Csernus Eszter

KÉNYSZER(ES) INTÉZKEDÉSEK?

A HIV-SZŰRÉSRE, VALAMINT A HIV-POZITÍVOK GONDOZÁSBA VÉTELÉRE ÉS GYÓGYKEZELÉSÉRE VONATKOZÓ LEGFRISEBB FEJLEMÉNYEKRŐL

Az Alkotmánybíróság 27/2002. (VI. 28.) számú határozatával megsemmisítette a szerzett immunhiányos tünetcsoport terjedésének meggátlása érdekében szükséges intézkedésekről és a szűrővizsgálat elrendeléséről szóló 5/1988. (V. 31.) számú szociális és egészségügyi minisztériumi (SZEM) rendeletet. A bíróság megállapította, hogy a rendelet számos rendelkezése több alapvető jogot korlátoz, ez pedig minden esetben törvényi szintű szabályozást igényel, hiszen alapjogok korlátozására az alkotmány 8. § (2) bekezdése értelmében kizárólag törvényben kerülhet sor, rendeleti szinten nem.

Az indítványozó által felvetett tartalmi kifogásokat az Alkotmánybíróság nem vizsgálta, állandó gyakorlata értelmében ugyanis formai alkotmányellenesség megállapítása esetén a tartalmi alkotmányellenesség vizsgálatát nem tartja szükségesnek. Az Alkotmánybíróságról szóló törvényben foglaltaknak megfelelően a bíróság a rendelet megsemmisítésének határnapját úgy állapította meg, hogy a megsemmisített rendelkezéseket felváltó szabályok alkotmányos keretek között történő megalkotására kellő idő álljon rendelkezésre – a határozatban szereplő határnap 2002. december 31.

JOGALKOTÁSI KÉNYSZER

Az Alkotmánybíróság döntése nyomán a jogalkotó szervek hat hónapot kaptak arra, hogy a megsemmisített rendelkezések helyett az alkotmányos követelményekkel összhangban lévő, törvényi szintű szabályokat fogadjanak el. Mivel az alkotmánybírák csupán a formai alkotmányellenességet illetően foglaltak állást, nyitott maradt a kérdés, hogy a rendeletben megfogalmazottak tartalmilag sértik-e az alkotmányt vagy sem. A vonatkozó törvénytervezet kidolgozásával megbízott Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium (ESzCsM) azonban nem tartotta különösebben lényegesnek a különbséget, amely aközött húzódik, hogy az Alkotmánybíróság egy rendelkezés alkotmányosságát nem vizsgálja, és aközött, hogy az Alkotmánybíróság egy rendelkezést nem tart alkotmányellenesnek, és egész egyszerűen csak a rendeletben szereplő megoldásokat igyekezett az egészségügyi törvény (Eütv.) járványügyi rendelkezései közé beilleszteni. A különbség azonban korántsem elhanyagolható.

Mielőtt közelebbről tanulmányoznánk az Eütv. módosítására született, 2002. évi LVIII. törvény rendelkezéseit, érdemes megismerkednünk a járványos betegségekre vonatkozó két alapvető felfogással.

HAGYOMÁNYOS JÁRVÁNYÜGYI MODELL

A hagyományos járványügyi megközelítés, melyet a XIX–XX. század fordulóján dolgoztak ki, a következő főbb módszerek és elvek mentén halad:

– azonosítani a fertőzött személyeket (szűrés vagy egyedi tesztelés útján),

– a feltárt eseteket nyilvántartásba vétel céljából bejelenteni a közegészségügyi hatóságoknak,

– felkutatni a fertőzött személyek kapcsolatait,

– elkülöníteni a fertőzött személyeket a társadalom többi részétől, majd

– az így elkülönített személyeket meggyógyítani.

Ezt a modellt olyan fertőző betegségek leküzdésére dolgozták ki, amelyek köznapi érintkezés útján terjednek, rövid lappangási idővel rendelkeznek és gyógymódjuk ismert.

A HIV/AIDS speciális jellege folytán, továbbá az általa felvetett új típusú társadalmi és egészségügyi problémák tükrében azonban több mint kérdéses ennek a hagyományos modellnek az alkalmassága és alkalmazhatósága. A HIV/AIDS ugyanis köznapi érintkezés útján nem terjed (csak szexuális érintkezés vagy vér, illetve meghatározott váladékok útján), a vírus átadása egyszerű, alapvető higiéniai, illetve viselkedési szabályok (például óvszerhasználat) betartásával elkerülhető, a HIV-pozitív emberek évekig, megfelelő terápia mellett évtizedekig is élhetnek tünetmentesen – és munkaképesen. Gyógymód jelenleg nem létezik a kórra, viszont kapcsolódnak hozzá olyan társadalmi stigmák, amelyek miatt a HIV-pozitívok (jogi) védelme különös figyelmet kíván.

