egy komolyabb együttműködést igénylő csoportja a helyettesítő terápiák köre, melyek során az érintettektől a kezelői utasítások maradéktalan betartását követelik meg, mint a metadon-, vagy a heroin-fenntartó kezelések esetében.

E tanulmányban csupán a Magyarországon jelenleg működő, vagy a közeljövőben remélhetőleg beinduló, és a HIV átadása szempontjából nagy jelentőséggel bíró ártalomcsökkentő módszereket mutatjuk be.

A) A metadon kezelés lényege

¹⁶¹ Lásd e kötet I. és II. fejezetét.

¹⁶² Korábban az 5/1988. (V.31.) SZEM rendelet rendelkezett róla, mely rendeletet az Alkotmánybíróság 2002. júniusában megsemmisített.

¹⁶³ Az intravénás droghasználók köre nem, vagy csak részben azonosítható be – HIV státuszuk teljes körű feltérképezése tehát nem lehetséges.

A metadon kezelés három fajta célból alkalmazható: rövid távú leszokás, hosszabb távú leszokás, illetve ópiáthelyettesítés célzatával (olyan esetekben, amikor a leszokási kísérletek ismételten visszaeséshez vezetnek, és a szer elhagyása belátható időn belül nem tekinthető reális célkitűzésnek). Maga a metadon egy olyan kábítószer, amely jelentős fájdalomcsillapító hatása révén csökkenti a kábítószer-élvező drog utáni vágyakozását, és gátolja a szokásos heroin adag által kiváltott eufórikus hatást is – ezek következtében az érintett könnyebben tudja elhagyni az általa korábban fogyasztott drogot, és pszicho-szociális körülményei tekintetében is javulás mutatkozik.¹⁶⁴ E kezelés során tehát a kábítószer-függőség továbbra is megmarad, a metadonra való átszokás azonban lényeges előnyökkel jár, hiszen, egyrészt, az érintett egészsége szempontjából jóval biztonságosabb (a leszokást elősegítő hatásain túl a metadon „biztos eredete” is csökkenti a drogfogyasztással egyébként együtt járó kockázatokat), másrészt pedig a heroinhoz szükséges anyagiak megszerzéséhez kapcsolódó bűnözés is kivédhető.

B) A tűcsere program lényege

E szolgáltatás lényege, hogy a programot felkereső drogosoknak steril fecskendőt biztosít. Ez történhet úgy, hogy használt fecskendők beszolgáltatását előfeltételként szabják (ritkán törekedve 100%-os arányú visszaszolgáltatásra), és úgy is, hogy csupán a steril injekciós tű kiadására koncentrálnak – e változatra a legegységesebb példát a tűcsere-automaták szolgáltatják. A tűcsere programok munkatársai gyakran végeznek utcai szociális munkát, ennek során feladatuknak tekintik a szabadban, köztereken, vagy lépcsőházakban eldobált használt fecskendők begyűjtését is, hogy mások ne sérthessék fel velük magukat, és biztos ne fertőződhessenek. Annak érdekében, hogy azokat a droghasználó köröket is elérjék, akik valamilyen oknál fogva nem tudnak, vagy nem hajlandóak a tűcsere szolgáltatón személyesen megjelenni, több helyen kialakult az ún. másodlagos tűcsere, ami azt jelenti, hogy egy közvetítő személy – aki maga is drogfogyasztó – jelentkezik a steril tűkért, juttatja el azokat a rászorulóknak, majd gyűjti be a használt fecskendőket.

Megjegyzendő még a tűcsere programok kapcsán, hogy ezek a szolgálatok általában egyéb kiegészítő szolgáltatásokat is nyújtanak a náluk jelentkezők részére (törlőkendőt, tiszta vizet, aszkorbinsavat, szűrőt, melegítésre szolgáló eszközöket, a biztonságos kábítószer-használatról, illetve a rendelkezésre álló kezelőhelyekről szóló tájékoztató anyagot, vitaminokat, gumióvszert...).¹⁶⁵ E kiegészítő szolgáltatások fontos szerepe, hogy a fogyasztók számára egyértelművé váljon: a biztonságos kábítószer-használatot csak akkor érhetik el, ha a használt eszközök egyikén sem osztoznak társaikkal.

C) A biztonságos injekciós szobák lényege

Az ún. „belövő szobák” célja kettős: egyrészt az, hogy a drogfogyasztó megfelelő higiéniai körülmények között, steril felszereléssel és megfelelő technikával fecskendezze be magának az általa használt szert, másrészt pedig, hogy szükség esetén gyors orvosi segítséget kaphasson az, aki például kábítószer-túladagolás következtében erre rászorul.¹⁶⁶

¹⁶⁴ Lásd CSORBA, József: „Methadon Substitution Treatment in Hungary”, in: *Harm Reduction Programs in Hungary*, HCLU, Budapest, 2003. január.

¹⁶⁵ Bővebben lásd NYIZSNYÁNSZKI fentebb hiv. írását.

¹⁶⁶ DÉNES, Balázs: „The Background to Harm Reduction in Hungary: Legislation and Drug Policy”, in: *Harm Reduction Programs in Hungary*, HCLU, Budapest, 2003. január.

Az ártalomcsökkentő programok hazai helyzete

Magyarország 2000-ben elfogadott *Nemzeti Drogstratégiájában* szerepel az ártalomcsökkentő módszerek fontossága, és jelenleg a jogi szabályozás sem lehetetleníti el az ilyen programok felállítását, működtetését. A következőkben röviden vázoljuk a hazánkban létező, illetve bevezetés előtt álló ártalomcsökkentő programok jogi hátterét, és gyakorlati megvalósulását.

1) A metadon-fenntartó kezelés

2002. tavaszán jogszabályi szinten¹⁶⁷ nyert elismerést a Pszichiátriai Szakmai Kollégium metadon kezelésre vonatkozó állásfoglalása, véget vetve így módon a korábbi kicsit bizonytalan, „fél-hivatalos” helyzetnek. E szabályozás értelmében a metadon kezelésre jogosultak ingyenesen juthatnak gyógyszereikhez – korábban a metadon programban részt venni kívánók csak az illetékes ÁNTSZ külön engedélye alapján kapcsolódhattak be, és, amennyiben engedélyezték számukra a részvételt, a kezelés lehetőségével csupán térítés ellenében élhettek.

A kezdeti időszakokban működési nehézségeket okozott, hogy a rendőrség gyakran „kitüntetett figyelemmel kísérte” a kezelőhelyek környékét, mint ahogy az is, hogy nem a megfelelő formában, és a jog által biztosított lehetőségen jóval túllépve kért adatokat a programban résztvevő drogbetegekről. Végül a megoldást a program vezetője és a kerületi rendőrkapitány közötti írásbeli megállapodás jelentette, melyben a rendőrség vállalta, hogy a jövőben a program működését semmilyen célból nem fogják rendőri jelenléttel ellehetetleníteni – az első ilyen típusú megállapodás a TASZ ügyvédjének közbenjárásával jöhetett létre, a budapesti Drogprevenációs Alapítvány tucsere programjánál tapasztalt rendőri zaklatások megszüntetése végett, majd ez a megállapodás a későbbiekben a többi ártalomcsökkentő program számára is mintául szolgált.

Gondot okozott még az is, hogy egy 1999 őszi törvénymódosítás folytán a rendőrség felhatalmazást kapott arra, hogy kábítószerrel való visszaélés bűncselekménnyel összefüggő nyomozás során olyan személyekről is tájékozódhasson, akik ellen korábban még soha nem folyt eljárás. Miután a kábítószer-fogyasztás alapjáraton a kábítószer-kereskedelemmel összefüggő cselekménynek számított, a kezelőhelyek adatbázisa lett a célpont. 2003. március elsejétől azonban ez a szabály megváltozott, és a kezelőhelyek nagyobb védelmet élveznek.

Hazánkban jelenleg hat metadon program működik, kettő Budapesten, négy pedig vidéken¹⁶⁸. A budapesti, pécsi és veszprémi programokban 2001 áprilisa és 2002 májusa között 70-124 drogbeteg vett részt fenntartó kezelésen, és 17-34 páciens pedig elvonókúra keretében regisztráltak. A jelenleg metadon kezelés alatt állók a hivatalosan nyilvántartott ópiátfüggőknek csupán 2-2,3%-át teszik ki, ami nemzetközi összehasonlításban igen alacsony arány. A közeljövőben azonban további programok beindítása is várható.¹⁶⁹¹⁷⁰

2) A tucsere programok

¹⁶⁷ Egészségügyi Közlöny 9. sz., 2002, április 25.

¹⁶⁸ Gyulán, Pécsen, Veszprémben és Balassagyarmaton.

¹⁶⁹ Többek között Szegeden, Miskolcon és Sopronban.

¹⁷⁰ Bővebben lásd CSORBA fentebb hiv. írását.

A tücsere programok működtetése kapcsán többfajta nehézség is felmerült. A jogszabályi háttér elvileg adott volt a programok beindításához és üzemeltetéséhez, és – bár nem jogszabályi szinten – e szolgáltatásokra vonatkozólag is létezik Pszichiátriai Szakmai Kollégiumi iránymutatás¹⁷¹. Ennek ellenére a kezdeti időkből a helyi rendőri szervek itt is feladatuknak érezték, hogy a tücsere szolgálatok környékét megfigyeljék, illetve hogy az arra megfordulókat igazoltassák, magukra a szolgálatokra pedig a kábítószer-fogyasztást, azaz a bűnözést elősegítő intézményekként tekintettek. Az előzőekben vázolt megállapodás az esetek nagy többségében itt is célra vezető volt.

Elvileg problémákat vetett fel az 1999. ősze és 2003. márciusa között hatályos büntető törvénykönyv is, a kábítószerrel való visszaélés tényállásában ugyanis ekkor az elkövetési magatartások között szerepelt a „fogyasztás”. Aki pedig a kábítószer-fogyasztáshoz szándékos segítséget nyújt, az bűnsegédlet címén felelősségre vonható – így elvileg az injekciós felszerelést nyújtó ártalomcsökkentő szolgálatok munkatársai ellen is indulhatott volna eljárás. Nem történt azonban ilyesmi, de ha történt volna, akkor sem végződhetett volna tényleges büntetéssel, a magyar jog ugyanis ismeri a társadalomra veszélyesség fogalmát. Amennyiben egy cselekmény társadalomra veszélyessége nulla, az illető nem büntethető.

Magyarországon hat tücsere program működik, kettő a fővárosban, négy pedig vidéken^{172 173}.

3) *A biztonságos injekciós szobák*

Hazánkban jelenleg még nem működik „belövő szoba”, a jogszabályok azonban nem zárják ki az ilyen ártalomcsökkentő szolgálatok működtetését, és a GYISM tervei között is szerepel hasonló helyek támogatása¹⁷⁴. A közeljövőben tehát e téren is előrelépések várhatók.

Összefoglalásképpen elmondható, hogy Magyarország viszonylag nyitott az ártalomcsökkentő módszereket illetően, és e területen további fejlődés várható. Aggasztó azonban, hogy sem a Nemzeti AIDS Bizottságnak, sem a Gyermek-, Ifjúsági és Sport Minisztériumnak, sem az Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztériumnak nincsen semmilyen válságforgatókönyve arra az esetre, ha hazánkban, a környező országokéhoz hasonló módon, az intravénás drogfogyasztás kapcsán rohamosan megugrana a HIV fertőzöttek száma. Kérdés továbbá az is, hogy felállításra kerülnek-e olyan HIV szűrő- és tanácsadó helyek, amelyek képesek elérni a hagyományos ellátórendszerrel gyakran kapcsolatba nem is kerülő intravénás drogosokat – ha ugyanis ez nem történik meg, a decemberi módosítások a gyakorlatban nem hozhatják majd a várt eredményeket.

Az intravénás kábítószer-fogyasztás veszélyeit és az általuk igényelt lépéseket illetően végezetül Peter Piot, a UNAIDS vezetője idevágó sorait szeretnénk idézni:

„Az AIDS és a kábítószer egymással összefüggő problémák. Ha a fiatalok számára nem nyújtunk megfelelő munkalehetőségeket és reménytelen jövőt, akkor a kábítószer-fogyasztás vonzó lehetőségnek fog tűnni. Ha nem vértessük fel a fiatalokat az élethez szükséges tudással,

¹⁷¹A Pszichiátriai Szakmai Kollégium módszertani levele a Tücserelés szakmai irányelveiről, in: *Psychiatria Hungarica* 16. évf., 2001/1. sz.

