

**Az alapvető jogok biztosának
Jelentése
az AJB-5441/2012. számú ügyben**

Előadók: dr. Bódis Cecília
dr. Lux Ágnes

Az eljárás megindítása

A médiából¹ jutott tudomásomra, hogy a kórházak elé kihelyezett újszülöttek elhelyezésére szolgáló inkubátorokban 2012-ben 4, a megelőző 15 évben pedig kb. 40 újszülöttet hagytak.

Az Európai Unió Daphne program keretében kiadott kutatási jelentés szerint a kihelyezett inkubátorok nem nyújtanak valós segítséget, nem csökkentik a gyermekelhagyást, sőt, gyermek- és nőellenesek. Ez utóbbival megegyező az ENSZ gyermekjogi bizottságának hivatalos álláspontja is.

A feladat- és hatáskörömet szabályozó, az alapvető jogok biztosáról szóló 2011. évi CXI. törvény (Ajbt.) 18. § (4) bekezdése alapján – hivatalból – vizsgálatot indítottam *a krízishelyzetbe került nők helyzetének megismerése, ezzel összefüggésben az inkubátorprogram, valamint az újszülött gyilkosságokat, és a gyermekelhagyást megelőző mechanizmusok áttekintése* érdekében.

Tekintettel arra, hogy az Ajbt. 1. § (2) bekezdés a) pontja kiemelt feladatomná teszi a gyermeki jogok védelmét, jelen vizsgálatom tárgyát képező problémát különösen jelentősnek tekintem a gyermekeket megillető jogok érvényesülése szempontjából.

Vizsgálatom során tájékoztatást kértem a témát érintő dilemmákról a közigazgatási és igazságügyi miniszertől, az emberi erőforrások miniszterétől, az országos tisztifőorvostól, az országos rendőrfőkapitánytól, az Országos Kriminológiai Intézet igazgatójától, továbbá több civil szervezettől (a Család- Gyermek Ifjúság Kiemelkedően Közhasznú Egyesületétől, a Gólyahír Egyesülettől, a Magyar Védőnők Egyesületétől, a Bölcső Alapítványtól).

Az érintett alapvető jogok és alapelvek

- A jogállamiság elve és a jogbiztonság követelménye: (Alaptörvény B) cikk (1) bekezdés *„A Magyarország független, demokratikus jogállam.”*
- Az állam alapjogvédelmi kötelezettsége: (Alaptörvény I. cikk (1) - (3) bekezdés) *„AZ EMBER sérthetetlen és elidegeníthetetlen alapvető jogait tiszteletben kell tartani. Védelmük az állam elsődleges kötelezettsége. Magyarország elismeri az ember alapvető egyéni és közösségi jogait. Az alapvető jogokra és kötelezettségekre vonatkozó szabályokat törvény állapítja meg. Alapvető jog más alapvető jog érvényesülése vagy valamely alkotmányos érték védelme érdekében, a feltétlenül szükséges mértékben, az elérni kívánt céllal arányosan, az alapvető jog lényeges tartalmának tiszteletben tartásával korlátozható.”*
- Az élethez és az emberi méltósághoz való jog: (Alaptörvény II. cikk) *„Az emberi méltóság sérthetetlen. Minden embernek joga van az élethez és az emberi méltósághoz.”*
- A gyermek védelemhez és gondoskodáshoz való joga: (Alaptörvény XVI. cikk (1) bekezdés) *„Minden gyermeknek joga van a megfelelő testi, szellemi és erkölcsi fejlődéséhez szükséges védelemhez és gondoskodáshoz.”*
- A testi és lelki egészséghez való jog: (Alaptörvény XX. cikk (1) és (2) bekezdés) *„Mindenkinek joga van a testi és lelki egészséghez.”*

¹ Pl. <http://www.origo.hu/itthon/20120918-noellenesek-a-babamento-inkubatorok-az-eu-jelentesere-szerint.html>,
<http://www.guardian.co.uk/world/2012/jun/11/baby-boxes-polarise-hungary>

Az alkalmazott jogszabályok²

- Magyarország Alaptörvénye (továbbiakban: Alaptörvény)
- A Gyermek jogairól szóló, New Yorkban, 1989. november 20-án kelt Egyezmény kihirdetéséről szóló 1991. évi LXIV. törvény (továbbiakban: Gyermekjogi Egyezmény)
- A gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról szóló 1997. évi XXXI. törvény (továbbiakban: Gyvt.)
- A magzati élet védelméről szóló 1992. évi LXXIX. törvény (továbbiakban: Mvtv.)
- A személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről szóló 1/2000. (I. 7.) SzCsM rendelet
- Az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről szóló 60/2003. (X. 20.) ESzCsM rendelet
- A Büntető Törvénykönyvről szóló 1978. évi IV. törvény (Btk.), és a 2012. évi C. törvény (továbbiakban: új Btk.)
- A házasságról, a családról és a gyámságról szóló 1952. évi IV. törvény (továbbiakban: Csjt.)

A megállapított tényállás

1. Nemzetközi kitekintés

Az Európai Unió Daphne elnevezésű programja³ keretében nyújt támogatást minden olyan szervezetnek, amely különböző intézkedéseket tesz a gyermekek, fiatalok, nők elleni erőszak megelőzése vagy az azzal szembeni harc érdekében. A Daphne egy olyan közösségi program, amelynek célja a gyermekek, fiatalok és nők elleni erőszak minden formájának megelőzése, valamint az áldozatok és veszélyeztetettek védelme.

A Daphne három periódusra osztható: Daphne I 2000-2003 (20 millió euró); Daphne II 2004-2007 (50 millió euró); valamint a Daphne III, amely célkitűzéseiben és alapelveiben az előző programperiódusokra épül. A program az EU tagállamaira, tagjelölt országokra, EFTA-tagállamokra és a nyugat-balkáni régió országaira terjed ki. A Daphne harmadik fázisa a 2007-2013 közötti időszakra szól és mintegy 116,85 millió euróból gazdálkodhat.

A Nottingham-i Egyetem (NBr.) projektgazdaként végzett 10 európai országra⁴ kiterjedő kutatást⁵, a *gyermek elhagyás* (kiemelt tekintettel a „baby-box”-okra (inkubátor-program) jelenségének és szabályozási környezetének, valamint a lehetséges megelőzési módok feltérképezésére.

A Gyermekjogi Egyezmény 7. cikke kimondja, hogy „(1) a gyermeket születéskor anyakönyvezni kell, és ettől kezdve joga van ahhoz, hogy nevet kapjon, állampolgárságot szerezzen, és lehetőség szerint ismerje szüleit, valamint ahhoz, hogy ők neveljék.” Ennek értelmében, ha egy gyermeket elhagynak, e joga alapvetően sérül. A csecsemők és a kisgyermekesek vannak leginkább kitéve a gyermekelhagyásnak. A szakirodalom nem ismer egységes definíciót a gyermekelhagyás jelenségére (Müller&Sherr, 2009). Az árván maradt, a bent lakásos intézményekben hagyott, a menekült, a háború áldozatává vált, a gyermekprostituált, vagy örökbefogadhatóvá nyilvánított gyermekeket gyakran nevezik „elhagyott gyermeknek”. A projektben vizsgált 10 ország közül csak Lengyelországban létezik egyértelmű definíciója a jelenségnek, némely országban bizonyos jogszabályok rendelkeznek kapcsolódóan róla. Így,

² A vizsgálatban alkalmazott jogszabályi rendelkezéseket a jelentés melléklete tartalmazza.

³ http://ec.europa.eu/justice/grants/programmes/daphne/index_en.htm

⁴ A kutatásban részt vevő országok: Bulgária, Csehország, Dánia, Egyesült Királyság, Franciaország, Lengyelország, Litvánia, Magyarország, Románia, Szlovákia. Magyarország részéről a Család- Gyermek Ifjúság Egyesület vett részt.

⁵ <http://www.nottingham.ac.uk/iwho/research/projects/childabandonment/index.aspx>

például az Egyesült Királyságban törvény (személyek elleni szabálysértési törvény – 1861) rögzíti, hogy, aki illegálisan elhagy – bár a jogalkotó nem határozta meg, mi minősül elhagyásnak – két év alatti gyermeket, és a gyermek élete veszélybe kerül, bűncselekményt követ el.

Egy korábbi kutatásból kiderül (Browne, 2005), hogy a gyermek elhagyás volt a fő oka, a 3 év alatti gyermekek intézményi elhelyezésének. A nyugat-európai országokban ez az arány 4%, míg Közép-Kelet Európában 32%. Magyarországon, Lettországon és Romániában a legmagasabb az intézményben élő, elhagyott gyermekek száma, Dániában, Norvégiában és az Egyesült Királyságban a gyermekelhagyás relatíve alacsony.

Nagyon nehéz megtalálni a gyermekelhagyás okát, hiszen a szülők a legtöbb esetben ismeretlenek maradnak. Számos szerző mégis felállított néhány lehetséges hipotézist az okokra: szegénység vagy pénzügyi nehézségek (Bloch, 1988), mentális problémák (Bonnet, 1993), fogamzásgátlás akadályba ütközése (UNICEF, 2001), társadalmi kirekesztettség (Bilson&Markova, 2007), alacsony iskolázottság (UNICEF, 2001).

Az európai országok egy részében nem minősül törvénybe ütközőnek a gyermekelhagyás, ha a gyermeket valahol „biztonságos” körülmények között hagyják. A speciális csecsemő inkubátor számos országban alkalmazott módszer; Babyklappe (Németország), kórház előtti inkubátor (Magyarország), culla per la vita (Olaszország). Ezek kapcsán a kutatás felvet néhány értékelendő körülményt. Ezeket a box-okat legtöbbször nagyobb városokban állítják fel, amely nem mindenki számára elérhető; az ott hagyott gyermeknek nincs lehetősége a biológiai családja megismerésére (amely egészségügyi kockázatot is jelent, örökletes betegségekről információhiány, stb.), az apa szülői jogai figyelmen kívül maradnak; a család nem ismeréséből kifolyólag elveszik annak a lehetősége, hogy a gyermeket valamelyik rokona nevelhesse fel.

A gyermekelhagyások számával kapcsolatban a kutatás feltárta, hogy nincs egységes adatgyűjtés és adatkezelés a témában, az egyes országokban.

Megjegyzendő, hogy az Európai Unió 28 tagállama közül 11 országban működik baby box (Ausztria, Belgium, Csehország, Lengyelország, Lettország, Litvánia, Magyarország, Németország, Olaszország, Portugália, Szlovákia), s az országok 55%-ában nem érhető el arra vonatkozó központi statisztika, hány gyermeket hagytak box-ban évente. (Litvániában 13, Csehországban 11, Szlovákiában 7, Ausztriában 6 és Lettországon is 6 gyermeket hagytak 2009/2010-ben).

A gyermekelhagyások megelőzésére vonatkozó alternatív modellek, programok számos országban léteznek, például:

Franciaországban gyakorlat az anonim szülés megfelelő szabályozása, a családtervezési szolgáltatásokhoz és a születésszabályozáshoz való hozzáférés biztosítása, a veszélyeztetett családok részére az aktív és gyorsan reagáló szociális háló működtetése, támogató anyaothonok működése, ahol nemcsak a várandósság ideje alatt, hanem a gyermek 1 éves koráig bent maradhatnak az anyák.

Bulgáriában szakpolitikai szinten történt pozitív előrelépés. A gyermekelhagyás megelőzésére egységes útmutatót dolgoztak ki, amelynek alkalmazását a gyermekvédelmi rendszerben és a kórházakban vezették be, később azt kiegészítették iránymutatással, a fogyatékossgal született gyermekeket nevelő szülők részére.

Az ENSZ Gyermekjogi Bizottsága aggodalmát fejezte ki a baby-box gyakorlattal szemben.⁶ A Bizottság két ország esetében – Csehország és Ausztria – állást foglalt kifejezetten a “baba doboz” programok ellen. Ezek szerint:

“A Bizottság erőteljesen sürgeti a részes államot, hogy tegyen meg mindent a “Baba doboz” program megszüntetése érdekében, minél előbb, és jelentősen erősítse meg és terjessze el

⁶ Forrás: a CSAGYI elnökének, az ENSZ Gyermekjogi Bizottsága tagjának, dr. Herczog Máriának a megkeresésemre küldött válaszelevele.

a lehetséges alternatívákat, figyelembe véve az Egyezmény valamennyi vonatkozását. Továbbá, a Bizottság ösztönzi a részes államot, hogy fokozza erőfeszítéseit annak érdekében, hogy az újszülöttek elhagyásának okaira adjon megfelelő választ, ideértve a családtervezés, megfelelő tanácsadás és szociális támogatás biztosítását a nem kívánt terhességek és a krízis terhességek elkerülése érdekében.”⁷

2011. augusztus 21-én kelt az ENSZ Gyermekjogi Bizottsága elnökének, Dr. Jean Zermatten-nek a válaszlevele, mely az európai parlamenti képviselők egy csoportjának a levelére reagált, és amelyben tiltakoztak a megszüntetési javaslat ellen. A Bizottság álláspontját ismertető levél szerint:

“Tiszteletben tartva a parlamenti képviselők véleményét, a Gyermekjogi Bizottság (továbbiakban: Bizottság) megerősíti, hogy a “baba dobozok” nincsenek összhangban a Gyermekjogi Egyezménnyel, többek között a 7, 8, 9 és 19-es cikkelyvel. A “baba dobozok” anonimitása ellenkezik a gyermek jogával a tekintetben, hogy a vérszerinti szülei gondoskodjanak róla (7.1) Ebből következően, ez a részes államok azon kötelezettségének megsértéséhez vezet, hogy biztosítsa minden módon e jog érvényesülését (7.2). Ezen túlmenően, a gyerek elhelyezése a “baba dobozban” megakadályozza, hogy információi legyenek a vérszerinti szüleiről, származásáról, ami a gyerek identitásához való jogát sérti (8.1).

Miközben elfogadjuk, hogy lehetnek olyan körülmények, amikor a gyermek legfőbb érdekét az szolgálja a legjobban, ha elválasztják a szüleitől, a Bizottság célja, annak megerősítése, hogy *a részes államnak kötelezettsége a gyerek azon jogának biztosítása, hogy kapcsolatot tarthasson vérszerinti családjával.* Ennek megfelelően e kapcsolattartás megakadályozása a “baba dobozok” működtetésével, ellentétben van az Egyezmény 9.3 cikkelyével. Továbbá, annak eldöntése, hogy célszerű-e a gyermek számára a vérszerinti családdal való kapcsolattartás, kompetens hatóságok feladata, amelyet az egyedi esetek vizsgálata alapján kell elvégezni. A “baba doboz” koncepciója ezért nincs összhangban a 9.1 cikkelyvel sem.

Ugyancsak fel kívánja hívni a figyelmet a Bizottság a 19.1 cikkelyre is, amely szerint *a részes államoknak megfelelő jogalkotási, adminisztratív, szociális és oktatási kereteket kell biztosítani annak érdekében, hogy a gyereket az elhanyagolás, elhanyagoló gondoskodás minden formájától megvédjék;* a „baba doboz” rendszere mindezekkel, különösen a 19.1 cikkelyvel nincs összhangban.

Megismételve a részes államok kötelezettségét, hogy a gyermek speciális helyzetének teljes körű meghatározására van szükség mielőtt megfosztanánk őt a fent említett jogaitól, a Bizottság arra ösztönzi a részes államokat, hogy tartózkodjanak a “baba dobozok” és hasonló programok alkalmazásától, és az újszülöttek és csecsemők elhagyásának kiváltó okait célzó módszereket alkalmazzanak. “

2. A személyes válsághelyzetről és az inkubátorokról való ismeretszerzés helyzete Magyarországon

A gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról szóló 1997. évi XXXI. törvény (Gyvt.) 5. § o) pontja szerint várandós anya *válsághelyzete: olyan családi, környezeti, szociális, társadalmi helyzet vagy ezek következtében kialakult állapot, amely a várandós anya testi vagy lelki megrendülését, társadalmi ellehetetlenülését okozza, és ez által veszélyezteti a gyermek egészséges megszületését; ezen belül terhességét eltitkoló válsághelyzetben lévő várandós anya*

⁷ <http://www.crin.org/resources/infodetail.asp?id=25257>

az a válsághelyzetben lévő várandós anya, aki nyilatkozata szerint állapotát környezete és hozzátartozói előtt titokban szándékozik tartani.⁸

Az országban az első inkubátort a fővárosi Schöpf-Merei Kórház bejáratánál helyezték el 1996-ban. Azóta 29 további inkubátort rendszeresítettek különböző kórházakhoz, ebből 3 a fővárosban található. Évente 3 és 8 közötti azoknak a gyermekeknek száma, akikről szülőjük ilyen formában lemond. Az újszülött inkubátorban hagyása automatikus hozzájárulás ahhoz, hogy a gyermek azonnal örökbe adható legyen. A vér szerinti szülőnek ezek után 6 hete van arra, hogy jelentkezzen a gyermekért és ha igazolni tudja, hogy a gyermek az övé, visszakaphatja. A számok azt mutatják, egyre elfogadottabb az inkubátorok használata.

