

Balogh Lúdia – Gellér Judit

ROMA NŐK HÁTRÁNYOS MEGKÜLÖNBÖZTETÉSE A SZÜLÉSZETI ELLÁTÁS SORÁN: KÉT MAGYARORSZÁGI JOGESET, HÁTTÉRREL*

BEVEZETŐ

Az alábbi írás az interszekcionális diszkrimináció területéhez tartozó két magyarországi jogesetet helyez a középpontba, rámutat jelentőségükre és ismerteti hátterüket. A két ügy ugyanannak a kórháznak a szülészeti-nőgyógyászati osztályához köthető, a jogesérelmet elszenvedők pedig roma nők. Mindkét eljárásban részt vett az Európai Roma Jogok Központja Alapítvány (European Roma Rights Centre – ERRC¹) nevű, 2018 végéig budapesti székhellyel működő civil szervezet, melynek az alapító okirata szerinti elsődleges célja a romák emberi jogainak védelme. A stratégiai pereiről ismert ERRC nemcsak Magyarországon, hanem egy regionális program keretében Bulgáriában, Csehországban, Macedóniában, Bosznia-Hercegovinában és Szerbiában is foglalkozik a roma nők jogainak érvényesülésével a szülészeti-nőgyógyászati ellátás, illetve a várandósgondozás terén; mandátumánál fogva olyan esetekre fókuszál, amelyekben tetten érhető a romákkal szembeni szisztematikus hátrányos megkülönböztetés.

A jelen cikkben ismertetett ügyekben az általános antidiszkriminációs szemlélet mellett fontos hangsúlyozni, hogy mindkét ügy rámutat az interszekcionális diszkrimináció sajátosságára, vagyis arra a jelenségre, amikor a hátrányos megkülönböztetés több, egymástól szétválaszthatatlan védett tulajdonságon alapul.² Az interszekcionalitás mint társadalomelméleti fogalom az afroamerikai jogtudós, Kimberlé Crenshaw nevéhez fűződik, és az „interszekció”, azaz „metszet” kifejezésből ered; arra utal, hogy bizonyos egyének élethelyzetét egyidejűleg több tulajdon-

ságuk is meghatározhatja – például nem, faj/etnicitás, társadalmi osztályhoz való tartozás –, és az ezekből eredő hátrányok összefonódhatnak, speciális helyzetet teremtve az érintettek számára. A roma nők például – akik kisebbségként és nőként is hátrányos helyzetben vannak a társadalomban – olyan rendszerű jogsérelmeket szenvedhetnek el, amelyeknek

sem a roma férfiak, sem a többséghez tartozó nők nincsenek kitéve. Vannak, akik szerint az interszekcionalitás fogalmának közvetlen jogi relevanciája megkérdőjelezhető, főleg a pereskedés során való hasznosíthatóságát illetően,³ mivel adott esetben a bíróságok többszörös diszkriminációként vagy akár egyetlen védett tulajdonság szempontjából is megállapíthatják a hátrányos megkülönböztetést. Ám fontos kiemelni,

hogy az interszekcionális diszkrimináció pontosan az olyan esetekre mutat rá, amelyekben több védett tulajdonság egymástól elválaszthatatlan összejátszása miatt történt a hátrányos megkülönböztetés, ezért a jogsérelmet többszörös diszkriminációként való keretezése vagy egyetlen védett tulajdonságra való „redukálása” nem feltétlenül szolgál hatékony és teljes körű jogorvoslattal a diszkrimináció ezen összetett formája ellen. Mindemellett az egyéni jogorvoslaton túl szintén fontos szempont, hogy a stratégiai pereskedés – vagyis amikor nem csupán az ügyben közvetlenül érintettek jogérvényesítése a cél, hanem például a közpolitikai döntéshozatal informálása vagy a társadalom tudatosságának növelése – lehetőséget ad az interszekcionalitás jelenségének megnevezésére és napirendre tűzésére, tekintettel arra, hogy a felismerés az első lépés a hátrányos megkülönböztetés leküzdésének irányába.

* A szerzők köszönetet mondanak a tényfeltáráshoz, valamint a jelen írás elkészítéséhez nyújtott értékes szakmai segítségért Balogh Erikának, Garai Mixinek, Muhi Erikának, Pap András Lászlónak, Rácz Bélának és Schmidt Erikának.

Az ERRC Magyarországon 2016-ban kezdte el átfogóbban vizsgálni, tényfeltárást is végezve, a roma nők reprodukció jogainak érvényesülését, ehhez a kezdeményezéshez köthető a két említett jogeset. A feltételezés plauzibilitását, mely szerint a roma nők Kelet-Közép-Európa különböző országaiban, így Magyarországon is, hátrányokat és jogsérelmeket szenvednek el a szülészeti ellátás és a várandósgondozás terén, számos kutatás és emberi jogi tényfeltárási vizsgálat támasztja alá.⁴ Jelen cikk szerzői a kezdeményezés kidolgozóiként, a tényfeltárást és az azt követő jogérvényesítési eljárások szakmai vezetőiként, illetve szakértőiként vettek részt a szóban forgó kezdeményezésben; az alábbiakban a tapasztalataikat, véleményüket és következtetéseiket osztják meg.

A MAGYARORSZÁGI POLITIKAI KONTEXTUS

Magyarországon az össznépesség fogyása mellett a roma népesség arányának növekedése figyelhető meg.⁵ Ez a tendencia különösen a gyermekeknel szembeűnő: míg a 60-as évek közepén a gyermekek 6%-a született roma családba, ez az arány a 90-es évekre 10%-ra nőtt, a 2002-ben születettek körében pedig – mértékadó becslések szerint – elérte a 15%-ot.⁶

A rendszerváltás után a magyar társadalomban fel erősödő kirekesztő folyamatokkal összefüggésben nem csak a szélsőséges politikai szereplők részéről tapasztalható irritáltság a roma családok gyermekvállalására és a roma nők termékenységére vonatkozóan.

Gyenei Márta szociológus 1998-ban a *Népszabadság* hasábjain jelentetett meg publicisztikát, bedobva a közbeszédbe a „stratégiai gyerek” terminust, azt állítva, hogy a munkanélküli családok a juttatások miatt vállalnak sok gyermeket (megélhetési stratégiaként). Gyenei írása erős felütéssel indul: *„A nem baj, ha fejlődési rendellenességgel születik az a gyerek, akkor legalább megemelt családi pótlék jár – mondta egy kismama, amikor a védőnő a terhesség 16. hetében ajánlott, a genetikai eltérések kimutatására szolgáló, úgynevezett »AFP-vizsgálat« szükségességéről próbálta meggyőzni. Milyen eltorzult értékrend érvényesül a háttérben? – kérdeztem magamtól, amikor évekkkel ezelőtt az előbbi kis történetet hallottam.»⁷*

Bő évtizeddel később, 2009-ben Edelényben – a romák által legsűrűbben lakott magyarországi kistérségek egyikében – a polgármester (Molnár Oszkár)

az önkormányzat képviselő-testületének nyilvános, a városi televízió által közvetített ülésén hasonló kijelentést tett: *„nyílt titok, hogy a környező településeken, a cigányok által többségében lakott településeken, például Lakon, például Szendrőládon terhesség ideje alatt szándékosan olyan gyógyszereket szednek, hogy bolond gyerek szülessen, hogy dupla családi pótlékot tudjanak lehívni, hogy a terhesség ideje alatt – ez most új információ: utánajártam, és igaz – gumikalapáccsal veri a terhes nő a hasát azért, hogy nyomorék gyereke szülessen...»⁸* Kijelentése miatt az Egyenlő Bánásmód Hatóság (EBH) hivatalból eljárást indított a polgármester ellen, és határozatában el is marasztalta. Az EBH véleménye szerint a polgármester kijelentése alkalmas volt arra, hogy a roma kisebbséghez tartozó anyákkal, terhes nőkkel szemben ellenséges, támadó és megszegyenítő környezetet alakítson ki, társadalmi megítélésüket csorbítsa, és növelje a velük szembeni előítéletességet – megvalósítva ezzel az egyenlő bánásmódról szóló törvényben (Ebkvtv.) rögzített zaklatás tényállását.⁹ Az EBH az eljárás alá vont polgármesternek megtiltotta a jogsértő magatartás jövőbeni tanúsítását, és elrendelte, hogy a jogsértést megállapító jogerős végzést kilencven napra tegye közzé az önkormányzat honlapján. A polgármester a határozattal szemben bírósági felülvizsgálatot kezdeményezett, de a Fővárosi Bíróság elutasította a keresetet, és fenntartotta az EBH határozatát. Végül az ügyet az akkori Legfelsőbb Bíróság zárta le, amely azonban hatályon kívül helyezte a Fővárosi Bíróság döntését – ezáltal pedig az EBH-döntést is. Ítéletében a Legfelsőbb Bíróság arra hivatkozott, hogy a polgármester nyilatkozata nem tartozott az Ebkvtv. hatálya alá, ugyanis a bíróság szerint a polgármester és a panaszosok között nem áll fönn jogviszony (tekintve, hogy Molnár Oszkár Edelényben polgármester, míg az érintett roma nők laki és szendrőládi lakosok), vagyis a polgármester a szóban forgó nyilatkozatát nem feladat- és hatáskörében eljárva tette.¹⁰

A roma népességszám növekedésével kapcsolatos kirekesztő szemléletet követi Novák Előd – az idő tájt a Jobbik országgyűlési képviselője – megnyilvánulása a közösségi médiában 2015 januárjában az új év első újszülöttjéről szóló hírral kapcsolatban: *„A 2015-ben elsőként – 23 éves anya harmadik gyermekeként! – megszületett Rikárdó mellett azért persze szaporodik a magyar is néhol, pl. a mi családunkban is többen vagyunk, mint négy éve :-). Bőséges gyermekáldást kívánok minden honfitársamnak az új évről!”¹¹*

A 2010-es években Magyarországon nem csak a szélsőséges diskurzusban jelenik meg arról vélemény,

ELSŐDLEGES VOLT ANNAK MÉRLEGELESE, HOGY MILYEN VESZÉLYEKEL JÁR HAT AZ ÉRINTETTEK (KÖZÖSSÉGEK ÉS EGYÉNEK) SZÁMÁRA A PERESKEDÉS MAGA, VALAMINT A PER ILYEN VAGY OLYAN KIMENETELE

hogy ki „szaporodjon” (és ki ne); határozott preferencia olvasható ki a kormányzati családpolitikából is: mintegy az „akinek van, annak adatik” elv szerint azok a családok, illetve azok a nők kapnak jelentős anyagi (és morális) ösztönzést a gyermekvállalásra, akiknek számottevő anyagi forrásaik vannak és kétféle magas a jövedelmük.¹² A roma családok, illetve a roma nők nagy része nyilvánvalóan nem felel meg ezeknek a kritériumoknak.

AZ ÜGY KIVÁLASZTÁSA KÖRÜLI DILEMMÁK

Ebben a társadalmi kontextusban indította el kezdeményezését 2016-ban az ERRC a magyarországi roma nők reprodukció jogait illetően: az már a kezdetektől eldöntött kérdés volt, hogy a cél egy (vagy adott esetben több) stratégiai per indítása, amely rámutat a roma nőket érő strukturális diszkriminációra. Ezt illetően tudatában voltunk annak a körülménynek, amelyet Farkas Lilla egy 2018-as tanulmányában érzékletesen fejteget: vagyis hogy Európában „a perközponitú jogi mozgósítással kapcsolatban széles körben elterjedt fenntartások” élnek, és a közvélemény jelentős része (köztük sok roma aktivista is, akik a politikai mozgósítás, illetve a fejlesztés területén dolgoznak) „nem csupán az ellenérdekű felek összefeszülésének, hanem kifejezetten konfliktuskeresőknek tekintik a pereskedést”.¹³ Azt az álláspontját is osztottuk, mely szerint „[a] kritika nagy része természetesen elvi, hiszen »csak perelni« gyakorlatilag lehetetlen”. Szükségesnek, illetve a tényleges és hosszú távú változás elérése érdekében elengedhetetlennek tűnt tehát a kezdetektől fogva abba a perspektívába helyezni a tervezett pereskedést, hogy miként lehetne azt nonkonfrontatív kezdeményezésekkel kombinálni, melyek célja egyrészt az adverbális keretéből fakadó feszültség enyhítése, másrészt pedig az érintett közösség erősítése, „képessé tétele” arra, hogy érvényesítse jogait. Elsődleges volt annak mérlegelése, hogy milyen veszélyekkel járhat az érintettek (közösségek és egyének) számára a pereskedés maga, valamint a per ilyen vagy olyan kimenetele.

Különböző civil, illetve szakmai körökben folytatott eszmecsere révén végül négy olyan téma körvonalazódott a magyarországi roma nők reprodukció jogait illetően, amely (adott esetben) napirendre tűzhető lenne stratégiai pereskedés keretében: a „kényszersterilizáció”, a kórtermi szegregáció a szülészeti osztályokon, a rossz bánásmód az egészségügyben

dolgozók részéről, valamint az ellátáshoz való hozzáférés akadályai. Mind a négy témával kapcsolatban érdemi dilemmák merültek fel előzetesen; az alábbiakban ezeket foglaljuk össze a kontextus rövid ismeretése mellett.