MODERN JÁRVÁNYÜGYI SZEMLÉLET

A másik, a HIV/AIDS vonatkozásában haladó járványügyi szemléletet az elmúlt évtizedben dolgozták ki, miután a legtöbb ország felismerte, hogy a vírus terjedését a hagyományos eszközök igénybevételével nem sikerült meggátolni. (Hogy miért is nem alkalmasak ezek az eszközök – azon túl, hogy alapvető jogokat indokolatlanul sértenek –, arról később lesz szó.) Ez a megközelítés figyelembe veszi, hogy egyes különösen veszélyeztetett csoportok tagjai – intravénás droghasználók, szexmunkások, homoszexuálisok – meglehetősen bizalmatlanok az állammal szemben, és a hatóságilag kikényszeríthető járványügyi intézkedések nem erősítik bennük az együttműködési hajlamot. A modern megközelítés kidolgozói tisztában voltak azzal, hogy az elsődleges járványügyi cél nem az, hogy név szerint lehessen azonosítani, ki fertőzött és ki nem. Az azonosításnak akkor lehetne értelme, ha az érintetteket meg lehetne gyógyítani, vagy abban az esetben, ha a köznapi érintkezés során elkapható olyan betegségről lenne szó, melynek terjedését csak és kizárólag a fertőzöttek elkülönítése révén nyílna mód megakadályozni, jelen helyzetben azonban a személyazonosító adatokat is tartalmazó nyilvántartás teljességgel öncélú. A fertőzöttek név szerinti ismerete nemhogy nem járul hozzá a vírus terjedésének meggátlásához, hanem ellenkező hatással jár: a potenciális fertőzöttek inkább kerülik a szűrőhelyeket, mert egyrészt tartanak a HIV-pozitivitással járó hátrányos megkülönböztetéstől, másrészt pedig attól, hogy ha egyszer a hatóságok látókörébe kerülnek, akkor gyakorlatilag bármilyen kényszerintézkedést alkalmazhatnak majd velük szemben. Félelmük, sajnos, nem alaptalan, hiszen járványügyi intézkedés ellen hatékony jogorvoslatra nincs mód.

AZ EGYÜTTMŰKÖDÉSEN ALAPULÓ MODELL

Mára már világszerte egyértelművé vált, hogy az elsődleges járványügyi érdek az, hogy mindenki tisztában lehessen HIV-státuszával, és tartózkodjon a fertőzési kockázatot jelentő magatartásoktól. Ennek pedig az a feltétele, hogy ezeket, valamint a megfelelő védekezési módozatokat illetően kellő ismeretekkel rendelkezzen. Az új járványügyi modell az együttműködés elvén alapul, és olyan megoldásokra épít, amelyek csupán a lehető legszűkebb körben érintik az egyének alapvető jogait.

Évek óta e modell hatékonyságát hangsúlyozza több nemzetközi szervezet is, nevezetesen az ENSZ, a UNAIDS (az ENSZ HIV/AIDS-re szakosodott szerve), az Egészségügyi Világszervezet (WHO), és regionális szinten az Európa Tanács is. Az ENSZ emberi jogi főbiztosa és a UNAIDS közös szervezésében 1996-ban Genfben megtartott második nemzetközi konzultáció a HIV/AIDS-ről és az emberi jogokról[1] alkalmával a jelenlévő szakemberek tizenkét irányelvet fogadtak el a HIV/AIDS elleni küzdelemre vonatkozóan. Ezen irányelvek közül a harmadik így szól: „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."[2] (Saját ford. – Cs. E.)

Az elvek megfogalmazásán túl a konzultáció résztvevői további iránymutatásokkal is szolgálnak: részletezik, hogy az egyes elvek maradéktalan és hatékony megvalósulása érdekében a társadalmi élet különböző területein milyen lépésekre, hozzáállásra van, illetve lehet szükség. A szakemberek konkrét, hazai szempontból releváns ajánlásait a magyar szabályozás kapcsán felmerülő problémák vizsgálata során mutatjuk be. A magyar HIV/AIDS szabályozást illetően a következő kérdések vizsgálandók: a HIV-szűrés önkéntességének és anonimitásának kérdése, a partnerkutatás és a kötelezően szűrhető személyi kör meghatározásának kérdése, a nyilvántartási kötelezettség, a kötelező gondozásba vétel és a kötelező gyógykezelés kérdése.