Mivel vizsgálatom célja a krízishelyzetbe került várandós nők helyzetének elemzése, a segítségnyújtás módja, egyéb alternatív lehetőségek áttekintése, mindenekelőtt a hazai jogszabályi környezet és a „közreműködők” alkalmasságának monitorozása volt a kiindulópont.

A Gyvt. 39. §-a rendelkezik a *gyermekjóléti szolgáltatások feladatairól*. Eszerint a gyermekjóléti szolgáltatás olyan, a gyermek érdekeit védő speciális személyes szociális szolgáltatás, amely a szociális munka módszereinek és eszközeinek felhasználásával szolgálja a gyermek testi és lelki egészségének, családban történő nevelkedésének elősegítését, a gyermek veszélyeztetettségének megelőzését, a kialakult veszélyeztetettség megszüntetését, illetve a családjából kiemelt gyermek visszahelyezését. Különösen jelentős a veszélyeztetett gyermekek tekintetében ez a szolgáltatás. A törvény szerint a gyermek veszélyeztetettségének megelőzése érdekében a szolgáltatás kiterjed az egészségügyi intézményeknél működő inkubátorokról, illetve a gyermek abba – örökbefogadáshoz való hozzájárulás szándékával – történő elhelyezésének lehetőségéről való *tájékoztatásra* (39.§ (3) bek. d).pont). Ezért vizsgálatom során kiemelt kérdésként fogalmazódott meg, hogy vajon megfelelően segíti-e a krízishelyzetbe kerülő nőket, a védőnőket és az alapellátás munkatársait terhelő *tájékoztatási kötelezettség*?

Az emberi erőforrások minisztere és az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat Országos Tisztifőorvosi Hivatalának (továbbiakban: OTH) vezetője részletes elemzést, választ adott a feltett kérdéseimre.

A *miniszter* rámutatott, hogy a gyermekelhagyás problémaköre sokkal komplexebb probléma, mint az inkubátor kérdése, amelyre a média időről-időre egy-egy eset kapcsán fókuszál. *A minisztérium kiemelten fontosnak tartja a megelőző programokat, stratégiákat a gyermekelhagyás és a hozzá kapcsolódó krízishelyzetek megoldása érdekében.*

A Gyvt. rögzíti a gyermeki jogokat, a gyermeki jogok védelmét, a szülők felelősségét és kötelezettségét. A törvény 11. § (1) bekezdése szerint: „A gyermeki jogok védelme minden olyan természetes és jogi személy kötelessége, aki a gyermek nevelésével, oktatásával, ellátásával, ügyeinek intézésével foglalkozik”. Ugyanekkor az állam a gyermekek védelme érdekében gyermekvédelmi rendszert működtet.

A Gyvt. 14. § (1) bekezdése így szól: „A gyermekek védelme a gyermek családban történő nevelkedésének elősegítésére, veszélyeztetettségének megelőzésére és megszüntetésére, valamint a szülői vagy más hozzátartozói gondoskodásból kikerülő gyermek helyettesítő védelmének biztosítására irányuló tevékenység.”

A gyermekvédelmi rendszer tevékenysége kiterjed a válság helyzetben levő várandós anyák megsegítésére is, a magzatjuk/gyermekek megtartása, a gyermek fogadásának előkészítéséhez kapcsolódó kiadások biztosítása érdekében.

A miniszter kiemelte, hogy a törvény 17. § (1) bekezdésében foglaltak alapján a gyermekvédelmi rendszerhez kapcsolódó feladatot látnak el az egészségügyi szolgáltatást nyújtó

⁸ Lásd a szociális és gyermekvédelmi tárgyú törvények Magyar Egyszerűsítési Programmal összefüggő módosításáról, valamint egyéb törvények módosításáról szóló 2013. évi XXVII. törvényt, 2013. VIII. 1.-től hatályos szöveg.

szolgáltatók, így különösen a védőnői szolgálat, a házi orvos, a házi gyermekorvos. E tevékenységük keretében – a törvény szerint – kötelesek a) jelzéssel élni a gyermek veszélyeztetettsége esetén a gyermekjóléti szolgálatnál, és b) hatósági eljárást kezdeményezni a gyermek bántalmazása, illetve súlyos elhanyagolása vagy egyéb más, súlyos veszélyeztető ok fennállása, továbbá a gyermek önmaga által előidézett súlyos veszélyeztető magatartása esetén (17. § (2) bek.).

Hangsúlyozandónak tartom, hogy az egészségügyi alapellátás dolgozói az egészség megőrzése érdekében megelőző-gyógyító jellegű ellátást nyújtanak, és e tevékenység végzése során találkozhatnak válság helyzetben levő várandós anyával. Az egészségügyi ellátás nyújtása mellett – veszélyeztetettség észlelésekor – a jelzőrendszer tagjaként jelzési, ill. hatósági eljárás kezdeményezési kötelezettségük van.

A magzati élet védelméről szóló 1992. évi LXXIX. törvény (továbbiakban: Mvtv.) – a CSVSZ-hez terhesség-megszakítás szándékával, kérelmével forduló nők tájékoztatása keretében – a családvédelmi szolgálatban (továbbiakban: CSVSZ) dolgozó *védőnők számára is* előír tájékoztatási kötelezettséget a gyermeknek egészségügyi intézménynél elhelyezett inkubátorban, örökbefogadáshoz való hozzájárulás szándékával történő elhelyezésének lehetőségéről.

A Központi Statisztikai Hivatal (KSH) 2011-es adatai szerint 2011-ben 88.049 élve születés mellett közel 40.000 terhesség megszakítás történt, amely ugyan folyamatosan – enyhe – csökkenő tendenciát mutat a 20 évvel ezelőtti adatokhoz képest, de nemzetközi átlagban még mindig magas szám. A 15-19 év közötti korosztályra közel 5000 eset jut, szintén némi csökkenő tendenciát mutatva, a 15 év alatti korosztály esetében pedig 2000 óta folyamatosan közel 200 terhesség megszakítás történik évente.

Az Mvtv. 9. § (1) bekezdése szerint a terhességmegszakítási kérelem bejelentését követően – lehetőleg a magzat apja jelenlétében –, tiszteletben tartva az állapotos nő érzéseit és méltóságát, a magzat megtartása érdekében tájékoztatja a CSVSZ munkatársa az érintettet (illetve a törvényes képviselőt)

a) a gyermek vállalása esetén elérhető állami és nem állami anyagi és természetbeni támogatások lehetőségéről;

b) az olyan szervezetek és intézmények létéről és tevékenységéről, amelyek erkölcsi és anyagi segítséget nyújtanak a gyermek vállalása esetére;

c) az örökbeadás lehetőségeiről és feltételeiről;

d) a válsághelyzet feloldására alkalmas állami, helyi önkormányzati vagy társadalmi segítségnyújtási formákról, és felajánlja közreműködését ezek igénybevételéhez, egyidejűleg tájékoztatást nyújt a külön jogszabályban meghatározott feltételekkel rendelkező egészségügyi intézménynél elhelyezett inkubátorban, örökbe fogadáshoz való hozzájárulás szándékával történő elhelyezésének lehetőségéről;

e) a fogantatásról, a magzat fejlődéséről, a terhességmegszakítás veszélyeiről és az esetleges későbbi terhességre gyakorolt hatásáról;

f) a terhességmegszakítás szándékának fenntartása esetére a családvédelmi tanácsadáson történő ismételt megjelenés szükségességéről, leghamarabb az a)-e) pontok szerinti tájékoztatást követő 3. napon.

A CSVSZ *védőnői* tájékoztatás tehát a terhességmegszakítás szándéka, az iránti kérelem esetén, az ún. „válság tanácsadás során” széleskörű, *nem csak az inkubátorban történő elhelyezés lehetőségére* hívja fel a figyelmet.

3. A segítő rendszer: az állami családvédelmi szolgálat

A jogszabály szerint a magzatot és a gyermeket váró nőt támogatás és védelem illeti meg. Az állam a támogatás és védelem eszközeként hozta létre és működteti az állami családvédelmi

szolgálatokat, amelyek 1993 januárjától, az ÁNTSZ kerületi/kistérségi intézetinek keretein belül kezdték meg működésüket, tanácsadást végeznek, válsághelyzet esetén segítséget adnak annak feloldásához, valamint szervezik az oktatási intézményeken kívül a családtervezéssel kapcsolatos ismeretek terjesztését. E tevékenységével az anyavédelem eszközrendszerének egyik fontos eleme. *A magzatvédelem, és a családvédelem ugyanis kétségtelenül több szereplős, összetett társadalmi-gazdasági feladat és felelősség, amelyben kiemelt szerepe van az egyénnek, a szülőknek, a családnak, továbbá – az Mvtv. „A támogatás és védelem eszközei és módozatai” című fejezetének 2. és 3. §-a alapján – az alábbi tényezőknek:*

- az alap-és középfokú *oktatásnak,*
- az *ismertető kiadványoknak,*
- az *önkormányzatok gyermekjóléti és gyermekvédelmi szolgálatainak,*
- magzati élet védelmét szolgáló *szervezeteknek,*
- *munkajogi szabályozásnak,*
- a *várandós anya és családja gondozásának,*
- a *Családvédelmi Szolgálatoknak.*

A tanácsadók (tanácsadások) igénybevétele ingyenes, szabadon választható, azaz lakóhelytől függetlenül bármelyik CSVSZ tanácsadót fel lehet keresni. A várakozási idő elkerülése és a megfelelő tanácsadási idő biztosítása érdekében a CSVSZ tanácsadók előjegyzés alapján működnek.⁹

A CSVSZ munkatársa a felsőfokú végzettségű védőnő, aki alapképzettsége szerint védőnő,¹⁰ és elvégezte az ÁNTSZ (OTH) által szervezett CSVSZ feladatokra felkészítő szakirányú tanfolyamot. A CSVSZ védőnő négy szemközti családtervezési, ifjúsági és családvédelmi tanácsadásra várja a fiatalokat és a felnőtteket (egyéni vagy párjakkal), valamint – tanácsadási időn kívül – preventív tevékenységet is végez (pl. csoportfoglalkozásokat, előadásokat tart). A CSVSZ tanácsadásainak felkeresése önkéntes, kivételt képez a fiatalok házasság előtti tanácsadása, és a „Súlyos válsághelyzet” indokával történő terhesség-megszakítás szándéka és kérelmezése. A magzat védelme, valamint a felelős döntés meghozatala érdekében az Mvtv. kötelezővé teszi a CSVSZ tanácsadáson történő, minimum kétszeri részvételt (ún. „A” és „B” tanácsadás). A terhesség-megszakítás szándéka, és kérelme esetén történő tanácsadások az ún. „válság tanácsadások”, hiszen a várandós nő a terhesség-megszakítás szándékát, kérelmét a súlyos válság helyzetével indokolja. *A „válság tanácsadások” – „A” (első) és „B” (második) – a magzat megtartására, a család támogatására irányulóak, a tájékoztatás köre, kötelezettsége jogszabály által meghatározott (pl. gyermek vállalása esetén elérhető állami és nem állami anyagi és természetbeni támogatások lehetőségei, stb.). A tanácsadásokon ugyanakkor mindig átbeszéljük a családtervezési ismereteket is. A CSVSZ védőnők támogatják a hozzájuk forduló nőket a személyre szabott fogamzásgátlási módszerek megtalálásában, a következő nem kívánt terhesség megelőzése érdekében.*

A családvédelmi szolgálatok tevékenysége hozzájárul a terhességmegszakítások számának csökkenéséhez, a terhességmegszakítások megelőzéséhez, a családtervezési ismeretek terjesztéséhez. A CSVSZ-ek éves jelentései szerint a válság-helyzet feloldása, és a magzat megtartása érdekében végzett tanácsadói tevékenység eredményes. 2011-ben 42 715 esetben fordultak (kötelezően) a terhességmegszakítás szándékával a CSVSZ-hez, és vettek részt a magzat-megtartására irányuló (ún. „A”) tanácsadáson. Közülük 39 804 esetben (93 %) a terhességmegszakítás szándékát fenntartották, és azt kérelmezték a következő, az ún. „B”

⁹ Forrás: CSVSZ-ek 2011. évi jelentéseinek országos összesítése - OTH Védőnői Szakfelügyeleti Osztály

¹⁰ Lsd. az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat engedélyével működő Családvédelmi Szolgálat működésének engedélyezéséről szóló 232/2000. (XII. 23.) Korm. rendelet

tanácsadáson. A terhességmegszakítással kapcsolatos tanácsadáson megjelentek 7 %-a megváltoztatta a szándékát, vagy spontán abortusz történt.

A CSVSZ működésével kapcsolatos pozitív tapasztalatok, és jó eredmények¹¹ mellett szólni kell a CSVSZ-t felkeresők azon mutatóiról is, melyek azt jelzik, hogy a CSVSZ működése, tevékenysége *önmagában nem elegendő, azaz nem tudja megelőzni és megoldani azokat a válság helyzeteket, melyek veszélyeztetik a családot, a magzatot és a várandós anyát.*

A CSVSZ 2011. évi adatai szerint a terhességmegszakítást kérelmező nők:

- 45 %-a nem használt semmilyen fogamzásgátlási módszert,
- 7 %-ának 4-szer, vagy többször volt már terhességmegszakítása,
- 12 %-a egy éven belül ismételten kérelmezte a terhességmegszakítást,
- 51 %-a szociális helyzete alapján kedvezményes térítési díjat (a díj 30%-át, ill. 50%-át) fizetett a műtéténél,
- 10 %-ánál – a szociális helyzete alapján – a műtét térítésmentes volt.

Az adatok azt mutatják, hogy a terhességmegszakítást kérelmező nők körében vannak olyanok, akik nem élnek a rendszeres fogamzásgátlás lehetőségével, és úgy tűnik a terhességmegszakítást tekintik fogamzásgátló módszernek. A CSVSZ védőnők tapasztalatai szerint több, egymással összefüggő körülmény befolyásolja a nőt és családját, amikor a terhességmegszakítást választják a tudatos, felelős családtervezés, fogamzásgátlás helyett, e helyzeten azonban a terhességmegszakítás kérelmezéséhez kapcsolt, kötelezően előírt 2 CSVSZ tanácsadás önmagában nem tud segíteni. Ezért *széleskörű és koordinált tevékenységre van szükség, amely – többek között – a családtervezési, a felelős, tudatos életvezetési és párkapcsolati ismeretek átadását és a készségeik megszerzését is támogatja (már a gyermek kiskorától, a családban való nevelkedés során, majd a nevelési/oktatási intézményekben, és a felnőtt életben), valamint arra rászorulóknak esetében biztosítja a kedvezményes fogamzásgátlási készítményekhez és eszközökhöz való hozzájutást.*

A CSVSZ tevékenységet végző védőnők száma 99, ebből 68 teljes munkaidőben, 31 részmunkaidőben végzi ezt a feladatot. Munkaidejük nagy részében tanácsadást tartanak. A „válság tanácsadás” során, miközben a CSVSZ védőnő az Mvtv-ben meghatározott tájékoztatást nyújt, a magzat védelmére (megtartására) vonatkozó munkája mellett nyitottnak kell maradnia a terhes nő érzéseire, *tiszteletben kell tartania a nő jogát a szabad és tudatos választás. Úgy kell támogatni és tájékoztatni a terhes nőt, hogy az felelősségteljes döntést hozhasson a magzat, önmaga és a családja számára.* Ennek a kihívásnak a CSVSZ védőnő csak úgy tud megfelelni, ha a szakmai ismereteken (családtervezési, családvédelmi, jogi ismeretek stb.) túl tanácsadói jártassággal is rendelkezik, és ezekben folyamatosan fejlődik.

