



PÉCSI TUDOMÁNYEGYETEM
UNIVERSITY OF PÉCS

AZ EGÉSZSÉGÜGY ÉS A JOG KAPCSOLATA



Szerkesztette:
KAPPEL GERGELY
KIS KELEMEN BENCE
POZSÁRKÓ ANDRÁS



**Pécsi Tudományegyetem Állam- és Jogtudományi Kar
Óriás Nándor Szakkollégium**



Az egészségügy és a jog kapcsolata



Pécs, 2020

Szerkesztette:

**Kappel Gergely
Kis Kelemen Bence
Pozsárkó András**

**A kötetet lektorálták: Csoknya Tünde Éva, Hengl Melinda, Kis Kelemen Bence,
Mészáros Pál, Mohay Ágoston (PTE ÁJK) és Pál Előd (Sapientia EMTE)**

ISBN 978-963-429-526-6

**© Szerkesztők, szerzők, 2020
© PTE ÁJK Óriás Nándor Szakkollégium, 2020**

**Kiadja a Pécsi Tudományegyetem Állam-és Jogtudományi Kar Óriás Nándor
Szakkollégiuma.**

Székhely: 7622 Pécs, 48-as tér 1.

**Felelős kiadó: Dr. Fábrián Adrián, dékán
Pécs, 2020**

Technikai szerkesztő, fedélterv: www.netglobal.hu

**Jelen könyvet, illetve annak részeit a kiadó előzetes írásos engedélye nélkül tilos
reprodukálni, adatrögzítő rendszerben tárolni, bármilyen formában vagy eszköz-
zel – elektronikus vagy más módon közölni.**

**Készült az Emberi Erőforrások NTP-SZKOLL-19-0022 sz. Nemzeti Tehetség
Program pályázat keretében.**



**EMBERI ERŐFORRÁSOK
MINISZTERIUMA**



Tartalomjegyzék

Szerkesztői előszó	7
Balla Bulcsú: Kártérítési felelősség a román egészségügyi törvény rendszerében	9
D. Horváth Vanessza – Móczi Korina: Az orvos jogállása az ókori Rómában	23
Fuchs Vivien: A letartóztatás és a szabadságvesztés káros egészségügyi hatásai	43
Kovács Bence Zsolt: Az abortusz szabályozása Romániában jogtörténeti szempontból	53
Lukács Viktória: A tájékoztatáshoz való jog szerepe az egészségügyben, különös tekintettel a tájékozott beleegyezés elvére	65
Martin Márton: Szilánkok az orvosi műhibaperek köréből	81
Molnár Bálint István: Az egészségügy finanszírozása Magyarországon 1990-től 2010-ig	97
Nagy Gellért: Anyanyelvhasználat az egészségügyben	109
Németh Bettina: A COVID-19 világjárvány és az államok nemzetközi felelősségének kérdése	121
Schubert Bálint: Az orvosi személyzet szerepe a humanitárius nemzetközi jogban	131

Szerkesztői előszó

A Pécsi Tudományegyetem Állam- és Jogtudományi Kar Óriás Nándor Szakkollégiuma a pécsi jogi kar legkiválóbb hallgatóinak önszerveződő csoportja. A szakkollégium célja és rendeltetése az, hogy a tagok szakmai fejlődésében segítséget nyújtson, hozzásegítse a tagokat korszerű és magas színvonalú elméleti és gyakorlati tudás megszerzéséhez, és egyidejűleg pozitív közösségi élményekkel gazdagítsa tagjainak életét, valamint társadalmi szerepvállalás keretében támogassa a rászorulókat és egyúttal fejlessze a hallgatók szociális érzékenységét. A Szakkollégium négy tagozatban folytatja tevékenységét: Bűnügyi, Civilisztika, Elméleti-történeti és Közjogi tagozat.

A jelen kötet az Emberi Erőforrások NTP-SZKOLL-19-0022 sz. Nemzeti Tehetség Program pályázati projekt keretében készült, amelyben a Szakkollégium arra vállalkozott, hogy egy egyéves kutatás során különböző szempontokon keresztül vizsgálja az egészségügy és a jog kapcsolatát, amelyhez remek alapot ad a Szakkollégium négy tagozatában, mint műhelyekben folyó szakmai munka. A kötetbe azonban nem csak az Óriás Nándor Szakkollégium tagjai, hanem a pécsi jogi kar egy nem szakkollégista hallgatója, valamint a kolozsvári Collegium Iuridicum szakkollégistái is küldtek írásokat. A Collegium Iuridicum hallgatói a két szakkollégium között formálódó, és reményeink szerint egyre intenzívebbé váló együttműködés okán kaptak lehetőséget a kötetben történő publikálásra.