A HIV-SZŰRÉS ÖNKÉNTESSÉGE ÉS ANONIMITÁSA

Az önkéntesség és az anonimitás szorosan összefüggő kritériumok: az önkéntesség hiánya eleve kizárja, hogy a vizsgált személyek megőrizhessék anonimitásukat, a kötelező vizsgálatokat ugyanis értelemszerűen névvel végzik; a tapasztalatok pedig azt mutatják, hogy az anonimitás hiánya a szűrőhelyek elkerülésére ösztönöz. A HIV esetében a távolmaradást és a bizalmatlanságot az is erősíti, hogy az életvitelük folytán nagyobb fertőzési veszélynek kitett személyek már egyébként is marginalizált, diszkriminált csoportokhoz tartoznak, és attól tartanak, hogy személyes adataik sorsa átadásukat követően nyomon követhetetlenné válik, az élet bármely területén lehetőség nyílik a velük szembeni visszaélésekre vagy – például az intravénás droghasználók esetében – büntetőeljárás indulhat ellenük.

A Genfben megfogalmazott nemzetközi irányelvek emlékeztetnek arra, hogy a HIV/AIDS kérdéskör által felvetett problémákra (is) az államok által vállalt nemzetközi emberi jogi kötelezettségekkel összhangban álló megoldásokat kell találni. A Polgári és politikai jogok nemzetközi egyezségokmánya 17. cikkelye deklarálja az egyének magánélethez való jogát, és az Európa Tanács emberi jogi egyezménye is annak tiszteletben tartására kötelezi a szerződő államokat (8. cikkely). A konzultáción a magánélethez való jog kapcsán megfogalmazottak értelmében az államoknak úgy kell meghatározniuk közegészségügyi szabályaikat, hogy „a HIV-státuszra vonatkozó adatokat sem az egészségügyi hálózaton belül, sem azon kívül ne lehessen engedély nélkül gyűjteni, felhasználni vagy továbbítani, és ezen adatok felhasználása csak tájékozott beleegyezésen alapulhasson". Az információs önrendelkezéshez való joggal az államoknak tehát a HIV/AIDS esetében is számolniuk kell.

A megsemmisített rendelet 1988 és 1998 között hatályos változata mellett „hallgatólagosan megtűrt" módon működhettek független, anonim HIV-vizsgálatot végző szolgálatok, 1998. január elsejétől azonban a rendelet 12. §-a különbséget tett az első és a második (verifikáló) HIV-teszt között.[3] Az első tesztet még el lehetett végeztetni név nélkül, a második teszt előfeltétele viszont az volt, hogy az érintett felfedje személyazonosságát. Amennyiben ezt megtagadta, a vizsgálat nem volt folytatható, ami mind az érintett szempontjából, mind járványügyi szempontból abszurd. Nem világos, miért fontosabb szempont az, hogy a vizsgált személy azonosítsa magát, mint az, hogy megtudhassa, fertőzött-e vagy sem. Még akkor is érthetetlen ez a megoldás, ha megpróbálunk a hagyományos járványügyi modellből kiindulni. Hiszen ha az érintett úgy dönt, nem folytatja a vizsgálatot, a járványügyi hatóságoknak nem marad más választásuk, mint egyszerűen belenyugodni ebbe a döntésbe.

A 2002 végén elfogadott törvénymódosítással hazánkban is főszabállyá válik az önkéntes HIV-szűrés, hiszen „a (4) bekezdésben meghatározott eseteken kívül HIV-ellenanyag vizsgálat kizárólag a vizsgált személy vagy a nevében e törvény szerint nyilatkozattételre jogosult személy beleegyezése alapján végezhető" [Eütv. 59. § (5) bekezdés]. A módosításban szereplő, taxatív módon felsorolt eseteken[4] kívül tehát tudta nélkül vagy akarata ellenére senkin sem végezhető HIV-vizsgálat. Ami pedig az anonimitást illeti, a törvény arra szorítkozik, hogy az önkéntes vizsgálatok esetében a vizsgált személy számára lehetővé teszi személyazonosító adatai átadásának megtagadását a vizsgálat bármely szakaszában.[5] Sajnálatos módon tehát a főszabályként bevezetett önkéntességhez a módosítás nem társít ugyanolyan főszabály jelleggel anonimitást, hanem csupán felhatalmazza a vizsgálaton részt vevő személyt adatai titokban tartására. A megfogalmazás igen szerencsétlen, hiszen – lévén, hogy az átadás megtagadása csak akkor merülhet fel, ha azt megelőzően az illetőtől már kérték a nevét és egyéb személyes adatait – arra utal, hogy a szűrőállomások gyakorlatában teljesen elfogadható, ha minden vizsgálatra jelentkezőt első lépésként személyes adatai átadására hívnak fel. Ezzel szemben nem kap hangsúlyt az anonim vizsgálati lehetőség létére vonatkozó tájékoztatási kötelezettség – azaz ha az érintett tudja, hogy adatai átadását megtagadhatja, és képes kilépni a megszokott orvos–beteg viszonyból, amelyben, valljuk be, a beteg a legritkább esetben vitatja az orvos által feltett kérdések létjogosultságát, akkor talán lesz esélye a gyakorlatban is arra, hogy anonim HIV-eredményhez jusson.