„Kényszersterilizáció”

„Kényszersterilizációnak” azt a jogsértő gyakorlatot nevezzük, amikor egészségügyi intézményekben az érintett nők akarata, illetve teljes körű tájékoztatáson alapuló előzetes beleegyezése nélkül hajtanak végre művi meddővé tételre irányuló orvosi beavatkozást. Hírhedt történelmi példa a náci Németországban a „fajtisztasági”, illetve eugenikai célú, vagyis a nem megfelelőnek minősített génállomány továbbvitelének megakadályozására irányuló művi meddővé tétel gyakorlata; nem véletlen, hogy a német köznyelv annak idején a szarkasztikus „Hitlermetszés” (*Hitlerschnitt*) kifejezéssel illette a műtéti sterilizációt (a császármetszés kifejezés analógiájára).¹⁴ A roma népesség és egyéb hátrányos helyzetű csoportok – mint például a fogyatékosokkal élő – nem kívánt növekedését megakadályozandó, a XX. században számos európai országban mintegy rendszerszerűen alkalmazták ezt a „módszert” – jellemzően fenyegetéssel, kényszerítéssel élve, vagy azokat a helyzeteket kihasználva, amikor az érintett nők császármetszésen estek át, illetve valamilyen okból műtőasztalra kerültek. Csehországi példaként 1972-ben rendeleti felhatalmazás lépett életbe arra, hogy a roma és a fogyatékkal élő nőket rábírájék a sterilizációs eljárásra, minek következtében több száz roma és fogyatékos nő esett át a beavatkozásra. Bár friss és átfogó kutatási adatok nem állnak rendelkezésre, még a XXI. század elején is derült fény ilyen esetekre.¹⁵ A Szlovákiában történt jogsértésekről szóló, fontos referenciának számító jelentés 2003-ban *Body and Soul* („Test és lélek”) címmel jelent meg.¹⁶ A kialakuló európai roma nőmozgalom a kényszersterilizáció témáját több okból is napirendjé elére helyezte: egyrészt a jogsértés extrém volta miatt, másrészt azért, mert szimbolikus példája az interszekcionalitás jelenségének.¹⁷

Amíg a legtöbb nyugat-európai ország, ahol szisztematikusan hajtottak végre kényszersterilizációt, felelősséget vállalt a jogsértésért és kompenzációs mechanizmust alakított ki az áldozatok számára (például Ausztria, Németország, Svédország, Norvégia),¹⁸ addig Csehországban és Szlovákiában az áldozatok a mai napig nem juthattak általánosan elérhető jog-

orvoslathoz (bár a szlovák és a cseh kormány hivatalosan is kifejezte sajnálatát a történetek miatt).¹⁹ Néhány cseh és szlovák áldozat évekig tartó pereskedést követően végül az Emberi Jogok Európai Bíróságának (EJEB) döntése révén jutott jogorvoslathoz.²⁰ Azonban sajnálatos módon maga az EJEB sem ismerte el a jogsértés szisztematikus, elsősorban roma nőket célzó, diszkriminatív jellegét. Az ERRC 2016-ban öt cseh kényszersterilizált roma nőt képviselve a CEDAW-hoz (Committee on the Elimination of Discrimination against Women), vagyis az ENSZ nőkkel szembeni diszkrimináció felszámolásával foglalkozó bizottságához fordult jogorvoslatért, az ügyük jelenleg is folyamatban van.²¹

Magyarországot illetően nincs tudomásunk arról, hogy a roma nők kényszersterilizálása szisztematikus állami politika lett volna, legalábbis nem állnak rendelkezésünkre ezt alátámasztó adatok, azonban nálunk is előfordultak ilyen esetek. Az ERRC két magyarországi kényszersterilizációs ügyet képviselt, mindkettő nemzetközi emberi jogi fórumokig jutott.

Az *A. S. kontra Magyarország* ügyben 2001-ben a fehérgyarmati kórházban az akkor kilenc hónapos terhes roma asszonnyal teljes körű tájékoztatáson nyugvó beleegyezése hiányában, az életét mentő császármetszés előtt, a műtőasztalon írtatták alá a sterilizációba beleegyező nyilatkozatot, akkor, amikor közölték vele, hogy meghalt a magzata. A mentő megérkezésétől a műtéig 17 perc telt el, az asszony pedig már csak a műtet követően értette meg, hogy mit jelent a sterilizáció, és hogy többé már nem lehet terhes. A jogsérelmet elszenvedő nőt az ERRC és a Nemzeti és Etnikai Kisebbségi Jogvédő Iroda (NEKI) képviselte a hazai peres eljárásban, és magyar jogorvoslat hiányában végül a CEDAW-hoz fordultak, amely végül megállapította a jogsértést, valamint a kártérítés mellett többek között a művi meddővé tételhez kapcsolódó jogszabályi változtatásokat is előírta a magyar államnak.²²

2008-ban egy újabb hasonló eset jutott az ERRC tudomására. Ennek az ügynek a sajátossága, hogy maga az áldozat nem volt roma származású, a férje azonban, akinek felvette a nevét, igen, továbbá egy szegregátumban élt, tehát a lakóhelye szerint is romának tekintették. Vele is szinte ugyanaz történt, mint A. S.-sel: előzetes tájékozott beleegyezése nélkül, a vetélése miatt végrehajtott császármetszés alatt elkötötték a petevezetékét, azaz sterilizálták. A jogi

eljárás során a kórház mindvégig azt állította, hogy G. H. maga kérte a beavatkozást, azonban a kórház nem tudta bemutatni az írásos kérelmet és a beleegyező nyilatkozatot, ezért a magyar bíróság (elfogadva ugyan a kórház érvelését, hogy G. H. maga kérte a beavatkozást) megállapította a jogsérelmet. A hazai jogorvoslatok kimerítése után az ERRC képviselete mellett az EJEB-hez került az ügy, amely azonban egyetértett a magyar bíróságok megállapításaival,²³ és úgy döntött, hogy az eljárás során az áldozat már megfelelő elégtételt kapott, ezért befogadhatatlannak nyilvánította az ügyet.²⁴ Az ERRC ezzel az ügygel is végül a CEDAW-hoz fordult (az eljárás a jelen cikk írásakor még folyamatban van).

A BESZÉLGETÉSEK ALAPJÁN KIBONTAKOZÓ KÉP MEGLEHETŐSEN BORÚS VOLT, AM A NEGATÍVUMOK JÓ RÉSE A MAGYAR TÁRSADALOM, ILLETVE A MAGYARORSZÁGI EGÉSZSÉGÜGY ÁLTALÁNOS ÁLLAPOTÁVAL FÜGGÖTT ÖSSZE, A PANASZOK PEDIG OLYAN ESETEKRE VONATKOZTAK, AMELYEK NAGYON EGYEDINEK TŰNTEK, NEM PEDIG SZISZTEMATIKUS GYAKORLAT RÉSZÉNEK

Magyarországon az utóbbi években nem derült fény újabb kényszersterilizációs esetre, miközben a művi meddővé tétel (az „elkötetés”) – a fogamzásgátlás egyéb módjaihoz való hozzáférés akadályozottsága miatt – viszonylag elterjedt és preferált születésszabályozási módszernek számít a hátrányos helyzetű nők körében.²⁵ Még a tényfeltárás kezdete előtt, egy szakértői tanácskozás során vetette fel egy széles körű tapasztalattal rendelkező aktivista,

hogy érdemes lenne régebbi esetek felderítésére is törekedni, hiszen nem zárható ki, hogy Magyarországon is rendszerszerűen vetették alá kényszersterilizációnak a roma nőket az elmúlt évtizedekben (mint például a szomszédos Szlovákiában és Csehországban, illetve korábban Csehszlovákiában). Beszámolt arról a jelenségről, hogy az általa közelebbről ismert roma közösségekben a 80-as években a nők egy része kb. harmincéves kora után nem esett teherbe – noha semmilyen fogamzásgátló módszert nem használt –, és gyanúra ad okot az is, hogy ezek a nők a sorban utolsó gyermeküket általában császármetszéssel születték. Az érintettek a rendelkezésre álló információk szerint a későbbiekben nem vizsgáltatták ki magukat, illetve nem tettek lépéseket annak kiderítésére, hogy végrehajtottak-e rajtuk olyan beavatkozást a kórházban, amelyről nem tájékoztatták őket vagy nem adták hozzá a beleegyezésüket. A felvetés kapcsán megkérdezett szülés-nőgyógyász szakértő véleménye szerint azonban a (gyanított) kényszersterilizáció mellett sok ok állhat a terméketlenség hátterében, továbbá több évtized elteltével orvosi vizsgálat révén sem feltétlenül rekonstruálhatók a történetek. Kérdéses az is, hogy volna-e lehetőség bírósági igényérvényesítésre: elévültnek számítának-e az

esetek vagy nem.²⁶ Bár a CEDAW a fent említett A. S.-ügyben már kimondta, hogy a kényszersterilizáció a következményét (a meddőséget mint állapotot) tekintve folyamatos jogsértés, a korábban említett cseh áldozatok ügyének is az elévülés az egyik központi kérdése az ENSZ-bizottság előtti eljárásban.²⁷ Megjegyzendő az is, hogy az utóbbi évtizedekben számos kórházat, illetve szülészeti osztályt szüntettek meg vagy szerveztek át Magyarországon, ami csökkenti az esélyét, hogy az archivált orvosi dokumentációból kideríthető legyen valami.

Kórtermi szegregáció a szülészeti osztályokon

A kórtermi szegregáció a szülészeti osztályokon – vagyis az a gyakorlat, hogy a roma és nem roma gyermekágyas anyákat külön szobában helyezik el – látványos és közismert jelenség nemcsak Magyarországon, de más kelet-közép-európai országokban is, például Szlovákiában²⁸ vagy Bulgáriában.²⁹ Ez utóbbi államban az ERRC a bolgár Helsinki Bizottsággal közösen végzett vizsgálatot, és 2017-ben az Európai Tanács égíse alatt működő Európai Szociális Bizottsághoz fordult a roma nők szegregált kórtermi elhelyezése, valamint az őket érő diszkriminatív és rossz bánásmód miatt.³⁰

Ami a magyarországi helyzetet illeti, 2003-ban egy civil szervezet, az A. S.-ügy kapcsán már említett NEKI azzal a kéréssel fordult a kisebbségi ombudsmanhoz, hogy vizsgálja meg, történt-e hátrányos megkülönböztetés a Heves Megyei Önkormányzat Markhot Ferenc Kórház–Rendelőintézet Szülészeti és Nőgyógyászati Osztályán. A NEKI-t értesítő, a roma kisebbséghez tartozó panaszosok tapasztalatai szerint ugyanis a kórházban különbséget tesznek a roma és nem roma származású gyermekágyas anyák között: származás szerint külön kórteremben helyezik el őket. Az ombudsman jelentésében először is kitért arra, hogy a vonatkozó adatvédelmi szabályok miatt nem tudta elérni a kórházban ellátott gyermekágyas anyákat, így őket nem, csak a másik felet (a kórház képviselőit) tudta meghallgatni, és végül arra jutott, hogy „nem volt kétséget kizáróan bizonyítható a roma kismamák jogellenes elkülönítésének szándéka, a közvetlen hátrányos megkülönböztetés ténye a Kórház Osztályán. Ugyanakkor kétségkívül megállapítható, hogy bizonyos időszakokban a roma és nem roma kismamák elhelyezése ténylegesen külön kórtermekben történt”; ezt a kórház alkal-

mazottai többek között azzal magyarázták, hogy mivel „a környező településeken jelentős számban élnek roma kisebbséghez tartozó lakosok, így bizonyos időszakban előfordulhatott [...] hogy az egyik kórterembe csak romák kerültek”, és hogy „[a] roma asszonyok többször kérték, hogy ismerősökkel, rokonokkal egy kórterembe kerülhessenek”.³¹

A fentiekből látható, hogy a szülészeti szegregáció tetten érése – és diszkriminációként való keretezése – nem egyszerű feladat. Még akkor sem, ha a gyakorlat egyébként senki előtt nem ismeretlen, és még a sajtóban is megjelenik időnként a téma: 2008-ban például egy Borsod megyei online hírportál – olvasói bejelentés nyomán – tudósítást készített arról a kérdésről, hogy a miskolci „Szentpéteri kapui kórház” (erről az intézményről a következőkben még szó esik) gyermekágyas osztályán elkülönítve helyezik-e el a roma és nem roma édesanyákat; a cikkben megszólalók közül többen megerősítették, hogy a kórtermi szegregáció létező gyakorlatnak számít.³²

Roma nőkkel szembeni rossz bánásmód a várandósgondozás és a szülészeti ellátás során

Igen sok anekdotikus információ áll rendelkezésre arról, hogy milyen bánásmódban részesülnek Magyarországon a várandós, illetve szülő roma nők, lányok az egészségügyben dolgozók részéről (a közelmúltban egy alternatív színházi kezdeményezés is feldolgozta ezt a témát, érintett roma nők közreműködésével³³), kutatási eredmény azonban kevés van ezen a téren. Neményi Mária 1997-ben végzett empirikus kutatást, melynek célja a roma közösségekhez tartozó fiatal nők saját és gyermekeik egészségével, betegségével, életvitelével kapcsolatos felfogásának összevetése volt azzal az állásponttal, amelyet

minderről az ellátásukra szakosodott intézmények képviselői alakítottak ki.³⁴ A roma interjúalanyok elbeszéléseiből az derült ki, hogy „az egészségügyiekkel való kapcsolatuknak mindennapos tapasztalata a cigányok általánosságban történő megítélése, függetlenül a személy tényleges viselkedésétől, problémájától”; az egészségügyi szakemberekkel folytatott beszélgetések tanulsága szerint pedig „a védőnők alakították ki [a] legközvetlenebb, legtolelansabb kapcsolatot; a család- és gyermekorvosok már kisebb mértékben [...]; a kórházakban dolgozó orvosok-szülész-nők viszont hajlamosabbak voltak egy előzetesen konstruált roma-kép fénytörésén keresztül beszámolni tapasztalataikról”.³⁵

KÉNYSZERSTERILIZÁCIÓRÓL
[...] SEHOL NEM SZÁMOLTAK
BE, RÉGEBBI ESETEKRŐL SEM
TUDTAK. TÁJÉKOZOTT BE-
LEEGYEZÉS NÉLKÜL VÉGRE-
HAJTOTT BEAVATKOZÁSOK-
RA AZONBAN AKADT PÉLDA
A RÉSZTVEVŐK KÖRÉBEN

A Születésház Egyesület 2015 tavaszán az ország négy szegregátumában készített mélyinterjút mélyszegénységben élő roma nőkkel a várandósgondozásban és a szülészeti ellátásban szerzett tapasztalataikról. Ennek során a megkérdezettek beszámoltak ugyan negatív élményekről (tiszteletlen bánásmódról, hátrányos megkülönböztetésről), ám arról nem, hogy panaszt tettek volna.³⁶ A kutatási jelentés az egyesület több éve működő jogsegély-szolgálatának tapasztalataira hivatkozva magyarázza a jelenséget: „[a] nők – orvosi műhiba perek kivételével – rendkívül ritkán tesznek panaszt, ha a szülészeti ellátás során őket valamilyen sérelem éri [...] szülés után inkább elfelejteni szeretnék az őket ért sérelmeket”; ennek oka lehet többek között „a támogató környezet hiánya, a kiszolgáltatottság, a kivizsgálás várható eredménytelensége, szocializáció”, és összességében „nem meglepő, hogy a mélyszegénységben élő roma nő – középosztálybeli nőtársához hasonlóan – nem tesz panaszt az őt ért sérelem, esetleges hátrányos megkülönböztetése ellen”.³⁷

A várandósgondozási és a szülészeti ellátáshoz való hozzáférés akadályai

A Születésház Egyesület fent idézett kutatási jelentése szerint a megkérdezett roma nők „kivétel nélkül említették az ellátáshoz való hozzáférés nehézségeit”, kezdve a fizikai hozzáféréssel: hogy a szakrendelés adott esetben 20-30 kilométerre van a lakóhelyüktől, az utazás költsége komoly terhet jelent, a rendelési idő nem igazodik a tömegközlekedési menetrendekhez stb.³⁸ Az is közismert, hogy Magyarországon jelentősek a területi egyenlőtlenségek az egészségügyi ellátottság terén,³⁹ és hogy ez a jelenség – beleértve a betöltetlen házi orvosi praxisok eloszlását is – aránytalanul sújtja a roma lakosságot.