¹⁷² Szegeden, Pécsen, Veszprémben és Miskolcon.

¹⁷³ Bővebben lásd NYIZSNYÁNSZKI fentebb hivatkozott írását.

¹⁷⁴ Az egyik mobil tücsere programot működtető Baptista Szeretetszolgálat pedig konkrétan vállalkozna is arra, hogy belövő szobát üzemeltessen.

nem fogják tudni megvédeni magukat a kábítószer-fogyasztástól vagy a HIV fertőzéstől. Ha nem biztosítunk emberi bánásmódot a kábítószer-fogyasztók számára, képtelenek lesznek kitörni a függőség ördögi köréből. És ha nem látjuk el az intravénás kábítószer-fogyasztókat steril fecskendővel, óvszerrel és felvilágosító-megelőző ismeretekkel, akkor képtelenek leszünk megakadályozni, hogy a HIV vírusával fertőződjenek, és e vírust továbbadják.

(...)

*A ma kihívása, hogy haladéktalanul megfelelő programokat állítsunk föl, mielőtt egy újabb generáció esne a kábítószer-fogyasztás és az AIDS áldozatául azért, mert ezt a generációt semmilyen beavatkozás sem érte el, és tagjainak semmilyen szolgáltatáshoz vagy kezeléshez sem volt módja hozzájutni.*¹⁷⁵

VII. FEJEZET

A büntetőjog alkalmazhatósága

A HIV fertőzés illetve AIDS betegség gyógyíthatatlan voltára való tekintettel, és a betegség által generált félelemből fakadóan az emberekben időről időre megfogalmazódik az igény, hogy büntetőjogilag felelősségre lehessen vonni azokat a HIV pozitív személyeket, akik HIV státuszukat partnerük előtt elhallgatták, vagy egyenesen letagadták, és a fertőzés átadásának elkerülése végett óvintézkedéseket sem tettek.

A HIV tipikusan vér útján, és nemi érintkezés során terjed. Tekintettel azonban arra, hogy a legtöbb országban a nyolcvanas évek második fele óta a vért és a vérkészítményeket automatikusan kötelező HIV tesztnek vetik alá, ma már gyakorlatilag kizárható, hogy valaki ezek révén fertőződjön, és ilyen összefüggésben kelljen esetleg a felelősöket szankcionálni¹⁷⁶.

A következőkben tehát kifejezetten a nemi úton (potenciálisan) bekövetkező fertőzésátadás eseteit vizsgáljuk. Igyekszünk körbejárni, hogy a kérdésre elméletileg milyen büntetőjogi válaszok adhatók¹⁷⁷, majd bemutatjuk a hazai viszonylatban felmerült eseteket és a gyakorlatban alkalmazott jogi megoldásokat. Végül pedig a nemzetközi ajánlások fényében szólunk néhány szót arról, hogy a büntetőjognak milyen szerep juthat a HIV terjedése elleni küzdelemben.

¹⁷⁵ Piot, Peter: „Speech to the Commission on Narcotic Drugs”, Bécs, 2003. április 17., www.unaids.org.
Dezsőnek: „AIDS and drug use are intertwined problems. If we don't offer young people decent jobs and hope for the future, then drug use will seem an attractive option. If we don't give young people life skills, they will not be able to protect themselves from using drugs or from HIV infection. If we don't offer drug users humane treatment, they will not be able to escape the cycle of addiction. And if we don't provide injecting drug users with clean needles, condoms and prevention education, then we will be unable to stop them contracting and transmitting HIV. (...) The challenge today is to scale up programmes rapidly, before we lose another generation to drug use and AIDS, because they never had access to any intervention, service or treatment.”

¹⁷⁶ Természetesen soha semmi sem zárható ki száz százalékosan. Azonban ha az illetékesek akár szándékos, akár gondatlan magatartása folytán pl. HIV-vel fertőzött vérekészítmények kerülnének a rászorulókhhoz, az eset büntetőjogi megítélése valószínűleg kevésbé lenne problémás, mint a HIV szexuális úton történő átadásakor.

¹⁷⁷ Elemzésünk során – a teljesség igénye nélkül – elsősorban a kontinentális büntetőjog és a hazai büntető törvénykönyv (1978. évi IV. törvény, a továbbiakban: Btk.) adta lehetőségekből indulunk ki, a magyarországi konkrét eseteket viszont külön tárgyaljuk majd.

I. Szándékos bűncselekmények

Mielőtt a konkrét bűncselekményi tényállások vizsgálatához fognánk, talán nem szükségtelen tisztáznunk, hogy a jog mikor tekint egy cselekményt szándékosan elkövetettnek¹⁷⁸.

1) A szándékosság büntetőjogi fogalma

Büntetőjogi szempontból a szándékosságnak két fajtáját szokás megkülönböztetni: az egyenes szándékot, és az eshetőleges szándékot.

Egyenes szándékkal követi el az adott cselekményt az, aki cselekedete következményeit előre látja, és azok bekövetkeztét kifejezetten akarja, kívánja, azaz a cselekményt egyértelműen ezen következmények kiváltása érdekében követi el.

Ezzel szemben ún. eshetőleges szándékkal elkövetett a cselekmény, ha az elkövető nem kifejezetten a hátrányos eredmények bekövetkezése érdekében cselekszik, hanem annak ellenére, hogy tudatában van annak, hogy ezen eredmények bekövetkezési esélye reális, ebbe az esetőségbe különösebb aggályok nélkül belenyugszik, és a következmények elmaradását a véletlenre bízva („ha bekövetkezik, az se baj” hozzáállás).

2) Szándékos emberölés, illetve annak kísérlete

A HIV fertőzés következtében kialakuló AIDS betegség a tudomány jelenlegi állása szerint nem gyógyítható, az emberek első reflexe, hogy emberölést emlegetsenek, amikor valaki tudatosan megfertőzi, megfertőzni igyekszik, vagy belenyugszik abba, hogy esetleg megfertőzheti partnerét. Gyógyíthatatlan volta ellenére azonban a HIV/AIDS a mai terápiás lehetőségek mellett nem tekinthető halálos betegségnek, megfelelő kezelés mellett ugyanis évekig, vagy akár évtizedekig is késleltethető az immunhiányos betegség kialakulása és lefolyása.

A szándékos emberölés¹⁷⁹ illetve kísérlete tehát nem merülhetnek föl a HIV fertőzés átadásának büntetőjogi megítélése kapcsán.

A fentiek ellenére egyes országokban előfordult, hogy a partnerük tudta nélkül velük kockázatos nemi kapcsolatot létesítő HIV pozitív személyeket emberölés kísérlete címén elítélték. Az Egyesült Államokban több ilyen ítélet is ismert¹⁸⁰, de Finnországban is született már hasonló határozat¹⁸¹. Az angolszász jogesetekben megnyilvánuló szemléletet azonban vitathatónak tartjuk, ugyanis az ítéletek erkölcsi és etikai indítatások¹⁸² alapján bevallottan is jóval súlyosabb szankciókkal sújtják a HIV pozitív vádlottakat, mint amit az általuk elkövetett cselekmények konkrét súlya egyébként indokolna.

¹⁷⁸ Btk. 13.§.

¹⁷⁹ Btk. 166.§.

¹⁸⁰ *Virginia v. Webb*, Petersburg Cir. Ct., n° F-796-93, 1994. november5.; *State of Oregon v. Hinkhouse*, 1996 WL 99406, 1996. március 6. Az esetekre bővebben megtalálhatók a Canadian HIV/AIDS Legal Network *Criminal Law and HIV/AIDS: Final Report* c. kötetében (1998. március; www.aidslaw.ca).

¹⁸¹ A helsinki fellebbviteli bíróság 1993. december 10.-i határozata (az esetet ismerteti az Európai Emberi Jogi Bíróság a *Z. v. Finland* (1997) c. határozatában).

¹⁸² Ezekről a későbbiekben még részletesebben is lesz szó.

3) Szándékos testi sértés

A testi sértés¹⁸³ ún. eredmény-bűncselekmény, azaz megvalósulásához a törvényben szereplő eredmény létrejötte szükséges, jelen esetben, hogy az ember testi épsége vagy egészsége sérüljön. A testi sértés minősített esetei a bekövetkezett eredmény függvényében kerültek megfogalmazásra, és a következők lehetnek: halált okozó testi sértés, életveszélyt okozó testi sértés, és maradandó fogyatékoság vagy súlyos egészségromlás.

A HIV/AIDS esetében a súlyos egészségromlást okozó testi sértés esete merülhet föl, hiszen az egészségromlás akkor súlyos, ha a cselekmény krónikus vagy gyógyíthatatlan betegséget okozott¹⁸⁴.

Ha az elkövetőnél kimutatható a HIV fertőzés átadásának kifejezett szándéka (egyenes szándékkal elkövetett bűncselekmény), akkor a felelősségre vonás kétféleképpen képzelhető el. Amennyiben az eredmény – a fertőzés átadása – bekövetkezett, az elkövető súlyos egészségromlást okozó testi sértésért állítható bíróság elé, ha viszont a kockázatos aktus és az elkövető szándéka ellenére a partner nem vált HIV pozitívvá, csak súlyos egészségromlást okozó testi sértés kísérlete címén emelhető vád.

Ha viszont egyenes szándék nem mutatható ki, akkor az is vizsgálendő, hogy a HIV pozitív személy tudata mit fogott át. Kutatási eredmények ugyanis a térségünkben legelterjedtebb HIV altípus vonatkozásában azt mutatták ki, hogy a vírus egyetlen egy aktus során történő átadásának valószínűsége igen alacsony. Amennyiben ezzel az elkövető tisztában volt, aligha mondható, hogy a következmények elkerülésében teljesen alaptalanul bízott volna.

II. Gondatlan bűncselekmények

A gyakorlatban igen ritka, hogy valaki a HIV fertőzés átadásának kifejezett szándékával létesítsen szexuális kapcsolatot, a gondatlan – könnyelmű vagy hanyag – kapcsolatlétesítés azonban már sokkal életszerűbbnek tűnik. A következőkben tehát a HIV fertőzés átadásának gondatlanságból elkövetett bűncselekményként való minősítését fogjuk vizsgálni, először azonban magát a gondatlanság¹⁸⁵ fogalmát ismertetjük.

1) A gondatlanság büntetőjogi fogalma

A gondatlan bűnösség megállapítása két esetben lehetséges: ha az elkövető magatartása következményeit ugyan előre látja, ám azok elmaradásában könnyelműen bíz (tudatos gondatlanság); illetve ha az elkövető magatartása következményeit azért nem látja előre, mert nem a tőle elvárható körültekintéssel járt el (hanyagság).

A HIV fertőzés vonatkozásában a tudatos gondatlanság esetei vizsgálandók, ugyanis ha az elkövető tudja magáról, hogy HIV pozitív, akkor már rendelkezik a fertőzés terjedésére vonatkozó ismeretekkel¹⁸⁶, ha pedig nincs tisztában HIV státuszával, akkor hanyagság címén sem vonható felelősségre, nem létezik ugyanis olyan elvárás, amelynek értelmében minden

¹⁸³ Btk. 170.§.

¹⁸⁴ Btk. Kommentár.

¹⁸⁵ Btk. 14.§.

¹⁸⁶ Magyarországon az orvos legkésőbb a pozitív státusz közlésekor minden esetben tájékoztatja a HIV fertőzött személyt arról, hogy milyen hatékony módszerek léteznek a fertőzés terjedésének megakadályozására.

egyres nemi aktus előtt bárkinek is meg kellene bizonyosodnia arról, hogy HIV fertőzött-e vagy sem.

Megjegyzendő még a gondatlanság szabályainak ismertetése kapcsán, hogy a bűnösség alacsonyabb foka – a szándékosság hiánya – következtében a következőkben tárgyalt bűncselekmények kísérlete fogalmilag kizárt¹⁸⁷.

2) *Gondatlanságból elkövetett emberölés*

A szándékos emberölés kapcsán kifejtettek következtében a HIV fertőzés átadása gondatlanságból elkövetett emberölést sem valósíthat meg – a HIV/AIDS ugyanis a jelenleg alkalmazott terápiák mellett nem tekinthető halálosnak.