Az önkéntesség és az anonimitás kérdéséhez szorosan kapcsolódik a partnerkutatás intézménye és a szűrésre kötelezhető személyi körök meghatározása, súlyuknál fogva azonban indokoltnak tartjuk ezeket külön fejezetben tárgyalni.

A KÖTELEZŐEN SZŰRHETŐ SZEMÉLYI KÖRÖK ÉS A PARTNERKUTATÁS INTÉZMÉNYE

A kötelező szűrővizsgálatok módszere szerves részét képezi a hagyományos járványügyi modellnek. E körök meghatározásánál a rendelet arra a logikára épít, amely szerint léteznek úgynevezett „veszélyeztetett csoportok", amelyek tagjai között a HIV előfordulási esélyei nagyobbak, és a nagyobb gyakoriságra való tekintettel indokoltnak tartja automatikusan szűrni mindazokat, akik ezekhez a csoportokhoz tartoznak. A megsemmisített rendelet szerint szűrni kell „a nemi betegeket, illetve a nemi betegségre gyanús állapotban lévőket; az AIDS vírusával fertőzött személyek szexuális partnereit, a fertőzöttek környezetének azon tagjait, akiknél a fertőzés gyanúja felmerül; a büntetés-végrehajtási intézetekben szabadságvesztés-büntetést töltő személyeket; a javítóintézetben elhelyezett fiatalokat; és a kábítószert intravénásan alkalmazókat" (1. § a–f).

Ezek a rendelkezések súlyos aggályokat vetnek fel. Először is túl tág, bizonytalan, pontatlan megfogalmazásokat alkalmaznak: a „nemi betegségre gyanús állapotban lévők", a „környezet", illetve a „fertőzés gyanúja" kifejezések indokolatlanul tág egyéni értelmezésekre adnak lehetőséget, ezáltal sértik a jogbiztonság elvét. A HIV/AIDS egyik jellegzetessége, hogy tünetei – ha egyáltalán vannak – igen nehezen felismerhetők, azaz ilyen megfogalmazás mel-

lett gyakorlatilag bárki szűrésre kötelezhető. Nem világos, milyen érvek szólnak a szabadságvesztés büntetésüket töltő személyek, illetve a javítóintézetben elhelyezett fiatalok automatikusan kötelező szűrése mellett – a szabadságelvonás nem járhat az egészségügyi önrendelkezési jogok önkényes korlátozásával. Értelmetlen olyan körök kötelező szűrését előírni, amelyek tagjai nem vagy csak részben azonosíthatók. Az intravénás droghasználók esetében a kötelező HIV-szűrést kivitelezhetetlennek tartjuk. Sőt, a hatósági fellépés és nyilvántartás az érintetteket egyenesen arra ösztönözheti, hogy kerüljék a szűrőhelyeket, és aláássa az ártalomcsökkentést célzó programok, mint például a tűcsereprogramok hatékonyságát is. Arra sincs garancia, hogy minden HIV-pozitív személy meg fogja nevezni szexuális partnereit.

Azon túl, hogy a rendelet által meghatározott kötelező körök alkalmazása alapjogokat sért, az úgynevezett „ablakperiódus" által okozott bizonytalanságok következtében nem is alkalmas a probléma kezelésére. Létezik ugyanis egy olyan 4-6 hetes periódus, amely alatt – bár a vírus már a vizsgált személy szervezetében van – a HIV-pozitivitás teljes bizonyossággal még nem mutatható ki. Ilyenkor elképzelhető, hogy a HIV-tesztek hamis negatív eredményt adnak. A nemzetközi irányelvek értelmében a közegészség védelme csakis azokban az esetekben indokolja a kötelező szűrést, ahol ezt egy harmadik személy jogos érdeke megkívánja. Ezek az esetek a véradás, a szerv-, szövet-, illetve ivarsejt-adományozás, azzal a kikötéssel, hogy ilyenkor is elsősorban – ahol ez lehetséges – a levett vért, szervet stb. kell szűrni, és nem az adományozó személyt kötelezni.[6]