A tanulmányok számos különböző témát dolgoznak fel, amelyek között az összekötő kapcsot az egészségügy jogi dimenziói jelentik. Szerzőink vizsgálták többek között az orvosok jogállását az ókori Rómában, az egészségügy finanszírozás Magyarországi történetét 1990 és 2010 között, a tájékoztatáshoz való jog szerepét az egészségügyben, az orvosi műhibaperek perjogi kérdéseit, a letartóztatás esetleges egészségkárosító hatásait, az orvosi személyzet védelmét fegyveres konfliktusokban és a koronavírus okozta világvjárvány és az államfelelősség kapcsolatát. Ezek mellett olyan írások is helyet kapnak a kötetben, melyek az anyanyelv használatát vizsgálják az egészségügyben Romániában, vagy éppen az abortusz szabályozásának romániai jogtörténetét vagy a román egészségügyi törvény szerinti kártérítési felelősség problémáját tárják fel.

Bízunk benne, hogy a kötettel hozzájárulunk egy olyan komplex és sok vitás kérdést felvető kapcsolatrendszer bemutatásához és jobb megértéséhez, mint az egészségügy és a jog egyes kapcsolódási pontjai.

Szeretnénk köszönetet mondani minden szerzőnek, lektornak és a Collegium Iuridicum tagjainak és vezetőségének. Reméljük, hogy e kötet hozzájárul az egészségügy és a jog problémakörének árnyalt szakmai elemzéséhez.

Kelt Pécssett, 2020. május 24. napján

A szerkesztők

Kártérítési felelősség a román egészségügyi törvény rendszerében

I. Az egészség, egészséghez való jog fogalma

A modern orvostudomány az egészséget úgy definiálja, mint a test összes fiziológiai, mentális és érzelmi funkciójának normális állapotát.¹ Az egészségügyi ellátáshoz, illetve az egészséghez való jog olyan alapvető emberi jognak minősül, ami szoros összefüggésben van más alapvető jogokkal és túlmutat az emberi szervezet normális működésén, mint ilyen több nemzetközi dokumentumban is meghatározott. Az Egészségügyi Világszervezet Alkotmányának preambuluma szerint az egészség „a testi, szellemi és szociális teljes jólétnek állapota és nemcsak betegség vagy fogyatékosság hiányából áll”, amelynek megteremtésére minden aláíró államnak törekednie kell. Az Emberi Jogok Egyetemes Nyilatkozatának 25. cikke szerint minden személynek joga van a maga és családja egészségének és jólétének biztosítására alkalmas életszínvonalhoz, ami magába foglalja az élelemhez, ruházathoz, lakáshoz, orvosi gondozáshoz való hozzájutást és a szociális védelemben való részesülést. Az Európai Unió Alapjogi Chartája a 35. cikkben előírja, hogy bármely személynek joga van megelőző egészségügyi ellátás igénybevételéhez, továbbá orvosi kezeléshez és az uniós politika és tevékenység meghatározása és végrehajtása során biztosítani kell az emberi egészség védelmének magas szintjét. „A Gazdasági, Szociális és Kulturális Jogok Nemzetközi Egyezségokmánya 12. cikkének (1) bekezdése szerint a részes államok elismerik a személyek jogát arra, hogy a testi és lelki egészség lehető legmagasabb szintjét élvezzék. Az előbb említett cikk (2) bekezdése előírja: „Az Egyezségokmányban részes államok által a jog teljes megvalósítása érdekében teendő intézkedéseknek különösen az alábbiakra kell kiterjedniük:

- a) a halvaszületés, a csecsemő-halálozás csökkentése, valamint a gyermekek egészséges fejlődése érdekében szükséges intézkedések;
- b) a környezet és az ipar egészségügyének minden vonatkozásban történő megjavítása;
- c) a járványos, helyileg rendszeresen előforduló járványos és foglalkozási, valamint más megbetegedések megelőzése, gyógyítása és ellenőrzése;
- d) olyan feltételek megteremtése, amelyek megbetegedés esetén mindenki számára biztosítják az orvosi ellátást és kezelést.

I.1. Az egészség oltalmazásához való jog Románia Alkotmányában

Romániában az egészség oltalmazásához való jogot az alkotmány 34. cikkének (1) bekezdése garantálja, melynek biztosítása a (2) bekezdés szerint az állam feladata.²

¹ Octavian Popescu: Dreptul la sănătate și sănătatea acestui drept [Az egészséghez való jog és a jog egészsége]. Institutul Român pentru Drepturile Omului, Bukarest 2007. 27 o.