Az OTH elkötelezett a CSVSZ tevékenységének megfelelő ellátása és a CSVSZ védőnők folyamatos, *rendszeres továbbképzésének* biztosítása iránt. Ezekre az elmúlt években nagy hangsúlyt fektetett.

2005-ben – a megszorító intézkedésekkel – megszűnt az ún. „CSVSZ keret”, majd 2011-től az ÁNTSZ szervezetében, és ebből adódóan a CSVSZ működtetésében is változások történtek. Az OTH azonban a CSVSZ megfelelő működése érdekében a CSVSZ védőnők szakmai fejlődését, fejlesztését továbbra is fontosnak tartotta, továbbra is igyekezett biztosítani a képzésüket. Ezt szolgálják az esetmegbeszélő csoportok működése, a továbbképzések, a munkaértekezletek, szakmai irányítás és felügyelet.

2011-től az államigazgatás átalakulásával, a kormányhivatalok létrejöttével a népegészségügyi szakigazgatási szervek működtetése a megyei/fővárosi kormányhivatalokhoz

¹¹ A tanácsadásokon részt vett nőknek, pároknak lehetőségük van anonim módon „Elégedettségi Kérdőívet” kitölteni. A kérdőív válaszai azt mutatják, hogy válság-tanácsadás kihívásai, nehézségei között is a CSVSZ védőnők támogatást tudnak nyújtani a válság helyzetben levő, és a terhessége-megszakítását fontolgató nőknek

került.¹²

A szervezeti változások, és a költségvetés megszorításai miatt a CSVSZ védőnők továbbképzésen, esetmegbeszélő csoportfoglalkozásokon való részvétele, valamint az *esetmegbeszélő csoportok havi működése helyenként nehézségbe ütközik, országosan nem egységes.*

Évente egy alkalommal az OTH (az országos vezető védőnő közreműködésével) országos CSVSZ védőnői munkaértekezletet, a megyei népegészségügyi szakigazgatási szervek (a megyei vezető védőnő közreműködésével) munkaértekezleteket szerveznek. A munkaértekezletekre meghívást kapnak a családtervezésben, a magzatvédelemben, *a családvédelemben közreműködő társszakmák vezetői, képviselői* (pl. szülész-nőgyógyász, gyermekjóléti szolgálat vezetője, stb.), hogy közösen történhessen meg az értékelés, a problémák megoldása, az elkövetkező év feladatainak meghatározása és az ahhoz szükséges együttműködés megbeszélése. A magas útiköltség miatt előfordult, hogy az OTH-ban tartott éves munkaértekezletre nem minden CSVSZ védőnő utazását támogatták a munkáltatók/működtetők. A havi esetmegbeszélő csoportok működése is – ugyancsak az utazási költségek miatt – gondot jelent néhány megyében.

Az OTH elnöke (valamint több civil szervezet) rámutatott, hogy statisztikai adatok hiányában, a gyakorlati tapasztalatok alapján feltételezhető, hogy az érintett anyák leginkább a várandós-gondozáson, és így a védőnői ellátáson *kívül maradó nők* köréből kerülnek ki. *A gondozáson kívül maradó réteg ellátása érdekében stratégiát, szakmai protokollt, és a gyakorlatot egységesítő irányelvet szükséges kidolgozni, mely a védőnők, szülész-nőgyógyászok, szociális-, gyermekvédelmi-, oktatási területen dolgozók közötti interdiszciplináris megközelítéssel kezelendő.*

4. Az inkubátor használatának büntetőjogi megítélése

Az újszülöttjüket a kórház előtti inkubátorban elhelyező anyák magatartásának büntetőjogi megítélése 2005¹³-ben megváltozott, a jogi szabályozásban történt módosítás azt eredményezte, hogy ilyen esetben a Büntető Törvénykönyvben meghatározott törvényi tényállás, a családi állás megváltoztatásának büntette nem valósul meg. A Csjt. örökbefogadásra vonatkozó szabályai is kiegészültek oly módon, hogy a gyermek örökbefogadásának engedélyezéséhez nincs szükség annak a szülőnek a hozzájárulására, aki gyermekét – személyazonosságának feltárása nélkül – az egészségügyi intézmény erre kijelölt helyén helyezi el, feltéve, hogy bizonyos időn belül a gyermekért nem jelentkeznek. A törvényben meghatározott idő (6 hét) elteltével a gyermek örökbe adható.

A *közigazgatási és igazságügyi miniszter* megkeresésemre adott válaszában rámutatott, hogy a gyermek életének és egészségének védelme megköveteli, hogy a kórházak inkubátoraiban újszülöttjüket elhelyező anyák és a segítséget nyújtó egészségügyi alkalmazottak ne legyenek büntetendők ezért a cselekedetükért. Emiatt született meg a 2005. évi XXII. törvény, amely legalizálta az újszülött inkubátorban történő elhelyezését, mivel ez a magatartás nem jelent veszélyt a társadalomra. Olyan átfogó szabályozásra volt szükség, amely mind az anyákra, mind az egészségügyi szervekre tekintettel rendezi a kérdést. Így módosult a Gyvt., valamint a Mvtv.

¹² Ezzel együtt a főváros kerületi/kistérségi népegészségügyi intézetek által működtetett állami CSVSZ-ek működtetése is a kormányhivatalok feladata lett. 2013. január 1-től, a járási hivatalok kialakításával - a 323/2010. (XII.27.) Korm.r. 12. § (2) bekezdése alapján - „A Kormány a járási népegészségügyi intézetet jelöli ki a magzati élet védelméről szóló 1992. évi LXXIX. törvényben meghatározott állami családvédelmi szolgálat működtetésére”. A változások következtében - 2011-től - az ÁNTSZ/OTH az állami CSVSZ-ek működtetésében nem vesz részt, a hivatkozott Kormány rendeletben meghatározott lehetőségeivel élhet (pl. szakmai irányítási jogkör a népegészségügyi feladatokat ellátó szakigazgatási szervek felett, szakmai kérdésekben állásfoglalás, stb.).

¹³ Lásd. (a már hatálytalan) 2005. évi XXII. törvény az egészségügyi intézmény által működtetett inkubátorban elhelyezett újszülöttek érdekében egyes törvények módosításáról

is.

Megjegyzendő, hogy az Országgyűlés által 2012. június 25-én elfogadott és 2013. július 1-jén hatályba lépett Büntető Törvénykönyvről szóló 2012. évi C. törvény (a továbbiakban: új Btk.) ebben a tekintetben szintén nem változtat a szóban forgó szabályokon, vagyis *továbbra sem büntetendő az újszülöttet a kórház előtti inkubátorban elhelyező anya a családi jogállás megváltoztatása miatt*. Emellett azonban *a tizennegyedik életévét be nem töltött személy megölése ezután is az emberölés minősített esetét valósítja meg* [új Btk. 160. (2) bekezdés i) pont].

5. Szabályozási környezet, tendenciák és megoldási javaslatok

5.1. A vizsgálat során fontos kérdésként merült fel, hogy a *jelenlegi inkubátor-hálózat vajon csökkenti-e a krízishelyzetben lévő nők általi újszülött gyilkosságokat, az inkubátorprogram esetleges kiterjesztése (hiszen sokak szerint életszerűtlen, hogy egy frissen szülő nő minden szempontból izolált környezetből, titokban tartott terhessége után elutazzon a legközelebbi, megszékhelyen található inkubátorhoz) vagy megszüntetése milyen eredménnyel járna?*

A megkeresett szervek szerint *a probléma megítélése komplex, átfogó tudományos és szakmai kutatást igényel, ami mellett a büntetőjog csupán kiegészítő szerepet tölthet be. Csak ebben a körben lefolytatott egyeztetés, véleménycsere után fogalmazható meg bármiféle javaslat.*

Ezzel összefüggésben a közigazgatási és igazságügyi miniszter felhívta a figyelmet arra, hogy amennyiben az inkubátorprogram megszűnne egyes esetekben valószínűleg büntetőjogi következményeket vonna magával, és a krízishelyzetbe került anyák büntetőjogi felelősségre vonásához vezetne. Kérdéses, hogy egy ilyen hatás mennyiben lenne képes a gyermek mindenkifelett való (legfőbb) érdekének előmozdítására. Az inkubátorprogram olyan lehetőséget jelent, amelyet még annak hátrányai mellett is érdemes fenntartani a gyermeki élet védelme, mint az állam elsőrendű védelmi kötelezettsége érdekében.

Több civil szervezet rámutatott arra is, hogy nem egyértelmű annak megítélése, hogy az anyák hagyják – szabad akaratukból – a csecsemőket az inkubátorban vagy pl. harmadik személy. Ismertek a csecsemőgyilkosságokról készült tanulmányok, felmérések, amelyek alapján elképzelhető, hogy az inkubátorban talált újszülöttek (azok, akik nyilvánvalóan kórházi szakértelem mellett születtek) nem az anya akaratából kerültek oda, és hogy nem voltak életveszélyben a behelyezésük előtt. Ugyanakkor ismert olyan eset is, amikor a jogilag férjezett nő számára semmilyen más lehetőség nem maradt gyermeke jogilag örökbe fogadhatóvá válásához, mint az, hogy meggyőződése ellenére egy inkubátorba tegye (pl. különélő, őt bántalmazó, vagy ismeretlen helyen tartózkodó férjétől ugyanis nem várható el, hogy lemondó nyilatkozatot tegyen az illetékes hatóság előtt).¹⁴

Fontos mutató volna az – ám nem rendelkeznek a megkeresett szervek ilyen konkrét adattal –, hogy az „inkubátorprogram” előtt, illetve az inkubátorok működése óta hogyan alakult az újszülött gyilkosságok száma.

Az *országos rendőrfőkapitány* tájékoztatót 1993-2012. között a rendőri eljárásban regisztrált, újszülöttek sérelmére elkövetett emberölések adatairól. Megállapítható, hogy az újszülöttek sérelmére elkövetett, befejezett emberölések száma 1993-1998 közötti időszakban nőtt, míg 1999-2012. közötti időintervallumban csökkent. A Btk. – már említett – 2005. évi módosítását követően egyetlen évben, 2007-ben (10 befejezett, 3 kísérlet) emelkedett az ilyen bűncselekmények száma, utána mérséklődött, melynek okát a főkapitány az inkubátorok számának emelkedésében, illetve a büntetőjogi megítélés változásában jelölte meg. Az

¹⁴ A Bölcső Alapítvány 17 éves működése alatt sok száz hozzá forduló nőnek nyújtott támogatást, miközben jelentős ismeretet halmozott fel terhes nők krízishelyzetének okairól, ezekre a helyzetekre adott reakcióikról, az örökbeadási eljárással szembeni aggodalmaikról, az ezzel kapcsolatban kifejezett vágyaikról, elvárásaikról. Ezzel párhuzamosan arról is, hogy gyakran milyen keveset tudnak jogaikról és döntési lehetőségeikről.

inkubátorban hagyott gyermekek számáról a rendőrség nem vezet nyilvántartást.

Az inkubátor működtetésének feltételeit az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről szóló 60/2003. (X.20.) ESzCsM rendelet, 1. számú mellékletének 9. fejezete szabályozza. Eszerint az alábbi általános feltételeknek kell megfelelni:

1. Az inkubátor-fogadóhelyet közterületről könnyen megközelíthető helyen kell kialakítani.
2. Elhelyezéséről, elérhetőségéről az intézet bejáratánál jól látható és közérthető tájékoztatót kell kifüggeszteni.
3. Az újszülött inkubátorba történő elhelyezéséhez az anonimitás lehetőségét biztosítani kell.
4. Biztosítani kell, hogy az inkubátor folyamatosan (folytonos üzemmódban) újszülött befogadására alkalmas legyen.
5. Újszülött anonim elhelyezésére szolgáló inkubátor kizárólag ott működtethető, ahol az újszülött ellátásához legalább a neonatológia I. szintjének megfelelő szakmai minimumfeltételek biztosítottak.
6. Az egészségügyi államigazgatási szerv felé jelenteni kell az eseteket.

A jogszabály 2012. június 1-jétől ír elő jelentési kötelezettséget az egészségügyi szolgáltató számára: azaz az egészségügyi államigazgatási szerv felé jelenteni kell az eseteket. Az *OTH jelenleg 30 ilyen inkubátorról tud, azonban arra vonatkozóan, hogy hány újszülöttet helyeztek inkubátorba, még 2012. július 1-jét követően sincs adat.* Nem tudni, hogy az intézmények, a jogszabályváltozást nem ismerve nem teljesítették adatszolgáltatási kötelezettségüket – az újszülött inkubátorba helyezésekor – vagy 2012. július 1-től nem helyeztek újszülöttet inkubátorba. Ezért felhívták az inkubátort működtető egészségügyi intézmények figyelmét a jelentési kötelezettségük teljesítésére.

A „babamentő-inkubátorok” működése mellett a magzatvédelem, a családvédelem, és ezen belül az újszülött- és a csecsemő gyilkosságok megelőzése széles körű tevékenységet jelent. Az „inkubátor program” ennek egyik (talán utolsó) láncszeme lehet, de *önmagában nem nyújt megfelelő segítséget.*

5.2. *Arra is választ vártam, vajon a megkeresett szervek, szükségesnek tartják-e a 1995-ben indított ún. babamentő program kiterjesztését, valamint arra, hogy a programba bekapcsolódjon más, inkubátorral nem rendelkező egészségügyi intézmény, társadalmi szervezet, egyház, tűzoltóság, stb., illetve a védőnői szolgálat. Ha igen, milyen jogi szabályozási háttérrel tudnák elképzelni, és kiterjeszhető volna-e az egyszerűsített örökbeadás ilyen esetekre is?*

Egységesen azt a választ kaptam, hogy az állam egyéb, magzatvédelmi, családtámogatási eszközeit javasolják megerősíteni, hogy megelőzhetőek legyenek az újszülött és csecsemő gyilkosságok.

A Család, Gyermekek, Ifjúság egyesület (CSAGYI) elnöke (az ENSZ Gyermekjogi Bizottságának tagja) mindemellett rámutatott, hogy az inkubátor programot nem kiterjeszteni, hanem megszüntetni kellene, és helyette a mainál sokkal átfogóbban és pontosabban definiált segítségnyújtási formák módszertani kidolgozására és számonkérésére lenne szükség. „Európai gyermek elhagyási vizsgálatuk” szerint az országok többségében nincs az inkubátorprogramhoz hasonló projekt, még sem jellemzi őket nagyszámú újszülött gyilkosság és elhagyás.¹⁵

5.3. *A vizsgálat során felmerült az ún. anonim szülés lehetőségének bevezetése. Ezért a kórházban született és elhagyott újszülöttek örökbeadhatósága könnyített lehetőségéről is tájékoztam.*

Németországban éles vitákat váltott ki a kérdés. Az anonim szülés lehetőségét kritizálók arra is hivatkoznak, hogy minden gyerek joga megismernie saját szüleit, az anonim szülés kellő garanciák beépítése nélkül megfosztja őt ettől a jogától, és „legitimizálja a törvényszegést”,

¹⁵ Lásd.: <http://www.csagyi.hu/kutataspolicy/nemzetkozi/item/374-gyerekek-elhagyasa-es-ennek-megelozese>

ahelyett, hogy a rendszer egészségét segítő módon alakítanák át. Eközben az anonim szülést pártolók úgy vélik, *minden csecsemőgyilkosság megelőzhető lenne ezzel a módszerrel, illetve az inkubátorokkal.* „Senki nem akarja, hogy egy csecsemőt otthagynon az édesanyja, de még mindig inkább ez történjen, semmint hogy az újszülöttek kukákban, az utcán, vagy pincékben végezzék.”¹⁶ A kórház vagy maga állja a szülés költségeit, vagy egyházi szervezetekhez fordul – amilyen pl. a Sternipark is –, hogy segítsenek átvállalni az anyagi terheket.