A HIV-fertőzöttek szexuális partnereinek értesítését illetően is jelentősen eltér egymástól a hagyományos és a modern járványügyi szemlélet. Míg a hagyományos szemléletet tükröző rendelet egyenesen partnerkutatási kötelezettséget ír elő a HIV-fertőzöttet gondozó orvos számára, a genfi konzultáció résztvevői szigorú keretek közé szorítják azokat az eseteket, amikor a HIV-fertőzött helyett és hozzájárulása nélkül az orvos feladata lehet a szexuális partnerek tájékoztatása. A kritériumok, amelyekre figyelemmel kell lenni, a következők: a HIV-fertőzött már minden szükséges tanácsot megkapott, ennek ellenére nem változtatott hozzáállásán; a HIV-fertőzött nem vállalta, hogy partnereit tájékoztassa, illetve nem járult hozzá, hogy őket egyéb módon értesítsék; a partnerek fertőződésének veszélye reális; a HIV-fertőzött megfelelő felszólítást kapott; és, amennyiben ez lehetséges, a HIV-fertőzött személyazonosságát nem fedik fel szexuális partnerei előtt. A szűrésre kötelezés tehát nem lehet általános jellegű, a hatóságilag kikényszeríthető szűrés alapjául az adott eset konkrét veszélyessége kell hogy szolgáljon.

Az adatvédelmi biztosnak az Alkotmánybíróság kérésére írt véleményében foglaltak is ezt a nézetet támasztják alá. E véleményben ugyanis az áll, hogy „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" (663/B/1996/4). Ezzel szemben – bár a rendelet megoldásaihoz képest már némileg korszerűbb szemléletet tükröz – az Eütv. jelenlegi módosítása még mindig alapvetően személyi körökben gondolkodik, és nem a konkrét magatartás konkrét veszélyességére épít. A törvénymódosítás értemében kötelezően szűrendő „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; a véradásra donorként jelentkező, és a véradásban való részvételre alkalmas személy; saját anyatejet más számára adományozó nő; a szerv-, szövetátültetés céljából – élő személyből vagy halottból – eltávolított szervet, szövetet adományozó vagy a kivétel ellen életében tiltakozó nyilatkozatot nem tett személy; nemi erkölcs elleni bűncselekmény, kábítószerrel való visszaélés, illetve személy elleni erőszakkal, vagy személyi sérülés okozásával elkövetett bűncselekmény elkövetésével gyanúsított, illetőleg vádolt személy, aki az elkövetés során a fertőződést átadhatta, vagy fertőződhetett, továbbá az ilyen bűncselekmény sértettje, amennyiben a fertőződés kockázata fennáll; az előző pontban meghatározottakon kívül az a személy, akinek vizsgálatát a bíróság a fertőzés lehetőségének tisztázása érdekében elrendelte" [59. § (4) a–f)].

Már szóltunk arról, hogy jogos érdeknek tekinthető, hogy a mástól vért, szervet stb. kapó személy ne fertőződhessen a vírussal. Ez azonban nem kizárólag az adományozó személy szűrésével érhető el. Ennek ismeretében különösen indokolatlannak tartjuk az anyatejet adományozók kötelező szűrését, az anyatej esetében ugyanis a fertőzés átadása kivédhető egyszerűen azzal, ha a levett tejet hőkezelik – a HIV ugyanis szétesik 56 °C-on.

Ellenben még elvileg sem tartjuk indokoltnak az első (foglalkozás szerinti) kör kötelező szűrését. Egyrészt azért, mert az egészségügyi létesítmények számára általános jelleggel előírt, alapvető higiéniai

szabályok betartásával a vírus átadása egyértelműen elkerülhető, másrészt pedig azért, mert az ablakperiódusra és a vele járó hamis negatív eredményekre tekintettel a szűrés hatékonysága több mint kétséges. A rendszeresen és kötelező jelleggel előírt HIV-vizsgálat révén tehát csupán a biztonság látszata érhető el, maga a biztonság nem – holott az érintettek alapjogai súlyosan sérülnek. Problémásnak tartjuk továbbá, hogy kellő megfogalmazás híján számtalan egyéni értelmezés születhet arra, hogy mely foglalkozásokra, önkéntes munkavégzésre vagy jövedelemszerző tevékenységekre terjed ki a szűrési kötelezettség, illetve aggályosnak tartjuk a fertőzés módja („vér, váladék") szintén túl tág és pontatlan megfogalmazását.