² Románia Alkotmánya, 34. cikk: (1) Az egészség oltalmazásához való jog garantált. (2) Az állam köteles intézkedéseket foganatosítani a higiénia és a közegészség biztosítására.

Az egészség oltalmazásához való jog azonban nem biztosítható, csak más a Románia Alkotmánya által biztosított alapjogokkal: az élethez és a fizikai és pszichikai integritáshoz való jog (22. cikk), Az intim, a családi és a magánélethez való jog (26.cikk), az információhoz való jog (31. cikk), az egészséges környezethez való jog (35. cikk), a munkához és a munka szociális védelméhez való jog (41. cikk) valamint a fogyatékos személyek védelmét előíró 50. szakasszal szoros kapcsolatban. Így szabályozva az egészségügyi ellátáshoz való jog azon kívül, hogy alapvető emberi jognak számít, egy olyan követelési jognak is tekinthető, amely keretén belül az állam köteles az alaptörvény 34. cikke által előírt, illetve nemzetközi dokumentumokban vállalt az egészség oltalmazását érintő kötelezettségeit teljesíteni.³

II. Az egészségügy megreformálásáról szóló törvény

Az egészségügyi rendszer megszervezése az egészségügyi reformról szóló 2006. évi 95. törvény előírása által valósul meg. Az első címben „Közegészségügy”, a közegészségügyet az (1) cikk társadalmi érdekű célkitűzésnek nyilvánítja. A közegészségügyi tevékenységeket az állami költségvetésből, az Egységes Nemzeti Egészségbiztosítási Alap költségvetéséből, helyi költségvetésekből, saját bevételekből, visszafizetendő és vissza nem térítendő külső alapokból, harmadik felekkel kötött szerződésekből, és adott esetben a közvetlen kifizetésekből, valamint a személyes hozzájárulásokból finanszírozzák. A közegészségügyi rendszer egyik alkotóeleme az egészségügyi ellátás, melynek célja ez az egészséghez szükséges feltételek előmozdítása, a betegségek megelőzése és az életminőség javítása. Az egészségügyi ellátást az állam garantálja és finanszírozza az állami és a helyi költségvetésből. Az 1. cikk kimondja továbbá az Egészségügyi Minisztérium, mint központi hatóság szerepét az egészségügy területén. Az Egészségügyi Minisztérium mellett a közegészségügyi ellátás biztosításáért területi közegészségügyi igazgatóságok is felelnek. A közegészségügy⁴ védelme a központi és a helyi közigazgatási hatóságok kötelessége. Az 5. cikk szerint a közegészségügy fő funkciói: állami egészségbiztosítási politikák, stratégiák és programok kidolgozása, a népesség egészségi állapotának nyomon követése és elemzése, járványügyi megfigyelés, betegségek megelőzése és ellenőrzése, a közegészségügyi szolgáltatások minőségének biztosítása, járványmegelőzés, ideértve a járványügyi riasztási állapot felállítását is, a lakosság védelme a környezeti kockázatokkal szemben, információ terjesztés és oktatás az egészségfejlesztés érdekében, a közösségi partnerek mozgósítása az egészségügyi problémák azonosításához és megoldásához, az egészségügyi szolgáltatások minőségének, eredményességének, hatékonyságának és elérhetőségének értékelése, a közegészségügyi prioritások in-

³ Cristina Teodora Pop: Dreptul la sănătate [Az egészséghez való jog]. 4-5. o. <https://www.dreptulmedical.ro/wp-content/uploads/2018/01/Dreptul-la-sanatate-Cristina-POP-6.pdf> (2020. 04. 18.)

⁴ A közegészségügy alatt a lakosság egészségi állapotát értjük az azt meghatározó tényezőkkel kapcsolatban: társadalmi-gazdasági, biológiai, környezeti, életmód, egészségügyi szolgáltatások nyújtása, az egészségügyi szolgáltatások minősége és elérhetősége.

tegrálása a nemzeti politikákba és stratégiákba, valamint az ágazati fejlődés stratégiába, a katasztrófákra vagy a lakosság életét és egészségét fenyegető veszélyekre való reagálási képesség biztosítása, ideértve a személyek és az áruk mozgására vonatkozó korlátozások bevezetését. A 11. cikk tartalmazza a közegészségügy alapjául szolgáló alapelveket, amelyek a következők:

