



AZ EGYES EGÉSZSÉGÜGYI TÁRGYÚ TÖRVÉNYEK MÓDOSÍTÁSÁRÓL



Az egyes egészségügyi tárgyú törvények módosításáról szóló T/18093. számú törvényjavaslat érinti többek között az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény (Eütv.), az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvény (Eüak.) és a nemdohányzók védelméről és a dohánytermékek fogyasztásának, forgalmazásának egyes szabályairól szóló 1999. évi. XLIII. törvény (Nvt.) egyes rendelkezéseit.

A javaslat igen **változatos kérdéseket érint**, módosulnak a kapcsolattartás, a panaszzog, a petesejt-adományozás, a pszichiátriai kezelés szabályai, az adatkezelő fogalma, az adatkezelés célja, a népegészségügyi-járványügyi célokhoz kapcsolódó adatkezelés, valamint a nemdohányzók védelmében alkalmazható korlátozások szabályai.

A TASZ **üdvözl**i, hogy az előterjesztő **visszavonta a sürgősségi ellátás igénybevétele**vel kapcsolatos módosítástervezetét, **hiányolja azonban**, hogy több, a javaslat által érintett területekhez szervesen kapcsolódó, lényeges téma kimaradt a módosításból, így:

- a **kijózanító állomásokon** alkalmazható korlátozó intézkedések és jogi garanciák meghatározása;
- a **dajkaterhesség** visszaállítása;
- a meddőségi kezelések és mesterséges megtermékenyítési eljárások **egyedülálló nők** előtti megnyitása.

Felhívjuk továbbá a jogalkotók figyelmét két kérdésre, melyek visszaállítása-újraszabályozása a közelmúltban vált aktuálissá:

- a kötelező védőoltások szövődményei és a vizsgálati készítmények klinikai tesztelése kapcsán felmerülő szövődmények vonatkozásában fennálló **állami kártalanítási kötelezettség** visszaállítása;
- a **művi meddővé tétel** újraszabályozása.



I. A PSZICHIÁTRIAI KEZELÉS SZABÁLYAI

(Javaslat 12–17. §)

A fejezet egésze tekintetében hangsúlyozni kívánjuk a következő **garanciális szempontok** fontosságát: a szabályozás **törekedjen az egyszerűsítésre** (tehát mindig a lehető legegyszerűbb jogtechnikai megoldást válassza), továbbá **legyen logikus és áttekinthető** az érintettek, képviselőik, az intézetek és a jogalkalmazók számára egyaránt.

A veszélyeztető és a közvetlen veszélyeztető magatartás közötti különbségtétel szükségessége

➔ Általános kifogásként fogalmazható meg, hogy a jogalkotó **egyáltalán nem differenciál** a veszélyeztető és a közvetlen veszélyeztető magatartás között (Eütv. 190. § c) pont, 191. § (1) bekezdés és 197. § (11) bekezdés). Álláspontunk szerint a közvetlenül veszélyeztető magatartás esetében lehetséges jogkorlátozás a

„sima” veszélyeztető magatartás esetében csak kivételesen fogadható el.

A TASZ megfontolandónak tartja, hogy a hatályos **kétféle definíció helyett** – melyek eddig is gyakorlatilag azonos mértékű, komoly jogkorlátozásoknak nyitottak utat – az Eütv. **veszélyeztető magatartás** megnevezés alatt **kizárólag a jelenlegi közvetlen veszélyeztető magatartás leírását tartalmazza**, eleget téve ezáltal annak a követelménynek, hogy az alkotmányos alapjogok korlátozása szükséges mértékű és arányos kell, hogy legyen.

A cselekvőképességükben érintett személyek differenciált megközelítése

➔ Az Eütv. 197. §-ának új szövege **minden cselekvőképességében érintett személy esetében** lehetővé teszi, hogy **törvényes képviselő nélkül** kérje intézeti felvételét. Ez a megoldás dogmatikai szempontból többszörösen is aggályos, megbontja ugyanis a hatályos cselekvőképességi rendszert. Nem világos, hogy a 197. § (3) bekezdéséhez **hasonló kivételt miért nem tartalmaz az Eütv. többi szabályozási területe**, miért csak ez az egyetlen rendelkezés, ahol a nem cselekvőképes érintett önállóan is cselekedhet?