Bizonyos bűncselekmények sértettjeinek védelmében kerülhetett megfogalmazásra az ötödik esetkör, feltehetőleg azzal az indokkal, hogy ha már elkerülni nem lehetett a fertőződés reális veszélyével járó magatartást, akkor ez a veszély legalább a lehető legkisebb legyen. Amennyiben ugyanis a vírussal való kapcsolatot követően az érintett haladéktalanul (1-2 órán belül, de mindenesetre minél előbb) antiretrovírusos kezelésben részesül, akkor jóval nagyobb 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 eredmény. Ha az érintett az elkövető szűrési eredményétől teszi függővé a terápia elkezdését, akkor több mint valószínű, hogy lekési annak lehetséges pozitív hatásait. Nem világos tehát, milyen elérni kívánt jogos érdek alapján kellene az e körbe tartozó személyek jogait korlátozni, illetve milyen legitim előny állítható szembe az elkövetők önrendelkezési jogával.

A kötelező esetkörök vizsgálata kapcsán ki kell még emelnünk, mennyire értelmetlen a módosítás azon rendelkezése, amelynek értelmében a kötelező körökhöz tartozó személyek anonim vizsgálata kizárt: a megjelölt köröknél részint szükségtelen a név szerinti szűrés (anyatej, vér), részint pedig fel sem merülhet, hogy egy anonim teszteredménnyel bárkinek is hátrányt lehetne okozni, hiszen azt sem a munkáltató, sem a bíróság nem fogja elfogadni.

A kötelező szűrési köröket illetően nem sikerült megszabadítani az egészségügyi törvényt a hagyományos járványügyi beidegződésektől, de létezik egy terület, ahol talán még inkább tetten érhetők ezek az elavult reflexek, ez pedig a HIV-fertőzöttekre vonatkozó hatósági adatgyűjtés.

A NYILVÁNTARTÁSI KÖTELEZETTSÉG

A kötelező bejelentési és nyilvántartási kötelezettség terén teljességgel hiányzik az új szabályozással való összhang megteremtése, az újonnan elfogadott módosítás ugyanis csak az Eütv.-t érinti, ezzel szemben szerepelnek még bejelentési szabályok az egészségügyi adatokról szóló törvényben,[7] az annak alapján született rendeletben[8] és a fertőző betegségekre vonatkozó rendeletben is.[9] Jogszabály rendelkezik tehát egyrészt arról, hogy a betegellátó ugyan személyazonosító adatok nélkül jelenti a HIV-fertőzést az ÁNTSZ felé, azonban közegészségügyi vagy járványügyi érdekre hivatkozva az ÁNTSZ illetékes városi intézete kérheti az érintett személyazonosító adatait; másrészt pedig arról, hogy az ÁNTSZ – többek között – nyilvántartást vezet a HIV-fertőzöttekről.

Sehol nincs meghatározva, mi értendő „nyilvántartás" alatt, azonban az, hogy nem a fertőzésekről, hanem a fertőzöttekről kell nyilvántartást vezetni, már nem tűnik véletlennek, és a gyanút, hogy személyazonosító adatokat is tartalmazó nyilvántartásról van szó, megerősíti az a különbségtétel, amelyet a fertőző betegségekről szóló rendelet tartalmaz a Johan Béla Országos Epidemiológiai Központot (OEK) és az ÁNTSZ városi, illetve megyei intézeteit illetően. 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 a gyanút erősíti az is, hogy ha a bejelentett fertőző beteg megbetegedési helye nem azonos a lakó- vagy tartózkodási helyével, akkor a városi tisztiorvos tájékoztatja a beteg állandó lakóhelye szerint illetékes városi intézetet, amely értesíti a beteg háziorvosát. E tájékoztatási és értesítési kötelezettségeknek az érintett személyazonosító adatainak ismerete nélkül aligha lehetne eleget tenni.

Az országos, személyazonosító adatokat elvileg nem tartalmazó listán kívül tehát a HIV-fertőzött adatai szerepelnek (és jogszabályi kötelezettség, hogy szerepeljenek!) a betegellátó, a városi ÁNTSZ, a megyei ÁNTSZ és a háziorvos nyilvántartásában. Ezzel szemben a HIV-fertőzöttek azonosításához semmilyen legitim érdek nem fűződik. Aggályosnak tekinthető továbbá maga a bejelentőlap is: zavaró és bizonytalanságot okoz, hogy olyan részek is szerepelnek rajta, amelyeket – elvileg – a bejelentő nem köteles kitölteni.