Franciaországban a legrégebbi a hagyománya az anonim szülésnek, s mára a legkidolgozottabb, sokszor módosított jogszabályi megoldást működtetik e téren. Eszerint az anya megszületheti a kórházban a gyermekét anélkül, hogy személyazonosító dokumentumokat kellene átadnia, és lehetősége van a kórházat elhagyni és a gyermeket ott hagyni. Semmilyen kapcsolatot nem lehet felvenni vele addig, amíg ő nem szeretné. Az inkubátor modell és az anonim szülés célja végső soron ugyanaz: hogy az anya biztonságos módon és jogszerűen, az állam gondoskodására bízva gyermekét, és a gyermek származáshoz való joga nem sérül. A lehetőség („Accouchement sous X” franciául) a francia Polgári Törvénykönyv 341. cikkéhez kapcsolódóan nyert jogerőt 1941-ben, megengedve, hogy az anya ingyenesen igénybe vegye a kórházi ellátást a szülés során 'X' névre írt, lezárt borítékkal, amely tartalmazza a személyes adatait (név, cím). Ezt követően megszüli a csecsemőt és lemond a szülői gondoskodásról. A gyermeket a gyermekvédelmi szakellátás intézményébe helyezik két hónapra, amíg az anya megváltoztathatja döntését és visszaveheti a gyermeket. Ha ez az idő letelik, a gyermek örökbefogadhatóvá válik. A lezárt borítékok adatait 2002 óta egy központi hivatal gyűjti (Személyes Származáshoz való Hozzáférés Nemzeti Tanácsa¹⁷), ahonnan adatok csak a gyermek vagy törvényes képviselője kérésére adható ki. A Tanács ezt követően felveszi a kapcsolatot a vérszerinti anyával, aki felfedheti vagy megőrizheti anonimitását. Az anya azonban nem keresheti gyermekét a későbbiekben. A rendelkezésre álló egészségügyi adatok szerint Franciaországban 2010-ben 664 anonim szülés zajlott.

Ausztriában a franciához hasonló szabályozás van hatályban. 2001-ben vezették be az anonim szülés lehetőségét, amely rögtön éreztette hatását: 2002 óta több mint ötven százalékkal csökkent a csecsemőgyilkosságok száma. Az inkubátor-rendszer egyébként továbbra is működik az országban, de ezt alig néhányan választják, szemben az anonim szüléssel, amelyre évente kb. 30-40 nő vállalkozik. A szülés után a biológiai anyának nyolc hete van arra, hogy meggondolja magát. A bécsi orvosi egyetem 2013 tavaszán közzétett felmérése szerint Bécsben 2005 óta évente átlagosan tíz nő szül név nélkül kórházban, míg a babamentő inkubátorban egy-két újszülöttet találnak. 2011-2012-ben egyetlen babának sem kellett az édesanyja keze által meghalnia.

Luxemburgban is van lehetőség az anonim szülésre, és az anya megkereshető, ha a gyermek idősebb lesz. Csehországban, Görögországban és Olaszországban szintén van lehetőség az anonim módon történő szüléshez, azonban az anya a későbbiekben megkereshető.

Magyarországon is napirenden volt/van az anonim szülés kérdése, az ezredfordulót követően legújabbán 2013 áprilisában kezdeményezett önálló indítványt két országgyűlési képviselő, amely bevezetné az anonim szülést és terhesgondozást.¹⁸

¹⁶ dr. Heike Auricchio álláspontja, aki annak a magdeburgi kórháznak az orvosa, amely az országban elsőként vállalt anonim születeket.

¹⁷ Conseil national pour l'accès aux origines personnelles. <http://www.cnaop.gouv.fr/Presentation-du-CNAOP.html>

¹⁸ http://www.parlament.hu/internet/plsql/ogy_irom.irom_adat?p_ckl=39&p_izon=10326

A javaslat lényege, hogy a gyermeküket megtartani nem akaró várandós nők nevük megadása nélkül vehessenek igénybe terhesgondozást, majd szülésükhöz a kórházi ellátást. A kórház csak az érintett társadalombiztosításának meglétét ellenőrizhetné. Az így megszületett gyermekek hat hét után válnának örökbefogadhatóvá. Az egészségügyért felelős államtitkárság álláspontja az volt, ha megkapják a bizottsági felhatalmazást, 2013. őszére megszülethetett volna a törvényjavaslat az anonim szülésről, számos jogi és adatvédelmi kérdés alapos vizsgálatát

Az anonim szülés bevezetésének tendenciája megfigyelhető Európa számos országában is, mint arra a strasbourg-i Emberi Jogok Európai Bírósága utalt 2003-ban az Odievre kontra Franciaország-ügyben¹⁹, felvázolva a francia rendszert és hagyományait egy összehasonlító európai joggyakorlat keretében. Ha nem is az anonim szülés jogát, de legalábbis az ahhoz közelítő ún. „diszkrét” szülés lehetőségét egyre több államban igyekeznek megteremteni.

Az *emberi erőforrások minisztere* az anonim szülés bevezethetősége kérdésének megnyugtató és szakszerű megválaszolásához szakmaközi egyeztetést tart szükségesnek az érintett társszakták bevonásával. Fontosnak tartja, hogy az „anonim szülés” lehetősége olyan szervezetek közreműködésével valósuljon meg, melyek részt vesznek a gyermek örökbeadásában is.

5.4. *A döntéshozóktól adatokat kértem arról, hogy az Mvtv. 2. § (2) bekezdés szerinti, az egészséges életmódról, a felelősségteljes párkapcsolatokról, az emberhez méltó családi életről, születésszabályozási módszerekről szóló oktatás az alap- és középfokú oktatási intézményekben milyen módon érhető el, hány ilyen oktatást szerveznek a gyakorlatban és milyen tematika szerint?*

Az OTH az iskola-egészségügyi ellátás során megvalósult egészség-nevelési tevékenységről rendelkezett adatokkal. Ezen tevékenységek természetesen az oktatási intézmény egészségnevelési programjának részei is lehetnek.

A nevelési-oktatási intézmények működéséről és a köznevelési intézmények névhasználatáról szóló 20/2012. (VIII. 31.) EMMI rendelet X. fejezet 41. alcíme nevesíti a nevelési-oktatási intézmény feladatait a gyermek, a tanuló egészségfejlesztésével összefüggésben. Eszerint²⁰ a teljes körű egészségfejlesztés célja, hogy a nevelési-oktatási intézményben eltöltött időben minden gyermek részesüljön a teljes testi-lelki jóllétét, egészségét, egészségi állapotát hatékonyan fejlesztő, a nevelési-oktatási intézmény mindennapjaiban rendszerszerűen működő egészségfejlesztő tevékenységekben.

A nevelési-oktatási intézmény mindennapos működésében kiemelt figyelmet kell fordítani a gyermek, a tanuló egészséghez, biztonságához való jogai alapján a *teljes körű egészségfejlesztéssel* összefüggő feladatokra, amelyek különösen

- a) az egészséges táplálkozás,
- b) a mindennapos testnevelés, testmozgás,
- c) a testi és lelki egészség fejlesztése, a viselkedési függőségek, a szenvedélybetegségekhez vezető szerek fogyasztásának megelőzése,
- d) a bántalmazás és iskolai erőszak megelőzése,
- e) a baleset-megelőzés és elsősegélynyújtás,
- f) a személyi higiéné területére terjednek ki.

A jogszabály szerint az egészségfejlesztés figyelembe veszi a gyermekek, tanulók *biológiai, társadalmi, életkori sajátosságait*, beilleszthető a nevelési-oktatási intézményben megvalósuló átfogó prevenciós programokba. A „teljes körű egészségfejlesztéssel kapcsolatos feladatainak” megvalósítását szolgálja, hogy ezeket a feladatokat koordináltan kell megtervezni és megvalósítani a helyi pedagógiai program részét képező egészségfejlesztési program keretében. A nevelési-oktatási intézmény vezetője az egészségfejlesztési és prevenciós programok kiválasztásánál beszerzi az iskola-egészségügyi szolgálat véleményét is.

Az egészségbiztosítási törvénynek megfelelően, az iskola-egészségügyi ellátásról szóló

követően; végül az egészségügyi bizottság azonban öt igen, nyolc nem és négy tartózkodás mellett leszavazta az anonim szülés bevezethetőségét célzó javaslat tárgysorozatba vételét.

¹⁹ Case Odievre vs. France. Application no. 42326/98. [http://hudoc.echr.coe.int/sites/eng/pages/search.aspx?i=001-60935#{\"itemid\":\[\"001-60935\"\]}](http://hudoc.echr.coe.int/sites/eng/pages/search.aspx?i=001-60935#{\)

²⁰ 128. §

26/1997. (IX. 3.) NM rendelet alapján mind a 3-18 éves korosztály, mind a 18 év feletti, középfokú nappali rendszerű iskolai oktatásban résztvevők megelőző jelleggel – az egészségügyi alapellátás keretében – rendszeresen szervezett iskola-egészségügyi ellátásban vesznek részt. Az iskola-egészségügyi ellátás az iskolaorvos és védőnő együttes szolgáltatásából áll, amelyet fogorvos és fogászati asszisztens közreműködésével látnak el. A tanulók egészségügyi ellátásán kívüli *egyéb iskola-egészségügyi feladatokat (környezet- egészségügy, ételmezés-egészségügy, balesetvédelem, egészségnevelés, pályaválasztási tanácsadás)* az iskolaorvos és a védőnő az oktatási intézmény vezetőjével, illetőleg a szakmai szervezetekkel együttműködve végzi.

Az iskola-egészségügyi ellátás keretében az iskolaorvos által ellátandó feladatokat a 2. sz. melléklet, a védőnő által önállóan ellátandó feladatokat a 3. sz. melléklet részletezi. Mind a ketten *egészségnevelő* tevékenységet is végeznek. Az iskolaorvos egészségnevelő tevékenysége keretében a 2. sz. melléklet 5. pontja szerint – többek között – részt vesz az iskolai egészséges életmódra nevelésben, a Nemzeti Alaptanterv végrehajtásában.

A 2010/2011. tanévben az iskolai(óvodai) egészségügyi feladatot ellátó orvosok preventív tevékenység keretében 15.162 előadást, és 190.027 személyes tanácsadást tartottak²¹. Az egyes témakörökkel kapcsolatosban nincs részletes információm.

A nevelési-oktatási intézmény *védőnője*²² személyesen vesz részt az egészségtan oktatásában elsősorban az alábbi témákban: az *egészséggel kapcsolatos alapismeretek* (személyi higiéné, egészséges életmód, betegápolás, elsősegélynyújtás), *családtervezés, fogamzásgátlás, szülői szerep, csecsemőgondozás*, önvizsgálattal kapcsolatos ismeretek, szenvedélybetegségek megelőzése.

Az iskolai(óvodai) egészségügyi feladatot ellátó védőnők a 2010/2011. tanévben, személyes és társas kapcsolatok témakörben 8703 alkalommal, barátság, szerelem, párkapcsolat, családtervezés témakörében pedig 23.312 alkalommal tartottak, csoportos egészségnevelést. Mind a védőnő, mind az orvos a csoportos egészségnevelési alkalmakkal, és a preventív előadásokkal, személyes tanácsadásokkal kapcsolódik az intézmény egészségnevelési programjához. A Nemzeti Alaptanterv kiadásáról, bevezetéséről és alkalmazásáról szóló 110/2012. (VI.4.) Korm. rendelet a *Nemzeti Alaptantervben (továbbiakban: NAT) külön fejlesztési területként és nevelési célként nevesíti a családi életre nevelést*. Kifejezi, hogy a család kiemelkedő jelentőségű a gyermekek, fiatalok erkölcsi érzékének, szeretetkapcsolatainak, önismeretének, testi és lelki egészségének alakításában.

A szűkebb és tágabb környezet változásai, az értékrendben jelentkező ártrendeződések, a családok egy részének működésében bekövetkező zavarok szükségessé teszik a családi életre nevelés beemelését a köznevelés területére. A köznevelési intézményeknek ezért kitüntetett feladata a harmonikus családi minták közvetítése, a családi közösségek megbecsülése. A felkészítés a családi életre segítséget nyújt a gyermekeknek és fiataloknak a felelős párkapcsolatok kialakításában, ismereteket közvetít a családi életükben felmerülő konfliktusok kezeléséről. Az iskolának foglalkoznia kell a szexuális kultúra kérdéseivel is. Az 5-6. évfolyam számára a Természetismeret keretében a szaporodás, egyedfejlődés, szexualitás témában az emberi egyedfejlődés fő szakaszai, a nemek különbözősége, másodlagos nemi jellegek kerültek e körbe, míg a 7-8. évfolyamosok a Biológia keretében foglalkoznak a szaporodási szervrendszerek, nemi jellegek, nemi hormonok, menstruációs ciklus, a szexualitással kapcsolatos alapvető egészségügyi szabályok, családtervezés, fogamzásgátlás, a méhen belüli fejlődés, születés, születés utáni életszakaszok témaköreivel. A 9-12. évfolyam a biológia-egészségtan tárgyak foglalkoznak a nemi szervek felépítése, működése, a szexualitással kapcsolatos alapvető egészségügyi szabályok, családtervezés, fogamzásgátlás, méhen belüli

²¹ Forrás: www.oszmk.hu; iskola-egészségügyi jelentés a 2010/2011. tanévről

²² Lsd. 26/1997. (IX. 3.) NM rendelet 3. sz. melléklet 8. pontja

fejlődés, szülés, az értelmi és érzelmi fejlődés kapcsolata, a felnőtté válás testi és szellemi fejlődési folyamatának főbb jellemzői témakörökkel.

A NAT előírásainak megfelelően készültek el azok a kerettantervi törzsanyagok, amelyek közül az egyes iskoláknak választaniuk kell a saját pedagógiai programjuk, ezen belül saját helyi tantervük meghatározásakor. Az alap- és középfokú köznevelési intézmények az egészséges életmód, felelős párkapcsolat, emberhez méltó családi élet, születésszabályozási módszerek témaköreit több – pl. környezetismeret, természetismeret, biológia-egészségtan – tantárgy keretében dolgozzák fel. Ehhez adódik még hozzá az osztályfőnöki órák lehetősége, ahol szintén foglalkoznak a témával, akár külső előadó segítségével. A kerettantervek a 2013-2014. tanévtől lesznek hatályosak a kezdő évfolyamokon és az általános iskolák 5. évfolyamain. *Jelenleg is a hivatkozott tárgyak keretében történik az ismeretátadás az aktuális tananyaghoz kapcsolódva, illetve az osztályfőnökök belátása szerint.*

Az Mvtv. 2. § (3) bekezdése állami feladatok között szerepelteti a *fogamzásgátló készítmények és eszközök rászorultságtól függő kedvezményes igénybevételének elősegítését*, a magzati élet védelmét szolgáló, valamint a fogamzásszabályozást ismertető kiadványok közzétételét és a tömegkommunikáció fórumain való ismertetését.

Arra a kérdésemre, hogy *milyen módon valósulnak meg ezek a célok; konkrétan létezik-e szociális rászorultsági alapon, kedvezményesen igénybe vehető fogamzásgátló készítmény és eszköz, valamint ismeretterjesztés, az emberi erőforrások miniszterétől, valamint az OTH vezetőjétől azt a választ kaptam, hogy a* szülészeti nőgyógyászati intézményekben feliratható, vényköteles, de társadalombiztosítás mentes, azaz a személyazonosság felfedése nélkül kiváltható sürgősségi fogamzásgátló. A felírás feltétele a terhesség kizárása. Ez indokolja a vényköteleességet az esetleges magzat védelme miatt. A 72 órán belül alkalmazható sürgősségi szerek 90%-ban hatékonyak, mely elmarad a rendszeresen szedett fogamzásgátlók 99,9%-os hatékonyságától. Kontraindikációja nincs, 1 hónapon belül nem ismételtető, mert csökken a hatékonysága, azaz ismétlés esetén jóval elmarad a 90%-os hatékonyságtól.

Amint már azt a terhességmegszakítás elemzésekor említettem, a hátrányos helyzetű nők (és családjaik) csoportjából kerülnek ki azok, akik nem élnek a rendszeres fogamzásgátlás lehetőségével, és ismételten kérelmezik a terhességmegszakítást, illetve több alkalommal volt már terhességmegszakításuk. Az Mvtv. 9. § (2) e) pontja szintén utal a terhességmegszakításon részt vettek számára – a következő eset megelőzése érdekében – a fogamzásgátló eszközök kedvezményes igénybevételének lehetőségéről szóló tájékoztatásra.