Aggályos továbbá, hogy a 197. § javasolt módosítása **túlzott hatalommal és felelősséggel „ajándékozta” meg az intézményt**. Ez a helyzet legalább annyira **alkalmat teremt visszaélésekre** (elsősorban a demens állapotú időseknél), mint

a törvényes képviselő esetleges ellenérdekeltsége.

A módosításhoz fűzött miniszteri indoklásból az derül ki, hogy a jogalkotó elsősorban a családi erőszakot szenvedett, illetve drogfüggő fiatalokra gondolt. A TASZ erre az **egyébként üdvözlendő** szempontra tekintettel a következő, akár együttesen is alkalmazható, **jogtechnikai megoldásokat javasolja: (i)** a 197. § „liberalizációja” vonatkozzon kizárólag azokra a személyekre, akik az életkoruk miatt korlátozottan cselekvőképesek; **(ii)** a 197. § (3) bekezdésében leírt szituációban a gyámhatóság pótolhassa a törvényes képviselő nyilatkozatát.

A helyettes döntéshozó, a gyámhatóság és a bíróság szerepe

➔ A 197. § (3) bekezdés utolsó mondatában **nem világos** – és a szakasz további részében is problémákat okoz – a **gyámhatóság szerepe**, funkciója az eljárásban. A TASZ meglátása szerint a szabályozás elnagyolt, további pontosítást igényel.

➔ A 197. § (4) bekezdésében hiányzik is egy elem: nem világos, hogy ha a helyettes döntéshozó nem adja meg az utólagos hozzájárulást, akkor **hogyan értesül a bíróság?** A (3) bekezdés utolsó mondatában még úgy tűnik, hogy a további szereplők döntése szubszidiárius a helyettes döntéshozóéhoz képest, de ebben a passzusban a bíróság nem kerül említésre. Ehhez képest a (4) bekezdés szövegéből nem derül ki, tetszőlegesen választható-e, hogy ki adja meg a jóváhagyást, avagy a bíróság helyzete szubszidiárius. Nem világos továbbá ismét, hogy mi a szerepe az eljárásban a gyámhatóságnak.

Az önkéntes és a kötelező gyógykezelés elhatárolása

➔ Nem tartjuk elfogadhatónak, hogy az önkéntes gyógykezelés alapjául szolgáló beleegyezés érvénytelensége esetén a gyógykezelés átfordulhasson kötelezővé. **Indokolatlan korlátozás a felvételét önkéntesen nem kérő beteg intézetben tartása:** amennyiben az őt kezelő or-

vos úgy ítéli meg, hogy kötelező gyógykezelése szükséges, a 200. § (2) bekezdésében leírtak szerint kezdeményezze a beteg kötelező intézeti gyógykezelését. **Javasoljuk** tehát **elhagyni** a 197. § (8) bekezdése tervezett második mondatát.

➔ Hasonló megfontolásból aggályosak a 197. § (10) bekezdés első és második mondatának utolsó fordulatai is, továbbá túlságosan **tág és bizonytalan** megfogalmazás e bekezdésben a „**más intézkedés**” **szösszetétel**. Javasoljuk tehát, hogy a (8) és a (10) bekezdésekben **egyértelmű garanciális szabályok révén különböztessék meg az önkéntes és a kötelező gyógykezelés intézményét**.



II. A MESTERSÉGES MEGTERMÉKENYÍTÉS SZABÁLYAI

(Javaslat 8–9. §)

➔ Az Országgyűlés a meddőséggel kapcsolatos problémák átfogó kezelésére vonatkozó intézkedési terv kialakításáról szóló H/16056. számú határozatában különböző intézkedések megtételére, illetve vizsgálatok lefolytatására kérte fel a Kormányt annak érdekében, hogy megkönnyítse a gyermeket mesterséges megtermékenyítés útján vállalni kívánók ez irányú törekvéseit és bővítse azok körét, akik részt vesznek ezen eljárásokban.

Köztudomású tény, hogy hazánkban évről évre csökken a születések száma. Magyarországon a 25 év alatti nők 4%-a, a 25–35 év közötti nők 13%-a, a 35 év fölötti nők 30%-a küzd meddőségi problémákkal. Ennek ellenére **a hatályos egészségügyi törvény számos gyermekvállalási lehetőségtől elzárja a gyermekekre vágyó nőket**, és jelen javaslat is minimális előrelépést jelent csupán.