3) *Gondatlanságból elkövetett testi sértés*

A testi sértést¹⁸⁸ gondatlanul követi el az, aki tettének következményeit ugyan előre látja, de azok elmaradásában mégis könnyelműen bíz, azaz, a HIV-re vonatkoztatva, ugyan tisztában van azzal, hogy a vírust nemi úton partnerének átadhatja, mégis könnyelműen bíz abban, hogy partnerét nem fogja megfertőzni.

A bűnösség megállapításához itt azt szükséges tisztázni, hogy mi értendő az alatt, hogy az elkövető „könnyelműen” bíz a testi sértés (egészségsértés, súlyos egészségromlás) elmaradásában.

A könnyelmű bizakodásnak olyan körülményre kell irányulnia, amelynek bekövetkezte vagy elmaradása az elkövető szerint alkalmas a káros eredmény elkerülésére, azonban az adott körülmények nem megfelelő – könnyelmű – értékelése folytán az említett eredmény mégis bekövetkezett. Ha az elkövető az elvárható körülményekkel járt el, és az eredmény elmaradásában kellő ténybeli alappal bizakodott, az azonban a reális értékelés ellenére mégis bekövetkezett, nem vonható felelősségre. A HIV esetében álláspontunk szerint ez akkor merülhet föl csupán, ha a HIV pozitív személy mindent megtett az aktus biztonsága érdekében (például megfelelő óvszerhasználattal védekezett).

Kanadában eddig két olyan ítélet született, amelyben a védekezés nélkül szexuális kapcsolatot létesítő elkövetőt gondatlanságból elkövetett testi sértés címén marasztalták el¹⁸⁹. Vitatható azonban, hogy a kifejezetten elrettentő célzattal kiszabott súlyos büntetés – az egyik esetben 11 év szabadságvesztés – alkalmas eszköz-e a HIV terjedésének meggátolására, hiszen könnyen arra ösztönözheti az érintetteket, hogy ne jelentkezzenek HIV szűrésre. A fertőzés átadásáért ugyanis csak az vonható felelősségre, aki tud HIV pozitívításáról.

III. A magyarországi esetjog

¹⁸⁷ Kísérlet ugyanis csak akkor merülhet föl, ha az elkövető szándéka kiterjedt ugyan az adott cselekmény illetve eredmény megvalósulására, de valamilyen oknál fogva nem sikerült azt elérnie. Gondatlan bűncselekmény esetén azonban pont arról van szó, hogy az elkövető tudata nem irányult a bűncselekmény megvalósítására, tehát, ha a tényállásban szereplő eredmény elmaradt, akkor, szándék hiányában, az elkövető nem vonható felelősségre.

¹⁸⁸ A magyar szabályozás szerint gondatlan alakzata csak a súlyos testi sértésnek van.

¹⁸⁹ *R. v. Wentzell*, C.R. 10888, 1989. december 8.; *R. v. Mercer*, 84 C.C.C. (3d) 41, 1993. Bővebben: Canadian HIV/AIDS Legal Network *Criminal Law and HIV/AIDS: Final Report* c. kötete (1998. március; www.aidslaw.ca).

Magyarországon ez idáig HIV fertőzés átadása okán indult büntetőeljárások közül három eset körülményei ismertek előttünk. Ezek közül két esetben nem volt HIV fertőzött sértett, a harmadik esetben viszont a sértett is HIV pozitív volt. Lévéen, hogy a felmerült tényállások gondatlan alakzatánál igen nagy jelentőséggel bírhat, hogy a tényállásszerű eredmény (jelen esetben a HIV fertőzés) bekövetkezett-e, vagy sem – hiszen gondatlan bűncselekmény miatt csak akkor lehet bárkit is felelősségre vonni, ha az eredmény bekövetkezett –, az alábbiakban az ügyeket e szempont szerint különítettük el.

1) A fertőzés tényleges átadásával nem járó magatartás szankcionálása

A legelső hazai HIV fertőzéssel kapcsolatos büntetőeljárás 1994-re nyúlik vissza. A HIV pozitív férfi ellen természet elleni fajtalanság és súlyos egészségromlást okozó testi sértés kísérlete gyanújával indult eljárás. A gyanúsított tagadta, hogy közte és a fiatalok között lett volna szexuális kapcsolat. Elismerte viszont, hogy két felnőtt férfival létesített védekezés nélküli nemi kapcsolatot, a partnerek előtt azonban az elkövető HIV státusza nem volt ismeretlen, és mindkét férfi ennek tudatában ment bele a kapcsolatba. A partnerek egyike sem fertőződött meg, az elkövető bűnösségét súlyos egészségromlást okozó testi sértés címen tehát nem lehetett vizsgálni. A természet elleni fajtalanságot illetően pedig bizonyítékok hiányában, illetve annak következtében, hogy a sértett visszavonta terhelő vallomását, az eljárás felmentő ítélettel zárult.

A másik, 2000-ben indult eljárás esetében az életveszélyt okozó testi sértés kísérletével gyanúsított HIV pozitív férfi pornófilm-szereplőként illetve pornófotó-modellként tevékenykedett. A gyanúsított munkája során, és azon kívül is több esetben létesített konszenzuális nemi kapcsolatot, partnereit azonban HIV fertőzöttségéről nem tájékoztatta. A nyomozó hatóság látókörébe nem került olyan személy, aki a gyanúsítottal létesített szexuális kapcsolat következtében megfertőződött volna, az ügyész az eljárást tehát bűncselekmény hiányában megszüntette. Indoklásában kifejtette, hogy a gyanúsítottat az esetleges eredmény – a vírus átadása – tekintetében szándékosság nem, csak tudatos gondatlanság terheli, mivel tisztában volt magatartása lehetséges következményeivel, továbbá azzal is, hogy a fertőzés átadásának veszélye egyetlen aktus alkalmával igen csekély. Ha pedig nincs eredmény – fertőzés –, akkor, gondatlan bűncselekményről lévén szó, a kísérlet fel sem merülhet.

2) A fertőzés tényleges átadásával járó magatartás szankcionálása

Az eljárás 1999-ben indult, a tizennyolc éven aluli és HIV pozitív sértett indítványára, természet elleni fajtalanság és életveszélyt okozó szándékos testi sértés alapos gyanúja miatt. Az eljárás során csatolt szakértői véleményekből kiderült, hogy ugyan tény, hogy mind a gyanúsított, mind a sértett HIV fertőzött, a sértett azonban szervezetében a vírus HIV-1 és HIV-2 válfaját is hordozza, míg a gyanúsított 1991-es pozitív lelete szerint kizárólag a vírus HIV-1 változatával fertőzött. A HIV-1 és HIV-2-vel való fertőződés általában egyszerre történik, a sértett tehát a fertőzést nagy valószínűséggel mégsem a gyanúsítottól kapta el, azaz az életveszélyt okozó testi sértés a gyanúsított terhére nem volt megállapítható. Miután pedig a sértett visszavonta vallomását, az eljárást az ügyészség vádemelés nélkül megszüntette.

Ha azonban a vizsgálatok a sértett és az elkövető szervezetében azonos vírust mutattak volna ki, még mindig további bizonyítást igényelt volna, hogy azt a sértett valóban a gyanúsítottól kapta el, és nem mástól.

IV. Összegzés a nemzetközi ajánlások tükrében

Mind a UNAIDS¹⁹⁰, mind az Európa Tanács¹⁹¹ arra hívja fel a tagállamok figyelmét, hogy a HIV/AIDS vonatkozásában óvatosan nyúljanak a büntetőjog eszközeihez, és azt csak a legvégső megoldásként, és a lehető legszűkebb körben alkalmazzák.

A UNAIDS kifejezetten nem kívánatosnak tartja, hogy a tagállamok új, külön a HIV fertőzés átadását szankcionáló tényállást iktassanak büntető törvénykönyvükbe. Félő ugyanis, hogy az új tényállás létrehozatala következtében a köztudatban a HIV fertőzöttek mint potenciális bűnözők fognak megjelenni, továbbá erősödik az a már jelenleg is túlságosan elterjedt hit, hogy partnere egészségéért – HIV negativitásáért – a HIV pozitív személy felel. A büntetőjogi védettség szülte hamis biztonságérzetnek a HIV terjedése elleni küzdelem vonatkozásában igen hátrányos hatásai lehetnek, és a kizárólag HIV fertőzöttek által megvalósítható bűncselekmény léte bűnbakkereséshez, szélsőséges esetekben akár „boszorkányüldözéshez” is vezethet.

Nagyon ritkán előfordulhatnak ugyan olyan esetek, amikor a HIV-vel való megfertőzés illetve annak kísérlete büntetőjogi válaszokat igényel¹⁹², az ilyen esetekben szankcionálásához azonban nem szükséges, hogy a büntető törvénykönyv külön HIV-specifikus tényállást tartalmazzon, hanem más, már korábban is létező bűncselekmény címén javasolt az eljárást lefolytatni.

Fontos kérdés még az ún. „veszélyeztetett csoportok” büntetőjogi megítélése. A HIV fertőzés szempontjából hagyományosan a különösen veszélyeztetett csoportok között tartják számon mind a melegeket, mind a prostituáltakat, mind pedig az intravénás kábítószer-használókat¹⁹³. E csoportokat a társadalom általában igen negatívan ítélte-ítéli meg, és a csoportok tagjait gyakran diszkriminálják. Az érintettek pedig, tartva környezetük hozzáállásától, hajlamosak elfedni, elrejtteni, hogy adott csoporthoz tartoznak, ami esetenként eléggé megnehezíti a célzott tájékoztatást (például a HIV prevenció keretében), és az érintetteket a HIV szűrőhelyektől való távolmaradásra ösztönözheti.

A helyzet azonban még súlyosabb lehet, ha a veszélyeztetett csoporthoz tartozás „ismérve” olyan tevékenység, cselekmény, amelyet az adott állam büntetőjoga szankcionál, ezért a Nemzetközi Irányelvek arra is ösztönzik a tagállamokat, hogy lehetőség szerint az ilyen eseteket dekriminalizálják¹⁹⁴.

A büntetőjogi eszközök alkalmazása következtetésképpen csupán a HIV fertőzés átadásának legsúlyosabb eseteiben lehet indokolt. Ezzel szemben a büntetőjog szélesebb körben való alkalmazása könnyen a kítűzött célt – a HIV terjedésének megállítását és a HIV negatívok védelmét – meghiúsító eredményekhez vezethet.

¹⁹⁰ 4. Nemzetközi Irányelv, 29. b)-d) pt. in: *International Guidelines*.

¹⁹¹ R (93) 6. sz. ajánlás.

¹⁹² Például ha valaki pl. fecskendővel vírust juttatna egy másik személy szervezetébe, vagy ha egy sérült személy vérző sebébe szándékosan a saját, fertőzött vérért juttatja (Kanadában és az Egyesült Államokban mindkét esetre volt példa – lásd a Canadian HIV/AIDS Legal Network hivatkozott kötetét).

¹⁹³ A HIV és a drog kapcsolatáról bővebben az ... fejezetben szöveglünk.

¹⁹⁴ Magyarországon az üzletszerű kéjelgés 1993. májusa óta nem bűncselekmény, a természet elleni fajtalanság hatályon kívül helyezésével (37/2002. (IX.4.) AB határozat) azonban csak a közelmúltban vált „engedélyezett” magatartássá a tizennyolc éven aluli, és a tizennyolc évet már betöltött azonos nemű partnerek közötti szexuális kapcsolat.

INTERJÚK

„A legaggasztóbb a prudéria”

Interjú a HIV pozitív Tamással

Készítette: Pálfi Balázs

Tamással való ismeretségünk még a fertőzése (1993) előttről való. Így lehet/kell feltenni kínos kérdéseket, de néha éppen a válaszok ismerete tett/teszt fölöslegessé körorket. Először arra kértem, hogy tisztázzuk: miért és ki előtt anonim személy Ő, illetve ez a beszélgetés hogyan viszonyul a nyilvánosságához.

T.: Te tudod a legjobban, hogy milyen kevés embernek, néhány barátnak, rokonnak vagyok teljes mértékben elérhető a betegséggel együtt. És van még egy furcsa kategória: elég sokan tudják, hogy beteg vagyok, de hogy konkrétan mi a bajom, hogy nevezik, azt nem tudják. Ha elkezdnek rá célozgatni, vagy netán rákérdeznek, akkor kitérő válaszokat szoktam adni, 10 év alatt volt időm belerázódni.