A konzultáción lefektetettek óta is többször hangsúlyozta mind az ENSZ, mind a WHO, mind az Európa Tanács, hogy a HIV-fertőzésre vonatkozó epidemiológiai, statisztikai vagy kutatási célú adatgyűj-

tés során kizárólag a fertőzöttek személyazonosításra alkalmas jellegüktől megfosztott egészségügyi adatai kezelhetők. A vírus terjedésének név szerinti listákkal nem lehet gátat szabni, és az egyébként is érzékeny adatnak tekintett egészségügyi adat a HIV-státusz esetében különös védelmet igényel, mivel a HIV/AIDS kérdéskör társadalmi megítélésének ismeretében az adatok illetéktelen kezekbe jutása igen súlyos visszaélésekre adhat módot. Megjegyzendő továbbá, hogy maga a passzív adatgyűjtés is idejét múlt epidemiológiai módszer. A célzott adatgyűjtés,[10] melynek során például egy szülészeti klinikán egyébként is levett vérmintákat – a személyazonosításra alkalmas jellegüktől való megfosztást követően – HIV-vizsgálatnak vetik alá, sokkal hitelesebb képet nyújt a lakosság adott csoportját vagy – megfelelő minták kombinálása esetén – akár a lakosság egészét illetően is.

A KÖTELEZŐ GONDOZÁSBA VÉTEL ÉS A KÖTELEZŐ GYÓGYKEZELÉS

A kötelező orvosi vizsgálatot illetően a törvénymódosítás zavaros, értelmetlen és aggályos rendelkezéseket illesztett az Eütv.-be. Egyrészt kifejezetten kényszerintézkedést szabályoz, hiszen olyan kötelező jellegű járványügyi intézkedésről van szó, amely szükség esetén hatóságilag is kikényszeríthető, másrészt viszont rendelkezik arról, hogy „a tájékoztatás alapján az egészségügyi szolgáltató a beteg együttműködésével megvalósított, a tájékozott beleegyezésen és önkéntes igénybevételen alapuló, az adott betegség által szakmailag indokolt beavatkozásokat végzi, illetve intézkedéseket alkalmazza". Ezek szerint a kötelezően berendelt személyt megjelenésekor tájékoztatni kellene arról, hogy valójában akár vissza is utasíthatja a számára kötelezőként feltüntetett orvosi vizsgálatot?

Minthogy a módosítást követően még nem született a HIV-hez kapcsolódó intézkedéseket pontosító végrehajtási rendelet, csak remélhető, hogy a korábbi rendeletben szereplő diszkriminatív rendelkezéseket az Alkotmánybíróság határozata nyomán végleg száműzik. A rendelet ugyanis a gondozásba vétel helyét illetően különbséget tett HIV-fertőzött és HIV-fertőzött között a fertőződés feltehető módja szerint: hematológiai úton történt fertőzés esetén az Országos Hematológiai és Vértranszfúziós Intézetet, illetve a kórház-rendelőintézet hematológiai gondozóját, szexuális úton történt fertőzés esetén pedig az Országos Bőr- és Nemikórtani Intézetet, illetve a kórház-rendelőintézet bőr- és nemibeteg-gondozóját jelölte meg. A különbségtétel mindenesetre teljességgel indokolatlan, és ellentétes a szabad orvosválasztás jogával, aggályos továbbá, hogy a többi betegre veszélyt nem jelentő HIV-fertőzöttekre vonatkozólag miért kellene jogszabályban kijelölni azt az intézményt, ahol gyógykezelésben részesülhetnek, mint ahogy az is, hogy a gyógykezelés kötelező.

Eddig nem tértem ki az Alkotmánybíróság megsemmisítő határozata óta eltelt fél év jogalkotási huzavonáira, és igyekeztem a szövevényes jogszabályi háttér lehető legvilágosabb bemutatására, továbbá a nemzetközi tapasztalatok alapján leghatékonyabbnak tartott módszerek ismertetésére fektetni a hangsúlyt. Meg kell azonban említenem, hogy az ENSZ, a UNAIDS, a WHO, az Európa Tanács sorozatos ajánlásai és a HIV elleni küzdelem konkrét tapasztalatai ellenére minden egyes apró „jobbításért" meg kellett harcolni. A létező összes demokratikus eszköz bevetésére szükség volt (az adatvédelmi biztos fellépése, a szakma és az érintett civil szervezetek, nevezetesen a Társaság a Szabadságjogokért tiltakozása, a parlament emberi jogi bizottságának fellépése, sajtónyilvánosság), holott nemzetközileg elfogadott, hogy az emberi jogok és a közegészség védelme nem egymással ellentétes, hanem egymást erősítő érdekek.