➔ A TASZ álláspontja szerint az emberi jogok, és különösen az önrendelkezési jog tisztelete is azt követeli, hogy **mindenki, aki gyermeket szeretne, lehetőséget kapjon erre: a jog nem zárhatja ki**

önkéntesen a gyermekvállalásból a gyermekekre vágyók meghatározott körét.

A petesejt-adományozás anonimitásának feloldása

➔ **Üdvözlendő**, hogy a javaslat – a beavatkozás speciális jellegére, valamint az állampolgári jogok országgyűlési biztosa és az adatvédelmi biztos által az OBH 5019/2003. számú ügyben kiadott közös jelentésére való tekintettel – **egymást ismerő személyek között is lehetővé teszi** a petesejt-adományozást.

Indokolatlan korlátozás azonban, hogy a javaslat erre az adományozásra csak egy meghatározott, **szűk rokoni-hozzátartozói kör** esetében ad lehetőséget. Az ombudsmani jelentés és az alapjául szolgáló **Egészségügyi Tudományos Tanács (ETT) és Magyar Orvosi Kamara (MOK)** véleménye szerint nem indokolt, hogy az anonimitás akadálya legyen „a meddő párhoz közel álló személyek (barátnő, ismerős) általi adományozási szándék” megvalósulásának: fontos, hogy a petesejtet kapó nővel megfelelő érzelmi kapcsolatban álló **ismerősi körbe** tartozó adományozók is segíthessék meddőséggel küzdő szerettüket.

Az előterjesztők érvelése szerint azért egy szűk kör adományozhat csupán, hogy biztosítani lehessen az adományozás önkéntességét és az üzletszerűség kizárását. A TASZ álláspontja az, hogy e cél oly módon is elérhető, hogy – a szervadományozás esetéhez hasonlóan – az adományozó és a meddő nő együttes kérelméről a **kórház etikai bizottsága** dönt. Más megoldást választani igazságtalan lenne azokkal a nőkkel szemben, akiknek nincs olyan rokonuk (lényegében testvérük vagy sógornőjük), aki alkalmas lenne a beavatkozásra.

A dajkaterhesség visszaállítása

➔ A dajkaterhesség (az ún. „béranyaság” ingyenes változata) visszaállítására a ciklus egészségügyi miniszterei rendre ígéretet tettek, ám annak nyoma sincs a javaslatban.

A dajkaterhesség az 1997-es egészségügyi törvény hatályba lépését megelőzően **létezett és rendben működött hazánkban**, és az Eütv.-nek az Országgyűlés által elfogadott eredeti verziójában **szigorú garanciális szabályok mellett** szerepelt is a törvényesen igénybe vehető reprodukciós eljárások között. 2000. január elsejétől lépett volna hatályba, hogy elég idő maradjon a családi jogi szabályok igazságügyi Minisztérium általi megfelelő átdolgozására. A módosításra – bár az IM kidolgozta szabályozási javaslatát – nem került sor, a dajkaterhességre vonatkozó részt **még hatályba lépése előtt törölték** az Eütv. szövegéből, **számos meddő nőt fosztva meg az utolsó esélyétől**, hogy saját gyermeke lehessen.

A dajkaanya, a gyermek és a gyermeket felnevelni szándékozó szülők közötti viszony megfelelő szabályozására **több megoldás létezik Európa-szerte** is. A TASZ álláspontja szerint az, hogy egy kérdés rendezése összetett szabályozási munkát igényel, **nem indokolhatja a feladat hátrahagyását**.

Az egyedülálló nők gyermekvállaláshoz való joga

➔ A módosítás alapját képező országgyűlési határozat V. pontja szerint „[a]z Országgyűlés felkéri a Kormányt, hogy vizsgálja meg **a lombik programban résztvevők körének bővítési lehetőségeit**”.

Hazánkban is egyre nyilvánvalóbban fogalmazódik meg az igény arra, hogy **egyedülálló nők** is vállalhassanak gyermeket (lásd a Nők Lapjához beérkezett levelek és hozzászólások kivonatát, melyet elektronikus formában minden országgyűlési képviselő címére eljuttattuk), mint ahogy már a világ, de Európa számos országában is vállalhatnak. Engedélyezett az egyedülálló nők mesterséges megtermékenyítése nevezetesen Ausztráliában, **Belgiumban, Bulgáriában, Chilében, Dániában, Dél-Afrikában, az Egyesült Államokban, az Egyesült Királyságban, Finnországban, Görögországban, Hollandiában, Írországban, Izraelben, Mexikóban, Romániában, Salvadorban, Spanyolországban, Új-Zélandon és Venezuelában.**