P. B.: Honnan vannak a félelmeid? Volt rá konkrét tapasztalatod, hogy amint megtudták a fertőzöttséged tényét, nagyon megváltozott a viszonyuk Hozzád?

T.: Láttam és látok veszélyeket! Egy lakótelepen élek, itt kérdés nem lehet, hogy titkolózni kell-e?! Nem igazán tudnék olyan társadalmi réteget megnevezni, amelyik elfogadó lenne ezzel a betegséggel kapcsolatban. Igaz, személyes, konkrétan rossz tapasztalatom nincs, eddig sikerült megőriznem a látszatot, de a médiából épp elég ellenpéldát ismerhetünk.

P. B.: Akkor tehát a Te feladatod megfogalmazni, hogy ki is vagy ebben a beszélgetésben. Mit lehet, illetve mit kell tudnia annak, aki olvassa ezt...

T.: Semmi nem titok, kivéve azok az adatok, amelyek alapján be lehetne azonosítani engem: pl. a teljes név, lakcím, telefonszám, stb. 38 éves vagyok, 12 éve lakom Budapesten. És az előbb kérdezted, hogy voltak-e személyes rossz tapasztalataim. Nos, igen, az a szubkultúra is, amelyhez tartozom, a melegek „közössége”, igencsak elutasító velünk kapcsolatban. Ha valakiről akár pletykaszinten is kiderül a dolog, akkor futótűzként terjed olyanok körében is, akikkel soha semmiféle személyes kapcsolatom nem volt, nincs.

P. B.: A szexuális identitásod kialakulása és rögzülése problémamentes volt?

T.: Hát, nem vagyunk már mai csirkék, én a rendszerváltás környékén kezdtem nyitni a világ felé – persze a világ is akkor kezdett nyílni. Azt kellett először tisztáznom, hogy egy vidéki kisváros mit fogad el az én melegségemből, abból az életvitelből, amelyik meleg viszonylatban nem volt különösebben kirívó. Az is jellemző, hogy anyámnak akkor „coming-out”-oltam, amikor a betegségem révén erre rákényszerültem. A családom többi tagja csak évekkel később szerzett róla tudomást, és most már látom, hogy nem volt valami jó döntés a szélesebb körű nyitás. Ez egy kimondatlan konfliktusforrás lett, annak ellenére, hogy a testvérem orvos...

P. B.: Elmenekültél abból a kisvárosból, ahol addig éltél?

T.: Nem! Csak az „élni, és élni hagyni elv” ebben az országban itt, Budapesten látszott létezőnek. Ebben nincs sok változás. És az akkori döntésemet most is helyesnek tartom, azzal együtt, hogy gyakran járok haza, őrzöm a gyökereket.

P. B.: A fertőzésed előtt is ugyanazt gondoltad a melegségről, a coming-out-ról, az identitásról, a „nyilvánosságról”?

T.: Az eleve meghatározza az embert, hogy honnan jön. Például az én bujkálós, vidéki életem valamilyen szinten megmaradt akkor is, amikor már nem kellett annyira ügyelnem a látszatokra.

P. B.: Amikor a HIV fertőzöttségedről tudomást szereztél, biztos vagyok abban, hogy sok mindenben megváltozott az életed. Így utólag is azt gondolod, jól döntöttél arról, hogyan és milyen körülmények között is élsz tovább?

T.: Ezt azért rossz ilyen módon megközelíteni, mert bármilyen kegyesen és emberségesen is hozzák ezt a tudomásodra, pánik reakció lép fel. Aztán jön a „holnap meghalok” állapot, aztán a depressziós hullámhegyek-hullámvölgyek. Ezt te pontosan ismered, sok mindent együtt csináltunk végig. Folyamatosan kell újabb és újabb stratégiai döntéseket hozni, attól függően is például, hogyan reagálsz a kezelésre, miként jelennek meg az első apróbb tünetegyüttesek, mikor lépsz át a fertőzött állapotúból az AIDS-esbe, stb. Énnekem ez nem azt jelentette, hogy átadom magam a „hű, de halálos beteg vagyok” hangulatnak, de (bár nagyon nehéz) tudomásul kell venni, hogy nem mennek egyes dolgok.

P. B.: Emlékszem egy nagyon tudatos döntésedre! Ugyan előtte is tervezted, hogy elvégzel egy nyelvszakos főiskolát, de még jóval a tünetek jelentkezése előtt el is kezdted (illetve aztán be is fejezted), azzal az indoklással, hogy ha leesel a lábadról, vagy akár csak már nem tudsz úgy dolgozni, mint azelőtt, akkor is legyen miből megélned. Valamennyit tanítasz és fordítasz azóta is.

T.: Van, illetve volt akkora tudásszomjam, hogy ami hozzáférhető volt erről a betegségről, azt én elolvastam. Persze néha jól bepánikoltam, de sokszor meg azt gondoltam, hogy fog ez

menni. Ezt az idegen nyelvet (és akkor maradjunk annyiban, hogy az, hogy ez melyik, ez is „személyes adat”) már gyermekkorom óta tanultam. Volt felsőfokú nyelvvizsgám belőle, de csak akkoriban indult levelezőn képzés, ami nekem nagyon jól jött. Akkoriban nálam már nagyon sok és komoly tünet jelentkezett, amikkel én továbbdolgoztam. Az eü. eredményeim egyre romlottak, sejtettem, hogy nagy bajok lesznek. És az kiszámítható volt, hogy a magyar társadalombiztosítási, szociális színvonal sem fog emelkedni, sőt! Úgyhogy nem volt egyszerű, mert közben rengeteget dolgoztam is.

P. B.: A diplomád átvétele helyett a László kórház 22-es osztályán feküdtél 40 fokos lázzal.

T.: Igen, az államvizsga után váratlanul lerobbantam. Onnantól már tudtam, hogy most van az a pont, amikortól nem úgy ketyeg a világ, ahogyan én szeretném. Új kompromisszumokat kell kötnöm. Egy hónapig feküdtem bent.

P. B.: Akkoriban még dolgoztál. A munkahelyeden mit szóltak mindehhez?

T.: A melegségem, mondjuk úgy, hogy nyílt titok volt, több kolléga tudta, de ebből soha nem volt konfliktus. Talán akkor összeállt bennük valamilyen kép, amikor ugye hirtelen kórházba kerültem, és nem mutattam hajlandóságot arra, hogy meglátogathassanak. Az édesanyám tartotta velük a kapcsolatot telefonon, és állandóan hangsúlyozta, hogy nem akarok látogatót fogadni. És hát megkérdezték, hogy nem a László kórházban kezelnek-e...

P. B.: Többször is nekifutottam annak a kérdésnek, hogy „tudod-e, kitől kaptad a fertőzést”, de mindig kitértél a válasz elől. Most is?

T.: Akkor tisztázzuk! Nem kitértem a válasz elől, csak most is azt mondom, amit akkoriban is gondoltam: mindössze tippem van arra, hogy ki is lehetett az illető. Akit a legvalószínűbbnek tartok, nos az ő további sorsát nem ismerem, alkalmi, külföldi volt. Nincs is igazán jelentősége ma már.

P. B.: Ugye jól emlékszem, akkoriban már tudhattuk, hogy a fertőzés óvszer használatlaltal elkerülhető?

T.: Tudtunk valamit, és nem is tudtunk semmit. Nem volt ez olyan egyértelmű!

P. B.: Mert amióta tudom, azóta nálam mindig van óvszer.

T.: Persze így utólag könnyű okosnak lenni. Az ember olyankor azt gondolja, hogy á, velem úgysem történik ez meg. Ő nem olyan, illetve egyáltalán nem látszik olyannak. Hiába tudom, hogy az nem látszik, a hév elkap... elkapott. Soha nem gondoltam azt, hogy ez az egész az ő egyedüli felelőssége lenne. Az enyém is. Tudtam-e, hogy védekezni kell? Fene tudja! Akkoriban a magyar médiában maximum a pánikkeltés volt jelen.

P. B.: Innen visszatekintve mit látsz a hazai AIDS megelőzésben a legaggasztóbbnak?

T.: A prudériát. A homoszexualitással, sőt egyáltalán a szexualitással kapcsolatban sem tudunk nyitni. Akkor itt miért várhatnánk el a szélesebb látókört, a hatékony, szókimondó ismeretközlést? Nincs befogadó készség a kendőzetlen információkra. Pedig nyugodtan lehetne/kellene nevén nevezni dolgokat, nem dőlne össze a világ.

P. B.: Megváltozott-e a szexuális életed az után, hogy tudomást szereztél a fertőzőtségedről?

T.: Én azt a tudást fogadom el, amit az általam egyébként nem favorizált nyugat diktál, mint védekezési mechanizmusokat. Semmi mást nem csináltam, csináltunk, mint alkalmaztuk azokat a praktikákat, amiket ottani nagyon szókimondó felvilágosító anyagokban „előírnak”. És az élet engem igazolt. Évekig együtt éltem egy barátommal, akinek hál’ istennek, ma sincs semmi baja. No, az ilyen anyagokat hiányolom én!

P. B.: Azért néhány változat már magyar nyelven is hozzáférhető! Mennyire használják itthon ezeket a melegek?

T.: Hát az én tapasztalatom nem túl jó. Ez amolyan „magyar”, és még csak nem is meleg sajátosság: szeretjük a fejünket a homokba dugni! Ezek a kiadványok a megfelelő terjesztői és biztatói háttér nélkül, hiteles személyiségek által való ráerősítés nélkül nem sokat érnek. Az, hogy van orvos, akit minden egyes felröppenő hír kapcsán megkérdeznek, az önmagában nem elég.

P. B.: Ha már az orvosoknál tartunk; emlékszem, akkoriban háziorvost is váltottál. E miatt?

T.: Természetesen! A kórházi kezelőorvosom javasolta, hogy kihez menjek, rá néhány hónapra, hogy gondozásba vett, mert egy kissé bonyolult volt a vidéken lévő orvoshoz járni, TAJ kártya és egyéb ügyeket intézni – mégpedig úgy, hogy közben nem mondtam meg neki, hogy mi bajom (is) van.

P. B.: Te annak idején „megúszta” a „bőr és nemi beteg gondozást”, vagyis, hogy konkretizáljam, a partnerkutatót.

T.: Igen, de sok rosszat hallottam e felől. Igazából mai napig nem értem, hogy ha valakit például a Mária utcai Bőr- és Nemibeteg-gondozóban vettek fel, miért kellett annyi mindent kiállnia. És a hírek szerint megpróbálták az ottaniak rivalizálni a László kórházzal. Egy barátomat nekem kellett „meggyőzni”, hogy jöjjön át ide kezelésre, mert folyamatosan romlottak az eredményei, és ott egy szóval nem mondták, hogy most már gyógyszert kellene szednie. Ugyanis azokat a szereket, amelyek akkoriban hozzáférhetőek voltak Magyarországon, csak a László kórházban kaphatta meg.

P. B.: Hasonlítsd össze a nyugat-európai ellátással a hazait! Mert ugyan Nyugat-Európában nem kezeltek, de rengeteg ismerősöd van odakint, akiknek bőségesen van tapasztalatuk!

T.: Amit soha nem vonnék kétségbe: annak a három orvosnak, aki az osztályon dolgozik, nos, az ő tudásukat! Azzal minden rendben van. A gyógyszerellátásról csak annyit, hogy én megéltem azt az időt is, amikor nehézkes volt. Jelenleg megvannak azok a gyógyszerek,

amelyeket az EU-s országokban törzkönyveztek, illetve hát kisebb-nagyobb késésekkel ezek ide is eljutnak.

P. B.: Már nem emlékszem, Te mesélted-e, vagy valaki más, hogy mindig jót „derültetek”, ha „Tyereskova” jött vizitálni, ugyanis mindig úgy beöltözött, mintha úrhajós lenne. Sok lépés távolságból vizsgált benneteket – ugyanis hát a kórházi ellátás során a szakorvosi kezeléseket „rendes orvosoktól” kaptátok.