TÉNYFELTÁRÓ VIZSGÁLAT *Az emberi jogi tényfeltárás koncepciója*

A fent bemutatott jogsértő jelenségek, illetve konkrét problémák megértésének érdekében az ERRC tényfeltáró vizsgálat indítása mellett döntött. A cél egyrészt annak kiderítése volt, hogy melyek ma Magyarországon a roma nők reprodukív jogait hátrányosan érintő strukturális problémák, másrészt cél volt az is, hogy tudomást szerezzünk konkrét, potenciálisan peresíthető esetekről. Ahhoz azonban, hogy

ezekhez az esetekhez közelebb kerüljünk, először is vázolniuk kellett a releváns problématerületeket. Az ERRC mandátumára való tekintettel döntő szempont volt, hogy az ügyet a roma nőkkel szembeni etnikai, illetve interszekcionális (etnikai és nemi, illetve társadalmi helyzet szerinti) diszkriminációnak lehessen minősíteni. Morális szempontból pedig aszerint kellett szelektálnunk és rangsorolnunk a szóba jöhető ügyeket, hogy az érintettek – jelen esetben a magyarországi roma nők – számára mi jelent szisztematikus problémát. Megjegyzendő, hogy ha pragmatikusan nézzük a helyzetet, és csak a stratégiai pereskedés kilátásait tartjuk szem előtt, akkor is célszerű olyan ügyet választani, amelyik van annyira fontos az érintetteknek, hogy egy esetleges perben vállalják például a tanúskodást.

A vizsgálat lebonyolításának és eredményeinek ismertetése előtt érdemes röviden tisztázni, hogy mit is értünk „emberi jogi tényfeltárás” („human rights fact finding”) alatt,⁴⁰ legfőképpen abból a szempontból, hogy miben tér el ez a koncepció a társadalomtudományi kutatástól a célok és a megközelítés tekintetében. Míg az empirikus társadalomtudományi kutatás célja alapvetően az, hogy a társadalomról (annak egy szeletéről, egy társadalmi jelenségről) képet adjon, illetve olyan tudást hozzon létre, amelyből elméletek generálhatók, az emberi jogi tényfeltárás episztemikus célkitűzése más: emberi jogi sérelmek dokumentálására (partikuláris esetek azonosítására) vagy az emberi jogok érvényesülési feltételeinek monitorozására irányul, és a jogsértések elleni fellépés szándéka motiválja. Mindazonáltal az emberi jogi tényfeltárások során sokszor alkalmaznak, illetve kölcsönöznek empirikus társadalomtudományi kutatási módszereket (például interjúzás, fókuszcsoportos beszélgetések, kérdőíves felmérés), ám háttérbe szoríthat például a reprezentativitásra törekvés elve, továbbá a vizsgálatot végzők nem feltétlenül torpannak meg, ha szembesülnek az elérhető adatok hiányosságával, a források korlátozottságával – tekintve, hogy a tényfeltárási projekt adott esetben sikeres lehet akár csak egyetlen, stratégiai per alapjául szolgáló eset azonosításával.⁴¹

A tényfeltáró vizsgálat tervezése

Az ERRC tényfeltáró vizsgálatának tervezésekor elsődleges volt a feltételezés, hogy a földrajzi tényező fontos szerepet játszik a roma nők reprodukív jogai

nak érvényesülésében, egyrészt a regionális infrastruktúrális egyenlőtlenségek, másrészt pedig a roma népesség területi koncentrációjával vélhetően együtt járó kirekesztő mechanizmusok miatt. Ez alapján született az a döntés, hogy a vizsgálat az ország romák által legsűrűbben lakott részeire – vagyis Északkelet- és Délnyugat-Magyarországra⁴² – összpontosít, közelebről pedig Baranya és Borsod-Abaúj-Zemplén megyére.

A módszer tekintetében a fókuszcsoportra esett a választás: vagyis azt terveztük, hogy az adott roma közösség nőtagjaiból álló kisebb csoportokkal összeülve, strukturált formában és moderáció mellett beszéljük végig a vizsgálat témáihoz kapcsolódó kérdéseket: diszkriminációs tapasztalatok a várandósgondozás során,⁴³ a kórházi szüléshez kapcsolódóan,⁴⁴ a családtervezési tanácsadás terén.⁴⁵ Kontraintuitívnak tűnhet az ötlet, hogy négy szemközt folytatott interjúk helyett csoportos beszélgetések keretében tűzünk napirendre ennyire érzékeny – adott esetben a legszűkebb magánszférával, szexualitással kapcsolatos vagy éppen fájdalmas – témákat, ám épp a kérdéskör jellege miatt döntöttünk így. (Eloszlatandó azt a feltételezést, mely szerint az egyéni interjúkhoz képest idő- és energiatakarékosabb módszer a fókuszcsoportos beszélgetés: egy fókuszcsoport megszerzése és logisztikai előkészítése, lebonyolítása valójában ráfordításigényes vállalkozás, továbbá a rögzített anyag feldolgozása-elemzése sem feltétlenül egyszerű feladat.)

Ami a hatékonyságot illeti, vonatkozó tapasztalataink alapján annak kockázatát, hogy a fókuszcsoport résztvevői nem nyílnak meg a közösség tagjainak jelenlétében, kisebbnek láttuk a módszer sajátos előnyeivel.⁴⁶ Például, Oblath Márton szerint, „[a]mikor a résztvevők felfedezik közös tapasztalataikat, megszületik a hasonlóság és otthonosság érzése”,⁴⁷ valamint lehet beszélni olyan témákról is, „amelyekhez egy-egy ember nehezen találja meg önállóan a szavakat”.⁴⁸

Etikai kérdésként merült fel, hogy hogyan kezeljük a csoportdinamikát, ha például egy-egy eset megítélése nagyon ellentmondásosnak bizonyul, valamint az olyan helyzeteket, amikor traumatikus emlékek idéződnek fel. Előzetesen úgy ítéltük meg, hogy körültekintő és következetes moderálás mellett biztosítható lesz a tisztelettel és bizalmas légkör.

Etikai és hatékonysági szempontok ötvöződtek abban a döntésben, hogy a fókuszcsoportok szervezésébe és lebonyolításába munkatársként bevonunk egy – esélyegyenlőségi szakértői diplomával és a társadalmi integráció terén szakmai tapasztalattal rendel-

kező – roma származású nőt, aki egy falusi roma közösségben nőtt fel.

A tényfeltárás első fázisa: fókuszcsoportos beszélgetések Baranyában

A tényfeltáró vizsgálat Baranya megyében indult, ahol összesen négy fókuszcsoportos beszélgetésre került sor, négy különböző településen. (Az előzetes tervek szerint Borsod-Abaúj-Zemplén megyében is négy fókuszcsoportot szerveztünk volna, ám időközben – amint arról a következő részben szót ejtünk – ezen változtattunk, tekintettel arra, hogy a látókörünkbe került egy konkrét eset, valamint egy másik jogellenes gyakorlat is, amely szisztematikus diszkriminációnak tűnt.) A baranyai településeket adatvédelmi okokból nem nevezzük meg – a fókuszcsoportok résztvevői is ezzel a feltétellel vállalták a beszélgetést –, annyi azonban elmondható, hogy mindegyik meglehetősen távol fekszik Pécsről, és tömegközlekedéssel nehezen megközelíthető a megyeszékhelyről. A fókuszcsoportos beszélgetésekre kizárólag nőket hívtunk; összesen 32 nővel beszélünk, akik közül a legfiatalabb 19, a legidősebb 61 éves volt, legtöbbjük a húszas-harmincas éveiben járt.

Összességében elmondható, hogy a beszélgetések alapján kibontakozó kép meglehetősen borús volt, ám a negatívumok jó része a magyar társadalom, illetve a magyarországi egészségügy általános állapotával függött össze, a panaszok pedig olyan esetekre vonatkoztak, amelyek nagyon egyedinek tünnek, nem pedig szisztematikus gyakorlat részének, így a roma nőkkel szembeni hátrányos megkülönböztetés problémakörét illetően nem adtak alapot általánosítható következtetésekhez. Hallottunk néhány megrázó esetet, amelyek háttérben feltételezhetően műhiba, orvosi gondatlanság állt, ezekben az ügyekben azonban a jogérvényesítésre nyitva álló határidő vagy már eltelt, vagy esélytelennek tűnt a sérelem bizonyítása, főleg, ha azóta sok idő telt el. Nem beszélve arról, hogy az esetleges etnikai diszkriminációt, vagyis azt, hogy az illető etnikai hovatartozása miatt történt a műhiba vagy a gondatlanság, aligha lehetett volna egy per kereteiben sikeresen valószínűsíteni.

A megkérdezettek nagy része arról számolt be, hogy komoly problémát jelent az egészségügyi szolgáltatásokhoz való fizikai hozzáférés: az ellátórendszer centralizációja folytán bizonyos szakrendelésekre Pécsre kell utazni, a buszjegy pedig sokba kerül,

és körülményes az utazás megszervezése (különösen a kisgyermekes anyáknak). Sajnos hasonló hátrányokkal küzdenek sok más régióban is a jelentősebb városoktól távol fekvő kistelepüléseken élők. Bár ez a probléma nem kizárólag romákat sújt, de az érintettek körében jelentős arányban vannak roma családok. Ennek, vagyis az egészségügyi szolgáltatáshoz való hozzáférés és az etnikai hovatartozás közötti kapcsolatnak a vizsgálatára azonban átfogó társadalomtudományi kutatásra lenne szükség, amelynek elvégzésére nem volt lehetőségünk.

Kényszersterilizációról (mondhatni, szerencsére) sehol nem számoltak be, régebbi esetekről sem tudtak. Tájékozott beleegyezés nélkül végrehajtott beavatkozásokra azonban akadt példa a résztvevők körében: például egy harminc év körüli, gyermektelen nőnek cisztaműtét során eltávolították az egyik petefészkét, de erről nem tájékoztatták, noha kifejezetten hangsúlyozta a műtét előtt, hogy szeretne gyermeket vállalni; később sikerült teherbe esnie, az egyik petefészkek hiányára időközben, véletlenül derült fény. Ez a nő határozottan kijelentette, hogy nem tervezett (és a későbbiekben sem tervez) jogi lépéseket, örül, hogy végül lett egy gyermeke, többet pedig nem szeretne szülni. Egy másik nő pedig arról számolt be, hogy az utóbbi években nőgyógyászati betegsége miatt műtéteken és kezeléseken esett át, elmondása szerint a kórházban bizonyos dokumentumokat nem kezeltek gondosan, de ő sem tett jogi lépést ez ügyben, retorziótól tartva: „nem jelentettem fel őket, mert tudtam, hogy holnap is odamegyek.”

A gyermekágyas osztályokon alkalmazott szegregáció jelenségét létezőnek mondták a megkérdezettek, ugyanakkor úgy látták, hogy a megyei kórházakban nem alkalmazzák következetesen ezt a „módszert”. Többen látták úgy, hogy azért nem érte őket a kórházban diszkrimináció – például azért nem szegregált kórteremben helyezték el őket –, mert a vezetéknevük „nem cigányos”, vagy legalábbis nem csak romák körében gyakori. Ugyanakkor azt is megtudtuk, hogy a „vegyes” kórtermi elhelyezés is tud megalázó helyzeteket eredményezni. Az egyik résztvevőt, akinek viszonylag világos a bőre, és a neve alapján sem lehet roma származásának sejteni, nem roma nőkkal tették egy szobába, és nagyon kellemetlen volt a szobatársnői beszélgetését hallgatnia, akik aggódtak, nehogy roma kerüljön a szobába, és azon

tanakodtak, hogy hová dugják a pénztárcájukat, ha ez mégis megtörténne. Egy másik résztvevő, akit ugyancsak vegyes kórteremben helyeztek el szülése után, úgy látta, hogy roma szobatársnője után sokkal alaposabban fertőtlenített az ápolónő, mint a nem roma nők után, és „látszott, hogy direkt csinálja”.