- a) a társadalom felelőssége a közegészségügyért;
- b) a népességcsoportokra és az elsődleges megelőzésre összpontosítás;
- c) az adott időben rendelkezésre álló legjobb tudományos bizonyítékokon alapuló döntések;
- d) együttműködés a lakossággal, valamint a központi és a helyi hatóságokkal
- e) a közegészségügyi rendszer decentralizálása;
- f) a katasztrófákra és vészhelyzetekre való reagálási képesség növelése, ideértve az éghajlatváltozás által okozott katasztrófákat is;
- g) az egészségügy ágazatközi megközelítése valamennyi intézmény összehangolt fellépése révén a lakosság egészségének javítása érdekében;
- h) az egészségügyi intézményekben, valamint az ellátást végző személyzetben, a nemzeti kisebbség nyelvét ismerő személyek biztosítása azokban az adminisztratív területi egységekben, ahol a nemzeti kisebbségek állampolgárai a népesség több mint 20% -át teszik ki, vagy számuk eléri legalább az 5000 főt.

A közegészségügyi rendszer hatóságai az Egészségügyi Minisztérium és más intézmények. Az Egészségügyi Minisztérium normatív aktusokat ad ki a közegészségügy területén, és jóváhagyja más minisztériumok közegészségügyet érintő rendeleteit. A normatív aktusok által érintett területek között a következő területek találhatók: egészségfejlesztés, élelmiszerminőség, higiénia biztosítása az egészségügyi intézményekben, laboratóriumi szolgáltatások, vérátömlesztés biztonsága, stb. Az Egészségügyi Minisztérium fő feladatait és felelősségét a 16. cikk (1) bekezdése szabályozza. A megyei és a bukaresti közegészségügyi igazgatóságok az Egészségügyi Minisztérium decentralizált részei. Az intézmények vagy közegészségügyi központok regionális vagy nemzeti közintézmények. A megyei és a bukaresti közegészségügyi igazgatóságok hatáskörének felsorolása a 17. cikk (2) bekezdésében található. A közegészségügyi igazgatóságok alárendeltségében működnek a közegészségügyi egységek a kijelölt területükön, kivéve a nemzeti érdekű állami egészségügyi egységeket. Az egészségügyi szolgáltatások minőségének, a közegészségügynek, valamint a gyógyszeriparnak és az orvostechnikai eszközöknek az ellenőrzését az egészségügyi miniszter által rendelettel felhatalmazott személyzet végzi.⁵

Az egészségügyi reformról szóló 2006. évi 95. törvény 320. cikkével kapcsolatosan

⁵ Ion Turcu: Dreptul sănătății. Frontul comun al medicului și juristului [Az egészséghez való jog. Az orvos és a jogász közös frontja]. Wolters Kluwer, Bukarest 2010. 56-60. o.

felmerült több jogi probléma is. A törvény 2006. április 28-án jelent meg Románia Hivatalos Közlönyében, hatálybalépése több lépésben valósult meg: az egyes címek eltérő időpontban való hatálybalépését Romániának az Európai Unióhoz való csatlakozása is befolyásolta.⁶ Több kiegészítés után az egészségügyi reformról szóló törvény 2015-ben ismét publikálásra került Románia Hivatalos Közlönyében a 2011. évi 77. Sürgősségi Kormányrendelet jóváhagyására elfogadott 2015. évi 184. törvény alapján.

II.1. A törvény kapcsán felmerült kérdések

A 2006-ban publikált (majd később többször módosított és kiegészített) törvény-szöveg 320. cikkének első bekezdésének szövege szerint: „Azok a személyek, akik cselekedeteikkel károsítják egy másik személy egészségét, valamint a saját személyük egészségét is saját hibából, a törvény alapján felelnek, és kötelesek az egészségügyi szolgáltatóknak okozott károkat kijavítani, amelyek a nyújtott egészségügyi ellátás tényleges költségeit tükrözik. A tényleges költségeket tükröző összegeket az egészségügyi szolgáltatók behajtják. Ezen összegek behajtását célzó viták esetén az egészségügyi szolgáltatókra átruházódnak az egészségbiztosító társaságok eljárási jogai és kötelezettségei és megszerzik ezek eljárási minőségét a bíróságok előtt folyamatban lévő perekben és keresetekben, a tárgyalási fázistól függetlenül.” Ha értelmezni próbáljuk a törvénysszöveget, világosan kitűnik, hogy testi sértés okozása esetén, amely egészségügyi ellátást igényel, a nyújtott ellátás költségét az okozó köteles megfizetni. A szöveg rendelkezése szerint, ha egy személy más személy okozta okból kényszerül ellátásra, akkor az okozó köteles megtéríteni az egészségügyi ellátás értékét, ugyanakkor, ha egy személy saját hibájából adódóan szorul egészségügyi ellátásra, akkor ő maga köteles megtéríteni a neki nyújtott ellátás értékét. A szöveg azonban több problémát is felvetett.