T.: Őt konkrétan csak hírből ismertem, de nem ismeretlen előttem a jelenség, sőt napi probléma. Az, hogy ezzel a magyar egészségügy nem tud mit kezdeni, az szegénységi bizonyítvány. Még ma is vannak orvosok, akik megtagadják a vizsgálatodat, még három méter távolságból is. Ismered a történetemet a felülvizsgálatomról, de például legutóbb a röntgen-asszisztens is úgy terelgetett, mint valami féle vadat. Így forduljon, úgy forduljon, tegye maga elé ezt a kötenyt... csak, hogy még véletlenül se kelljen hozzám érnie. Számomra érthetetlen, hogy egy orvos itt kijelentheti, hogy ő bizony nem vizsgál meg! És az is a stigmatizálás mintapéldája, hogy kórházon belül egy egyszerű röntgen, ultrahang vizsgálatnál is – ahol azért nem sok vér folyik – piros ragasztóval jelölik a vizsgálati lapodat! Szerintem az én betegségem csak rám és a kezelőorvosomra tartozik.

P. B.: Ilyen panaszokkal fordulsz bárhová?

T.: Nem, mert nem gondolom, hogy bármit is lehetne változtatni. Bejövök ide a Lászlóba, itt azért már kezdenek hozzánk szokni, bár éppen ez a röntgenes példa az ellenkezőjét látszik bizonyítani.

P. B.: Nem túlérzékenység ez?

T.: Nem! Ezek tények. Bár az is igaz, hogy hallok ellenkező előjelű példáról is. Hogy pl. egy betegársam bement az illetékes területi szakorvosi rendelésre, és miután az orvosnak mondta, hogy mi van, az csodálkozott azon, hogy ez máshol probléma, és rendesen ellátta. De ez fehér holló.

P. B.: A László kórházban gyakorlatilag az összes HIV fertőzött személy és AIDS beteg speciális ellátására jut 3 osztályos orvos. És ehhez adjuk még hozzá az ambuláns ellátást is, és ne beszéljünk azokról a társadalmi elfoglaltságokról, amik azzal járnak, hogy ők hárman a László kórház „AIDS osztályának” orvosai. Gyógyszertárgyalások, hazai és nemzetközi konferenciák, újabban ismét életre hívták a Nemzeti AIDS Bizottságot, a nyilvánosság kiszolgálása, személyes részvétel a megelőzésben, stb.... Rengeteg elfoglaltság. Ahogy én látom, effektíve nem túl sok idő jut egy-egy páciensre.

T.: Nem én mondtam. De ezzel együtt is, ahogyan már említettem: ennek a három orvosnak a tudását soha nem kérdőjeleztem meg!

P.B.: Leszállékoltattad magad. Ez ma már nem törvényszerű, de akkoriban ilyen HIV státusszal ezt tették.

T.: Én már 1995 óta AIDS státuszban vagyok, muszáj volt, tovább már nem tudtam húzni. Nem tudnék annyit teljesíteni, mint előtte. Ma már valóban nem törvényszerű, hogy mindenkit lerokkantosítsanak, de az például igen, hogy általában 67 %-ra „százelékolnak le” szinte teljesen függetlenül attól, hogy milyen leleteket viszel – és ez azért megdöbbentő, mert a fertőzöttség és a betegség, bizony nagyon nem ugyanazt jelenti! Ez - ki kell mondani -

tudatlanság és előítélet, mellyel a betegek állapotában visszavonhatatlan kárt, szociális helyzetünkben nagy visszalépést okoznak! Velem is ez történt.

P. B.: Nyugat Európában már nem tartozik az egészségügyi protokollba, hogy olyan AIDS osztályokat tartsanak fenn, ahol a HIV fertőzöttségtől kezdve az AIDS stádium végéig kezelik, gondozzák a betegeket, mint például itt Magyarországon.

T.: Valóban, de azért ott is vannak úgynevezett súlyozott praxisok, és a különféle kórházak, klinikák felkészülten várják a betegeket. Szükség esetén az emlegetett súlyozott praxisú „házi orvosok” egyeztetnek a klinikussal, és minden megy a maga rendje szerint. Ezekben a rendelőkben van lehetőség az infúziós kezelésre, nem kell állandóan a „kórházba járni” például egy ilyenfajta kezelésért, mint itt. De ettől itt még messze járunk.

P. B.: Amúgy hogy vagy?

T.: Mit mondjak? Kösz, (...)!

„Elkülönítő fertőtlenítő zárkát kaptam”

Interjú egy magyar HIV pozitív férfival

Készítette: Csernus Eszter

Cs. E.: Hát, kezdjük akkor talán az elején: mikor és hogyan derült ki számodra, hogy HIV pozitív vagy?

HPF: 1990-ben még Olaszországban éltem, amikor hazalátogattam, akkor mindig beiktattam a bőr- és nemi-beteg gondozót. Korábban dolgoztam vérellátóban, és akkoriban már AIDS prevenciók tevékenységét is végeztem. Ismertem a veszélyeket, és nekem ezek a vizsgálatok – szifilisz, hepatitis, HIV – természetesen voltak. Az viszont, hogy konkrétan hogyan tudtam meg, jóval kacifántosabb.

Cs. E.: Hogy érted ezt? Talán gond volt a vizsgálattal?

HPF: Nem, a vizsgálat rendben zajlott, az eredményemért azonban meg kellett küzdenem! Két hónappal a vizsgálat után még mindig csak halogatták a kiadását – „még nem érkezett meg az eredmény”, „a doktornő nincs itt”, „a doktornő itt van, de most nem tud lejönni”. A munkám miatt én tudtam, hogy a szerológiai vizsgálatra elég egy hónap. Egy idő után közöltem a nővérkével, hogy ha a doktornő nem tud lejönni, majd én megyek fel hozzá. Felérve pedig kértem, hogy legyen szíves ideadni a pozitív leletemet!

Cs. E.: Mit reagált erre a doktornő?

HPF: Eléggé meglepődött, és zavarban is volt. Nem tudta, hogyan mondja meg nekem, hogy HIV fertőzött vagyok. Azt mondtam neki, hogy nyugodtan ideadhatja a

leletet, mert ennyi cirkusz után biztos vagyok abban, hogy POZITÍV. Jó, nem állítom, hogy kellemes dolog ilyesmit közölni bárkivel is, de az orvos nem tehet arról, hogy mit mutat a lelet, azért nem ő a felelős. Ami viszont az ő felelőssége, az az, hogy informálja a páciensét. Attól még, hogy ő visszatartja az információt, a státuszom nem fog megváltozni, és az én érdekem éppen az, hogy minél előbb megfelelő kezelésben részesülhessek.

Cs. E.: Mennyiben változott meg az életed azzal, hogy kiderült, HIV pozitív vagy?

HPF: Igazándiból az életemben nem okozott a hír akkora törést, mint másokéban szokott – hiszen, mint már mondtam, annak következtében, hogy ilyen kérdésekkel foglalkoztam, számoltam a megfertőződés lehetőségével –, de tény, hogy megváltoztatta életemet, és a továbbiakat illetően másként rendezkedtem be.

Cs. E.: Önkéntelenül is felmerül az emberben a kérdés, hogy ha ilyen jól ismerted a veszélyeket, akkor miért nem voltál óvatosabb?

HPF: Igazándiból ma is úgy gondolom, hogy nem lehet száz százalékosan tudni, hogy hogyan is kaptam el a vírust. Elképzelhető, hogy szexuális úton – ennek igen nagy az esélye –, de az sem kizárt, hogy a vérellátós munkám során. Akkoriban az expozíciót követően alkalmazott eljárás illetve kezelés még jóval kevésbé volt jelen, mint mondjuk ma.

Cs. E.: Ha a pozitív leleted kézhez vétele nem okozott olyan súlyos törést az életedben, akkor feltételezem, melletted állt a családotd, és a hírhedt partnerkutatást is sikerült elkerülnöd.

HPF: A családom és a barátaim az elejétől fogva tudtak a státuszomról, és általában véve jól fogadták. Utólag azonban nem biztos, hogy mindig jó ötlet volt a barátaimat beavatni: a hozzám való viszonyulásukkal nem volt gond, csak hát sajnós az emberek pletykásak, és ez alól ők sem voltak kivételek. Több alkalommal hallottam vissza olyan emberektől, akik személyesen nem is ismertek, hogy haldoklom, vagy hogy már meg is haltam. Aztán amikor bemutatkoztam nekik, akkor nem tudtak zavarukban hová lenni.

Ami a partnerkutatást illeti, nos azt valóban megúsztam. Amint megtudtam, hogy HIV pozitív vagyok, átmentem a Szent László Kórházba, ami addigra már a HIV/AIDS-re hivatalosan kijelölt módszertani intézmény volt. Persze a nemi-beteggonozó nem hagyta annyiban a dolgot, többször kísérletet tettek arra, hogy a partnerkutatás végett visszahívjanak. Dörgedelmes levelet írtak mind nekem, mind Bánhegyi Dénes főorvos úrnak. Én azonban hangoztattam, hogy jogomban áll ott gondoztatni magam, ahol akarom, ahol nekem jobb, és „büntetőjogi felelősségem tudatában” kijelentettem, hogy a Mária utcát egy életre elfelejtem.

Cs. E.: És jött ezek után valamiféle felelősségre vonás? Feltételezem, a nemi-beteggonozó nem túl gyakran ütközött ilyen ellenállásba.

HPF: Nem, semmi ilyesmi nem történt. Amikor látták, hogy az egyre fenyegetőbb hangvételű levelek ellenére sem jelentkezem náluk, kénytelenek voltak belenyugodni, hogy ezentúl a László Kórházban fognak velem foglalkozni. Tény azonban, hogy ha nem lettem volna tisztában azzal, hogy van más, emberségesebb intézmény is, ahol gondoztathatom magam, akkor nem biztos, hogy mertem volna ellenállni. Az OBNI-tól olyan levelek mentek ki, hogy ők mint hatóság karhatalommal is bevihetik azt, aki nem megy be önként...

Cs. E.: Az egészségügyi hatóságokkal tehát végül nem gyűlt meg a bajod. Más okokból kifolyólag két alkalommal is kapcsolatba kerültél viszont a rendőrséggel. Függetlenül attól, hogy mivel is gyanúsítottak, mesélnél arról, hogyan bántak veled az eljárás folyamán?

HPF: Igazándiból az elbánás szempontjából a második ügy jóval elképesztőbb volt, mint az első, pedig a kilencvenes évek végén történt, amikor már jóval többet lehetett tudni a HIV fertőzésről. Eleve úgy szereztem tudomást arról, hogy egyáltalán indult büntetőeljárás, hogy rendőrök több ízben „érdeklődtek” utánam a munkahelyemen – el is lehetetlenítették, hogy hivatásomat továbbra is ott gyakoroljam –, és ügyvédhez fordultam. Az ő megkeresésére közölte velünk végre a BRFK, hogy mi a helyzet. Beidéztek kihallgatásra, és azon nyomban őrizetbe is vettek. A kihallgatáson önként, az ügyvédem társaságában jelentem meg, az őrizetbe vétel indoklásában viszont az szerepel, hogy engem „elő kellett állítani”, és hogy meg akartam támadni és harapni az öröket, hogy megfertőzzem őket. Ja, és eredetileg tanúként idéztek be, majd a helyszínen közölték velem, hogy gyanúsítottként fognak kihallgatni.

Cs. E.: Az állítólagos „együtt nem működésed” következtében pedig az őrizetből előzetes letartóztatás lett. Ezt az időszakot hol kellett eltöltened?

HPF: A korábbi ügyem kapcsán már tudták rólam, hogy HIV pozitív vagyok, de a bv. nyilvántartásban az szerepel, hogy a tanúsított magatartásom következtében „a szökés és elrejtőzés veszélye fennáll[t]”, hivatalosan tehát ezért tartottak bent rögtön. Az elején volt némi „túrátztatás”: először a Tolnai utcába vittek, a Szervezett Bűnözés Elleni Igazgatóságra, ott került sor az első és egyetlen kihallgatásomra, majd átszállítottak a Gyorskocsi utcai Vizsgálati Főosztályra, a korábbi ügyem előadóihoz, ezt követően pedig a tököli börtönbe akartak szállítani, ahonnan azonban visszaküldtek, mert még csak őrizetben voltam, és nem előzetesben, aztán a Gyorskocsiból, immár letartóztatva, átvittek a Nagy Ignác utcába befogadtatni. A Nagy Ignác utcában az ún. „egészségügyi zárka sor”-ra vittek, ahol egy elkülönített fertőtlenítő zárkát kaptam, az egészségügyi szinten – egy hetet töltöttem abban az omladozó, penészes falú, különféle bogarakkal teli helyiségben. Ki onnan nem léphettem, sétára sem volt lehetőség, és általában véve borzalmasan bántak velem.