Az Európai Emberi Reprodukciós és Embriológiai Társaság (European Society for Human Reproduction & Embriology – ESHRE) felmérése szerint az egyedülálló nők donortól fogant gyermekei és a teljes családban nevelt gyermekek esetében nincs különbség a szülők „minőségét”, illetve a gyermekek alvási és evési szokásait illetően. Megállapította továbbá, hogy a donortól fogant babákkal a meddő párok „kiemelkedően többet”, az egyedülálló nők pedig „az átlagosnál többet” foglalkoznak, mindkét donoros csoportban tehát **többet foglalkoznak a gyerekekkel, mint amennyit egy „teljes családban” élő gyermekkel átlagosan foglalkoznak a biológiai szülei.**

Az utóbbi évtizedekben a hagyományos családmódel változásokon ment keresztül, és ezekkel **a változásokkal a jogalkotóknak is lépést kell tartaniuk.** Fontos felismerni, hogy a fogantatás kori „teljes” család állapota egyáltalán nem biztos, hogy a későbbiekben is fennmarad, nem ritka eset, hogy a megfogant gyermek apja már annak születésekor sincs az anya mellett, és ugyanígy az is előfordul, hogy **egy gyermekét egyedül vállaló vagy nevelő nő később olyan párt talál**, akivel együtt gyermeke számára teljes családot biztosíthat. **Diszkriminatív és indokolatlan tehát a „csonka család” rémképével érvelni, és kizárni a gyerekvállalásból az egyedülálló nőket.**

➔ **Az örökbefogadás terén már nem követelmény, hogy házaspár vagy igazolt élettársi kapcsolatban élő pár fogadja örökbe a családra váró gyermeket.** A reprodukciós eljárások terén is olyan szabályozást kell bevezetni, amely lehetővé teszi, hogy **aki gyermeket szeretne, az megkaphassa az ehhez szükséges orvosi segítséget, és ne kényszerüljön csalásra** (nem létező élettársi kapcsolat igazolására, azaz közokirat-hamisításra) **vagy** – amennyiben nem meddő egyedülálló nőről van szó – **teherbe esési célzattal méltóságán aluli egyéjszakás kalandokra.**

➔ **Javasoljuk, hogy az egyedülálló meddő nők nem egyedülálló meddő társaikhoz hasonlóan minden lehetséges egészségügyi segítséget kapjanak meg meddőségük kezelése és gyermekvállalásuk elősegítése vé-**

gett, valamint hogy a reprodukciós eljárások az egyedülálló nem meddő nők számára is nyitva álljanak.

Szabályozási javaslat a meddő egyedülálló nők vonatkozásában

- ➔ A reprodukciós eljárásokról szóló fejezetben szabályozott lehetőségek kibővítése végett javasoljuk:
- az Eütv. 167. § (1) bekezdése harmadik mondatként beiktatni a következőket: „Reprodukciós eljárás házastársi vagy élettársi kapcsolatban nem élő nő (a továbbiakban: egyedülálló nő) esetében is igénybe vehető, amennyiben a nő meddő, vagy amennyiben egészségi állapota (várható meddősége) folytán a terhesség halogatása előreláthatóan azt eredményezné, hogy gyermeket természetes úton már nagy valószínűséggel nem vállalhatna.”;
- a fejezet elején tisztázni a reprodukciós eljárás tartama alatt a házassági vagy élettársi kapcsolat megszűnése révén egyedülállónak vált, valamint az eljárásban eleve egyedülállónak részt vevő nő közötti különbséget, és e két fogalmat következetesen használni a fejezet során.



III. A BETEGJOGI SZABÁLYOZÁS

(Javaslat 1–3. §)

- ➔ A Tervezet tartalmaz néhány a kapcsolattartás jogát és a panaszjogot érintő szükséges pontosítást, **indokolatlannak tartjuk azonban a betegek panaszainak kivizsgálására rendelkezésre álló idő meghosszabbítását:** álláspontunk szerint a helyi szinten megoldható panaszok nem igényelnek különösebben bonyolult vagy hosszadalmas vizsgáldást, amennyiben pedig az ügy ilyen egyszerűen nem oldható meg, a további jogorvoslatok igénybe vételekor lehetőség nyílik részletesebb és hosszabb ideig tartó vizsgáldásra is. **Javasoljuk tehát, hogy az Eütv. 29. § (2) és 33. § (2) bekezdésében a határidő továbbra is 10 nap maradjon.**