Az emberi erőforrások minisztere rámutatott, hogy *a szociális helyzet alapján támogatott fogamzásgátlási eszközök állam általi biztosítására szükség van, mint ahogy a családtervezési ismeretek teljes körű átadására is.*

A vizsgálat megállapításai

I. A hatásköröm tekintetében

A feladat- és hatáskörömet az alapvető jogok biztosáról szóló 2011. évi CXI. törvény (Ajbt.) határozza meg, amelynek 18. § (1) bekezdése szerint az alapvető jogok biztosához bárki fordulhat, ha megítélése szerint közigazgatási szerv, helyi önkormányzat, nemzetiségi önkormányzat, kötelező tagság alapján működő köztestület, a Magyar Honvédség, rendvédelmi szerv, közigazgatási jogkörben eljáró egyéb szerv e jogkörében, nyomozó hatóság vagy az ügyészség nyomozást végző szerve, közjegyző, törvényszéki végrehajtó, önálló bírósági végrehajtó vagy közszolgáltatást végző szerv (a továbbiakban együtt: hatóság) tevékenysége vagy mulasztása a beadványt tevő személy alapvető jogát sérti vagy annak közvetlen veszélyével jár (a továbbiakban együtt: visszáság), feltéve, hogy a rendelkezésre álló közigazgatási jogorvoslati lehetőségeket – ide nem értve a közigazgatási határozat bírósági felülvizsgálatát –

már kimerítette, vagy jogorvoslati lehetőség nincs számára biztosítva.

Az Ajbt. 18. § (4) bekezdése szerint az alapvető jogok biztos a hatóságok (e körben a közszolgáltatást végző szervek) tevékenysége során felmerült, az alapvető jogokkal kapcsolatos visszásság megszüntetése érdekében hivatalból eljárást folytathat. *A hivatalból indított eljárás természetes személyek pontosan meg nem határozható, nagyobb csoportját érintő visszásság kivizsgálására vagy egy alapvető jog érvényesülésének átfogó vizsgálatára irányulhat.*

Az Ajbt. az 1. § (2) bekezdés a) pontja fogalmazza meg *a gyermekek jogainak fokozott védelmét, amelyre teljes mandátumom idején kiemelt figyelmet fordítottam/fordítok.* Az alapvető jogok biztos a – a hatósági jogalkalmazói tevékenység mellett – azt is vizsgálja, hogy a jogszabályok mennyiben segítik elő a védett jogok érvényesülését: az Ajbt. 2. § (2) bekezdése értelmében javaslatot tehet az alapvető jogokat érintő jogszabályok módosítására, megalkotására.

II. Az alapvető jogok és alapelvek tekintetében

Az alapvető jogok biztos a egy adott társadalmi probléma mögött álló összefüggésrendszer feltárása során autonóm, objektív és neutrális módon, kizárólag alapjogi érvek felsorakoztatásával és összevetésével tesz eleget mandátumának. Az ombudsmanintézmény megalakulása óta az országgyűlési biztos következetesen, zsinórmértékként támaszkodott az Alkotmánybíróság alapvető jogállami garanciákkal és az alapjogok tartalmával kapcsolatos elvi megállapításaira, valamint – az ombudsmani jogvédelem speciális vonásainak megfelelően – alkalmazta az alapjog-korlátozás alkotmányosságát megítélni hivatott alapjogi tesztek.

Az Alkotmánybíróság a 22/2012. (V. 11.) AB határozatában arra mutatott rá, hogy „az előző Alkotmány és az Alaptörvény egyes rendelkezései tartalmi egyezősége esetén éppen nem a korábbi alkotmánybírósági döntésben megjelenő jogelvek átvételét, hanem azok figyelmen kívül hagyását kell indokolni”. Ugyanakkor a testület a II/3484/2012. AB határozatának indokolása során azt emelte ki, hogy az adott határozatban vizsgált törvényi rendelkezések esetében már az Alaptörvény negyedik módosítása alapján jár el a korábbi alkotmánybírósági határozatokban foglaltak felhasználhatóságát illetően. A testület ennek kapcsán elvi élel mondta ki azt, hogy „az Alkotmánybíróság a hatályát veszített alkotmánybírósági határozat forrásként megjelölésével, a lényegi, az adott ügyben felmerülő alkotmányossági kérdés eldöntéséhez szükséges mértékű és terjedelmű tartalmi vagy szövegszerű megjelenítéssel hivatkozhatja vagy idézheti a korábbi határozataiban kidolgozott érveket, jogelveket. Az indokolásnak és alkotmányjogi forrásainak ugyanis a demokratikus jogállamban mindenki számára megismerhetőnek, ellenőrizhetőnek kell lennie, a jogbiztonság igénye az, hogy a döntési megfontolások átláthatóak, követhetőek legyenek. A nyilvános érvelés a döntés indoklásának létalapja. A korábbi határozatokban kifejtett érvek felhasználhatóságát az Alkotmánybíróság mindig esetről esetre, a konkrét ügy kontextusában vizsgálja.”

Az idézett elvi jelentőségű tétellel összhangban vizsgálati megállapításaim érvrendszerének megfogalmazása, az egyes alapjogok, alkotmányos elvek értelmezése során – ellenkező tartalmú alkotmánybírósági iránymutatás megszületéséig, az alkotmányszöveg változását, a tartalmi, illetve kontextuális egyezőséget is figyelembe véve – az alapvető jogok biztosaként továbbra is irányadónak tekintem az Alkotmánybíróságnak az Alaptörvény hatályba lépését megelőzően meghozott határozatai indoklásában kifejtett érveket, jogelveket és összefüggéseket.

1. Az Alaptörvény B) cikkének (1) bekezdése fejezi ki *a jogállamiság elvéből fakadó jogbiztonság követelményét.* Az Alkotmánybíróság 56/1991. (XI.8.) számú határozatában kifejtette, hogy a jogállamiság egyik alapvető követelménye, hogy a közhatalommal rendelkező szervek a jog által meghatározott szervezeti keretek között, a jog által megállapított működési rendben, a jog által a polgárok számára megismerhető és kiszámítható módon szabályozott

korlátok között fejtik ki a tevékenységüket. A 9/1992. (I. 30.) számú alkotmánybírósági határozat a jogállam nélkülözhetetlen elemeként határozza meg a jogbiztonságot. A jogbiztonság az állam – és elsősorban a jogalkotó – kötelességévé teszi annak biztosítását, hogy a jog egésze, egyes részterületei és az egyes jogszabályok is világosak, egyértelműek, működésüket tekintve kiszámíthatóak és előreláthatóak legyenek a norma címzettjei számára. Vagyis a jogbiztonság nem csupán az egyes normák egyértelműségét követeli meg, de az egyes jogintézmények működésének kiszámíthatóságát is.

2. Az Alaptörvény II. cikke alapján minden embernek veleszületett joga van *az élethez és az emberi méltósághoz*, amelyektől senkit nem lehet önkényesen megfosztani. Az emberi méltóság az emberi élettel eleve együtt járó minőség, amely oszthatatlan és korlátozhatatlan, s ezért minden emberre nézve egyenlő. Az egyenlő méltósághoz való jog az élethez való joggal egységben azt biztosítja, hogy ne lehessen emberi életek értéke között jogilag különbséget tenni. Emberi méltósága és élete mindenkinek érinthetetlen, aki ember, függetlenül fizikai és szellemi fejlettségétől, illetve állapotától, és attól is, hogy emberi lehetőségéből mennyit valósított meg, és miért annyit.²³ A méltósághoz való jog egyik funkciója tehát az emberi életek közötti egyenlőség biztosítása: a jog előtt mindenki egyenlő, egyenlő bánásmódban részesítendő, magatartását, cselekedetét elfogultság nélkül kell megítélni és értékelni. Nem lehet senkivel szemben méltóságsértő módon eljárni, nem lehet senkivel szemben jogsértő eszközöket, intézkedéseket alkalmazni.

3. Az Alaptörvény XX. cikk (2) bekezdése alapján Magyarország *az egészséghez való jog* érvényesülését – egyéb intézkedések mellett – az egészségügyi ellátás megszervezésével biztosítja. Az Alaptörvény rendszerében az egészségügyi ellátás, és ezen belül az egészségbiztosítás rendszere intézményvédelmi kötelezettség, amelyből konkrét, alkotmányi szintű, kikényszeríthető alanyi jogok jellemzően nem vezethetők le. Az Alkotmánybíróság több határozatában értelmezte a testi és lelki egészséghez való jog tartalmát és korlátozhatóságát és kimondta, hogy alapvetően nem alanyi jogként, hanem alkotmányi követelményként értelmezendő: az államnak azt az alkotmányos kötelezettségét jelenti, hogy a nemzetgazdaság teherbíró képességéhez, az állam és a társadalom lehetőségeihez igazodva olyan gazdasági és jogi környezetet teremtsen, amely a legkedvezőbb feltételeket biztosítja a polgárok egészséges életmódjához, életviteléhez. Az alkotmánybírósági gyakorlat utal arra is, hogy az államnak e jog megvalósulása érdekében meghatározott, az egészségügyi intézmények és orvosi ellátás megszervezésére irányuló kötelezettsége annyit feltétlenül jelent, hogy az állam köteles megteremteni egy olyan intézményrendszer működésének a garanciáit, *amely mindenki számára biztosítja az egészségügyi szolgáltatások igénybevételének lehetőségét, azaz azt, hogy a szolgáltató intézmények hiánya miatt senki ne maradjon ellátatlanul.*

4. A gyermek a megfelelő testi, szellemi és erkölcsi fejlődéséhez szükséges védelemhez és gondoskodáshoz való jogát az Alaptörvény XVI. cikk (1) bekezdése deklarálja. A gyermeket főszabályként minden olyan alapvető jog megillet, mint bármely más embert, de ahhoz, hogy a jogok teljességével képes legyen élni, biztosítani kell számára az életkorának megfelelő minden feltételt a felnőtté váláshoz. Erre tekintettel kifejezetten a gyermekek jogaként rögzíti a törvény a megfelelő testi, szellemi és erkölcsi fejlődéséhez szükséges védelemre és gondoskodásra való jogot. E védelemre és gondoskodásra a gyermek mindenkivel szemben igényt tarthat. Ennek megfelelően a gyermek szülei, családja, az állam és a társadalom valamennyi tagja is köteles a gyermek jogait tiszteletben tartani, és a társadalom fennmaradásának zálogaként biztosítani számára a megfelelő fejlődéséhez szükséges feltételeket. A gyermekek védelemhez és gondoskodáshoz való joga az állam kötelességét alapozza meg a gyermek személyiségfejlődése

²³ Vö. 64/1991. (XII. 17.) AB határozat.

intézményes védelmére. A gyermek, mint az alapjogok alanya oldalán az életkorból adódó hátrányokat az állam oldaláról az az intézményvédelmi kötelezettség egyenlíti ki, hogy az államnak aktívan kell cselekednie a gyermekek alapvető jogainak előmozdítása, érvényesülése és védelme érdekében. Ezt az alaptételt megtaláljuk a Gyermekjogi Egyezménynek a preambulumban is, amely rögzíti, hogy a gyermeknek, figyelemmel fizikai és szellemi érettségének hiányára, különös védelemre és gondozásra van szüksége, nevezetesen megfelelő jogi védelemre, születése előtt és születése után egyaránt.

A korábban hatályos Alkotmány 67.§-ában rendelkezett e jogról, annak címzettjeivel együtt, azaz, hogy a gyermeknek ezt az alkotmányos védelmet és gondoskodást a családtól, az államtól és végső soron a társadalomtól kell megkapnia. Az Alkotmánybíróság gyakorlata szerint is a gyermek védelme és a róla való gondoskodás azonban nemcsak a család alkotmányos kötelessége, hanem az államé, a társadalomé is: ha a gyermeknek nincs vagy a szülői kötelességeket nem teljesítő szülője van, akkor helyettük az államnak kell helytállania. Az államnak ez lehetőséget ad a törvényes beavatkozásra, és egyben kötelezi közvetlen helytállásra, a védelem és gondoskodás feladatára (pl. állami gondozásba vétel). Az AB álláspontja szerint a gyermek jogai védelmében a családot, közelebbről a szülőt terhelő alkotmányos alapkötelezettségek esetén az államot aktív magatartásra kötelezi.

Az Alkotmánybíróság egyik legfrissebb döntésében hivatkozta a 114/2010. (VI. 30.) AB határozatában a gyermekek védelmével kapcsolatos jogszabályok főbb vonásaival kapcsolatos megállapításait: Eszerint a gyermekek védelmének alkotmányos alapja az Alkotmány 67. §, eszerint minden gyermeknek joga van a családja, az állam és a társadalom részéről arra a védelemre és gondoskodásra, amely a megfelelő testi, szellemi és erkölcsi fejlődéséhez szükséges. A védelem és gondoskodás – a 67. § (1) bekezdésében szereplő sorrend alapján – a család, az állam és a társadalom kötelessége. Az Alkotmánybíróság szerint az állam szerepe a gyermekek védelmében és a róluk való gondoskodásban az, hogy meghatározza a gyermekek alapvető jogai érvényesítésének garanciáit, létrehozza és működtesse a gyermekek védelmét biztosító intézményrendszert. Az Alkotmány az államnak igen tág szabályozási teret ad a gyermekvédelmi rendszer kialakításában. A szabályozás kereteit elsőként azok a – gyermekek jogairól megalkotott – nemzetközi egyezmények jelölik ki, amelyekhez a Magyar Köztársaság csatlakozott, és amelyek meghatározzák a gyermekvédelmi rendszer felépítésére, szervezésének elveire, elemeire vonatkozó szabályokat, megállapítanak bizonyos aktivitási minimumokat, szabályozásbeli standardokat.

Az Alkotmánybíróság szerint az állam szerepe a gyermekek védelmében és a róluk való gondoskodásban az, hogy meghatározza a gyermekek alapvető jogai érvényesítésének garanciáit, létrehozza és működtesse a gyermekek védelmét biztosító intézményrendszert. Az Alkotmány az államnak igen tág szabályozási teret ad a gyermekvédelmi rendszer kialakításában. A szabályozás kereteit elsőként azok a – gyermekek jogairól megalkotott – nemzetközi egyezmények jelölik ki, amelyekhez a Magyar Köztársaság csatlakozott, és amelyek meghatározzák a gyermekvédelmi rendszer felépítésére, szervezésének elveire, elemeire vonatkozó szabályokat, megállapítanak bizonyos aktivitási minimumokat, szabályozásbeli standardokat.²⁴ Az elsődleges családi védelem elősegítése, más szempontból a gyermeknek a családban történő nevelkedéséhez való joga olyan jogosultság, amely egyaránt fakad a vonatkozó nemzetközi dokumentumok rendelkezéseiből²⁵, valamint ezt diktálja a gyermekvédelem alaptézise, a gyermek mindenek felett álló (legfőbb) érdekének érvényre juttatása is. Elsődlegesen ugyanis a családban nevelkedés biztosítja a gyermekek személyiségének kibontakoztatását, a testi, szellemi, érzelmi és erkölcsi fejlődését,

²⁴ 434/E/2000. AB határozat, ABH 2004, 1452., 114/2010. (VI. 30.) AB határozat.

²⁵ Külön érdemes kiemelni a Gyermekjogi Egyezmény 18. cikkét

egészségét felnevelkedését és jólétét. Az állam ennek alapján a megfelelő jogalkotási és jogalkalmazási eszközök igénybevételével segítenie kell a családokat (ezen értve főként a szülőket, adott esetben más közeli hozzátartozókat is) feladatuk teljesítése érdekében. Az állam gyermekvédelmi kötelezettsége – a gyermek mindenképp felett álló (legfőbb) érdeke által is megkövetelt megfelelő garanciák, eljárási szabályok mellett – megalapozza az állami beavatkozást akkor, amikor a család, a szülők (közeli hozzátartozók) hiányoznak, vagy a saját családban való nevelkedése a gyermek fejlődésének súlyos veszélyeztettségével járna.