A szülészeti osztályokon megtapasztalt bánásmódról sok panaszt hallottunk, de egyik sem volt annyira explicit vagy konkrét, hogy jogi panasz, illetve keresetindítás alapját képezhette volna. Egy résztvevő például megemlítette, hogy „lehet hallani, hogy olyanokat mondanak a [roma szülő nőknek] a kórházban, hogy: »miért vagy itt már megint?«”. Egy 39 éves nő (kilenc gyermek édesanyja) arról számolt be, hogy a kórházban azt mondta neki egy orvos vizit közben, amikor ő az ágy szélén ült keresztbe tette a lábát: „Hol érzi magát, kocsmában?” Volt olyan résztvevő, aki így foglalta össze szülészeti tapasztalatait: „Mindenbe belekötött [az orvos], érezte, hogy cigányok vagyunk”, egy másik pedig a következőképpen: „ha egyvalaki [vagyis egy roma nő] koszos volt, mindenkit [minden roma nőt] lecseszett az orvos.” Arra a kérdésre, hogy tapasztalt-e nyílt „cigányozást” az orvos vagy a szülész-nő részéről, egy résztvevő így fogalmazott: „nem mond semmi olyat, de lehet azt érezni, hogy valahogy másképp beszél velem, mint egy nem romával.” Többen mondták azt, hogy a kórházi alkalmazottak „nem bántanak, de nem is segítenek”. Sajnos számos hasonló tapasztalatról hallottunk, azonban ezeket az eseteket utólag már lehetetlennek tűnt rekonstruálni, illetve esélytelennek tűnt ezekkel kapcsolatban a jogi fórumon való panasztétel, ami természetesen nem zárja ki más, nem jogi eszközök igénybevételének szükségességét ezen előítéletes magatartások kezelésére.

SZÜLŐSZOBAI ZAKLATÁS

Spontán fejlemény a tényfeltárásban

2016 nyarán még tartottak az előbbieken bemutatott fókuszcsoporthoz Baranya megyében, és éppen nekikezdtünk volna hasonló csoportok szervezéséhez a tényfeltárás másik helyszínéként kijelölt megyében, Borsodban, amikor civil szervezeti kapcsolatok révén tudomást szereztünk egy Miskolc közeli településen élő roma nő ügyéről, aki néhány hónappal korábban szülte meg második gyermekét

az egyik miskolci kórházban, és az elszenvedett rossz bánásmód miatt panaszeljárást indított az EBH-nál. A panaszosnak nem volt jogi képviselője, akinek a támogatására számíthatott volna a közelgő meghallgatáson.

Ez esetben lényegében kész helyzetről volt tehát szó, stratégiai mérlegelésre pedig nemigen maradt idő: mivel az eset súlyosnak tűnt, elszigeteltnek azonban nem, az ERRC kapcsolatba lépett a panaszossal, és térítésmentes jogi támogatást ajánlott neki, így az EBH által tartott meghallgatásra a panaszos már az ERRC által megbízott jogi képviselő kíséretében érkezett.

A panasz eljárás jelentőségét, amely egy érintett roma nő önálló kezdeményezésére indult, fokozza az a körülmény, hogy a magyarországi roma lakosság körében az EBH ismertsége igen alacsony. Az EU Alapjogi Ügynöksége által e témában 2016-ban végzett felmérés során a megkérdezetteknek csupán 15%-a tudta, hogy Magyarországon működik olyan jogorvoslati fórum, amelyhez kifejezetten diszkriminációs ügyekben lehet fordulni.⁴⁹

*Az EBH döntése*⁵⁰

Az ügyben az EBH 2016 decemberében hozott döntést,⁵¹ melynek megállapítása szerint az eljárás alá vont egészségügyi szolgáltató – a Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Kórház és Egyetemi Oktató Kórház – a kérelmezővel (vagyis a panaszt benyújtó roma nővel) szemben megsértette az egyenlő bánásmód követelményét, mégpedig azért, hogy a nő szülése során az őt ellátó orvos (a kórház dolgozója) „roma nemzetiséghez való tartozására utaló, a panaszos emberi méltóságát sértő kijelentést tett”.⁵² A határozat kimondja, hogy az eljárás alá vont kórház e magatartásával megvalósította a zaklatás tényállását⁵³ a kérelmezővel szemben roma nemzetiséghez való tartozásával és bőrszínével összefüggésben.

A határozatból kiderül, hogy mi szerepelt az érintett nő által az EBH-nak benyújtott panaszbeadványban: „a kérelmezőt 2016. február 10-én vették fel a Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Kórház és Egyetemi Oktató Kórház Szülészeti és Nőgyógyászati Osztályára, ahol még aznap világra hozta gyermekét. [...] A kérelmező panaszában foglaltak szerint a szülésznő vajúadás közben azt mondta neki, hogy ha még egyszer kiabál, felpofozza és az arcába nyomja a párnát. Az őt ellátó orvos

pedig úgy fogalmazott, hogy ha a kérelmező még egyszer kiabál, akkor behívja a pszichiátert, elveteti tőle a gyermeket és »nem lehet gyese«, mindehhez pedig hozzátette, hogy »ti cigányok úgyis csak a pénzért szültök«.⁵⁴

A döntés érdekességét az adja, hogy az eljárás során a panaszossal szemben őt – az eljárás alá vont kórház által előállított – tanút hallgatott meg az EBH, akik mind az állították, hogy a panaszbeadványban állítottak nem történtek meg. (A kórházi

dolgozókon és a panaszoson kívül más tanúja nem volt az esetnek.) Mindazonáltal az EBH a kérelmező által előadottakat fogadta el, és megállapította a jogsértést. A hatóság három körülményre alapozta döntését. Egyrészt jelentőséget tulajdonított annak, hogy a panaszos a szülést követően két hónapon keresztül különböző fórumokon próbált jogorvoslatért folyamodni, mielőtt az EBH-nál panaszbeadványt tett volna. Másrészt figyelembe vette, hogy a panaszos az eljárás alatt mindvégig életszerűen adta elő a történeteket, konzisztensen megkülönböztette a vele szemben zaklatóan fellépő kórházi dolgozókat azoktól, akik támogatóan bántak vele a szülés során, valamint következetes volt a tekintetben is, hogy minden alkalommal tegező formában idézte vissza az általa sérelmezett kijelentéseket. Harmadrészt az EBH a mérlegeléskor fontosnak tartotta azt a körülményt is, hogy a kórház által lefolytatott belső vizsgálatot nem független személy vagy kórházon belüli testület végezte, hanem abban szerepet kapott az a szülésztorvos is, aki a panaszos állítása szerint a zaklatást megvalósította, valamint a belső vizsgálat során a tanúkat nem hallgatták ki egyenként, és az EBH-hoz egy olyan nyilatkozatot juttattak el (a kórház érdemi védekezéséhez csatolva), melyet az érintett őt kórházi dolgozó közösen fogalmazott meg és írt alá. A tanúk nyilvánvalóan előzetes ismertetést kaptak a panasz tartalmáról, egymás között egyeztettek, sőt közösen tettek nyilatkozatot. Minderre tekintettel a hatóság nem az általuk, hanem a panaszos által elmondottakat tartotta irányadónak.

Az EBH az eljárás alá vont intézménnyel szemben a következőket szabta ki határozatában: a kórház számára megtiltotta a jogsértő magatartás jövőbeni tanúsítását; elrendelte, hogy a kórház 60 napra tegye közzé az EBH-határozat anonimizált (a panaszos és a tanúk személyes adatait nem tartalmazó) változatát az intézmény honlapjának nyitóoldalon; a határozatot az EBH is közzétette 60 napra a saját honlapján; 500 ezer forint bírság, valamint 27 ezer

forint eljárási költség megfizetésére kötelezte a kórházat.

Az eljárás alá vont kórház nem élt az EBH határozata elleni fellebbezés lehetőségével, hanem befizette a hatóság által kiszabott bírságot, valamint közétette honlapján a jogsértést megállapító határozatot.

Az ERRC az EBH-határozat nyilvánosságra hozatalát követően megszólaltatta a panaszost, és angol nyelvű sajtóközleményben közölt idézetet tőle: *„Nem tudom megakadályozni, hogy más roma nővel ne történjen ilyen, de üzenem nekik, hogy merjenek lépni, legyenek tisztában a jogaikkal – hogy megszűnjön a velünk szembeni lenéző, embertelen bánásmód.”*⁵⁵

A jogsértést megállapító határozat jelenleg már csak az EBH honlapján érhető el a nyilvánosság számára,⁵⁶ ebből a változatból azonban nemcsak a panaszos és a tanúk, de a bepanaszolt kórház adatait is törölték az anonimitás jegyében.

Az eset összefoglalója viszont bekerült az EBH 2016. évi tevékenységeiről szóló tájékoztatóban szereplő válogatásba (az „Esetek a hátrányos megkülönböztetés különböző területeiről” fejezetbe), „Ti csak a pénzért szültök!” címmel.⁵⁷ A döntés jelentőségéhez az is hozzájárul, hogy ez volt az első olyan eset, amelyben a hatóság nemzetiségi (etnikai) hovatartozáson alapuló zaklatást állapított meg egészségügyi intézmény részéről.

A „ZSILIPRUHA-ÜGY”

Miután tudomást szereztünk a fentiekben ismertett zaklatási ügyről és az ERRC bekapcsolódott az EBH eljárásába, a tényfeltáró munkában a borsodi színtereken kifejezetten a szülészeti bánásmód témája került a középpontba, továbbá a roma közösségek képviselőivel való találkozások mellett szakértői konzultációkra is sort kerítettünk, a fókuszcsoporthoz pedig áttértünk az egyéni interjúkra. Ezt a módszertanváltást nagyban segítette az, hogy a fent részletezett ügy panaszosán keresztül közvetlen kapcsolatba kerültünk olyan roma nővel, akik hasonló negatív élményekről számoltak be. A megismert történetek alapján a terv ebben a szakaszban már az volt, hogy a szülészeti ellátás során tapasztalt diszkrimináció témájában indít stratégiai eljárást az ERRC – vagyis ezen a (nyilvánvalóan létező és jelentős) problémakörön kellett fogást találni olyan módon, hogy

az rámutasson a roma nőket érő hátrányos megkülönböztetés rendszerszerűségére.

Az EBH által vizsgált ügyben és az összes hasonló történetben, amelyet Borsodban hallottunk, egy elem volt közös: a vajúdas-szülés során a kórházi dolgozók részéről méltatlan bánásmódot elszenvedő nők és kiskorú lányok mindannyian egyedül – pontosabban kísérő nélkül – voltak a szülőszobában, ami nyilvánvalóan fokozta kiszolgáltatottságukat, a jogorvoslatra való esélyeiket pedig drámaian csökkentette. Szüléskor a támogató szerepű kísérők jelenléte nyilvánvalóan nem csak a diszkrimináció fenyegetése miatt lehet fontos, illetve nem csak a hátrányos megkülönböztetésnek fokozottan kitétek számára – viszont az utóbbiak esetében, amint az a történetekből kiderült, eleve nehézséget okozhat annak biztosítása, hogy valaki legyen velük a szülőszobában. Sok anyától hallottuk, hogy eleve nem számíthattak arra, hogy valaki elkíséri őket, amikor szülni mennek (ami a kórházba való eljutást illeti: jellemző, hogy mentőt hívnak, egyéb megoldás hiányában), mivel a családtagjaik nem tudják szabaddá tenni magukat: a női hozzátartozókat jellemzően gondozási feladatok, a férfiakat pedig a prekárius munkafeltételek akadályozzák. Ebben a helyzetben segítséget jelenthetnének a dúlák (szüléskísérő asszonytársi segítők): a Magyarországi Dúlák Egyesület (MODULE) éppen ilyen kezdeményezést indított 2015-ben (a Norvég Civil Támogatási Alap támogatásával), amelyhez Borsodból is toboroztak résztvevőket, és amelynek keretében negyven hátrányos helyzetű (köztük 11 roma) nőt képeztek ki dúlának; a projekt során a jogtudatosság növelése és a betegjogok megismerése is fontos szerepet kapott.⁵⁸

A Borsodban végzett tényfeltárás során azonban még egy objektív tényezőre derült fény a vajúdas-szülő nők magára hagyatottságát illetően: arra, hogy a „megyei kórházban”, vagyis az EBH-ügyben is szereplő intézményben a kísérőknek „fizetni kell a ruháért”. Arról az egyszer használatos, higiéniai célú felszerelésről van szó, amelynek hivatalos elnevezése „zsilipruha” vagy „látogatói öltözék”: a sapkából, maszkból, felsőrészből, nadrágból és lábzsákból álló csomag a gyógyászati segédeszközöket forgalmazó üzletekben, patikákban, sőt babakelengyeboltokban is beszerezhető. Amint megtudtuk, a szóban forgó miskolci kórházban a házirend szerint a kísérők esetében a szülőszobába lépés feltétele a helyszínen 3000 forintért beszerezhető öltözék viselése. Miskolcon a he-

AZ ÍTÉLET SZERINT A HÁTRÁNYOS MEGKÜLÖNBÖZTETÉS VAGYONI HELYZET, TÁRSADALMI SZÁRMAZÁS ÉS AZ ANYASÁG (TERHESSÉG) MINT VÉDETT TULAJDONSÁG ALAPJÁN KÖZVETLEN MÓDON, A ROMA NEMZETISÉGHEZ VALÓ TARTOZÁS ALAPJÁN PEDIG KÖZVETETT MÓDON VALÓSULT MEG

lyi közvélemény számára nem volt ismeretlen ez a kórházi rendelkezés; ezt tükrözi, hogy a *Borsod Online* internetes hírportál 2013-ban riportot készített egy olvasói levél nyomán, mely *Apás szüléshez háromezer a beugró?* címmel jelenleg is elérhető.⁵⁹ Újságírói kérdésre a szülészeti osztályt vezető főorvos maga erősítette meg a gyakorlat létezését, elmagyarázva, hogy a kötelezően viselendő zsilipruháért alapítványi hozzájárulás címen kérnek 3000 forintot a kísérőktől – az összegről nyugtát is adnak –, továbbá megemlítve, hogy az öltözéket a családok egyéni úton (például patikában) is beszerezhetik és magukkal hozhatják a kórházba. 2015-ben viszont a B.-A.-Z. Megyei Kórház azt a tájékoztatást adta egy felmérés keretében⁶⁰ – a Társaság a Szabadságjogokért (TASZ) közérdekű adatigénylésére⁶¹ válaszolva –, hogy a zsilipruhát a kísérőknek térítésmentesen biztosítják, illetve kifejezetten ösztönzik a kísérők jelenlétét.⁶²