Összegzésképpen emlékeztetni kívánnék még az alapjogok korlátozása esetén mind az Alkotmánybíróság, mind az Emberi Jogok Európai Bírósága által alkalmazott szükségesség–arányosság teszt lényegére. Nem elegendő az, ha az adott alapjogot egy legitim cél – jelen esetben a közegészség védelme – érdekében korlátozzák. Feltétel az is, hogy az alkalmazott módszer alkalmas legyen a célzott hatás kiváltására, hogy e hatást más módon ne lehessen elérni, és hogy a korlátozásokkal okozott hátrány ne legyen aránytalan mértékű.

A HIV-fertőzés, illetve az AIDS-betegség igen sok szempontból különbözik a többi fertőző betegségtől, a rá vonatkozó szabályokat a visszásságok elkerülése végett kívánatos lenne külön törvényben, de legalábbis külön fejezetben szabályozni. A külön szabályozás egyik alappillére az egyre többek által szorgalmazott „hármas felelősség" elve kellene hogy legyen, mely szerint a fertőzés terjedésének megállítása mind a fertőzött, mind a recipiens (például szexuális partner), mind az állam felelőssége.[11]

Kívánatos volna, hogy ne csupán egy megsemmisített rendelet folytán megjelenő jogalkotási kényszer miatt merüljön fel a HIV elleni küzdelem megfelelő stratégiájának kérdése, és hogy a jelen törvénymódosítás után ne feledkezzen meg a jogalkotó arról, hogy összhangot kell teremtenie mindazokkal a jogszabályokkal, amelyek tartalmaznak a HIV-fertőzöttekre vonatkozó rendelkezéseket (a bejelentési kötelezett-

ségről szóló rendelkezéseken kívül felül kell vizsgálni például az idegenrendészeti szabályokat és a büntetés-végrehajtási intézmények rendjére vonatkozó szabályokat is). Ily módon talán elkerülhető volna, hogy a haladó járványügyi koncepció szelleme, mely a jelen módosításnál nyomokban – de csak nyomokban – már észlelhető, újra és újra sérüljön (és olyan fogalmi abszurditásokhoz vezessen, mint a „részleges anonimitás”[12] vagy az „anonim aláírás”[13]), és kiküszöbölhető lenne a járványügyi szabályok *l'art pour l'art* alkalmazása is.

JEGYZETEK

1 Second International Consultation on HIV/AIDS and Human Rights, Geneva, 23–25 September 1996.

2 Guideline 3: „States should review and reform public health laws to ensure that they adequately address public health issues raised by HIV/AIDS, that their provisions applicable to casually transmitted diseases are not inappropriately applied to HIV/AIDS and that they are consistent with international human rights obligations.”
Directive 3: „Les États devraient réexaminer et réformer la législation relative à la santé publique pour s'assurer qu'elle traite de façon adéquate les questions de santé publique posées par le VIH/SIDA, que les dispositions de la loi applicable aux maladies fortuitement transmissibles ne sont pas appliquées à tort au VIH/SIDA et sont compatibles avec les obligations internationales en matière de droits de l'homme.”

3 Az első vizsgálat során ugyanis egy igen érzékeny tesztet alkalmaznak, amely esetleg olyankor is pozitív eredményt mutat, amikor a vizsgált személy nem fertőzött. A második vizsgálat során egy másfajta tesztet használnak, amely alkalmas az első eredmény megerősítésére vagy megcáfolására.

4 Ezekről részletesebben a II. fejezetben lesz szó.

5 E rendelkezés alól kivételt jelent a megerősítetten HIV-fertőzött, illetve AIDS-beteg személynek az egészségbiztosítás keretében történő további ellátása érdekében az ellátás igénybevételéhez szükséges személyazonosító adatai átadása.

6 Ezeket az 5/1988. (V. 31.) SZEM rendelet értelmében is szűrni kellett.

7 Az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvény.

8 A fertőző betegségek jelentésének rendjéről szóló 63/1997. (XII. 21.) NM rendelet.

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

10 A „sentinel”, illetve a „surveillance” módszer.

11 „A fertőzött személy mindent meg kell tegyen annak érdekében, hogy másokat ne fertőzzön meg, a recipiensnek legjobb tudása szerint védekeznie kell, hiszen önmagáért ő tartozik felelősséggel, az államnak pedig kötelessége aktív felvilágosításban részesítenie a lakosság egészét.” Feleki Attila, *Az Anonim AIDS Tanácsadó Szolgálat véleménye az egészségügyi törvény tervezett módosításához*, 2002.

12 A rendelet alapján 1998 óta működő rendszer.

13 Egy véleményezésre megküldött, de a cikk befejezése idején még átdolgozás alatt álló EcsSzM rendelettervezet az anonim szűrés során a vizsgált személy aláírását követelte volna meg annak igazolásaképpen, hogy a szűrőhely eleget tett a vele szemben fennálló tájékoztatási kötelezettségének.