Az Alkotmánybíróság 995/B/1990. AB határozata értelmében, a „*gyermek ember, akit minden olyan alapvető alkotmányos jog megillet, mint mindenki más, de ahhoz, hogy e jogok teljesítésével képes legyen élni, biztosítani kell számára az életkorának megfelelő minden feltételt felnőttségéig*”. Míg az Alkotmány 67. § (1) bekezdése a gyermek alapvető jogainak biztosítása kapcsán egyidejűleg szabta meg a család (szülők), valamint az állam és a társadalom alapvető kötelezettségeit, addig az Alaptörvény XVI. cikk (3) bekezdése csak a szülők gondoskodási kötelezettségét deklarálja. Tekintettel arra, hogy az állam által aláírt nemzetközi szerződések jellemzően az érintett állam jogait és kötelezettségeit rögzítik, a gyermeki jogok biztosításával összefüggő állami kötelezettségek elsődleges forrása a Gyermek jogairól szóló, New Yorkban, 1989. november 20-án kelt egyezmény.²⁶

5. Az állam alapjogvédelmi kötelezettségét az Alaptörvény I. cikk (1) - (3) bekezdései deklarálják. Az alkotmánybírósági gyakorlat alapján állami szemszögből létezik az alapjogoknak *egy objektív intézményvédelmi oldala*.²⁷ Az Alkotmánybíróság a 12/2004. (IV. 7.) AB határozatában – korábbi döntéseire hivatkozva – hangsúlyozta: „Az állam kötelessége az alapvető jogok „tisztelőben tartására és védelmére” a szubjektív alapjogokkal kapcsolatban nem merül ki abban, hogy tartózkodnia kell megsértésüktől, hanem magában foglalja azt is, hogy gondoskodnia kell az érvényesülésükhöz szükséges feltételekről. Ennek érdekében a jogalkotó köteles olyan szabályozást alkotni, amely a lehető legnagyobb mértékben biztosítja az alapjogok érvényesülését.”

Amint arra az Alkotmánybíróság már a 48/1998. (XI. 23.) AB határozatában is rámutatott: „Az Alkotmány egyes esetekben nevesíti az intézményvédelmi kötelelességeket, másutt nem, előfordul az is, hogy éppen az alanyi jogi oldal marad háttérben; a megfogalmazás és a hangsúlybeli különbségek nem változtatnak azon, hogy az alapjogok egyaránt tartalmazzák a szubjektív jogokat és az objektív, ennél szélesebb állami kötelelességeket is”.

III. Az ügy érdeme tekintetében

1. Vizsgálatom tárgyát képező nagyon érzékeny és szakmai érveket-ellenérveket bőven kínál, jelentős társadalmi problematika szempontjából ismét szükséges hangsúlyozni, hogy az alapvető jogok biztosa egy adott társadalmi probléma mögött álló összefüggés-rendszer feltárása során autonóm, objektív és neutrális módon, *kizárólag alapjogi érvek felsorakoztatásával és összevetésével tesz eleget mandátumának*.

A krízisérthesség és az újszülött gyilkosságok társadalmi, szociológiai okainak megítélése, a jelenlegi megoldás és a lehetséges megoldási javaslatok számos szakterületet érintő kérdést vetnek fel. „A gyermekölések oka, ismérve és motívuma szinte semmit nem változott az elmúlt évezredek során. Ami változott – és változik – az a társadalmi (jog)rendszer, amely megítéli – nota bene elítéli – az elkövetőt: az anyát.”²⁸

A bűnügyi adatok nem nyújtanak kellő támpontot abban, hogy érvényes-e az a felvetés,

²⁶ Lásd az 1991. évi LXIV. törvényt

²⁷ Lásd először: 64/1991. (XII. 17.) AB határozat

²⁸ Angyal Miklós: Mózeskosártól a gyermekmentő inkubátorig – Jegyzetek az újszülött megölések margójára – In: Tanulmányok Erdősy Emil tiszteletére, Pécs, 2002. 153-157. o.

amely szerint az inkubátorprogram valójában nem csökkentette az újszülöttgyilkosságok számát, tehát nem jelenthető ki, hogy a rendszer működtetése, esetleg fejlesztése, kiterjesztése csökkentené az elkövetéseket. Erre tekintettel jelentésem ilyen megállapításokat nem tartalmaz. Ugyanakkor – függetlenül az újszülöttgyilkosságok számáról való ismerethiánytól – az inkubátorokat többen jó megoldásnak, fejlesztendőnek tartják²⁹, megszüntetésüket pedig hibának tekintik.

Amint azt már több jelentésemben rögzítettem, minden évben kiemelt figyelmet fordítok a család szerepére a gyermek jogainak védelmében. Az Ajbt. feladatomma is teszi a gyermeki jogok kiemelt védelmét. Bár a krízisterhesek, az inkubátorprogram nem csupán a gyermeki jogokat érinti, lényeges rámutatnom, hogy az elsődleges állami feladat a családi védelem elősegítése, a gyermek családban történő nevelkedéséhez való jogának biztosítása, amely a gyermek mindenek felett álló (legfőbb) érdekének érvényre juttatását szolgálja. A családban nevelkedés garantálja a gyermekek személyiségének kibontakoztatását, a testi, szellemi, érzelmi és erkölcsi fejlődését, egészségét, felnevelkedését és jólétét. Az államnak megfelelő jogalkotási és jogalkalmazási eszközök igénybevételével segítenie kell a családokat feladatuk minél jobb teljesítése érdekében. A gyermekek védelme, legyen szó bármely területről, eredendően többszereplős, ahol a családok állami segítése (kivételesen pótlása), a családban nevelkedés preferálása, a családbarát intézkedések, valamint a szülők, közeli hozzátartozók személyes felelőssége egyaránt hangsúlyos.³⁰ A családok támogatása egyrészt anyagi jellegű lehet, de azt is jelenti, hogy megfelelő szakértelem segítse a szülőket a gyermekek nevelésében. A gyermekek jogainak védelme, e jogok érvényesülése és tényleges, gyakorlatban történő biztosítása nem merülhet ki pusztán a gyermekekkel kapcsolatos intézkedések hangsúlyozásával. Az Alkotmánybíróság működése kezdetén már megállapította³¹, hogy az állam kötelezettsége „a szubjektív alapjogokkal kapcsolatban nem merül ki abban, hogy tartózkodnia kell megsértésüktől, hanem magában foglalja azt is, hogy gondoskodnia kell az érvényesülésükhöz szükséges feltételekről is.” Az állam elsőrendű kötelezettsége, hogy megadjon minden olyan támogatást (azok komplexitásában, számos területet érintően), amely segíti a családot és a szülőket abban, hogy gyermekeik védelméhez és gondoskodáshoz való jogát biztosítani tudják.

2. A Gyvt. 5. § o) pontja szerint a várandós anya válsághelyzetének minősül az olyan családi, környezeti, szociális, társadalmi helyzet vagy ezek következtében kialakult állapot, amely a várandós anya testi vagy lelki megrendülését, társadalmi ellehetetlenülését okozza, és ezáltal veszélyezteti a gyermek egészséges megszületését, ezen belül terhességét eltitkoló válsághelyzetben lévő várandós anya az a válsághelyzetben lévő várandós anya, *aki nyilatkozata szerint állapotát környezete és hozzátartozói előtt titokban szándékozik tartani.*

A gyermekjóléti szolgáltatás feladata többek között olyan, a gyermek érdekeit védő *speciális személyes szociális szolgáltatás*, amely a gyermek testi-lelki egészségének, családban történő nevelkedésének elősegítését szolgálja. A gyermekjóléti szolgálat feladatai között szerepel megalakulása óta a szociális válsághelyzetben lévő várandós anyák támogatása, ellátása, részükre a tanácsadás megszervezése. Ez a segítő feladat kiegészült a gyermeknek az egészségügyi intézmény által működtetett inkubátorban történő elhelyezésének lehetőségéről való tájékoztatással, de vizsgálatom nem igazolta, hogy kizárólag, vagy nagyrészt erre irányulna a felvilágosító munka.

A nemzetközi szabályozási környezet és joggyakorlat, és a hazai vonatkozású információk *elemzése az alábbi fókuszokra irányította a figyelmemet:* (1) a tájékoztatás, oktatás fontossága,

²⁹ Lásd. pl. az egyházi szerepvállalást 2013 januárjától: kistarcsai oltalomkápornában kialakított „babamentő” helyet bővebben: <http://www.szentpeteresernyoje.hu/>

³⁰ Lásd a Gyermekjogi Projekt 2009. évi tevékenységét bemutató projektfüzet, 114-115. o.

³¹ Lásd a 64/1991. (XII. 17.) AB határozatot

(2) a krízisterhesek támogatása (állandóan hívható telefonszám, széleskörűen elérhető információ, mozgó szociális szolgálat, egészségügyi intézmények elérhetősége, anonim szülés lehetősége, valamint a már titokban tartott és megszülető gyermek megmentése érdekében megtehető további intézkedések), (3) a kihelyezett inkubátorba kerülő gyermek jogai érvényesítésének elősegítése.

2.1. *A megelőző, és a megfelelő oktató nevelő, felvilágosító munka* minden más intézkedést meg kell, hogy előzzön, hiszen egy problémamentes, tervezett terhesség ritkán végződik tragédiával, illetve a gyermekelhagyás valamilyen formájával. A második irány *a már válságba került nők hatékony segítése* jogi szabályozásának áttekintése volt. Konkrétan az, hogy milyen segítséget kap abban, hogy a nem kívánt terhességet ne kövesse újabb tragédia?

A megkeresett szervek egyetértettek abban, hogy nincs evidencia arra vonatkozóan, hogy az inkubátor program csökkenti az újszülöttgyilkosságokat, hiszen nincsenek egyértelmű, konkrét adatok. Nem nőtt markánsan az inkubátorban hagyott gyermekek száma. Az elmúlt 16 évben kb. 40-45 gyermeket hagytak benne (erről sincs pontos statisztika, ami ugyancsak fontos indikátor), viszont *ahogy nő a kihelyezett inkubátorok száma és a média figyelme, többen választhatják ezt a segítséget*. Nem szabadna félreértelmezni túl- és/vagy alulértékelni a krízisterheségek és újszülöttgyilkosságok, csecsemőelhagyás problémáját, inkább fontos jelzésként, súlyos szimptomaként kellene kezelni.³²

Azon várandós nők számára, akik a gyermeket nem kívánják megtartani, messze nem az inkubátorba helyezés az egyetlen lehetséges megoldás. A közigazgatási és igazságügyi miniszter álláspontja szerint ennek a lehetőségnek a fenntartása nem sérti a várandós nők vagy a gyermekek jogait, épp ellenkezőleg, újabb lehetőséget kínál annak érdekében, hogy a gyermek életben maradjon.

Meg kell említeni, hogy a vizsgálat során érvként merül fel, hogy *az inkubátorprogram esetleges terjesztése* felfogható olyan *rossz üzenetként is*, amely azt sugallja, hogy az állam nem segíteni és megoldani akarja a krízishelyzetet, (azaz segíteni a családot egy gyermek fogadására, és megelőzni egy lehetséges következő előfordulást), hogy a krízisben lévők ne kérjenek professzionális segítséget maguk és családjuk számára a kórháztól, védőnőtől, stb., hanem terhesgondozási, orvosi segítség nélkül, vagy esetleg azt igénybe véve, de helyzetüket titokban tartva, hagyják örökbeadható újszülöttjüket egy meghatározott helyen.³³

A statisztikai adatok szerint a nem kívánt terhességek száma magas, a krízishelyzetben lévő terhesek száma nem csökkent, mindemellett – ahogy a történeti áttekintést elvégző tanulmányok is mutatják – mind az újszülöttgyilkosság, mind a gyermekelhagyás problémája valós, létező és messze van az igazi áttörést mutató csökkenéstől. Ezért érdemes és szükséges további kutatásokat végezni, és foglalkozni a témával.

A KSH 2011-es adatai szerint kevesebb, mint 90.000 élve születésre évente közel 40.000 terhesség megszakítás jut, amely szám ugyan folyamatosan csökken, mégis jól látható, hogy valószínűleg nagy szükség van a még szélesebb körben történő és teljes körű tájékoztatásra annak érdekében, hogy a nem kívánt terhesség megelőzhető legyen. Tekintettel arra, hogy a nem kívánt terhességekből születő gyermekek sorsa a lehetséges tragikus befejezés, mindenképp a megelőzés érdekében nagy hangsúlyt kell fektetni a felvilágosító nevelésre.³⁴

³² Bővebben: Herczog Mária: Ne hagyjuk őket magukra! Megelőzhető az újszülöttgyilkosság. Család, Gyermekek, Ifjúság Egyesület, Budapest, 2001.

³³ Az inkubátorba helyezéssel összefüggésben a CSAGYI válaszából kiemelném, hogy a jogszabály nem rögzíti a gyerek életkorát a lehetséges "legális elhagyáskor", eddig kizárólag újszülötteket hagytak Magyarországon az inkubátorokban, de Szlovákiában egy másfél, Japánban egy 3 év körüli gyereket is.

³⁴ Angyal Miklós a már hivatkozott Mózeskosártól a gyermekmentő inkubátorokig című cikkében idézi a következőt: „A neonaticidium nem gazdasági kérdés, hanem kommunikáció és a mikroközösség működésének elégtelensége. Nem individuális probléma, hanem az atomizált társadalom reflexiója, amiért nem helyez kellő hangsúlyt sérülékeny

A krízisterhesség, illetve ezzel összefüggésben az abortusz kérdése sokszor generál megosztó társadalmi vitát. Az érintetteket mégis sokszor magukra hagyják, nem kapnak kellő tájékoztatást és támogatást. Arról, hogy kik tekinthetők érintettnek gyakorlatilag – a nemzetközi és hazai, már hivatkozott kutatások alapján – azt állapíthatjuk meg, hogy némi társadalmi, képzettségi mutatók jellemzik a krízisbe kerülőket, de az újszülöttgyilkosságok elkövetői köréről nem rendelkezünk konkrét adatokkal. A szakirodalom szerint az újszülöttjüket megölők vagy elhagyók inkább a környezetük elöl titkolni kényszerülő nők közül kerülnek ki, az abortusz helyett, általában a titok megtartása érdekében választják a végzetes megoldást. Az inkubátorba helyezés megoldását választók köréről szintén nincs adat.

Az Mvtv. indokolása kitér arra is, hogy *a terhességmegszakítás nem a családtervezés és a születésszabályozás eszköze. Felismerve azt, hogy a családok életében végtelen számú olyan élethelyzet fordulhat elő, amely befolyásolja a megfogant magzat világrahozatalát, nem kíván (ti. a jogalkotó) jogilag és erkölcsileg vitatható taxációt felállítani és ezzel a társadalom értékítéletét kimondani a gyermekvállalás lehetősége, illetőleg kötelezettsége tekintetében. Alapelve a törvénynek, hogy a terhességmegszakítások száma nem a feltételeket meghatározó szabályozás függvényében alakul és nem befolyásolja közvetlenül a születések számát, az abortuszok gyakorisága elsősorban értékrendi és kulturális kérdés.*

Mindezek alapján megállapítható, hogy az inkubátorok problematikája valóban csak a „jéghegy csúcsa”, a krízisterhesség megelőzésére kell minél nagyobb hangsúlyt fektetni, hiszen ha kevesebb nem kívánt terhesség jön létre, feltehetően kevesebb újszülöttet hagynak el, veszik el életésélyét. Ugyanakkor a probléma létezik és aktuális, *a megfelelő segítségnyújtás megszervezése alapvető mind a gyermeki jogok, mind a segítségre szoruló várandósok élethez, megfelelő egészségügyi ellátáshoz való jogának szempontjából.*

Az állam által fenntartott segítő, támogató rendszer alapjait jogszabályok megteremtették, mind a krízis esetén igénybe vehető támogatási formák, mind az oktatási, ismeretterjesztési feladatok vonatkozásában. A működésük hatékonyságát azonban meghatározza az, hogy *a támogatás jogosultjaihoz eljut-e az az információ, amelynek alapján dönteni tudnak a támogatás igénybevételéről.*

Az inkubátorokat ugyan nagyvárosi kórházak előtt helyezték el, de *azok létezéséről, rendelkezésre állásáról, elérhetőségéről csak véletlenszerűen, vagy gondos keresés után szerezhet tudomást az érintett krízisterhes, vagy hozzátartozója.* Nem életszerű, hogy a titkolt terhes, krízisben lévő nő ezt megérdeklődi, megkeresi, többnyire sem információja, sem lehetősége vagy pénze nincs pl. az odautazásra, stb.