A „zsilipruha ügyet” illetően célzott információgyűjtésbe kezdünk, egészségügyi szakemberekkel is konzultálva. A kórházaknak jogukban áll házirendben, belső szabályzatban rendelkezni (sok egyéb mellett) a szülőszobában tartózkodó kísérőkkel szembeni higiénés elvárásokról, és – amint megtudtuk – e tekintetben igen változatos megoldásokat alkalmaznak a magyarországi kórházak. Van, ahol csak papucsot és tiszta váltóruhát kérnek, de sok helyen írják elő zsilipruha viselését, amelyet adott esetben a kórház (is) biztosít vagy a szülészeti osztályon elhelyezett automatából vásárolható meg. Ami miatt mégis különlegesnek tűnt a B.-A.-Z. Megyei Kórház megoldása, az a zsilipruha ára: a 3000 forint országos viszonylatban is kiugróan magas (a teljesség igénye nélkül végzett felmérésünk szerint 2016-ban egyik magyarországi szülészeten sem kértek ilyen magas összeget, még a fővárosi kórházakban is az 1000-1500 forintos ár volt a jellemző), és kétségkívül magas a kórház ellátási területén jelentős arányban élő hátrányos helyzetű családok anyagi lehetőségeihez mérten. (Megjegyezhető, hogy ehhez hasonló problémáról számol be egy Szerbiában és Macedóniában végzett, a roma nők szülészeti ellátással kapcsolatos tapasztalatait vizsgáló kutatásról szóló tanulmány: a kísérő jelenlétének akadályozása, illetve vállalhatatlanul magas díj megfizetéséhez kötése volt az egyik olyan aspektusa az ellátásnak, amellyel kapcsolatban különösen elégedetlenek voltak a megkerde-

zettek – akik arra is rámutattak, hogy a visszaéléseknek is kedvez, ha a vajúdo-szülő nő mellett nincs senki, aki támogatná az érdekei érvényesítésében.⁶³)

A kórház ellátási területén élő borsodi közösségek körében végzett tényfeltárás során egyre erősödő meggyőződésünk vált, hogy a zsilipruha ügyében lehetséges és érdemes stratégiai pert indítani. Az érintettek diszkriminatívnak érzik nemcsak a rendelkezést, de annak alkalmazását is: tudomásunkra jutottak olyan esetek, amikor egy roma nő kísérőjét – mondva csinálnak tűnő kifogásokra hivatkozva – akkor sem engedték be a szülőszobába, amikor az illető vállalkozott a zsilipruha kifizetésére, míg az ellenkezőjére is akadt példa, vagyis arra, hogy a kórházba készpénz nélkül érkező nem roma férj esetében ingyen odaadták a zsilipruhát. Különösen fontos szempont volt – az ügy legitimitását és a per remélt sikerét nézve egyaránt –, hogy a bírósági eljárásban

való tanúskodásra is akadtak stabil jelentkezők. Mindemellett fontosnak tartottuk, hogy nemcsak magának a diszkriminatív gyakorlatnak a megszüntetéséért teszünk jogi lépéseket, hanem ezáltal azt is segítjük, hogy a szülő anyák élni tudjanak az egészségügyről szóló törvényben (Eütv.)⁶⁴ biztosított jogukkal, vagyis el tudják érni, hogy az általuk választott kísérő bent lehessen velük a szülésnél, aki nem csupán támogatni tudja őket, de a jelenléte mintegy „védelmet” nyújt a visszaélések ellen is, mint például a zaklatás, a megalázó, diszkriminatív bánásmód – ugyanis, mint említettük, egyetlen olyan sérelmes esetet sem hal-

lottunk, amelynek során kísérő jelenlétében került volna sor diszkriminatív bánásmódra vajúdo vagy szülő roma nővel szemben.

A kereset

Fontos szempont volt az érintettekkel szembeni esetleges megtorlások kiküszöbölése, valamint annak hangsúlyozása, hogy itt egy szisztematikus, meghatározhatatlan számú, főként roma nőket érintő diszkriminatív gyakorlatról van szó, ezért az a megoldás tűnt a legmegfelelőbbnek, ha az ERRC az ügyben közérdekű érdekérvényesítőként lép fel. A keresetben azt szükséges valószínűsíteni, hogy az alperes kórház megsérti az egyenlő bánásmód követelményét, amikor akadályozza a kórházban szülő nőket – különös

tekintettel a roma nemzetiségű szülő nőkre – azon joguk gyakorlásában, hogy kísérőjük a szülés során mellettük lehessen. A „valószínűsítés” – akárcsak a fent ismertetett EBH-ügyben – itt is kulcsfogalom, ugyanis az Ebktv. értelmében diszkriminációs ügyekben a bizonyítási teher megfordul: a felperesnek csak valószínűsítania kell, hogy diszkrimináció történt, az alperes viszont csak bizonyítás révén mentheti ki magát a felperes állításai alól.⁶⁵

A rendelkezésre álló információk szerint egyértelműnek tűnt, hogy a B.-A.-Z. megyei kórház az osztályon szülő nőket anyaságuk (terhességük), társadalmi származásuk, illetve vagyoni helyzetük alapján közvetlenül hátrányosan megkülönbözteti, és mivel a kórház ellátotti területén élő (mély)szegény roma nőket aránytalanul nagy mértékben sújtja a rendelkezés, ezért őket közvetetten hozza hátrányos helyzetbe.

A kereseti kérelemben kifejtettük, hogy véleményünk szerint a kórház már az anyaság (terhesség) mint védett tulajdonság tekintetében is hátrányos helyzetbe hozza a szülő nőket a rendelkezése által, mégpedig úgy, hogy ugyanúgy kezeli a szülő nőket, mint a kórházban ellátott bármelyik beteget. Köztudott, hogy a betegek általában kiszolgáltatott helyzetben vannak, és a beteg–orvos/kórházi kiszolgáltató személyzet kapcsolatát az aszimmetria jellemzi. Amint arra az EBH már ismertetett (ugyanazzal a kórházzal szemben a fent említett zaklatási ügy tárgyában hozott) határozatában is rámutatott, ez a kiszolgáltatottság „különösen hangsúlyosan van jelen akkor, amikor egy nő világra hozza gyermekét”. Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) is hangsúlyozta állásfoglalásában, hogy a nők a szülés során különösen sebezhetőek, és hogy biztosítani kell a hozzáférést „a tiszteletteljes, hozzáértő és gondoskodó szülészeti ellátáshoz. Ez (egyebek mellett) magában foglalhatja a társas támogatás lehetőségét valamely választott segítő személyén keresztül”.⁶⁶ Ezt írja elő Eütv. is: 11. § (5) „A szülő nőnek joga van arra, hogy az általa megjelölt nagykorú személy a vajúdás és a szülés alatt folyamatosan vele lehessen.” Itt említhető még ugyanennek a paragrafusnak egy másik bekezdése is: 11. § (4): „A kiskorú betegnek joga van arra, hogy szülője, törvényes képviselője, illetőleg az általa vagy törvényes képviselője által megjelölt személy mellette tartózkodjon.” Ez utóbbi rendelkezés azért releváns az ügy szempontjából, mivel a vajúdó-szülő anyák között kiskorúak is előfordulhatnak, ők tehát „duplán” is jogosultak arra, hogy hozzátartozójuk velük lehessen a szülőszobában.

Mindezek mellett előadtuk azt is, hogy bizonyított tény, hogy a pszichés támogatás közvetlen pozitív hatással van a szülés kimenetelére. Ezt felismerve garantálja a jogalkotó azt a jogot, hogy a szülő/vajúdó

nő mellett az általa megjelölt nagykorú személy a vajúdás és a szülés alatt folyamatosan ott lehessen. Nyilvánvaló, hogy más betegeknél ez a lehetőség – hogy a beavatkozások során egy kísérő velük legyen – nem feltétlenül biztosítható, még megfelelő védőöltözet viselése esetén sem. Mivel azonban a szülő-vajúdó nőnek jogszabály biztosítja ezt a lehetőséget, nem lehet ugyanúgy kezelni a helyzetüket, mint bármely más betegét, ez ugyanis már önmagában az egyenlő bánásmód követelményének megsértését jelentheti. Ahogy az EJEB már korábban kimondta, az egyenlő bánásmód sérelme nemcsak akkor állapítható meg, ha összehasonlítható helyzetben lévő személyeket vagy csoportokat védett tulajdonságuk miatt hátrányosabb helyzetbe hoz egy intézkedés, hanem akkor is, ha különböző, lényegesen eltérő tulajdonságú személyeket vagy csoportokat azonosként kezel.⁶⁷

Kifejtettük tehát, hogy a kórház azon intézkedésével, hogy a zsilipruhat 3000 forint helyszíni megfizetése ellenében nyújtotta, közvetlenül korlátozott egy törvényben biztosított jogot, illetve hátrányos helyzetbe hozta a legszegényebb társadalmi rétegbe tartozó várandós nőket, akik nem tudták vállalni ezt a költséget, következképpen kénytelenek voltak egyedül szülni.

Az alperes a Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Központi Kórház és Egyetemi Oktatókórház, valamint jogelődje, a Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Kórház és Egyetemi Oktatókórház volt (vagyis itt is az EBH által vizsgált, a fent ismertetett ügyben szereplő „Szentpéteri kapui” kórházról volt szó). Az alperes intézmény jelenlegi formájában 2017. április 1-je óta létezik, két kórház összevonásával jött létre: az egyik a korábban említett jogelőd, a másik pedig a „Csabai kapui” vagy „MISEK” néven ismert Miskolci Semmelweis Kórház és Egyetemi Oktatókórház. (A korábban ismertetett, kényszersterilizációval kapcsolatos G. H.-ügyben az eljárás ez utóbbi kórház – a „MISEK” – ellen folyt a hazai bíróságok előtt.)

A jogelőd (Szentpéteri kapui) kórház szülészeti és nőgyógyászati osztálya 2015-ben (az intézmény elérhető éves beszámolóit közül az utolsó szerint) a harmadik legnagyobb volt Magyarországon az ágyszámot tekintve; „területi ellátási kötelezettsége” 160 megyei település vonatkozásában állt fenn. E városok és falvak nagyobb részében jelentős a hátrányos helyzetűek aránya – a régió (Észak-Magyarország) az Eurostat 2015-re vonatkozó adatai⁶⁸ szerint az EU-n belül az utolsó között áll a gazdasági fejlettség terén. A szegénységben élők körében pedig – amint azt a vonatkozó kormányzati dokumentum, a Nemzeti Társadalmi Felzárkózási Stratégia hatályos változata⁶⁹ is leszögezi – felülreprezentáltak a roma családok.

Bármiféle etnikai bontásban gyűjtött statisztikai adat nélkül is valószínűsíthető, hogy a B.-A.-Z. Megyei Kórházban évről évre sok roma nő szül. Ezzel kapcsolatban – és egyúttal emlékeztetve a fent ismertetett EBH-ügyre is – jegyezhető meg, hogy pont ennek a kórháznak a szülészeti-nőgyógyászati osztályát vezető főorvos, dr. Nagy Gábor jegyzi a hazai védőnők és szülésznők számára alapművet jelentő szakkönyv, *A várandósgondozás kézikönyve* legutóbbi kiadásában⁷⁰ a „Roma nők várandósgondozásának szociológia háttere” című fejezetet, amely körültekintően mutatja be a vonatkozó társadalmi jelenségeket, sőt az egyenlő bánásmód követelményére vonatkozó jogi normákat is átfogóan ismerteti. Vagyis a szerzőnek – aki osztályvezető főorvosként szerepet játszott az EBH által vizsgált zaklatási ügyben, valamint a bíróság előtt zajló zsilipruha ügyben – nyilvánvalóan ismernie kellett az őt körülvevő társadalmi valóságot, valamint az egészségügyi dolgozók magatartására vonatkozó szabályokkal is tisztában kellett lennie.

A zsilipruha ügyben az ERRC jogi képviselője Muhi Erika volt, aki részt vett az EBH előtt zajló, előzménynek tekinthető ügyben is, az ERRC megbízása alapján jogi képviselést nyújtva a panaszosnak.

A Miskolci Törvényszék ítélete⁷¹

Az ügy, amelyben a Miskolci Törvényszék 2018. október 15-én hozott ítéletet,⁷² még a „rég” Polgári Törvénykönyv alapján indult az egyenlő bánásmódhoz való személyiségi jog megsértése kapcsán.⁷³ A felperes által diszkriminatívnak minősített gyakorlat az „együttműködés” jogát érinti, amelyet az egészségügyről szóló törvény biztosít.

A B.-A.-Z. Megyei Kórház házirendje szerint a szülőszobában a vajúdó-szülő nők kísérői számára higiénés okokból kötelező az úgynevezett zsilipruha viselése. A per során a tényeket illető központi kérdés az volt, hogy a zsilipruhát pénz ellenében biztosította-e (illetve biztosítja-e jelenleg is) az alperes a szülő nőt kísérő hozzátartozóknak, valamint az, hogy be-mehetnek-e a szülőszobára azok a kísérők is, akik a zsilipruháért nem tudnak vagy nem kívánnak fizetni.

A kórház a per során vitatta, hogy kötelező lett volna 3000 forintot (vagy egyes információk szerint az utóbbi időkben már 5000 forintot) fizetni a zsilipruháért; az alapítványi támogatás állításuk szerint opcionális, továbbá tetszőleges mértékű volt.

A törvényszék szerint azonban az alperes által meghallgatni javasolt tanúk – akik mindannyian a kórház alkalmazásában állnak – nyilatkozatai által sem nyert bizonyítást, hogy a zsilipruhák átadását végző szülésznők valójában milyen tájékoztatást adtak az érintetteknek, illetve a kísérők hogyan értelmezheték a tájékoztatást. Továbbá az alperes nem jelentett be egyetlen olyan tanút sem, aki arról tett volna nyilatkozatot – a kórházban szülő nőként vagy hozzátartozóként –, hogy a kísérőnek alapítványi hozzájárulás fizetése nélkül biztosítottak volna zsilipruhát a szülészeti osztályon. Az ítélet utal a *Borsod Online* hírportál 2013-as, fentebb már említett cikkére is (amelyben a szülészeti osztályt vezető főorvos maga számol be arról a gyakorlatról, hogy 3000 forint alapítványi támogatást kérnek a zsilipruháért, és a befizetett összegről minden esetben nyugtát is adnak).⁷⁴

A törvényszék mindenben helyt adott kereseti kérelmünknek: megállapítása szerint az alperes és jogelődje megsértette az osztályon ellátott szülő nők egyenlő bánásmódhoz való személyiségi jogát azzal a magatartásával, hogy adott esetben „alapítványi hozzájárulás” ellenében tette csak lehetővé számukra azt a törvény által biztosított joguk gyakorlását, hogy kísérőjük jelenlétében vajúdjanak és szüljenek. Az ítélet szerint a hátrányos megkülönböztetés vagyoni helyzet, társadalmi származás és az anyaság (terhesség) mint védett tulajdonság alapján közvetlen módon, a roma nemzetiséghez való tartozás alapján pedig közvetett módon valósult meg (tekintettel arra, hogy a szegénységben élők körében felülreprezentáltak a romák, így ezt a csoportot nagyobb valószínűséggel érinti hátrányosan ez a kórházi gyakorlat).