IV. AZ EGÉSZSÉGÜGYI ADATOK KEZELÉSÉNEK SZABÁLYAI

Az ombudsmanok adatkezelési jogosítványai

(Javaslat 21–22. §)

⇒ 2005 februárjában nyilvánosságot kapott, hogy az állampolgári jogok országgyűlési biztosának általános helyettese sikertelenül próbált egészségügyi intézményeknél vizsgálni a tekintetben, hogy a betegek fájdalomcsillapításhoz való joga mennyire érvényesül, az intézmények ugyanis úgy ítélték meg, hogy – lévén, hogy a biztosok közül egyedül az adatvédelmi biztos szerepel a személyes adatok védelméről szóló 1992. évi LXIII. törvény (Avtv.) (mely az Eüak. mögöttes jogszabálya) által meghatározott adatkezelők között – az általános helyettesnek nincs joga betekinteni a beteglapokba.

A TASZ álláspontja szerint ugyan a vizsgálat lefolytatásához nincs feltétlenül szükség a személyes adatok megismerésére, elég lehet, ha a kórházak a diagnózisra és a kapott kezelésre vonatkozó adatokat személyazonosításra alkalmatlan módon bocsátják a biztos rendelkezésére, létezhetnek azonban olyan helyzetek, amikor **hatékony jogvédő munkához szükséges, hogy az országgyűlési biztos betekinthessen** ezekbe az adatokba.

⇒ **Javasoljuk, hogy az adatkezelők közé vegyék föl az állampolgári jogok biztosát, az állampolgári jogok biztosának általános helyettesét és a nemzeti és etnikai kisebbségi jogok biztosát is, valamint hogy az adatkezelés lehetséges céljai között jelenjenek meg az ombudsmani vizsgálatok.**

A HIV/AIDS esetek jelentése

⇒ A HIV fertőzés, illetve AIDS betegség jelentésével kapcsolatos rendelkezések a 2005. évi XLIX. törvény által beiktatott változások ellenére **még mindig nem teljesen koherensek.**

A 15. § (2) bekezdés második mondata szerint a személyazonosítók nélkül jelentendő fertőzések, betegségek esetében az ÁNTSZ városi intézete „közegészségügyi vagy járványügyi közérdekre hivatkozva kérheti az érintett személyazonosító adatait”. A gyakorlatban ez a szabály félrevezetőnek bizonyult, és jelentősen megnehezíti azt, hogy aki anonim HIV tesztre jelentkezik – az anonim vizsgálathoz való jogát az Eütv. tartalmazza –, az **valóban részesülhessen anonim vizsgálatban.**

Az egészségügyi szolgáltatók tartanak ugyanis attól, hogy ha biztosítják a tesztet személyazonosítók nélkül, akkor adatszolgáltatási kötelezettségüknek nem lesznek képesek megfelelni abban az esetben, ha az illetékes ÁNTSZ utólag mégis bekéri az illető személyes adatait.

A helyzet tisztázása érdekében **javasoljuk a HIV fertőzést és az AIDS betegséget kivenni a 15. § (2) bekezdés második mondatának hatálya alól.**



V. A NEMDOHÁNYZÓK VÉDELME ÉRDEKÉBEN ALKALMAZHATÓ KORLÁTOZÁSOK

(Javaslat 30–32. §)

⇒ A TASZ fontosnak tartja a nemdohányzók védelmét, ám hangsúlyozni kívánja, hogy alkotmányos alapjogok korlátozásánál a legitim cél mellett az is követelmény, hogy a korlátozás szükséges és arányos legyen, azaz a jogalkotónak a cél elérésére alkalmas eszközök közül a legkevésbé korlátozót kell választania, és a korlátozástól várható előnyöknek jelentősebbeknek kell lenniük a korlátozásból fakadó hátrányoknál.

A javaslat elfogadása esetén léteznének olyan munkahelyek, ahol **az ott dolgozók számára egyáltalán nem létezne-létezhetne dohányzásra kijelölt hely.** A TASZ szerint a nemdohányzók védelme ennél enyhébb korlátozások révén is elérhető: olyan, megfelelő szellőző rendszerrel ellátott, elkülönített helyiség biztosítása révén, amelynek igénybe vétele mel-

lett a dohányzók úgy dohányozhatnának, hogy eközben nem zavarnák a nemdohányzókat.