Cs. E.: Miben nyilvánult ez meg még azon kívül, hogy az átlagosnál jóval gyengébb immunrendszered ellenére az imént vázolt körülmények között tartottak?

HPF: Az örök minden találkozás alkalmával gumikesztyűt viseltek, megfelelő ételt, gyógyszereket csak nagy nehezen adtak be. Az ügyvédemet egy alkalommal engedték csak be hozzám, és akkor is azonnal fertőtlenítették utánunk az ügyvédi meghallgatót – még szinte ki sem tettük a lábunkat! Áthelyezésem után pedig az általam használt összes holmi égetőzsákba került. Állítólag van arra vonatkozó előírás, hogy ennek így kell történnie.

Cs. E.: A vonatkozó szabályok szerint a HIV pozitív fogvatartottakat „fokozott védelmükre, a közösség védelmére és sajátos egészségi állapotukra figyelemmel (...) az arra kijelölt bv. intézetben kell elhelyezni”. Hogyan látod ezt a kérdést? A tököli „K” körlet, ahol a HIV fertőzötteket őrzik, valóban alkalmasabb-e a „védelmetekre”?

HPF: Szerintem egyáltalán nem. Ez az „elkülönítősdi” nem minket hivatott védeni – egyébként mitől is? –, hanem a HIV negatívok megnyugtatóására szolgál, és egyben növeli a tévhiteteket és a diszkriminatív hozzáállást. Az őnök itt azonban már némileg felvilágosultabbak voltak, bár az előírás szerint nekik is gumikesztyűt, maszkot és „úrhajós ruhát” kellett volna viselniük. Egyébiránt viszont irracionális szabályok szerint kellett élnünk: a körlet lakói nem tehették ki a lábukat az épületből, a záró zsilipen kívülre sehova sem mehettek – sem a könyvtárba, sem a foci pályára, sem a kápolnába. Egy idő után külön, kifejezett kérésemre nagy nehezen engedélyezték, hogy a tököli plébános bejárhasson hozzám. Ami pedig az egészségügyi ellátásunkat illeti, arról csak annyit, hogy az akkoriban minket hébe-hóba megvizsgáló orvos nem is igazán értett a HIV-hez, mondta is, hogy „ő ezzel nem tud mit kezdeni”. Lázcsillapítón kívül semmi más gyógyszert nem kaptam, és egy alkalommal, amikor 39 °C-os lázam volt és orvost kértem, két hetet kellett várnom, mire valaki eljött és megvizsgált.

Cs. E.: Lehetett-e ebben a kiszolgáltatott helyzetben bármit is tenni az ilyen fajta bánásmód ellen?

HPF: Hát, panaszt tettem a bv. ügyésznél mindenki ellen, aki ellen lehetett – az egészségügyi személyzet ellen, a bv. osztályvezető ellen –, és amikor már nagyon leromlott állapotban voltam, akkor lecitáltattam a börtönparancsnokot is. Végül ő hívta föl Bánhegyit, aki azonnal bevitetett a Szent László Kórházba. Kértem továbbá a „karantén” körülményeinek megvizsgálását az ombudsmantól, aki vizsgálatot rendelt el az ügyben. Azóta az egészségügyi személyzet jobban odafigyel az elkülönített körletre, és a Szent László egyik orvosa jár át megvizsgálni a HIV pozitív fogvatartottakat, és intézkedni is gyorsabban intézkednek, ha egészségügyi panaszuk van. Ami persze korántsem jelenti azt, hogy ne lenne mit javítani a helyzeten.

Cs. E.: Mire gondolsz?

HPF: Először is, a HIV pozitívok épületének közvetlen szomszédságában helyezkedik el a bv. Központi TBC osztálya, kinyitva az ablakok szinte összeérnek. A köztudottan gyenge immunrendszerű HIV fertőzöttek számára talán nem ez a „legjobb szomszédság” – már ha tényleg adnak az egészségükre. Másodszor pedig érdekes, hogy az egész bv. intézetből egyes-egyedül ez a körlet van bekamerázva. Ez azóta van így, amióta egy új építésű tömb „ad otthont” a HIV pozitívoknak, és a kamerák elhelyezése állítólag uniós előírás – de akkor miért nem szerelik fel az intézet többi részét is? És bár az orvosi ellátás most már megfelelő, az ételmezés terén még mindig súlyos gondok vannak: a HIV fertőzötteknek az átlagostól eltérő ételekre van szükségük. No nem holmi kulináris specialitásokra gondolok, csupán arra, hogy a nagy mennyiségben szedett igen erős gyógyszerek mellé rendesen kellene tudni enniük, és hogy ételmezésük során a konzerveket kerülni kellene, azokban ugyanis nagyon sok gombakeltő anyag van, és a HIV e gombák megtelepedését már alapjáraton is elősegíti.

Cs. E.: Végül tehát a börtönparancsnok és a főorvos közti beszélgetésnek köszönhetően kerültél ki. Milyen állapotban voltál akkor?

HPF: Leírhatatlanul rossz állapotban. A lázam állandósult, és a tököli „szakemberek” nem értették hogy az általuk más fogvatartottaknak adott lázcsillapítók sora nálam miért nem hat (merész lépésként napokon keresztül még Algopyrin injekciót is adtak, de az sem segített). A vírusszámom sok ezerre növekedett, hasi- és végbélfájdalmaim voltak, vérzés, gomba, szájpenész... a kezelőorvosom szerint, ha akkor nem kerülök ki, igen gyors lefolyásúvá vált volna a betegség.

Cs. E.: És azóta hogy vagy?

HPF: Köszönöm, jól. Másfél-két éve majdhogynem nincs is szabadon keringő vírusom. Hogy megpróbáljam valahogy szemléltetni, ez azt jelenti például, hogy ha mondjuk „kockázatos kapcsolatot” létesítenék valakivel, akkor majdnem 0% lenne annak az esélye, hogy esetleg megfertőzzem az illetőt.

„Ha az emberek mást hibáztathatnak, felmentik magukat az alól, hogy gondolkodniuk kelljen az AIDS-ről”

Interjú egy amerikai AIDS-aktivistával, Mary Fisherrel

Készítette: Varró Szilvia

V. Sz.: Egy tavalyi, az *American Journal of Public Health* folyóiratban megjelent felmérés szerint ugyan jóval kevesebb amerikai zárná karanténba az AIDS-eseket, mint tíz évvel ezelőtt, de egyre több azoknak a száma, akik a fertőzötteket okolják betegségükért.

M. F.: Ez egy tanulmány, amelynek a megállapításait nem tekinteném általánosnak. Szerintem az amerikaiak többsége ma már nem így gondolkodik. Sokan dühösek az AIDS-re, és azt akarják hinni, hogy a fertőzöttek maguk tehetnek a betegségükről; amíg ez a meggyőződésük, nem kell szembenézniük a rájuk is leselkedő veszéllyel. Ha más hibáztatnak, felmentik magukat az alól, hogy nekik is gondolkodniuk kelljen az AIDS-ről. Pedig sajnos nagyon is kell.

V. Sz.: Az amerikai többsége tudja, hogy hogyan terjed a vírus?

M. F.: Az elmúlt tíz évben sokat beszélünk az AIDS-ről, ezért ma már talán a többség tudja, hogy a közös túhasználat és az anyáról gyermekre átvitel mellett a védekezés nélküli szex által terjed, és hogy az utóbbi az egyre inkább jellemző. De persze az amerikaiak sem beszélnek könnyen semmi olyasmiről, ami a szexszel kapcsolatos.

V. Sz.: A fent idézett felmérés szerint 1997-ben az 1991-es kutatáshoz képest negyven százalékkal több megkérdezett vélte úgy, hogy aki szex vagy közös túhasználat miatt fertőződött meg, az meg is érdemli. Azt is megállapították, hogy az emberek még mindig félnek a fertőzöttektől, és jelenlétükben kényelmetlenül érzik magukat.

M. F.: Megint csak azt mondhatom, hogy nem hiszem, hogy a többség így gondolkodna. Én persze egy speciális helyzetben vagyok, hiszen számos könyvet publikáltam az AIDS-ről, és a Nemzeti AIDS Bizottságnak is tagja voltam. Az igazi probléma nem ez, hanem sokkal inkább az, hogy az amerikaiak úgy vélik, vége az AIDS-nek.

Amikor gyógyszercégek vagy a kormányzat a betegség kezelésére szolgáló gyógyszerekről beszél, amikor a téma lekerül a média napirendjéről, akkor az emberek úgy vélik: nem kell többet törődni az AIDS-cel, mert az nincs is.

V. Sz.: Milyen változásokon ment keresztül az amerikaiak hozzáállása e betegség tekintetében?

M. F.: Húsz éve harcolunk az AIDS ellen. Az elején az emberek azt akarták hinni, hogy ez olyasmi, ami velük, gyermekeikkel, vagy unokáikkal nem történhet meg. Én kezdettől a feladatomnak éreztem, hogy tudatosítsam bennük, hogy ez igenis lehetséges.

V. Sz.: Ön hogyan fertőződött meg?

M. F.: 1991-ben a férjem beteg lett, elment szűrésre, majd én és a kisebbik fiam is elmentünk. A fiam negatív, mi ketten pozitívak lettünk.

V. Sz.: 1991-ben hogyan vélekedett a HIV pozitivitásról a közvélemény?

M. F.: Elég titkolt dolog volt, az emberek akkoriban ezt „meleg-betegségnek” tartották.

V. Sz.: Melyek voltak az Ön első reakciói?

M. F.: Sokkos állapotba kerültem, azt hittem napokon belül meghalok. Semmit nem tudtam a betegségről, a gyógyszerekről, csak az volt bennem, hogy nem láthatom többet a gyerekeimet. Totálisan kétségbeestem, rettegetem, szomorú voltam, elmondhatatlan fájdalmat éreztem.

V. Sz.: Mikor lett túl ezeken a kezdeti érzéseken?

M. F.: Nem tudom, hogy valaha túl leszek-e rajtuk. Minden nap gondolok rá, hiszen ha más nem, a gyógyszerek emlékeztetnek a vírusra. Valahogy túl kellett vizsgálni lenni rajtuk, hiszen fel kellett nevelnem két gyereket.

V. Sz.: Hogyan fertőződött meg a férje?

M. F.: Elmondom, habár le kell szögezmem, hogy ez egyike azoknak a kérdéseknek, amelyek nem számítanak. Ez alapján ugyanis értelmetlenül beskatulyázunk embereket, bűnösnek nevezük, vagy felmentjük őket. Nem hiszem, hogy bármelyikünk bűnös lenne, vagy meg akarja betegedni. A férjem drogokkal kísérletezett, de többet nem mondott róla, és én sem akarok erről beszélni.

És átadta a fertőzést. Ekkor már nem élünk együtt. Ő 1993-ban halt meg.

V. Sz.: Ön többször leírta és elmondta, hogy a legnagyobb ellenség nem a vírus, hanem a csend. Hogyan reagált az állapotára a környezete?

M. F.: Fiatal anya voltam, szoros kapcsolatban álltam más kisgyerekes családokkal. Néhányan nagyon megértőek és segítőkészek voltak, de voltak, akik nem mondtak ugyan semmit, csak finoman kerültek. A család támogatott, bár a nővéreim közül is volt olyan, aki ugyan nem mutatta, de kevésbé volt megértő. Ugyanazon mentek keresztül, mint én, ezért nekik is ugyanúgy időre volt szükségük, hogy fel tudják dolgozni, ami velem történt, mint nekem. Sőt, több időre. Nem mondtam el persze azonnal mindenkinek: lépésről-lépésre vontam be a környezetemet.

Az iskolában először megrémültek, nem fogták föl, hogy érintéstől nem lesz AIDS-es valaki. Eltartott egy ideig, amíg a szülők megértették, hogy nem kell aggódniuk, ha a gyerekeik az én gyerekeim közelében vannak.

V. Sz.: 1994-ben könyvet írt arról, milyen az élete egy AIDS-es anyának és gyermekeinek. Mikor mondta el a fiainak, hogy fertőzött?