A törvényszék az alperes azon védekezésének sem adott helyt, mely szerint 2018. január 1-jétől a miskolci kórházban – szakítva korábbi gyakorlatukkal – immár belső munkautasításban rögzített, 2500 forintban meghatározott térítési díjat kérnek a zsilipruhákért (egyéni beszerzett zsilipruha használatát pedig nem engedélyezik); sőt az ítélet jogsértőnek találja ezt az utasítást, és kifejezetten eltiltja az alperest az alkalmazásától. Továbbá az ítélet 5 millió forint közérdekű bírság megfizetésére kötelezi az alperest.

A kórház élt fellebbezési jogával, és a Debreceni Ítéltáblához fordult, amely 2019. január 24-én hozott ítéletet az ügyben. Az ítéltábla lényegét tekintve egyetértett az elsőfokú bíróság ítéletével, és a fellebbezést alaptalannak tekintette. Az ítéltábla kifejtette, hogy az elsőfokú bíróság helyesen állapította

AZ ÍTÉLET HANGSÚLYOZZA AZT AZ ELVET, MELY SZERINT NEM LEHET TÉRÍTÉSI DÍJHOZ, ANYAGI ELLENSZOLGÁLTATÁSHOZ KÖTNI EGY OLYAN JOG GYAKORLÁSÁT, AMELYET AZ EÜTV. BIZTOSÍT AZ EGÉSZSÉGÜGYI INTÉZMÉNYEK ELLÁTOTTJAI SZÁMÁRA

meg mind a közvetlen, mind pedig a közvetett diszkriminációt. Az ítélet elvi érveléssel szögezi le továbbá, hogy „az Eütv.-ben foglalt betegjogok biztosítása valamennyi egészségügyi szolgáltató kötelezettsége, így az ehhez szükséges tárgyi feltételeket is nekik kell megteremteniük, amelyért a betegről – a társadalombiztosítás alapján nyújtott egészségügyi szolgáltatások esetében – ellenértéket vagy felajánlást nem kérhetnek és nem is fogadhatnak el”.⁷⁵ Ennek az elvnek az implikációit az ítélet érzékletesen taglalja: „például minden fekvőbeteg-ellátásban részesült beteget megilleti a jog, hogy a kórházból történő távozásakor zárójelentést kapjon [...],⁷⁶ ezzel összefüggésben tőlük a zárójelentés elkészítéséhez szükséges papír beszerzésének vagy számítógépes rendszer üzemeltetésének fejében sem ellenérték, sem felajánlás nem követelhető és nem is fogadható el.” Az ítélet tehát hangsúlyozza, hogy a szülő nőnek törvény által biztosított joga van arra, hogy a vajúdáskor és a szülésnél egy felnőtt korú kísérő vele legyen, és amennyiben a kórház belső előírása szerint a kísérő csak zsilipruhában tartózkodhat a szülőszobában, akkor ezt a felszerelést a kórháznak térítésmentesen kell biztosítania.

Az ítélet tábla mindazonáltal úgy ítélte meg, hogy az eltiltás mellett már 2 millió forint közérdekű bírság kiszabása és megfizetése is elegendő visszatartó erő a további jogsértéstől, ezért a bírság díját leszállította.⁷⁷ Mivel a másodfokú ítélet ellen fellebbezésnek nincs helye, így ez az ítélet már jogerős és végrehajtható, függetlenül attól, hogy a Kúria előtt a kórház kér-e felülvizsgálatot.⁷⁸

A zsilipruha ügy fogadtatása

Az EBH által vizsgált szülészeti zaklatási ügyhöz képest a bíróság elé vitt zsilipruha ügy értelmezése nehezebbnek, értékelése pedig ellentmondásosabbnak bizonyult azokban a körökben is, amelyeket alapvetően támogatóknak feltételeztünk. Amikor ismerőseinkkel vagy a sajtó képviselőivel beszéltünk, elengedhetetlennek bizonyult az ügy kontextusát jelentő „párhuzamos valóság” lefestése. Jeleznünk kellett beszélgetőtársainknak, hogy a szóban forgó történetben a vajúdó-szülő anyák szerepében ne feltétlenül jól szituált harmincas-negyvenes nőket képzeljenek el, hanem sok esetben hátrányos helyzetű, mélyszegény, kirekesztettségben élő fiatal lányokat és nőket; az anyák potenciális kísérőinek szerepében pedig jellemzően ne férjüket-férfipartnerüket lássanak maguk előtt, hanem inkább a szülő nő (vagy lány) édesanyját, anyósát vagy sógornőjét. Ennek a gendertényezőnek főként a kifejezések használatát illetően volt némi, önmagában nem lényegi jelentősége: a szülé-

zeti zsilipruha ugyanis középosztálybeli körökben „kispapa szett” néven ismert (sőt a patikákban, a gyógyászati segédeszközöket árusító üzletekben, valamint a babakelengyeboltokban is sokszor ilyen elnevezéssel forgalmazzák a kórházak higiénés elvárásai szerint összeállított egységcsomagokat, és az eljárás során a kórház képviselői is sokszor így emlegették). Ám az ügy jelentőségének értékelését is befolyásolhatja, hogy kiket képzel a szülő nők kísérőinek szerepébe az illető – például a HVG Online portál szerkesztője, aki a Miskolci Törvényszék döntéséről beszámoló, azt érzékeltetően helyeslő rövid bejegyzésnek a következő címet adta: *Elégtétel kispapáknak*.⁷⁹ (Némi „jóindulatú szexizmust”, illetve patriarchális attitűdöket érezhetünk ebben a szerkesztői megoldásban, amely mintegy átkeretezi az ügyet azáltal, hogy a szülő nők kísérőhöz való jogának sérelme helyett a szülőszobába belépni kívánó férfiak – vélelmezett – jogkorlátozására helyezi a hangsúlyt.)

Sokak számára ma Magyarországon a szóban forgó 3000 forint legfeljebb apró bosszúságnak tűnik (tekintve egy szülés összköltségvetését egy jobb módú család számára), amire szót vesztegetni is kár. Annak felismerése pedig, hogy ez az összeg adott esetben tényleg vállalhatatlan terhet jelenthet valakinek, nem feltétlenül vezet együttérzéshez. Anekdotikus adalék egy aktivistától: amikor az egyik Facebook-csoportban, amelynek témája a kórházi szülés feltételeinek humánusabbá tétele, valaki közzétett egy posztot a zsilipruha ügyről, olyan reakciók kezdtek érkezni a csoport tagjai részéről (igaz, nem az aktivisták belső köréhez tartozóktól), hogy az adminisztrátorok – a csoport történetében először – a moderálás mellett döntöttek, és néhány kifejezetten rasszista (romaellenes) megjegyzést el is távolítottak. De még a mérsékelt hangvételben hozzászólók közül is többen kifogásolták, hogy „minek vállal gyereket, akinek háromezer forintja sincs”. Ennek az álláspontnak a megváltoztatására az az érv sem bizonyul hatékonynak, hogy a szülőszoba ajtajában álló kismama esetében már kész helyzetről van szó, nem családtervezési döntésről. Továbbá haszontalan lehet minden további fejtegetés arról, hogy amikor egy kórház pénzért kínálja a kísérők számára a házirendben előírt öltözéket, az a koncepció tekintetében nem azonos azzal a helyzettel, amikor egy boltban pénzért kínálnak pelenkát.

A kórház elleni gazdasági szankciók megítélése

Komolyan kellett vennünk azt a kifogást, amelyet a kórházra kiszabott bírság kapcsán vetettek fel többen – személyes és szakmai – környezetünkben az ítélet

híre hallatán. („Tényleg képesek voltatok a jelenlegi helyzetben megbírságotatni egy magyarországi kórházat?!”) A stratégiai pereskedés, illetve a közérdekű igényérvényesítés kapcsán valóban etikai kérdésként merül fel,⁸⁰ hogy helyes-e gazdasági szankciónak kitenni közszolgáltatást nyújtó intézményt jogsértés esetén, tekintettel arra, hogy a társadalom – adott esetben a jogaikban megsértettek – érdekeit aligha szolgálja, ha a szankció hatására megnehezül, esetleg ellehetetlenül az intézmény működése. Ugyanakkor szóltak erős érvek a bírságolás mellett is. Jelen ügyben a Debreceni Ítéltábla szerint *„nem lehet vita tárgya, hogy a közvetlen és a közvetett diszkrimináció olyan súlyos jogsértésnek minősül, amely a közérdekű bírság kiszabását megalapozza”,* amennyiben a közérdekű bírság *„a társadalom rosszállását fejezi ki, általános védekezésül szolgál a hasonló cselekményektől való visszatartás érdekében”.⁸¹*

Mindazonáltal, ahogy már említettük, a Debreceni Ítéltábla túlzottan magasnak találta és 2 millió forintba csökkentette az elsőfokú bíróság által 5 millió forintban meghatározott bírságot. A fellebbviteli bíróság mérlegelése szerint 2 millió forint már kellően jelentős összeg az a célt tekintve, hogy a kórház a jövőben tartózkodjon *„más, hasonlóan súlyos jogsértésektől”,⁸²* figyelembe véve azt a körülményt is, hogy a zsilipruhákért kért díj jövőbeni kiesése eleve negatívan érinti a kórház költségvetését.

De honnan lesz mostantól kezdve pénze a kórháznak a zsilipruhák beszerzésére? – vetődik fel óhatatlanul a gyakorlati kérdés. A válasz kapcsán ismét hangsúlyozandó egyfelől az a körülmény, hogy a kórház a korábban alapítványi támogatásként emlegetett 3000 forintnál, de még az azt követően bevezetett 2500 forint térítési díjnál is jelentősen olcsóbban be tudja szerezni a zsilipruhákat. Ami az alapítványi támogatás felhasználását illeti – bár hivatalos tudomásunk nincs a hozzájárulások hasznosításáról –, ehelyütt említendő meg egy Borsod megyei hírportál cikke 2017 májusából (vagyis abból az időszakból, amikor még a kórházi alapítvány számára kértek támogatást a családoktól a zsilipruháért) *Luxuslakosztály a miskolci szülészeten* címmel, melyből megtudhatjuk, hogy a szobában forgó kórházi alapítvány finanszírozásában „többcsillagos szállodai szobára” emlékeztető „VIP kórtermet” alakítottak ki (az osztályvezető főorvos nyilatkozata szerint *„az volt a cél, ha valaki belép ebbe a szobába, az első reakciója az legyen: hűha”*), ahol a gyermekágyas anyák a szülés utá-

ni napokat családjuk körében tölthetik, éjszakánként 20 000 forint ellenében.⁸³ Mindazonáltal például az a megoldás, hogy a kórház adományokból finanszírozza a zsilipruhát, nem lenne kifogásolható, ha ily

módon minden nőnek megkülönböztetés nélkül, ingyen biztosítanák. Megemlítendő, hogy egy helyi női civil szervezet, a Regina Alapítvány Miskolc például adománygyűjtéssel egybekötött kampányt indított 2016 őszén („Ugye te sem szeretnél egyedül lenni a szülőszobán?” elnevezéssel⁸⁴), amelynek során felhívták a közép-osztálybeli célközönség figyelmét arra a problémára, hogy a megyében élő családok egy része számára a zsilipruha költsége vállalha-

atlanul magas, és pénzadományt kértek látogatói öltözékek beszerzésére (csomagonként 850 forintot), amelyeket azután Miskolchoz közeli településeken osztottak szét rászoruló várandós anyák körében. Ezt a kezdeményezést azonban később ellehetetlenítette annak a kórházi szabálynak a bevezetése, mely szerint kívülről behozott zsilipruhában nem lehet a szülőszobába lépni (még akkor sem, ha eredeti, bontatlan gyári csomagolású), csak a helyben 2500 forintért megvásároltat fogadják el – ez a megoldás tovább erősítheti azoknak a gyanúját, akik szerint a szülőszobai „belépődíj” nemcsak a költségvetési hiány enyhítésére szolgál, de kontrolleszközt is jelenthet a kórház számára a nem szívesen látott kísérők kiszűrésére.

EPILÓGUS:

A BORSODI KÓRHÁZI ÜGYEK TÁGABB TÁRSADALMI VONATKOZÁSAI

A fentiekben ismertetett ügyeknek több olyan aspektusa is van, amely nem csak a Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Kórház ellátási területén élő szegény családokat, illetve a reprodukív korban lévő roma lányokat és asszonyokat érinti.