Összességében megállapítható, hogy a családvédelmi szolgálatok tevékenysége hozzájárul a felelős, tudatos életvezetési és a családtervezési ismeretek terjesztéséhez, a válságban levő terhesek és családjuk helyzetének megoldásához, azonban *a CSVSZ lehetőségei korlátozottak és nem elegendők* a kedvezőtlen társadalmi-gazdasági, életviteli, szemléleti hatások ellensúlyozásához, illetve ezek kiküszöböléséhez. A családvédelem, a gyermekvédelem „több szereplős” tevékenység, csak az állam, a társadalom, az egyén és a közösségek, az állami és a civil szervezetek összefogásával valósulhat meg.

A kapott adatokból – így pl. az abortuszok számából – látható, hogy *önmagában a problémafelvetés is segítheti a dilemmák feloldását*, hiszen egy komplex megközelítés, a problémán dolgozó szakterületek kommunikációjának elősegítése – véleményem szerint – hozzájárulhat a tájékoztató, nevelő munka megszervezéséhez.

Megállapítom, hogy a krízis helyzetbe került nők esélyeit nagymértékben befolyásolja,

részecskéinek mentális és fizikai jólétére. Azoknak, akik meg akarják előzni a gyermeköléseket, azoknak a lányok sérülékenységének okát kell megismerni, jóval azelőtt, hogy teherbe esnek.” (Oberman, Michelle: Mothers who kill: coming to terms with modern American infanticide /American Criminal Law Rev. 34, 1996./)

hogy nehezen vagy egyáltalán nem elérhető anonim módon a különböző segítségnyújtási formák, az azokról szóló információk hiányosak, ezáltal állandósul az élethez, emberi méltósághoz, valamint az egészséghez való jogokkal összefüggő, valamint a jogállamiság elvének követelményét sértő visszasság bekövetkeztének közvetlen veszélye.

2.2. A megkeresett szervek nagy része egyetértett abban, hogy a csecsemőgyilkosságok megelőzéséhez célszerű lenne *tanácsadó hálózat* létrehozása és ingyenes *segélyhívószám* működtetése. A segélyhívószám – ingyenessége folytán³⁵ – a legkülönbözőbb élethelyzetben lévő, nem kívánt terhessége miatt krízishelyzetet megélő nő számára is elérhető lehetne. A segélyhívószámról szóló tájékoztatás legyen különböző hozzáférhető helyeken kifüggesztve, és minél közérthetőbb módon utaljon arra, hogy szakember fog válaszolni a telefonálónak. A szakember bátorítsa a titokhoz ragaszkodó,³⁶ és emiatt védőnővel vagy szociális munkással nem kommunikáló állapotos nőt a kórházban szülésre, és biztosítsa arról, hogy nem marad magára a problémájával. A tanácsadó szakember lehetőleg pszichológus legyen, aki megfelelően tud tájékoztatást adni az életre szóló döntés minden következményéről és a döntési alternatívákról. Biztosítsa a terhest arról, hogy az érdekeit és elvárásait figyelembe fogják venni, szabadon dönthet, anonimitását pedig – kérése esetén – jogszabály biztosítja.

Az emberi erőforrások minisztere szerint statisztikai adatok és kutatások hiányában csak feltételezhető, hogy az inkubátorba kerülő gyermekek származására, családi hátterére jellemző, hogy esetükben a védőháló preventív funkciója nem vagy nem kellően érvényesül. Tekintve, hogy a szülések jelentős hányada a szokásos munkaidőn kívüli időpontra esik – hajnali, éjszakai órákra, munkaszüneti napra –, olyan 24 órában hívható, akár több intézményt, régiót lefedő *flexibilis, mozgó szociális szolgálat lehetne a megoldás*, ahonnan a segítő szakember már a vajúdás fázisában felkeresné a szülő nőt a szükséges egészségügyi ellátás, szociális támogatások és teljes körű tájékoztatás biztosítása céljából.

Álláspontom szerint az Mvtv-ben említett *rászorultsági alapon, kedvezményesen igénybe vehető fogamzásgátló készítmény és eszköz, valamint ismeretterjesztés*, mint állami feladat nem valósul meg kellő hatékonysággal, hiszen csupán a korszerűnek nem mondható ún. sürgősségi fogamzásgátlás áll ingyenesen és anonim módon rendelkezésre, az is korlátozott formában. *Mindez alkalmas az állam alapjogvédelmi kötelezettsége sérelmének megállapítására, tekintettel arra, hogy a jogalkotó köteles olyan szabályozást alkotni, amely a lehető legnagyobb mértékben biztosítja az alapjogok érvényesülését.*

2.3. Az Mvtv. rendelkezik a felelősségteljes párkapcsolatokon alapuló tudatos gyermekvállalás elősegítése érdekében arról, hogy *már az alap- és középfokú oktatási intézmények feladata az emberi élet értékéről, az egészséges életmódról, az emberhez méltó családi életéről és az egészségre ártalmatlan születésszabályozási módszerekről szóló oktatás*. Az oktatási intézményekből kikerülő személyek részére is biztosítja a családtervezéssel kapcsolatos ismeretek hozzáférhetőségét, amelyet a Családvédelmi Szolgálat feladatává tesz.

A 2013/2014-es tanévtől a Nemzeti Alaptanterv részeként bevezetendő tematika fontos lépés a prevenció tekintetében. Ugyanakkor a tényekből (pl. a fiatalok terhességmegszakítási adataiból) megállapítható, hogy az egészség- és testtudatos, felelős párkapcsolati és a jó szülővé válásra vonatkozóan a nevelés-oktatás további fejlesztésre szorul. Álláspontom szerint az Mvtv. által is megfogalmazott, testtudatossággal, önismerettel kapcsolatos oktatás kötelezővé tétele alapvetően fontos lenne.

Minderre figyelemmel megállapítom, hogy az egészségnevelés meghatározásának

³⁵ Pl. a Bölcső Alapítvány segélyhívószáma – bár nincs lehetőségük ingyenessé tenni – részben ilyen feladatot lát el, éjjel-nappal tanácsot ad a rászorulóknak, de ezt elsődlegesen állami szervek kellene biztosítani.

³⁶ Lsd. Dr. Cseres Judit: A titok. Adalékok az újszülöttgyilkosságok előzményeihez (Társadalmi Szemle, 1996, 6.sz. 48-60.o.)

jogszabályi hiányossága, annak a pedagógus belátására bízása, nem biztosít egységes és kellően hatékony tájékoztatást, nevelést, ami közvetlenül veszélyezteti a jogállamiság elvét és a gyermek védelemhez és gondoskodáshoz való jogát.

Megállapítom továbbá, hogy a védőnők, gyermekjóléti szolgálatok, házi orvosok számára nem áll rendelkezésre olyan, a prevenciós munkához szükséges, azt biztosító szakmai protokoll, speciális gyakorlati útmutató, valamint speciális képzés, amely a krízishelyzetbe kerülő, és a környezetüktől kellő segítséget nem kapó, veszélyeztetett nők megtalálását, elérését, így időben történő ellátását lehetővé tenné. Mindez közvetlenül veszélyezteti az állam alapjogvédelmi kötelezettségének érvényesülését.

2.4. Vizsgálatom alapjául szolgáló probléma kezeléséhez fontos a rizikócsoport felismerése, illetve a jelenlegi ellátásuk menetének áttekintése, hatékonyabbá tétele. *Egyetértek a már hivatkozott azon megoldási javaslattal, hogy mozgó szociális szolgálat megszervezésével, ingyenesen hívható segélyhívószámok működtetésével, nagyobb eséllyel lennének elérhetőek a veszélyeztetett csoportok.*

Osztom a civil szervezetek azon álláspontját is, amely szerint az egészségügyi és a tágabb értelemben vett szociális szakma szereplői, a krízishelyzetbe került nőkkel találkozó személyek irányába kulcsfontosságú a bizalom építése, melyhez módszertani, készségfejlesztő és szakmai kompetenciákat, kommunikációs készségeket erősítő képzéseket lenne szükséges rendszeresíteni. A jelenlegi képzések semmiképp nem csökkentendők. A szakmai útmutató elkészítése, terjesztése kiemelten fontos szakmaközi feladat lenne.

3. *Az anonim szülés lehetősége* – amely zártan kezeli az anya adatait és a titkos örökbeadás lehetőségét is kínálja – megoldás lehetne a feltárt problémák kiküszöbölésére, egyben lehetőséget nyújthatna a csecsemőgyilkosságok megelőzésére.

A jelenlegi helyzet ellentmondásosságát jól illusztrálja, ha egy csecsemőt nem az inkubátorban, hanem az utcán, egészségügyi intézményben (szülészeten), buszmegállóban stb. hagynak, mely magatartás tanúsítása nem tekinthető a gyermekről való lemondó jognyilatkozatnak, és nem válik örökbeadhatóvá, viszont *bűncselekmény alapos gyanúját veheti fel.*

Az anonim szülés bevezetésének feltétele a széleskörű tájékoztatás, a kórházi személyzet felkészítése és a jelzőrendszer megfelelő működtetése. Az anonim szülések tekintetében ugyanakkor tisztázni kell annak fogalmát. A kórházi nyilvántartás mindig rögzíti a szülő nő adatait, a társadalombiztosítás felé történő továbbítás céljából. Nincs ok arra, hogy a gyermekvédelmi nyilvántartásba ne kerüljenek be ezek az adatok, ha a gyermekről lemondanak, hiszen a titkos örökbefogadások adatait 1997 óta jogszabályi garanciák mellett őrzik. *Az anonimítás a leendő örökbefogadók irányában azonos a titkos örökbefogadással, amikor hat hét elteltével a gyerek örökbe fogadhatóvá válik.* A kórházi dolgozók, illetve a gyámhivatalok titokkezelésének automatikusnak kell lennie. A gyermek érdekében és jogainak védelmében egyes szervezetek (pl. Bölcső Alapítvány) nem támogatják azt, hogy az anya a kórházi szülést követően ne legyen köteles a gyámhivatal hivatalos helyiségében megjelenni annak érdekében, hogy a gyermek 42 nap elteltével örökbeadhatóvá váljon.

Az eltérő szakmai álláspontok feloldására ombudsmani eszközökkel nincs lehetőségem, azonban az anya és a megszületendő gyermek érdekét egyaránt szem előtt tartó, Európa néhány országában (Pl. Ausztriában, Franciaországban) működő modellek elérése, illetve bevezetése érdekében támogatom *a szakmaközi, civil szervezetek bevonásával történő munkacsoport létrehozását.*

3.1. A megszületett (megmentett), általában élete első szakaszában lévő, az inkubátorokba került újszülöttek, gyermekek immanens érdeke, hogy hatékony, gyors, szakszerű segítséget kapjanak.

A megismert adatokból, elemzésekből³⁷ az is látható, hogy – fenntartásuk, illetve fejlesztésük esetén – a meglévő inkubátor-programmal összefüggő aggályok csökkenthetők lennének a jelenlegi szabályozás módosításával, kiegészítésével.

A Csjt. tételesen meghatározza azokat az eseteket, amikor az örökbefogadás során a szülő hozzájáruló nyilatkozata mellőzhető (a szülő szülői felügyeletet megszüntető jogerős bírósági ítélet hatálya alatt áll, cselekvőképtelen, ismeretlen helyen tartózkodik stb.). A törvény 2005-ös módosítása ezen esetek kibővítésére irányult. Így azon szülő hozzájárulására sincs szükség, aki gyermekét az egészségügyi intézmény erre kijelölt helyén helyezi el. A törvény biztosítja az anyának, hogy mindezt személyazonosságának feltárása nélkül, anonim módon tegye meg, az örökbefogadáshoz való hozzájárulás e ráutaló magatartással való megadásának további feltétele az a cél, hogy a gyermeket más nevelje fel, illetve, hogy a szülő hat héten belül a gyermekért ne jelentkezzen. Az örökbefogadásnak ez a formája – természetéből adódóan – titkos örökbefogadásnak minősül.

A Gyvt. 7. § (4.) bekezdése szerint „ha törvény másként nem rendelkezik, a gyermeknek a szülő felügyeleti joga megszűnés esetén is joga van származása, vér szerinti családja megismeréséhez és – a vér szerinti család beleegyezése mellett – a kapcsolattartáshoz.”

A közigazgatási és igazságügyi miniszter válasza szerint az inkubátorba helyezett gyermeknek valóban nem lesz alkalma megismerni szüleit, tágabb családját, nem fogja megismerni azt a környezetet, amelyből származik, és ezzel a származás megismeréséhez való joga sérül. Nem rendelkezünk megbízható információkkal arról, hogy milyen hatása lenne az inkubátorok megszüntetésének a nem kívánt csecsemők sorsára. Minderre tekintettel elképzelhető, hogy az inkubátorba helyezés lehetőségének megszüntetése veszélyeztetné egyes gyermekek élethez való jogát, ami nyilvánvalóan olyan súlyú sérelem, amelynek elkerülése érdekében – a bekövetkező esetek számától függetlenül – a származás esetleges megismerése inkább elfogadható megoldás. *A fő cél annak biztosítása, hogy a nem kívánt gyermekként született csecsemők életben maradjanak. Az inkubátorok éppen az élet megmentésére adnak lehetőséget.*

További érv – amelyet civil szervezetek fogalmaztak meg –, hogy amennyiben az anya teszi a gyereket az inkubátorba, azzal elfogadja a társadalom, a jogrendszer, hogy az apa és a többi családtag (nagyszülők, testvérek, stb.) nem élvezhetnek prioritást a gyermek elhelyezésében. Ez ellentmond a magyar és a nemzetközi szabályozásnak, de kizárja az apai elismerés lehetőségét is. Ezen kívül a gyerekek semmilyen információja nem lesz családi betegségekről, rokon kapcsolatokról, ami például későbbi betegség, kezelés, párválasztás esetén súlyos problémát jelenthet.

Több tanulmány³⁸ szerint az inkubátorba kerüléskor a nem kívánt gyermek általában már nincs (élet)veszélyben, illetve ha a születése utáni egy-két órát túlélte, általában életben marad. Ezért sem mutatható ki semmilyen összefüggés az inkubátorok igénybevétele és az újszülött gyilkosságok csökkenése között. Civil szervezetek rámutattak arra is, hogy az inkubátorokba került gyermekek feltehetően kórházi körülmények között születtek, nem voltak életveszélyben, bár erről sem állnak rendelkezésre konkrét adatok.

Mindezzel együtt – álláspontom szerint – a jelenlegi babamentő program *kiegészíthető lehetne egy olyan* konkrét felhívással, amely szerint – titkos adatkezelést garantálva – az inkubátorban hagyott gyermek mellé lehetőség szerint el kell helyezni születési, és közvetlen hozzátartozói releváns egészségügyi adatait (fogyatékoság, daganatos megbetegedések, stb.). A kellően alapos tanácsadás meggyőzheti a gyermekéről lemondani szándékozó anyát arról, hogy

³⁷ Lásd. különösen: Dr. Cseres Judit: *Eltékozolt újszülöttek – az újszülöttölést elkövető nők helyzetének kriminológiai elemzése* BM Kiadó, 2000, Budapest

³⁸ Pl. a csecsemőelhagyásról készített kutatás: <http://www.nottingham.ac.uk/iwho/research/projects/childabandonment/index.aspx>

ha a hozzájárulását (így nevét) adja az örökbefogadáshoz, ezzel az örökbeadott gyermek később megismerheti származását. Ennek a megvalósításához természetesen szintén alapos *szakmaközi egyeztetésre van szükség.*

Intézkedéseim

- A jelentésben feltárt alapvető jogokkal összefüggő visszasságok orvoslása és jövőbeni bekövetkezésük lehetőségének a megelőzése érdekében – az Ajbt. 31. § (1) bekezdése alapján – *felkérem az emberi erőforrások miniszterét, hogy*
- a Közigazgatási és Igazságügy Minisztérium, valamint civil szervezetek bevonásával hozzon létre munkacsoportot, amely rendszeresen áttekinti a krízishelyzetbe került nők helyzetét, az inkubátorprogram, valamint az újszülöttgyilkosságok, és a gyermekelhagyást megelőző mechanizmusok alakulását, tapasztalatait és megoldási javaslatokat fogalmaz meg a gyakorlat javítására;
 - vizsgálja meg az újszülöttgyilkosságokat megelőző tájékoztatás, ismeretterjesztő programok bővítésének lehetőségét;
 - fontolja meg a krízishelyzetek elkerülését célzó, az ún. jó szülővé válásra (positive parenting) is koncentráló, fiataloknak szervezett és őket megszólító preventív programok létrehozását;
 - kezdeményezze a köznevelési programok kiegészítését/bővítését a gyermekek test- és egészségtudatos családtervezési ismereteinek az elmélyítésére;
 - szorgalmazzon széleskörű tájékoztató kampányt azon intézmények, szervezetek megismerése céljából, ahová a rászorulóknak segítségért fordulhatnak;
 - vizsgálja meg a mozgó szociális szolgálatok, illetve a 24 órán keresztül ingyenesen hívható tanácsadó szolgálat és segélyhívószám létrehozásának lehetőségét;
 - a szükséges szakmai protokollok és módszertani útmutatók kimunkálása és hatékony terjesztése segítségével gondoskodjon arról, hogy az egészségügyi alapellátás szakemberei, valamint a gyermekvédelmi jelzőrendszer tagjai – megfelelő képzést követően – vállaljanak szerepet a megelőzésben, továbbá maradéktalanul tegyenek eleget jelzési, együttműködési és tájékoztatási kötelezettségüknek;
 - szakmai és civil szervezetekkel együttműködve, tegyen intézkedéseket az anonim szülés bevezetésére, szakmai szabályainak kidolgozására;
 - gondoskodjon arról, hogy a családvédelmi szolgálatok munkatársai kiemelten a krízisterhesek tekintetében az eddigieknél is magasabb színvonalú képzésben, továbbképzésben és szupervízióban részesüljenek.