Kétségesnek tartjuk továbbá a dohányszók önrendelkezési jogát és cselekvési szabadságát indokolatlanul súlyos mértékben korlátozó szabályok hatékonyságát. Félő, hogy a gyakorlatban mégis számos esetben továbbra is dohányoznának a munkahelyükön a dohányszó munkatársak, ami a jogszabályok és a törvénytiszteltet elértéktelenedését, valamint a példának szánt magatartás visszajárra fordulását eredményezné. Ráadásul – kijelölt hely híján – **a dohányszók valóban zavarnák a nemdohányzókat.**



VI. AMI MÉG A JAVASLATBA KÍVÁNKOZIK

⇒ Az alábbiakban néhány olyan kérdésre hívjuk föl a figyelmet, amelyek szabályozása a közelmúlt eseményei folytán időszzerűvé vált, illetve amelyek kapcsolódnak az Eütv. javaslat által érintett területeihez, következésképpen módosításukkal indokolt jelen jogalkotási folyamatban foglalkozni.

A kijózanító állomások: fehér folt

⇒ A kijózanító állomásokra vonatkozó – egyébiránt igen elavult – szabályokat ez év szeptemberéig az ittas személy kijózanító állomásra szállításáról szóló 2/1988. (XII. 15.) BM–SZEM együttes rendelet tartalmazta, ám hatályon kívül helyezése óta **semmilyen jogszabály** nem rendezi e kérdést.

Az állampolgári jogok országgyűlési biztosa az OBH 510/1998., az OBH 10267/1997. és az OBH 2612/1999. számú ügyekben kiadott jelentésében kiemeli, hogy „**ellentmondásban áll egymással a kijózanító állomások zárt osztályos jellege és az a tény, hogy ezek az osztályok nem minősülnek pszichiátriai osztálynak**”. Az Eütv. számos garanciát tartalmaz a pszichiátriai kezelés során al-

kalmazható korlátozások és kényszerintézkedések vonatkozásában, amelyek enyhítenek a pszichiátriai betegek kiszolgáltatott helyzetén és elejét vehetik a visszaéléseknek. Ezzel szemben **a kijózanító állomásokra szállított embereket a jog semmilyen szinten nem védi.**

A TASZ égető kérdésnek tartja a kijózanító állomásra szállítás és az állomáson történő ellátás szabályainak kialakítását. Tekintettel arra, hogy a felmerülő kényszerintézkedések **alkotmányos alapjogokat érintenek**, azok szabályozása **törvényben**, nevezetesen az egészségügyi törvényben kell, hogy történjék. A szabályozás során alkotmányos garanciák beiktatása szükséges.

Az állam kártalanítási felelőssége

➔ A nyáron elfogadott ún. gyógyszer-törvény október 30-ával hatályon kívül helyezte az Eütv. azon passzusát, amely szerint az állam kártalanítást fizet, ha a **kötelező védőoltás** egészségkárosodáshoz vagy halálhoz vezet, továbbá megszüntette az állam mögöttes – kiegészítő jellegű – helytállási kötelezettségét a **vizsgálati készítmények** klinikai tesztelésével kapcsolatban felmerülő szövődményekért is.

A TASZ és a Védegyelet a múlt hónapban levélben fordult az országgyűlési pártok frakcióvezetőihez, amelyben indítványozta, hogy a jogalkotók **állítsák vissza** a köte-

lező védőoltások szövődményei és a vizsgálati készítmények klinikai tesztelése kapcsán felmerülő szövődmények vonatkozásában fennálló állami kártalanítási kötelezettséget.

A kötelezően előírt **védőoltások** esetleges következményeivel kapcsolatban az államnak vállalnia kell a kártalanítást, illetve gondoskodnia kell a kártalanítás fedezetéről, az egyének ugyanis jelenleg nem dönthetnek el, hogy ezeket az oltásokat megkapják-e vagy sem. Több esetben büntetőeljárást is indítottak olyan szülők ellen, akik nem engedték, hogy gyermekük védőoltást kapjon. A büntetőhatalmat is gyakorló állam ezért sem háríthatja el a felelősséget a védőoltások esetleges szövődményeivel kapcsolatban.