Ami a zsilipruha ügyet illeti, először is, amennyiben az ítéletet végrehajtják, annak gyakorlati hatása – vagyis az, hogy a kórház szülészeti osztályán nem kérhetnek pénzt a zsilipruháért a szülő nők kísérőitől – értelemszerűen nemcsak a szobában forgó védett tulajdonságok által meghatározott csoportokhoz tartozó családokat érinti, hanem az ott születő valamennyi gyermek édesanyját és hozzátartozóit is. Kiemelhető továbbá, hogy az ítélet hangsúlyozza azt az elvet, mely szerint nem lehet térítési díjhoz, anyagi

ellenszolgáltatáshoz kötni egy olyan jog gyakorlását, amelyet az Eütv. biztosít az egészségügyi intézmények ellátottjai számára. Az utóbbi években ez az elv jelent meg az alapvető jogok biztosának jelentéseiben a kórházi ellátásra szoruló gyermekeket kísérő szülők benntartózkodási lehetőségének biztosításáról és annak feltételeiről, aki legutóbbi, 2018-as jelentésében hangsúlyozta, hogy a gyermek mellett tartózkodás, a szülő és kiskorú gyermeke közötti folyamatos kapcsolattartás joga főszabályként nem köthető orvosi engedélyhez, valamint azt, hogy a (szülői benntartózkodással megvalósuló) folyamatos kapcsolattartás lehetőségét térítésmentesen kell biztosítani abban az esetben is, ha az érintett szülő nem kíván igénybe venni térítési díj megfizetéséhez kötött, magasabb szintű szolgáltatást (például ágyhasználat a felnőtt részére, külön szoba); vagyis önmagában a benntartózkodást nem lehet díjfizetéshez kötni. (A jelentés azt is rögzítette, hogy az egyenlő bánásmód követelményét sérti az apák és más férfi hozzátartozók teljes vagy részleges kizárása a kórházi benntartózkodás lehetőségéből.⁸⁵) A jelentésre prompt válasz érkezett: az egészségügyi államtitkár ígéretet tett, hogy megkezdik a felnőtt korú kísérők kórházi benntartózkodására vonatkozó szabályok és a finanszírozási háttér felülvizsgálatát, és a továbbiakban nem lesz díjfizetéshez köthető a benntartózkodás lehetősége.⁸⁶

Magyarországon egyébként az állami egészségügyi szolgáltatásokat igénybe vevők mindennapos tapasztalata, hogy fizetniük kell olyasmért, ami egyébként járna nekik. Köztudott, hogy sok kórházban maguknak az ellátottaknak kell gondoskodniuk az evőeszközökről vagy az alapvető higiénés kellékekről, és van olyan kórház, ahol a folyosón elhelyezett automatából vásárolhatnak (a bolti árnál jelentősen magasabb összegért) vécépapírt vagy újszülöttnek való pelenkát.⁸⁷ Másrészt megkerülhetetlen annak említése is, hogy Magyarországon aggasztó mértékű a korrupció az egészségügyben, különös tekintettel a hálapénz jelenségére. Egy 2018-ban kiadott jelentés szerint 35 európai ország közül Magyarország a második helyen áll – csak Albánia előzi meg – a tekintetben, hogy mennyire gyakran fizetnek a betegek „zsebbe” az orvosoknak,⁸⁸ és a hálapénz fizetésének jelensége különösen meghatározó a szülészeti ellátásban.⁸⁹

Visszatérve a zsilipruha ügyre, ugyancsak tágabb kör számára lehet fontos – figyelembe véve a kórházi szülés körül Magyarországon zajló társadalmi vitát (valamint a feltételek javítását célzó mozgósítást, például a Másállapotot a Szülészetben Mozgalom kezdeményezéseit⁹⁰) – a Miskolci Törvényszék ítéletének megállapítása, mely szerint „a szülés egy élettani folya-

mat, nem egy patológikus esemény, amely pszichés és szociális történet is egyben”⁹¹; ezzel összefüggésben pedig „a jogalkotó kifejezett szándéka volt, hogy az egészségügyi intézményeknek meg kell teremteni a lehetőséget, hogy a szülő nővel a vajúadás és a szülés folyamata alatt a szülőszobában egy kísérő lehessen, amennyiben a szülő nő ezzel a joggal élni kíván”.⁹² Az ítélet azt is hangsúlyozza, hogy „kifejezett társadalmi érdek fűződik”⁹³ ennek a jognak az akadálytalan gyakorlásához.

A szülés körülményeinek fontossága a kormányzati diskurzusban is megjelent, még hozzá demográfiai perspektívába helyezve. 2017 őszén Novák Katalin, az Emberi Erőforrások Minisztériumának család- és ifjúságügyért felelős államtitkára egy szakmai rendezvényen számolt be arról a tervről – részletek ismertetése nélkül –, hogy követelményrendszert hoznak létre, valamint forrásokat biztosítanak a kórházak számára a szülészeti osztályok „családbarát” működése érdekében. Az államtitkár kijelentette, hogy „az intézkedésnek az a célja, hogy a szülés pozitív élmény legyen minden szülő nő számára, hogy később ismét merjenek gyermeket vállalni”.⁹⁴ Erre jól rímel az a vélemény, amelyet Borsodban néhány héttel korábban egy kétgyermekes roma fiatalasszonytól hallottunk (aki negatív szülészeti tapasztalatai miatt nem is tervez már több gyermeket): „azért bánnak ott úgy velünk, hogy ne menjünk többet szülni.”

A tanulmányunkban ismertetett jogérvényesítési eljárások és azok stratégiai célkitűzései látszólag egybevágnak a kormányéval, azonban ahogy a fenti ügyek is mutatják, még rengeteg a kormányzati tennivaló, egészen addig, amíg minden nő biztos lehet abban, hogy szülészeti ellátása során tiszteletben tartják a méltóságát, egyéni szükségleteit, valamint abban, hogy megkülönböztetés nélkül élvezheti törvényben biztosított jogait.

JEGYZETEK

1. Lásd: www.errc.org.
2. AWID: Intersectionality: A Tool for Gender and Economic Justice, *Women's Rights and Economic Change*, 2004/9, https://www.awid.org/sites/default/files/atoms/files/intersectionality_a_tool_for_gender_and_economic_justice.pdf.
3. EQUINET: *Fighting Discrimination on Grounds of Race & Ethnic Origin – Summary Report*, Budapest, Office of the Commissioner for Fundamental Rights, 2016, 14., http://www.equineteurope.org/IMG/pdf/summary_report.pdf.
4. Helen L. WATSON – Soo DOWNE: Discrimination against childbearing Romani women in maternity care in Europe: a mixed-methods systematic review,

- Reproductive Health*, 2017, Article 1, <https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12978-016-0263-4>.
5. PÉNZES János – TÁTRAI Patrik – PÁSZTOR István Zoltán: A roma népesség területi megoszlásának változása Magyarországon az elmúlt évtizedekben, *Területi Statisztika*, 2018/1, 3–26, <http://www.ksh.hu/docs/bun/xfjp/terstat/2018/01/ts580101.pdf>.
 6. István KEMÉNY – Béla JANKY: Roma Population of Hungary, 1971–2003, in *Roma of Hungary*, ed. István KEMÉNY, New York, Columbia University Press, 2005.
 7. GYENEI Márta: A „stratégiai gyerek”, avagy miért nővekszik nálunk a csecsemőhalandóság, *Népszabadság*, 1998. november 14., <http://nol.hu/archivum/archiv-508290-304622>.
 8. A megnyilvánulást rögzítő videó elérhető: https://www.youtube.com/watch?v=x5fv_PMLD1c.
 9. 2003. évi CXXV. törvény az egyenlő bánásmódról és az esélyegyenlőség előmozdításáról (Ebkty.) 10. § (1).
 10. Legfelsőbb Bíróság, Kfv.II.37.551/2010/5.
 11. A Facebook-poszt elérhető: <https://www.facebook.com/novakelod/photos/a.159541990795117.40105.112879632128020/762687637147213/?type=1&theater>.
 12. SZIKRA Dorottya: Ideológia vagy pragmatizmus? Családpolitika az orbáni illiberális demokráciában, in *Lépték és ironia. Szociológiai kalandozások*, szerk. BOZÓKI András – FÜZÉR Katalin, Budapest, L'Harmattan – MTA Társadalomtudományi Kutatóközpont, 2018.
 13. FARKAS Lilla: A romajogi mozgalom à la Krúdy, *Fundamentum*, 2018/2–3, 144., <http://fundamentum.hu/sites/default/files/fundamentum-18-2-3-14.pdf>.
 14. Gisela BOCK: Racism and Sexism in Nazi Germany: Motherhood, Compulsory Sterilization, and the State, *Signs*, 1983/3, 400–421., <https://www.journals.uchicago.edu/doi/pdfplus/10.1086/493983>.
 15. ERRC: *Coercive and Cruel: A report by the European Roma Rights Centre. Sterilisation and its Consequences for Romani Women in the Czech Republic (1966–2016)*, Budapest, 2016, http://www.errc.org/uploads/upload_en/file/coercive-and-cruel-28-november-2016.pdf.
 16. Center for Reproductive Rights – Poradna pre občianske a ľudské práva: *Body and Soul: Forced Sterilization and Other Assaults on Roma Reproductive Freedom in Slovakia*, 2003, https://www.reproductiverights.org/sites/crr.civicactions.net/files/documents/bo_slov_part1.pdf.
 17. Siobhan CURRAN: Intersectionality and Human Rights Law: An Examination of the Coercive Sterilisations of Romani Women, *The Equal Rights Review*, 2016, 132–159., <https://www.equalrightstrust.org/ertdocumentbank/Intersectionality%20and%20Human%20Rights%20Law%20An%20Examination%20of%20the%20Coercive%20Sterilisation%20of%20Romani%20Women.pdf>.
 18. ERRC (15. vj.); Center for Reproductive Rights (16. vj.).
 19. Edit SZÉNÁSSY: Finding space for Romani women within the EU, in *The Future of the European Union: Feminist Perspectives from East-Central Europe*, ed. Eszter KOVÁTS, Budapest, Friedrich-Ebert-Stiftung, 2017, <https://library.fes.de/pdf-files/bueros/budapest/14210.pdf>.
 20. Lásd pl. *Ferenčíková Cseh Köztársaság elleni ügye*, 21826/10. számú kérelem, az EJEB 2011. augusztus 30-án kelt ítélete; *V. C. Szlovákia elleni ügye*, 18968/07. számú kérelem, az EJEB 2011. november 8-án kelt ítélete. További ügyek leírását lásd Gwendolyn ALBERT – Marek SZILVÁSI: Intersectional Discrimination of Romani Women Forcibly Sterilized in the Former Czechoslovakia and Czech Republic, *Health and Human Rights Journal*, 2017/2, 23–34., <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5739354/>.
 21. EJEB, *Dzurkova és mások Cseh Köztársaság elleni ügye*, 102/2016. számú beadvány.
 22. UN CEDAW: Views. Communication no. 4/2004. CEDAW/C/36/D/4/2004. 2006. augusztus 29.
 23. Adam WEISS – Judit GELLÉR: G. H. v Hungary: Victim Status in Cases of Forced Sterilisation, *Strasbourg Observers*, 2015. szeptember 14., <https://strasbourgobservers.com/2015/09/14/g-h-v-hungary-victim-status-in-cases-of-forced-sterilisation/#more-2971>.
 24. EJEB, *G. H. Magyarország elleni ügye*, 54041/14. számú kérelem, az EJEB 2015. július 2-ai döntése.
 25. SCIPIADES Erzsébet: Kik köttetnek el a petevezetéküket? – Elzárt közmunkásfalvak Borsodban, *168 Óra*, 2016. október 10., <https://168ora.hu/itthon/kik-kottetnek-el-a-petevezetekuket-elzart-kozmunkasfalvak-borsodban-2359>.
 26. CSEHI Zoltán: Elévülés a személyiségi jogok rendszerében, az új Ptk.-ra tekintettel, *In Medias Res*, 2016/1, 1–16., <http://media-tudomany.hu/wp-content/uploads/sites/13/2017/11/media-tudomany-elevules-a-szemelyisegi-jogok-rendszerben-az-uj-ptk-ra-tekintettel-cikk-103.pdf>.
 27. EJEB (21. vj.).
 28. SZÉNÁSSY (19. vj.).
 29. Mariya CHERESHEVA: „Roma Segregated” in Bulgarian Maternity Wards, *Balkan Insight*, 2017. december 18., <https://balkaninsight.com/2017/12/18/roma-segregated-in-bulgarian-maternity-wards-12-17-2017/>.
 30. EJEB, *ERRC Bulgária elleni ügye*, 151/2017. számú kollektív panasz. Elérhető az ERRC honlapján: <http://www.errc.org/cikk.php?cikk=4612>.
 31. Nemzeti és etnikai kisebbségi jogok országgyűlési biztosa: *Jelentés a Heves Megyei Önkormányzat Markbot Ferenc Kórház–Rendelőintézet Szülészeti és Nőgyógyászati Osztályán folytatott vizsgálatról*. Ügyszám: 1746/2003,