M. F.: 1991-ben még nagyon kicsik voltak. Nem volt nagyjelenet, egyszerűen ezzel nőttek fel. Anya AIDS-es, apa AIDS-es. Később magyaráztam el nekik, hogyan fertőződhetnek meg. Találkoztak fertőzött felnőttekkel, gyerekekkel, nem volt nagy szám nekik, olyasmi lehetett számukra az AIDS, mint mások számára a cukorbetegség: ilyen is van. Amikor édesapjuk meghalt, mindenkinek elmondták, hogy AIDS-ben halt meg. Nem tudták, hogy a többi gyerek ezt furcsának találhatja. Nem tudták, hogy ezért megbélyegezhetik őket. Csak teljesen

természetesen közölték az osztálytársaikkal és barátaikkal, ebből pedig a többi gyerek is megértette, hogy ez nem olyan nagy ügy.

V. Sz.: Amikor megtudták, akkor is ilyen könnyen vették a dolgot a gyerekek?

M. F.: Nem. Szenvetked az egészségtől, hiába magyaráztam nekik, hogy ez nem egy szégyenletes betegség. Épp ez motivált arra, hogy kiálljak a nyilvánosság elé: nem akartam, hogy megbélyegezzék a gyermekeimet. Ma már ha beszélni akarok velük az AIDS-ről, leintenek, hogy már mindent tudnak. De az AIDS-ről állandóan beszélni kell, ahogy a biztonsági övet is mindig be kell kapcsolni. Én akkor is leültetem őket, hogy megbeszéljük, nem csak magukat, a partnerüket is védeniük kell, egy kapcsolatban körültekintőnek kell lenniük, ha már úgy érzik, kellően fel vannak vértezve.

V. Sz.: Milyen reakciók érkeztek, amikor felvállalta HIV státuszát a nyilvánosság előtt?

M. F.: Vegyések: a többséget letaglózta, megdöbbenette, hogy ez minden védekezés nélküli szexuális életet élő ember betegsége, és senkiről sem lehet ránézésre megmondani, hogy fertőzött-e.

V. Sz.: Milyen tapasztalatai voltak az egészségügyi intézményekkel? Magyarországon a mentősök néhol még ma is szkafanderben mennek ki a HIV fertőzöthöz, a nővérek pedig gumikesztyűt húznak a beteg érintése előtt.

M. F.: Ettől egyszerre leszek szomorú és dühös. Az orvosoknak, nővéreknek tudniuk kellene, hogy az AIDS betegek pont olyan betegek, mint a többi. Amíg nem cserélnek vért velük, mitől félnek? Az egészségügyi dolgozóknak meg kell érteniük, hogy a HIV fertőzötteket nem kell elszigetelni, hogy az emberek nem a levegőből kapják el a vírust. Az a feladatuk, hogy törődjenek a betegekkel, ahelyett, hogy maguk is megbélyegeznék őket.

V. Sz.: Voltak-e negatív tapasztalatai?

M. F.: Óriási változás ment végbe e téren Amerikában. Vannak még orvosok, akik nem tudják, milyen kezelés kell egy HIV fertőzöttnak, de az érintetteknek nem kell tartaniuk az orvosoktól. Nem volt sok negatív tapasztalatom, mert én gyorsan felvállaltam a nyilvánosság előtt is a betegségemet. Nők számára különösen nehéz azt orvosuk, nőgyógyászuk előtt felvállalni, ezért feladatomnak éreztem, hogy tudassam velük: AIDS-esnek lenni egy vállalható, „rendben lévő” dolog, és a HIV pozitívoknak ugyanannyi joguk van az egészségügyi ellátáshoz, mint bárki másnak.

V. Sz.: Milyen diszkrimináció sújtja az USA-ban a fertőzötteket?

M. F.: Akik megtudják, hogy fertőzöttek, először rettegnek mindentől: tartanak egészségbiztosításuk, lakóhelyük, munkájuk elvesztésétől. Törvényeink azonban ma már kimondják, hogy nem lehet diszkriminálni a HIV fertőzötteket illetve AIDS betegeket.

V. Sz.: Nem lehet egyszerű adott esetben bebizonyítani a diszkrimináció tényét.

M. F.: A kérdés nagyon egyszerű. Ha azt követően bocsátják el munkahelyéről, hogy főnökével közölte, AIDS-es, nincs vita. Arra valók a törvények és a kormány, hogy megvédje azokat, akik nehezebben képesek képviselni a saját érdekeiket.

V. Sz.: Van-e Önöknél kötelező partnerkutató?

M. F.: Nálunk anonim szűrés van, ha pedig nem tudják az ember adatait, értelemszerűen nem juthatnak hozzá volt partnerei adataihoz sem. Ez a káros gyakorlat számos országban működik, holott alapvető emberi jog, a magánszféra legegységesebb része, hogy a beteg maga döntse el, hogyan osztja meg a hírt környezetével. Amikor megtudod, hogy pozitív vagy, az nem az a pillanat, amikor ezt el tudod mondani másoknak. Persze az egészségügynek és a szociális szférának abban is segítenie kell, hogy a fertőzött ne maradjon magára. Soha, senki sem maradhat egyedül az AIDS-cel. Nekem szerencsém volt: jó módú családom anyagilag és lelkileg is segítette a folyamatot.

V. Sz.: Immár több mint tíz éve HIV pozitív. Milyen az egészségi állapota?

M. F.: Egy bizonyos ideig tartó gyógyszereszedés után a vírus változik a testben, ezért az ember kénytelen áttérni más gyógyszerekre, amelyek viszont nem mindig válnak be. Most szerencsém van, mert hat a gyógyszer.

MELLÉKLETEK

IV. I. MELLÉKLET

„HIV/AIDS és emberi jogok” Nemzetközi Irányelvek

Második Nemzetközi Konzultáció – Genf, 1996. szeptember 23-25.
(a UNAIDS és az ENSZ Emberi Jogi Főbiztossága szervezésében)¹⁹⁵

1. Irányelv:

A tagállamoknak létre kell hozniuk a HIV/AIDS-el kapcsolatos tevékenységükre egy olyan hatékony országos szintű intézményi keretet, amely a kérdés összehangolt, részvételen alapuló, átlátható és számon kérhető megközelítését teszi lehetővé, és integrálja a közsféra minden, a HIV/AIDS kezelésére irányuló politika és program szempontjából illetékes szereplőjét.

2. Irányelv:

A tagállamoknak biztosítaniuk kell a megfelelő politikai és pénzügyi támogatást annak érdekében, hogy a HIV/AIDS politika kialakításának és a programok megvalósításának és értékelésének minden fázisában sor kerüljön társadalmi egyeztetésre, és hogy a civil szervezetek – és különösen az etikai, jogi és emberi jogi kérdésekkel foglalkozó szervezetek – hatékony módon tevékenykedhessenek.

3. Irányelv:

A tagállamoknak felül kell vizsgálniuk közegészségügyi törvényeiket, hogy megbizonyosodjanak arról, hogy azok a HIV/AIDS által felvetett közegészségügyi problémák kezelésére alkalmasak, a fertőző betegségekre vonatkozó járványügyi rendelkezéseik a HIV/AIDS kérdéskört illetően nem kerülnek helytelenül alkalmazásra, valamint hogy e törvények összhangban vannak a tagállamok által vállalt nemzetközi emberi jogi kötelezettségekkel.

4. Irányelv:

A tagállamoknak felül kell vizsgálniuk büntető törvényeiket és büntetés-végrehajtási rendszerüket, hogy megbizonyosodjanak arról, hogy azok a nemzetközi emberi jogi kötelezettségekkel összhangban vannak és a HIV/AIDS vonatkozásában nem kerülnek helytelenül alkalmazásra, illetve nem alkalmazzák őket kiszolgáltatott csoportok ellen.

5. Irányelv:

¹⁹⁵ *International Guidelines on HIV/AIDS and Human Rights (23-25 September 1996, Geneva)*; United Nations Publications, New York and Geneva, 1998. (Ford.: Cs. E.).

A tagállamok diszkriminációellenes vagy egyéb törvényeiket úgy kell, hogy megalkossák, illetve létező törvényeket úgy kell, hogy megerősítsék, hogy azok a kiszolgáltatott személyeket, a HIV/AIDS-el élő személyeket és a fogyatékosokat mind a magán-, mind a közszférában védjék a diszkriminációtól, az emberi alanyokon végzett kutatások etikai és adatvédelmi követelményeinek betartását garantálják, a felvilágosításra és az egyezségekre helyezik a hangsúlyt, továbbá gyors és hatékony közigazgatási és polgári jogi jogorvoslatokat tegyenek lehetővé.

6. Irányelv:

A tagállamoknak olyan törvényeket kell alkotniuk, amelyek úgy szabályozzák a HIV-vel kapcsolatos információkhoz, illetve javakhoz és szolgáltatásokhoz való hozzájutást, hogy széles körben biztosítják a minőségi megelőző intézkedésekhez és szolgáltatásokhoz, a megelőzésre és a kezelésre vonatkozó megfelelő információkhoz, és a megfizethető árú biztonságos és hatékony kezeléshez és gyógyszerekhez való hozzáférést.

7. Irányelv:

A tagállamoknak olyan jogsegélyszolgálatokat kell létrehozniuk és működtetniük, amelyek a HIV/AIDS által érintett személyeket tájékoztatják jogaikról, e jogok érvényesülése végett ingyenes jogi tanácsadást nyújtanak, hozzájárulnak a HIV által felvetett jogi kérdések tanulmányozásához, és a bíróságok mellett olyan szervekhez is fordulnak, illetve eljárásokat is alkalmaznak, mint az igazságügy-minisztérium ügyfélszolgálat, az országgyűlési biztosok hivatalai, az egészségügyi panaszeljárások és az emberi jogi bizottságok.

8. Irányelv:

A tagállamoknak, a civil szférával együttműködve illetve annak révén, elő kell mozdítaniuk egy a nők, a gyermekek és a többi kiszolgáltatott csoport számára támogató és ösztönző környezet kialakítását azáltal, hogy a berögzült előítéleteket és egyenlőtlenségeket társadalmi párbeszéd során támadják, valamint külön e célra létrehozott szociális és egészségügyi szolgáltatások és a civil csoportok támogatása révén.

9. Irányelv:

A tagállamoknak támogatniuk kell olyan kreatív oktató-nevelő, képzési és felvilágosító (média)programok széleskörű és folyamatos terjesztését, amelyek a HIV/AIDS-hez kapcsolódó diszkriminatív és stigmatizáló magatartásoknak a megértés és elfogadás általi felváltására irányulnak.

10. Irányelv:

A tagállamoknak figyelemmel kell lenniük arra, hogy a közhatalmi szervek és a magánszektor a HIV/AIDS kérdéskörre vonatkozólag olyan etikai kódexeket dolgozzanak ki, amelyek az emberi jogi elveket a szakmai felelősségi szabályok és gyakorlat síkjára ültetik át, melyekhez olyan kísérő mechanizmusok is kapcsolódnak, amelyek e szabályok megvalósítását és kikényszeríthetőségét célozzák.

11. Irányelv:

A tagállamok ügyelniük kell arra, hogy működjenek olyan ellenőrző és végrehajtó-kikényszerítő mechanizmusok, amelyek garantálják az emberi jogok érvényesülését a HIV-vel kapcsolatos területeken, és különösen a HIV/AIDS-cel élő személyek, családjaik és közösségeik emberi jogainak védelmét.

12. Irányelv:

A tagállamoknak együtt kell működniük az ENSZ összes releváns programja és szerve révén, és különösen a UNAIDS-en keresztül, hogy megosszák egymással a HIV-vel kapcsolatos emberi jogi kérdésekre vonatkozó ismereteiket és tapasztalataikat, és ügyelniük kell arra, hogy létezzenek nemzetközi szinten olyan hatékony mechanizmusok, amelyek a HIV/AIDS vonatkozásában biztosítják az emberi jogok védelmét.