A TASZ Álláspont című kiadványának eddig az alábbi számai jelentek meg:

1. Az egészségügyi adatok védelméről
2. A drogszabályok szigorításáról
3. Az egészségügyi törvény betegjogi rendelkezéseiről
4. A büntetőeljárás törvényjavaslatról
5. A drogszabályok szigorításáról
6. Az egészségügyi törvény módosításáról
7. A személyes adatok védelméről
8. A dajkaterhességről
9. Az Internet szabadságáról
10. Az abortusz-szabályok szigorításáról
11. Az egészségügyi közvetítői eljárásról
12. A nemzeti (drog)stratégiáról
13. A cselekvőképességgel, gondnoksággal összefüggő egyes törvénymódosításokról
14. Az egyházi törvény módosításáról
15. Az egészségügyi törvény módosításáról
16. A pszichiátriai otthonok új szabályairól
17. Az új büntetőeljárás törvény tervezett módosításáról
18. Az egészségügyi törvény tervezett módosításairól
19. A büntető jogszabályok módosításáról
20. A közoktatási törvény adatkezelést érintő módosításáról
21. A jogalkotásról szóló törvényjavaslatról
22. A rasszista beszéd új büntetőjogi szabályairól
23. A személy- és vagyonvédelmi, valamint a magánnyomozói tevékenység szabályozásáról
24. Az adatvédelmi törvény módosításáról
25. Az elektronikus információszabadságról szóló T/16350. számú törvényjavaslatról

A cselekvőképességükben érintettek családtervezési célból történő művi meddővé tétele

➔ Az Alkotmánybíróság (AB) egy hete határozott az egyik hozzá legrégebben benyújtott indítvány ügyében. Az 1992 óta elbírálásra váró indítvány nyomán az AB 2006. június 30-ai hatállyal megsemmisítette az Eütv. 187. § (2) bekezdését és kimondta, hogy **sem népesedéspolitikai szempontok, sem az állam egészségvédelmi kötelessége nem teszi alkotmányosan elfogadhatóvá, hogy a törvény a vér szerinti gyermekek számától tegye függővé az önrendelkezési jog gyakorlását.**

Az AB jogbiztonsági szempontokra való tekintettel nemcsak a gyermekek számára vonatkozó mondatrészt semmisítette meg, hanem **az egész bekezdést**, mely bekezdés rendelkezik a korlátozottan cselekvőképes és a cselekvőképtelen személyek művi meddővé tételének szabályairól is. A jogalkotó tehát ezt a kérdést is újra kell, hogy szabályozza.

A TASZ álláspontja szerint **komoly aggályokat** vet föl, hogy a cselekvőképességükben érintettek családtervezési okokból történő művi meddővé tételéről a törvényes képviselő és a gyámhatóság jogosult dönteni, az érintettnek ebbe semmilyen beleszólási joga sincs.

Nincs tekintettel a szabályozás egyrészt arra a tényre, hogy a korlátozottan cselekvőképeselek döntési jogosultsága nem általános jelleggel, az élet minden területére kiterjedően korlátozott, hanem csupán azokra az **ügycsoportokra** nézve, amelyeket a gondnokság alá helyezés során a bíróság megjelöl. Így elképzelhető, hogy valaki a pénzügyei viteléhez szükséges belátási képességgel csak korlátozottan rendelkezik, ellenben egészségügyi téren teljesen döntésképes.

Kérdésesnek tűnik másrészt, hogy **felmerülhet-e egyáltalán olyan helyzet, amikor** egy gondnokság alatt lévő embert nem egészségügyi, hanem **családtervezési okokból feltétlenül szükséges meddővé tenni** ahelyett, hogy más, visszafordítható, és ezért kevésbé korlátozó fogamzásgátló módszereket alkalmaznának.

Javasoljuk, hogy a jogalkotó – a kiszolgáltatott, cselekvőképességükben érintett em-

berek védelmére való tekintettel – **különös figyelmet szenteljen** a kérdés mielőbbi megnyugtató újraszabályozásának, és a művi meddővé tétel szabályait **az alkotmányos alapjogok szem előtt tartásával** dolgozza ki mind a cselekvőképeselek, mind a koruk vagy mentális állapotuk miatt cselekvőképességükben érintett személyek esetében.

Kiadta a

TASZ
T Á R S A S Á G A S Z A B A D S Á G J O G O K É R T

2005 NOVEMBERÉBEN

1084 BUDAPEST,
Víg utca 28. I. em. 3.
Tel./Fax: 209-0046; 279-0755
e-mail: tasz@tasz.hu
<http://www.tasz.hu>
Adószám: 18067109-1-42