- 201., <http://www.kisebbségiombudsman.hu/data/files/101610622.pdf>.
32. BoOn.hu: „Színre szín” a B.-A.-Z. megyei kórház születetén?, *Borsod Online*, 2008. április 23., <http://www.boon.hu/sznre-szn-a-b-a-z-megyei-krbz-szlszetn/news-20080423-07321939>.
33. GÓCZA Anita: A szülészorvos viccesen megjegyezte, hogy jól odakozmált a gyereke, *HVG.hu*, 2017. május 13., [http://hvg.hu/elet/20170513_A_szuleszorvos_a_szules_utan_viccesen_megjegyezte_hogy_jol_odakozmalt_a_gyereke#utm_source=hvg_top&utm_medium=email&utm_campaign=newsletter2017.05.15&utm_content=top1&type-id=HvgTopHvg&user-id=%7B@\(%22@%22\)sid%7D](http://hvg.hu/elet/20170513_A_szuleszorvos_a_szules_utan_viccesen_megjegyezte_hogy_jol_odakozmalt_a_gyereke#utm_source=hvg_top&utm_medium=email&utm_campaign=newsletter2017.05.15&utm_content=top1&type-id=HvgTopHvg&user-id=%7B@(%22@%22)sid%7D); Kovács Bálint: Cigány asszonyoktól ugrik össze a gyomrunk, *Index.hu*, 2018. április 26., https://index.hu/kultur/2018/04/26/eljen_soka_regina_kritika_szivhang_szomolya_sajatszinhaz/.
34. A kutatás elsődleges eredményeit Neményi az alábbi kiadványban adta közre: NEMÉNYI Mária: *Cigány anyák az egészségügyben*, Budapest, Nemzeti és Etnikai Kisebbségi Hivatal, 1998. További tanulmányokat is megjelentetett a kutatás eredményeiről, pl. NEMÉNYI Mária: Terhesség, szülés, gyermekgondozás. Cigány anyák az egészségügy kapcsolatrendszerében, *Esély*, 1998/2, 20–56.; NEMÉNYI Mária: Testükbe zárva. A termékenységgel kapcsolatos női szerepviselkedések fiatal roma nők körében, in *Csoportkép nőekkel*, szerk. LÉNGYEL Zsuzsanna – SZÜGYI Zoltán, Budapest, Új Mandátum Könyvkiadó, 1999.
35. NEMÉNYI: *Cigány anyák* (34. vj.).
36. BODROGI Beáta: *Roma nők helyzete és lehetőségei a szülészeti ellátásban*, Budapest, Születésház Egyesület, 2016, http://www.szuleteshaz.hu/wp-content/uploads/2016/04/ROMA_final_online.pdf.
37. BODROGI (36. vj.) 23–24.
38. BODROGI (36. vj.) 10.
39. VITRAI József – BAKACS Márta – KAPOSVÁRI Csilla – NÉMETH Renáta: Szükségletre korrigált egészségügyi ellátás igénybevételének egyenlőtlenségei Magyarországon, *Lege Artis Medicinae*, 2010/8, 527–532, http://www.egeszsegmonitor.hu/dok/Igyenybevetele%20egyenlotlensegek_2010.pdf.
40. Az emberi jogi tényfeltárás gyakorlatáról lásd pl. Advocates for Human Rights and US Human Rights Network: *A Practitioner’s Guide to Human Rights Monitoring, Documentation and Advocacy*, 2011, http://www.theadvocatesforhumanrights.org/uploads/practitioners_guide_final_report.pdf.
41. Lásd Margaret L. SATTERTHWAITE – Justin C. SIMEONE: An Emerging Fact-Finding Discipline? A Conceptual Roadmap for Social Science Methods in Human Rights Advocacy, *New York University Public Law and Legal Theory Working Papers*, 2014, Paper 471, http://lsr.nellco.org/nyu_plltwp/471.
42. PÉNZES–TÁTRAI–PÁSZTOR (5. vj.).
43. „A védőnő másképp/rosszabbul bánik-e a roma nőkkel? Fejnyegeti-e a roma, illetve a szegény nőket azzal, hogy állami gondozásba helyeztetik a gyerekeket/születendő gyerekeket? A városi rendelőintézetbe való eljutás gondot okoz-e a szegény nőknek/családoknak (busz menetrendje, buszjegy ára)? A helyi önkormányzat nyújt-e ebben segítséget a szegény nőknek (pl. falugondnoki autóval való szállítás)?”
44. „Másképp/rosszabbul bánnak-e a roma nőkkel, illetve újszülöttekkel a kórházakban? Külön szobában/kórteremben helyezik-e el a roma nőket; ha igen, rosszabbak-e ezekben a szobákban a körülmények? Másképp/rosszabbul bánnak-e a roma nőkhöz-újszülöttekhez érkező látogatókkal? Kérnek-e (kikényszerítenek-e) az orvosok vagy nővérek hálapénzt a roma nőktől/családoktól, esetleg olyan dolgokért is, amelyekért a nem romáktól nem várnak hálapénzt?”
45. „Milyen módszerek elérhetőek a roma, illetve szegény nők számára – és milyen módszerek nem? Hallott-e olyanról, hogy egy roma nő nem kapott megfelelő tájékoztatást a családtervezési módszerekről, illetve nem kapott segítséget (kérelme ellenére) egy bizonyos módszer igénybe vételéhez? Hogy egy roma nőt a védőnő vagy a családsegítő szolgálat munkatársa rá akarta beszélni egy fogamzásgátlási módszerre? Hogy egy roma nőt rábeszéltek a védőnő (vagy más hatósági személy) a terhességmegszakításra? Hallott-e szabálytalanságokról terhességmegszakítások (pl. a terhesség harmadik hónapja után végzett terhességmegszakítások) kapcsán, roma nők esetében? Tud-e olyanról (akár régen, akár mostanában), hogy egy roma nőt a kérése/beleegyezése nélkül sterilizáltak? Illetve, tud-e »gyanusú« esetekről: amikor pl. egy kórházban lezajlott szülés vagy vetélés után egy roma nő nem esett teherbe többé, minden nyilvánvaló ok nélkül?”
46. A fókuszcsoport módszeréről lásd pl. Anita GIBBS: Focus Groups, *Social Research Update*, 1997/Winter, <http://sru.soc.surrey.ac.uk/SRU19.html>.
47. OBLATH Márton: A fókuszcsoport, in *Kvalitatív módszerek az empirikus társadalom- és kultúrakutatásban: Egyetemi tankönyv és szöveggyűjtemény*, szerk. FEISCHMIDT Margit – Kovács Éva, Budapest, ELTE BTK Művészetelméleti és Médiakutatási Intézet, 2007.
48. OBLATH (47. vj.).
49. FRA: *Second European Union Minorities and Discrimination Survey (EU-MIDIS II). Roma – Selected findings*, Luxembourg, Publications Office of the European Union, 2018, 41, http://fra.europa.eu/sites/default/files/fra_uploads/fra-2016-eu-minorities-survey-roma-selected-findings_en.pdf.
50. Lásd még BALOGH Lídia: Az Egyenlő Bánásmód Hatóság határozata szerint roma nemzetisége miatt zaklattak egy szülő nőt a B.A.Z. Megyei Kórházban, *JTI Blog*, 2017. február 6., <http://jog.tk.mta.hu/blog/2017/02/az-egyenlo-banasmod-batosag-roma-zaklattak-szulo-not>.

51. Egyenlő Bánásmód Hatóság, EBH/349/2016, 2016. december 15.
52. Ebktv. 10. § (1).
53. Egyenlő Bánásmód Hatóság (51. vj.) 4.
54. Egyenlő Bánásmód Hatóság (51. vj.) 1.
55. ERRC: Romani Woman Harassed by Racist Hospital Staff during Childbirth Wins Case, 2017. január 18., <http://www.errc.org/article/romani-woman-harassed-by-racist-hospital-staff-during-childbirth-wins-case/4543>.
56. Lásd: <https://www.egyenlobanasmod.hu/hu/jogeses/ebb3492016>.
57. EBH: „Ti csak a pénzért szültök!”, in *Tájékoztató az Egyenlő Bánásmód Hatóság 2016. évi tevékenységéről, valamint az egyenlő bánásmódról és az esélyegyenlőség előmozdításáról szóló 2003. évi CXXV. törvény alkalmazásának tapasztalatairól*, Budapest, Egyenlő Bánásmód Hatóság, 2017. https://egyenlobanasmod.hu/sites/default/files/tajekoztatok/TEBH_Tajekoztato_2016_web.pdf.
58. Magyarországi Dúlák Egyesülete: *Létkérdések projekt – zárótanulmány. NCTA-2015-11018-B, 2015. március 1. – 2016. április 30.*, <https://drive.google.com/file/d/0B5eAceNvszE1ME8yM1hNY09BTDA/view>.
59. É. M. – Sz. K.: Apás szüléshez háromezer a beugró? *Borsod Online*, 2013. január 21., <http://www.boon.hu/apas-szuleshez-haromezer-a-beugro/2173234>.
60. Lásd: <http://gyerekekkelvagyonok.tasz.hu/itt-a-tasz-nagy-korhaztesztjenek-eredmenye/>.
61. Az adatkérő lap elérhető: http://m.cdn.blog.hu/at/ataszjelenti/file/adatkeror_korhazak.pdf.
62. Lásd: a közérdekű adatigénylésre küldött választ: <https://drive.google.com/file/d/1a74WvwBwq0Rmy46Jg8Lvaf3IhRPBMUq/view?usp=sharing>. (A dokumentum a TASZ honlapján már nem elérhető.)
63. TERESA JANEVIC – POOJA SRIPAD – ELIZABETH BRADLEY – VERA DIMITRIEVSKA: „There’s no kind of respect here”: A qualitative study of racism and access to maternal health care among Romani women in the Balkans, *International Journal for Equity in Health*, 2011, Article 53, <https://doi.org/10.1186/1475-9276-10-53>.
64. 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről (Eütv.).
65. Ebktv. 11. §.
66. WHO: Az intézményi szülés során a nőkkel szemben megnyilvánuló tiszteletlen és durva bánásmód megelőzéséről és megszüntetéséről: Az Egészségügyi Világszervezet állásfoglalása (2014), https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_hun.pdf.
67. EJEB, *Thlimmenos Görögország elleni ügye*, 34369/97. számú kérelem, az EJEB 2000. április 6-án kelt ítélete, § 44.
68. Eurostat: 2015 GDP per capita in 276 EU regions, *Eurostat Newsrelease*, 2017/52, <https://ec.europa.eu/eurostat/documents/2995521/7962764/1-30032017-AP-EN.pdf/4e9c09e5-c743-41a5-af8-eb4aa89913f6>.
69. EMMI Szociális és Társadalmi Felzárkózásért Felelős Államtitkárság: *Magyar Nemzeti Társadalmi Felzárkózási Stratégia II. Tartósan rászoruló – szegény családban élő gyermekek – romák (2011–2020). Frissített változat*, Budapest, Emberi Erőforrások Minisztériuma, 2014. szeptember, https://www.kormany.hu/download/1/9c/20000/Magyar%20NTFS%20II%20_2%20mell%20_NTFS%20II.pdf.
70. NAGY GÁBOR: Roma nők várandósgondozásának szociológiai háttere, in *A várandósgondozás kézikönyve*, szerk. PAPP ZOLTÁN, Budapest, Medicina Könyvkiadó, 2016.
71. Lásd még BALOGH LÍDIA: Zsilipruha pénzért – A Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Kórház megsértette a szülő nők egyenlő bánásmódhoz való jogát, *JTI Blog*, 2018. november 1., <https://jog.tk.mta.hu/blog/2018/11/zsilipruha-penzert>.
72. Miskolci Törvényszék, 10.P.22.249/2017/19. Anonimizált változata elérhető az ERRC honlapján: http://www.errc.org/uploads/upload_en/file/5102_file1_hungary-miskolc-court-decision-october-2018.pdf.
73. 1959. IV. törvény a Magyar Köztársaság Polgári Törvénykönyvéről, 76. §.
74. É. M. – Sz. K. (59. vj.).
75. Miskolci Törvényszék (72. vj.) 7.
76. Eütv. 24. § (1) d); 137. § a).
77. Debreceni Ítéltábla, Pf.I.20.749/2018/8. Anonimizált változata elérhető az ERRC honlapján: http://www.errc.org/uploads/upload_en/file/5106_file1_anonymised-version-of-the-judgment-in-hungarian-2018.pdf.
78. A kézirat lezárásának időpontjában még nyitva állt a kúriai felülvizsgálati kérelem benyújtásának határideje.
79. HVG: Elégtétel kispapáknak, *HVG.hu*, 2018. november 7.
80. Lásd pl. Jeroen LUYTEN – Yvonne DENIER: Explicit Cost-Effectiveness Thresholds in Health Care: A Kaleidoscope, *Social Justice Research*, 2018, <https://doi.org/10.1007/s11211-018-0322-9>.
81. Debreceni Ítéltábla (77. vj.) 10. (Az indokolás ezen részének hivatkozása: *Bírósági Határozatok*, 1991/9, 353.)
82. Uo. 10.
83. N. SZÁNTÓ RITA: Luxuslakosztály a miskolci szülészeten, *Borsod Online*, 2017. május 1., <http://www.boon.hu/luxuslakosztaly-a-miskolci-szuleszetem/3464351>.
84. A felhívást lásd: <https://www.facebook.com/reginamiskol/photos/a.572579269570512.1073741829.505907942904312/627779374050501/?type=3&theater>.
85. AJBH: Az alapvető jogok biztosa a kórházi ellátásra szoruló gyermekeket kísérő szülők benttartózkodási lehetőségének biztosításáról és feltételeiről, 2018. december 5., <https://www.ajbh.hu/kozlemenyek/-/content/qzyKPkTyQAvm/az-alapveto-jogok-biztosa-a-korhazi>

- ellátásra-szoruló-gyermekeket-kisero-szulok-benntartozkodasi-lehetosegenek-biztositasarol-es-felteteleiről.*
86. AJBH: A kórházi ellátásra szoruló gyermekeket kísérő szülők benntartózkodásának lehetősége: a biztos ajánlások nyomán a minisztérium komoly változtatásokat ígért, 2019. február 12., <https://www.ajbh.hu/-/a-korbazi-ellatasra-szorulo-gyermekeket-kisero-szulok-benntartozkodasanak-lehetosege-a-biztos-ajanlasi-nyoman-a-miniszterium-komoly-valtoztatásokat-i?inberitRedirect=true&redirect=%2F>.
87. HVG: Vécépapír-automata és egyéb csodák a magyar egészségügyben, *HVG.hu*, 2018. augusztus 2., https://hvg.hu/gazdasag/20180802_Vecepapirautomata_es_egyeb_csodak_a_magyar_egeszsegugyben.
88. Health Consumer Powerhouse: *Euro Health Consumer Index 2018 Report*, 2019, <https://healthpowerhouse.com/media/EHCI-2018/ehci2018-indicators/4.5%20Q16%202018%20Under-the-table%20money%20to%20doctors%20190104.xlsx>.
89. JUHÁSZ Borbála – SÁGI Mirjam: *Keresd a nőt! Korruptió a társadalmi nemek szempontjából – különös tekintettel a nők elleni erőszakra és a szülészeti hálapénzre*, Budapest, Transparency International – Magyar Női Érdekérvényesítő Szövetség, 2019, https://transparency.hu/wp-content/uploads/2019/03/keresd_a_not.pdf; Nicholas RUBASHKIN – Imre SZEBIK – Petra BAJI – Zsuzsa SZÁNTÓ – Éva SUSÁNSZKY – Sarawathi VEDAM: Assessing quality of maternity care in Hungary: expert validation and testing of the mother-centered prenatal care (MCPC) survey instrument, *Reproductive Health*, 2017, 152.
90. Lásd: <https://www.facebook.com/masallapotot/>.
91. Miskolci Törvényszék (72. vj.) 78.
92. Uo. 7.
93. Uo. 9.
94. MUNK Veronika: Családbarát szülészeteket hoz létre a kormány, *Index.hu*, 2017. szeptember 21., https://index.hu/belfold/2017/09/21/csaladbarat_szuleszeteket_hoz_letre_a_kormany/.