Budapest, 2013. július

Prof. Dr. Szabó Máté sk.

Melléklet – A vizsgálatban alkalmazott jogszabályok kivonata

1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról (Gyvt.)

1. § (1) E törvény célja, hogy megállapítsa azokat az alapvető szabályokat, amelyek szerint az állam, a helyi önkormányzatok és a gyermekek védelmét ellátó természetes és jogi személyek, továbbá jogi személyiséggel nem rendelkező más szervezetek meghatározott ellátásokkal és intézkedésekkel segítséget nyújtsanak a gyermekek törvényben foglalt jogainak és érdekeinek érvényesítéséhez, a szülői köteleességek teljesítéséhez, illetve gondoskodjanak a gyermekek veszélyeztetettségének megelőzéséről és megszüntetéséről, a hiányzó szülői gondoskodás pótlásáról, valamint a gyermekvédelmi gondoskodásból kikerült fiatal felnőttek társadalmi beilleszkedéséről.

2. § (1) A gyermekek védelmét ellátó helyi önkormányzatok, gyámhivatalok, bíróságok, rendőrség, ügyészség, pártfogó felügyelői szolgálat, más szervezetek és személyek e törvény alkalmazása során a gyermek mindenképp felett álló érdekét figyelembe véve, törvényben elismert jogait biztosítva járnak el.
- (2) Az (1) bekezdésben foglaltak szerint eljáró szervezetek és személyek tevékenységük során együttműködnek a családdal és - jogszabályban meghatározottak szerint - elősegítik a gyermek családban történő nevelkedését.
- (3) A gyermek családban történő nevelkedését segítő ellátást a gyermek és családja helyzetéhez, szükségleteihez igazodóan kell nyújtani.
3. § (1) A jogszabályban meghatározott ellátások igénybevétele általában önkéntes. A gyermek szülője vagy más törvényes képviselője csak törvényben meghatározott esetekben kötelezhető valamely ellátás igénybevételére.
5. § o) várandós anya válsághelyzete: olyan családi, környezeti, szociális, társadalmi helyzet vagy ezek következtében kialakult állapot, amely a várandós anya testi vagy lelki megrendülését, társadalmi ellehetetlenülését okozza, és ezáltal veszélyezteti a gyermek egészséges megszületését; ezen belül terhességét eltitkoló válsághelyzetben lévő várandós anya az a válsághelyzetben lévő várandós anya, aki nyilatkozata szerint állapotát környezete és hozzátartozói előtt titokban szándékozik tartani,
51. § (3) A családok átmeneti otthona a felnőtt és a gyermek együttes ellátása során
- a) befogadja az életvezetési problémák vagy más szociális és családi krízis miatt otthontalanná vált, továbbá védelmet kereső szülőt és gyermekét,
- b) befogadja a válsághelyzetben lévő bántalmazott vagy várandós anyát, illetve a szülészetről kikerülő anyát és gyermekét, valamint a várandós anya kérelmére az anya élettársát vagy férjét,
- c) biztosítja az ellátást igénylő gyermek átmeneti gondozását és befogadja otthontalanná vált szüleit,
- d) segítséget nyújt a szülőnek gyermeke szükség szerinti ellátásához, gondozásához, neveléséhez,
- e) biztosítja a szülő számára a gyermekével való együttes lakhatást és a szükség szerinti ellátást,
- f) a szülőknek az ellátás mellett jogi, pszichológiai és mentálhigiénés segítséget nyújt,
- g) közreműködik - a gyermekjóléti szolgálattal együttműködve - az átmeneti gondozást szükségessé tevő okok megszüntetésében, a család helyzetének rendezésében, otthontalanságának megszüntetésében.
- (4) A családok átmeneti otthona krízisközpontot működtethet.
62. § (1) A gyermekvédelmi szakszolgáltatás feladata - a gyermek külön jogszabály szerinti titkos vagy nyílt örökbefogadásának előkészítése, az átmeneti és a tartós nevelésbe vett gyermek örökbefogadhatóvá nyilvánításának és örökbefogadásának előkészítése, nyílt örökbefogadás esetében a vér szerinti szülő és az örökbe fogadni szándékozó személy kapcsolatfelvételének előkészítése érdekében -
- (4) Ha a terhességét eltitkoló válsághelyzetben lévő várandós anya kérelmére a gyámhatóság a gyermek lakóhelyéül a fővárosi területi gyermekvédelmi szakszolgálat székhelyét állapította meg, a fővárosi területi gyermekvédelmi szakszolgálat feladata a gyermek számára kiállított iratok megőrzése, valamint kiadása a gyámhatóság által megjelölt törvényes képviselő számára.
62. § (1) A gyermekvédelmi szakszolgáltatás feladata - a gyermek külön jogszabály szerinti titkos vagy nyílt örökbefogadásának előkészítése, az átmeneti és a tartós nevelésbe vett gyermek örökbefogadhatóvá nyilvánításának és örökbefogadásának előkészítése, nyílt örökbefogadás esetében a vér szerinti szülő és az örökbe fogadni szándékozó személy kapcsolatfelvételének előkészítése érdekében -
- 69/A. § (1) A válsághelyzetben lévő várandós anya segítése céljából, valamint a gyermeket örökbe adni szándékozó vér szerinti szülő (e Fejezet alkalmazásában a továbbiakban: vér szerinti szülő) kérelmére, szándékának megfelelően - a nyílt örökbefogadások előmozdítása érdekében - közhasznú szervezet örökbefogadást elősegítő tevékenységet (e Fejezet alkalmazásában a továbbiakban: szolgáltatás) folytathat.
- (2) A szolgáltatás körébe tartozik
- a) a gyermek saját családjában való nevelkedése érdekében a családgondozás keretében végzett tanácsadás és segítségnyújtás a válsághelyzetben lévő, különösen a terhességét eltitkolni szándékozó várandós anya számára,
- b) erre irányuló igény esetén a családok átmeneti otthonában biztosított ellátáshoz való hozzájutás szervezése,
- c) az örökbe fogadandó gyermek és az örökbe fogadni szándékozó személy kapcsolatfelvételének előkészítése, ha az a) pont szerinti szolgáltatás nem járt eredménnyel,
- d) az örökbe fogadni szándékozó személyről és az örökbe fogadandó gyermekről a 141/B. § szerint nyilvántartás vezetése,
- e) az örökbefogadás engedélyezését követően a vér szerinti szülőnek és az örökbe fogadó szülőnek történő segítségnyújtás, tanácsadás, valamint kérelemre az örökbe fogadott gyermek (személy) vér szerinti szülőjével való kapcsolatfelvételének elősegítése, ha a gyámhatóság vagy a bíróság a vér szerinti szülő természetes személyazonosító adatait közölte.

(3) A közhasznú szervezet az örökbe fogadó szülő, az örökbe fogadott gyermek vagy a vér szerinti szülő kérelmére számukra örökbefogadás utáni segítséget nyújtó szolgáltatásokat biztosíthat, elősegítheti az ellátásokhoz való hozzájutást.

135. §

(5) A gyermekvédelmi gondoskodás biztosítása, a gyermek örökbefogadásának elősegítése és a származás megismeréséhez való jog érvényesülésének biztosítása céljából a területi gyermekvédelmi szakszolgálat és a gyámhatóság kezeli

- a) a családba fogadó személy személyazonosító adatait, valamint az egészségi állapotára és a vagyoni helyzetére vonatkozó adatokat,
- b) az örökbe fogadni szándékozó személy családi állapotára, fennálló házasságára, élettársi, bejegyzett élettársi kapcsolatának tényére, gyermekei számára és az arra vonatkozó adatokat, hogy kívül él egy háztartásban és gyermekei kinek a gondozásában nevelkednek (a továbbiakban együtt: családi helyzetre vonatkozó adatok), személyazonosító adatait, vagyoni helyzetére, az egészségi állapotára, Csjt. 47. §-a szerinti alkalmasságára és az örökbe fogadandó gyermekkel kapcsolatos elvárásaira vonatkozó adatokat,
- c) az örökbe fogadó szülő személyazonosító adatait, családi helyzetére, egészségi állapotára, vagyoni helyzetére vonatkozó adatokat,
- d) a válsághelyzetben lévő várandós anya, a vér szerinti szülő személyazonosító adatait, az egészségi állapotára vonatkozó adatokat és - önkéntes adatszolgáltatása alapján - a vagyoni helyzetére, a családi helyzetére és a terhesség eltitkolásának tényére, okára vonatkozó adatokat,
- e) az örökbe adható gyermek személyazonosító adatait és az egészségi állapotára vonatkozó adatokat.

1992. évi LXXIX. törvény a magzati élet védelméről (Mvtv.)

A támogatás és védelem eszközei és módozatai

2. § (1) Az egészség és az emberi élet értékéről, az egészséges életmódról, a felelősségteljes párkapcsolatokról, az emberhez méltó családi életről, az egészségre ártalmatlan születésszabályozási módszerekről szóló oktatás az alap- és középfokú oktatási intézményekben történik.

(2) Az állami családvédelmi szolgálat vagy az egészségügyi államigazgatási szerv által engedélyezett családvédelmi szolgálat végzi a tanácsadást, válsághelyzet esetén segítséget ad annak feloldásában, valamint szervezi az oktatási intézményeken kívül a családtervezéssel kapcsolatos ismeretek terjesztését.

(3) Az állam

- a) elősegíti a fogamzásgátló készítmények és eszközök rászorultságtól függő kedvezményes igénybevételét, a magzati élet védelmét szolgáló, valamint a fogamzásszabályozást ismertető kiadványok közzétételét és a tömegkommunikáció fórumain való ismertetését;
- b) elősegíti az anya, illetve a család egésze számára elérhető, megfelelő szakmai felkészültséggel rendelkező válságkezelő tanácsadás rendszerének fejlesztését, és szabályozza a tanácsadás során az állami, illetőleg a civil szervezetek hatékony együttműködésének feltételeit, formáit;
- c) támogatja a magzati élet védelmét szolgáló tevékenységet, szervezeteket, különösen azokat, amelyek anyagi támogatást is nyújtanak az arra rászoruló várandós anyáknak;
- d) a munkajogi szabályozás eszközével gondoskodik a várandós anyák fokozott munkahelyi védelméről;
- e) valamint a helyi önkormányzat a gyermekjóléti és gyermekvédelmi ellátások biztosításával segíti a várandós anyát és családját a születendő gyermek vállalásában és felnevelésében.

9. § (1) A munkatárs a terhességmegszakítási kérelem bejelentését követően - lehetőleg a magzat apja jelenlétében -, tiszteletben tartva az állapotos nő érzéseit és méltóságát, a magzat megtartása érdekében tájékoztatja őt, illetve - a 8. § (3) bekezdésében meghatározott esetben - a törvényes képviselőt

- a) a gyermek vállalása esetén elérhető állami és nem állami anyagi és természetbeni támogatások lehetőségéről;
- b) az olyan szervezetek és intézmények létéről és tevékenységéről, amelyek erkölcsi és anyagi segítséget nyújtanak a gyermek vállalása esetére;
- c) az örökbeadás lehetőségeiről és feltételeiről;
- d) a válsághelyzet feloldására alkalmas állami, helyi önkormányzati vagy társadalmi segítségnyújtási formákról, és felajánlja közreműködését ezek igénybevételéhez, egyidejűleg tájékoztatást nyújt a gyermeknek a külön jogszabályban meghatározott feltételekkel rendelkező egészségügyi intézménynél elhelyezett inkubátorban, örökbefogadáshoz való hozzájárulás szándékával történő elhelyezésének lehetőségéről;
- e) a fogantatásról, a magzat fejlődéséről, a terhességmegszakítás veszélyeiről és az esetleges későbbi terhességre gyakorolt hatásáról;
- f) a terhességmegszakítás szándékának fenntartása esetére a családvédelmi tanácsadáson történő ismételt megjelenés szükségességéről, leghamarabb az a)-e) pontok szerinti tájékoztatást követő 3. napon.

- (2) Amennyiben az (1) bekezdés szerinti tájékoztatás ellenére a kérelmező a terhességmegszakítás iránti kérelmét továbbra is fenntartja, a munkatárs - a (7) bekezdésben foglalt kivétellel, legkorábban az (1) bekezdés *f* pontja szerinti időtartam elteltével - tájékoztatja
- a*) a terhességmegszakítás jogszabályi feltételeiről;
 - b*) a terhességmegszakítás körülményeiről, módjáról;
 - c*) a terhességmegszakítást végző egészségügyi intézményekről, valamint
 - d*) a családvédelmi szolgálat segítségnyújtásának lehetőségéről a terhességmegszakítást követően, és egyidejűleg felajánlja segítségét a megfelelő családtervezés érdekében, a fogamzásgátlás személyre szólóan ajánlható módszereinek ismertetésével;
 - e*) a fogamzásgátló eszközök kedvezményes igénybevételének lehetőségéről.
- (6) A munkatársként közreműködő személyeket titoktartási kötelezettség terheli.
- (7) Amennyiben a terhesség bűncselekmény következménye, a terhességmegszakítás iránti kérelem benyújtását megelőzően az (1) bekezdésben foglalt, a tanácsadás tartalmára, és a tanácsadást követő kötelező várakozási időre és ismételt megjelenésre vonatkozó rendelkezéseket nem kell alkalmazni. A kérelmezőt az örökbefogadás lehetőségeiről és feltételeiről ebben az esetben is tájékoztatni kell.
- (8) A tanácsadás során - a terhességmegszakítás iránti kérelem kiállításáig - az állapotos nő személyazonosító adatainak személyazonosságának megismerésére alkalmas módon történő átadására nem kötelezhető.

Az iskola-egészségügyi ellátásról szóló 26/1997. (IX. 3.) NM rendelet

1. § (1) A 3-18 éves korosztály, valamint a 18 évfeletti, középfokú nappali rendszerű iskolai oktatásban résztvevők megelőző jelleggel az egészségügyi alapellátás keretében szervezett iskola-egészségügyi ellátásban való rendszeres részvételéről kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény 10. § (1) bekezdés b)-c) pontja az óvodák és iskolák e rendeletben foglaltak szerint gondoskodnak.
- (2) Az iskola-egészségügyi ellátás iskolaorvos és védőnő együttes szolgáltatásából áll, amelyet fogorvos és fogászati asszisztens közreműködésével látnak el.
- (3) A tanulók egészségügyi ellátásán kívüli egyéb iskola-egészségügyi feladatokat (környezet- egészségügy, ételmezés-egészségügy, balesetvédelem, egészségnevelés, pályaválasztási tanácsadás) az iskolaorvos és a védőnő az oktatási intézmény vezetőjével, illetőleg a szakmai szervezetekkel együttműködve végzi.