GLOSSARIUM

| | |
|-----------------------------|--|
| AIDS | A szerzett immunhiányos tünetegyüttes (Acquired Immunodeficiency Syndrome) rövidített neve, amelyet a vírussal történő fertőzés okoz. Az AIDS diagnózisa akkor mondható ki, ha a beteg vérében milliliterenként 200-nál kevesebb CD4 sejt található és/vagy immunhiányos állapota következtében opportunista fertőzés lép fel. |
| Álpozitív | Diagnosztikus teszt során kapott téves pozitív eredmény. |
| Antiretrovirális profilaxis | Olyan, retrovírus elleni „megelőző” gyógyszeres kezelés, amelynek révén a HIV-vel való tényleges fertőződés esélye jelentősen csökkenthető annak ellenére, hogy a fertőződés veszélyével járó érintkezés történt. |
| ELISA | Rövidítés (<u>E</u> nzyme <u>L</u> abeled <u>I</u> mmuno <u>S</u> orbent <u>A</u> ssay); immunológiai módszereken alapuló laboratóriumi vizsgálati eljárás, képes bizonyos antigének vagy antitestek jelenlétét nagy érzékenységgel kimutatni. Számos HIV teszt működik ezzel a módszerrel. |
| Hepatitis | A májgyulladás orvosi neve. |
| HIV | Human Immunodeficiency Virus, azaz emberi immunhiányt okozó vírus, amely az AIDS betegséget okozza. (A „HIV” rövidítés ugyan már tartalmazza a „vírus” szót, a hazai köznapi szóhasználatban viszont a „HIV vírus” kifejezés terjedt el, ezért a továbbiakban ez a változat szerepel.) |
| HIV teszt | Laboratóriumi vizsgálat, melynek során a vizsgált személy vérében a HIV vírusa ellen termelt ellenanyagot tudják kimutatni. A tesztnek két alapvető típusa létezik: a szűrő tesztek, amelyek a HIV vírussal való fertőzöttség gyanúját vizsgálják, és az úgynevezett konfirmációs (vagyis bizonyító, igazoló) tesztek, amelyekkel a fertőzöttséget bizonyítják. HIV fertőzés gyanúja esetén elsőként mindig szűrő tesztet végeznek és csak ennek pozitivitása esetén szükséges a második, megerősítő, konfirmációs teszt. Csak akkor tekinthető valaki HIV hordozónak, ha a második teszt is pozitív eredményt ad. |
| Immunhiányos állapot | Az immunrendszer nem megfelelő működése, amikor a szervezet többféle antigénnel szemben is válaszképtelenséget mutat. Veleszületett és szerzett formája van. A veleszületett immunhiányos állapotnak genetikai okai vannak. A szerzett immunhiányt okozhatják immunrendszert gátló anyagok, kemoterápiás szerek, bizonyos rosszindulatú daganatok, Röntgen-sugárzás vagy sugárkezelés illetve vírusfertőzések, mint például a HIV fertőzés. |
| Látencia | Lappangás; fertőző betegségek esetén az az idő, amely a fertőzéstől az első tünetek megjelenéséig eltelik. A lappangási idő hossza a kórokozó fajtájára |

jellemző, de függ a szervezet reakcióképességétől is.

Opportunista fertőzés Bizonyos kórokozók az egészséges immunrendszerrel rendelkező szervezetben gyakran természetesen előfordulnak, de csak igen ritkán, illetve enyhe lefolyású betegségeket okoznak, immunhiányos állapotban azonban súlyos, gyakran végzetes kórfolyamat indíthatnak el. Ezeket nevezzük oportunistá fertőzéseknek.

Retrovírusok A vírusok egy csoportja, amelyek egyedülálló jellegzetessége, hogy RNS molekula formájában tárolt genetikai kódját egy speciálisenzim, a reverz transzkriptáz (jelentése kb: "visszafelé átíró" enzim) segítségével először DNS molekulává írja át, majd erről, mint mintáról kezdődik az új vírus RNS-ek készítése. Ebbe a csoportba tartozik például a HIV vírus is.

Szexuális úton terjedő betegségek Mindazok a fertőzések, amelyek szexuális érintkezés során (is) képesek az egyik emberről a másikra átjutni. A HIV/AIDS is ilyen.

Vírusok Olyan alacsony rendű élőlények, amelyek biológiai szempontból az élő és az élettelen határán helyezkednek el. Rendkívül kicsik, nem képesek önálló mozgásra, nincs anyagcseréjük, nem növekszenek, nem reagálnak a külvilágból érkező ingerekre. Szaporodni csak egy másik, magasabb rendű lény sejtjén belül, annak anyagcseréjét és fehérjeszintetizáló rendszerét felhasználva képes. Szerkezetük nagyon egyszerű, általában egy genetikai kódot tartalmazó nukleinsav láncból (DNS vagy RNS) és az azt körülvevő fehérjeburokból állnak.

Számos betegség kórokozója vírus, pl. influenza, mumpsz, hepatitis, kanyaró, himlő, veszettség, bárányhimlő és övsömör, cytomegalia, herpesz, AIDS. A kutatások egyre több rosszindulatú daganatról derítik ki, hogy valamilyen vírus okozza. Az egyik elsőként felfedezett, daganatkeltésre is képes vírus az Epstein-Barr vírus volt.

A vírusok a gazdasejtbe történő behatolás után bejutnak a sejtmagba és bonyolult folyamatok során arra „kényszerítik” a sejtet, hogy a vírus genetikai kódját több ezer példányban lemásolja. Az újonnan létrejött DNS vagy RNS molekulákat a sejt a kódban foglalt utasításokat követve az eredetivel megegyező módon fehérjemolekulákkal „becsomagolja”, és ezzel készen is áll a további fertőzésre és terjedésre alkalmas vírusok tömege. A vírusok ellen nem könnyű védekezni, ugyanis antibiotikumokra egyáltalán nem reagálnak. Bizonyos vírusok esetén interferonnal, kemoterápiával, illetve sugárkezeléssel lehet terápiás eredményeket elérni. Bár bizonyos vírusok ellen már léteznek többé-kevésbé hatékony vírusellenes szerek, e tekintetben még nem tart ott a tudomány, ahol az antibiotikumokat illetően.

Western-blot Nagy érzékenységu laboratóriumi vizsgálati eljárás.

Forrás: az Anonim AIDS Tanácsadó Szolgálat honlapja – www.anonimaid.hu.

III. MELLÉKLET

Magyarországi HIV/AIDS statisztikák

1. Az újonnan diagnosztizált HIV esetek, valamint az AIDS okozta halálesetek

| | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002. jan.- jún. | Összesen (1985- 2002. jún.) |
|--|------|------|------|------|------|------|------|------------------------|--------------------------------------|
| Újonnan diagnosztizált HIV esetek száma | 81 | 62 | 71 | 74 | 62 | 47 | 84 | 42 | 1005 |
| AIDS-ben elhunytak száma | | | | 20 | 11 | 15 | 8 | 3 | 240 |

Forrás: Eurohiv – HIV/AIDS Surveillance in Europe, mid-year report 2002 (2002. No. 67.) az OEK által küldött adatok alapján.

2. A nyilvántartott HIV fertőzöttek nemek szerinti megoszlása

| | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | Összesen |
|---------|------|------|------|------|------|------|------|----------|
| Férfiak | 52 | 38 | 49 | 58 | 51 | 37 | 56 | 341 |
| Nők | 4 | 11 | 11 | 16 | 11 | 10 | 27 | 90 |
| Anonim | 25 | 13 | 12 | - | - | - | - | 50 |

Forrás: Epiinfo (www.antsz.gov.hu/oekepiinfo), 2001. dec. 31-i adatok.

3. Az AIDS betegek fertőzési mód szerinti megoszlása

| | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | Összesen |
|--|------|------|------|------|------|------|------|----------|
| Homo- /biszexuális | 25 | 36 | 22 | 24 | 26 | 18 | 16 | 167 |
| Heteroszexuális | 3 | 4 | 7 | 9 | 3 | 6 | 4 | 36 |
| Hemofília | 1 | 2 | - | - | 1 | 1 | - | 5 |
| Vérátömlesztés ill. egyéb vérkészítmények útján | - | 2 | - | - | - | - | - | 2 |
| Intravénás kábitószer- használat | - | - | - | - | 1 | - | - | 1 |
| Nosocomiális | - | - | 1 | - | 1 | - | - | 2 |
| Anyáról gyermekére | - | - | - | - | 1 | - | - | 1 |
| Ismeretlen | 2 | 2 | 1 | 3 | 4 | 2 | 1 | 15 |

Forrás: Epiinfo (www.antsz.gov.hu/oekepiinfo), 2001. dec. 31-i adatok.

IV. MELLÉKLET

Hasznos tudnivalók

E kötet folyamán több alkalommal is megfogalmazásra került, hogy mind az egyéni, mind a társadalmi érdek az, hogy HIV státuszával mindenki tisztában lehessen, mégpedig úgy, hogy közben a szűrésre jelentkező emberi jogait – emberi méltósághoz, önrendelkezéshez, információs önrendelkezéshez való jogát – a legmesszebbmenőkig tiszteletben tartsák. A járvány elleni védekezés mindannyiunk felelőssége, az azonban, aki pozitív státuszáról tud, általában még nagyobb körültekintéssel jár el, továbbá státusza ismeretében lehetővé válik, hogy az érintett a megfelelő kezelésben részesüljön – egy idejében megkezdett terápia akár tíz-húsz évvel is késleltetheti a tünetek, az AIDS betegség kialakulását.

Az új, 2003. január elseje óta hatályos szabályok értelmében – néhány kivételtől eltekintve – bárki végeztesethet önkéntes alapon anonim HIV tesztet. E kivételek olyan személyi köröket jelentenek, amelyek tagjait az egészségügyi törvény alapján kötelező szűrni, ezért a jogalkotó szerint nem bízható a szuverén döntésükre, hogy jelentkeznék-e vizsgálatra, vagy sem, és esetükben a szűrés minden alkalommal névvel kell végezni. Ha pedig esetleg az anonim módon kért HIV vizsgálat során derül ki, hogy az illető valamelyik kötelező szűrési körbe tartozik, akkor a törvény értelmében a vizsgálat csak akkor folytatható, ha az érintett a személyazonosító adatait felfedi. A kötelezően szürendő személyek a következők: a véréadó, illetve a szervet, szövetet, ivarsejtet adományozók; a saját anyatejet más számára adományozók; az invazív beavatkozásokat végző egészségügyi dolgozók, illetve más foglalkozást űzők, feltéve, hogy a fertőződés kockázata fennáll (a HIV tesztet az az orvos írhatja elő, aki a munkaalkalmasság megállapításához szükséges vizsgálatokról dönt); a prostituáltak; bizonyos bűncselekmények gyanúsítottai, illetve vádlottjai, feltéve, hogy a fertőződés kockázata fennállt; és végül azok a személyek, akiknek a szűrését bíróság rendelte el.¹⁹⁶

Ezek az esetek kivételével az érintett a hozzájárulása nélkül akkor sem szűrhető, ha az őt vizsgáló vagy kezelő orvos HIV fertőzésre gyanakszik.

Anonim HIV vizsgálatot (amelynek alkalmával nem kell a kartonozóban a TAJ kártyával lejelentkezni) a vonatkozó rendelet szerinti területi hovatartozástól függetlenül lehet kérni a bőr- és nemibeteg-gondozók és az ÁNTSZ kijelölt orvosaitól, lehet azonban szűrésre jelentkezni egyéb egészségügyi intézmények (kórházak, klinikák) kijelölt orvosánál, vagy akár független szűrőhelyeken is. Tapasztalataink szerint az anonim szűrés és tanácsadás terén ez utóbbiak járnak élen.

Néhány HIV szűrő- és tanácsadó szolgálat adatai:

| <i>Anonim AIDS Tanácsadó Szolgálat (AATSZ)</i> | <i>Szent Sebestyén '97 Kft.</i> | <i>Szent László Kórház – Központi Ambulancia / Recepció</i> |
|---|--|--|
| Budapest, XI. ker. Karolina út 35/B. | Budapest, VI. ker. Podmaniczky u. 27. fszt. 10. | Budapest, 1097. Gyáli út 5-7. |
| (06-1) 466.92.83. | (06-1) 302.75.72. | (06-1) 215.02.19. (kp.), 455.82.28. |
| H-Sze-Cs: 17h-20h K-P: 9h-12h | Sze: 19h-21h | H-P: 8h-14h |

¹⁹⁶ A kötelező szűrési körökről lásd bővebben e kötet II. fejezetét.

Az AATSZ TAJ kártya nélkül is ingyenes szűrést és tanácsadást biztosít, a többi szűrőhelynél érdemes a vizsgálat előtt telefonon érdeklődni. Telefonálni azért sem haszontalan, mert gyakran már a hívás során kiderülhet például, hogy a telefonáló feleslegesen aggódik, az általa kockázatosnak vélt magatartás valójában nem is az stb.