Elsősorban azt, hogy ki köteles megtéríteni a kárt abban az esetben, ha a sérülést okozó elkövető személye ismeretlen marad, vagy ha a sértett nem nyújtott be panaszt a bírósághoz, azt visszavonta vagy a felek peren kívül megegyeztek. A joggyakorlatban a bíróságok többféleképpen értelmezték a kérdést, eltérő ítéletek születtek. Egyes bíróságok döntéseiből az derül ki, hogy ismeretlen elkövető esetén a sértett felet kötelezték a neki nyújtott egészségügyi ellátás értékének megtérítésére. Hasonló döntések születtek azokban az esetekben is, ha az elkövető büntetőjogi szempontból nem volt felelőssé tehető a felek peren kívüli megegyezése miatt. Ezekben a döntésekben a bíróságok vagy a sértett deliktuális felelősségére megállapítva (amiatt, hogy nem tett meg minden lehetséges lépést az elkövető büntetőjogi felelősségre vonásának érdekében) vagy pedig jogalap nélküli gazdagodás miatt marasztalta el a sértettet. Ezek a döntések azonban főként azért megkérdőjelezhetőek, mert a törvény szerint egy személy csak az általa másnak vagy önmagának okozott

⁶ Bővebben lásd: az egészségügyi reformról szóló 2006. évi 95. törvény 863. cikkét

sérülés ellátásának értékét köteles kifizetni az egészségügyi ellátást biztosító szolgáltatónak. Így a törvény szerint, amennyiben egy személy nem saját hibájából szorul ellátásra, ennek költségét egy harmadik személy köteles megtéríteni.⁷

A román jogrendszerben a szerződésen kívüli felelősség három formája ismert: a saját cselekményért való közvetlen felelősség, a más cselekményéért való közvetett felelősség, illetve a dolgok vagy állatok által okozott felelősség. Jelen tényállásban csak a saját cselekményért való közvetlen felelősség feltételeinek beteljesülését kell megvizsgálnunk. A közvetlen deliktuális felelősség esetében a kártérítési kötelezettség születéséhez több feltétel szükséges. Elsősorban léteznie kell egy jogellenes károkozó cselekménynek. Jogellenes cselekménynek minősül minden olyan cselekedet, ami a hatályos jogrendet sérti. Ebben az esetben azonban a sértett passzív magatartása (amennyiben nem tud hozzájárulni az agresszor személyének felfedéséhez, vagy nem tud olyan információkat szolgáltatni, amelyek hasznosak lehetnek az elkövető személyének felderítésében) nem tekinthető semmilyen módon törvényellenes cselekedetnek, mivel nincs törvényi előírás a sértett fél azon kötelezettségének tárgyában, hogy a sérülés okozóját azonosítsa. Nem állapítható meg törvényellenes cselekedet abban az esetben sem, ha a sértett nem nyújt be panaszt a bíróság felé az elkövető felelősségre vonására, mivel ez egy választható jog a sértett részéről, abban az esetben is, ha a vád kivizsgálásnak feltétele a sértetti panasz letétele. A második feltétel a károkozó vétkessége. Ahogyan az előző, úgy ez a feltétel sem teljesül, abban az esetben, ha ismeretlen tettes által elkövetett cselekmény következtében az áldozat kórházi kezelésre szorul, mivel itt a károkozó személy egy ismeretlen tettes, akiknek vétkessége bár megállapítható, de nem róható ki rá, mivel személye ismeretlen marad a hatóságok előtt. A harmadik feltétel a kár létezése. A kár, olyan hátrányként írható le, ami a jogosultat a károknál fogva éri. A román polgári jog megkülönbözteti a kárnak két fajtáját, nevezetesen az anyagi kárt és az erkölcsi kárt, de tekintettel arra, hogy ebben az esetben a kár megtérítésére az egészségügyi intézmény jogosult csak anyagi kárról beszélhetünk, ugyanakkor az erkölcsi kár kérdése felmerülhet az áldozat esetében, ami a testi sértéssel járó fájdalom „ellenértéke”. A közvetlen deliktuális felelősség negyedik feltétele az oksági összefüggés a jogellenes cselekmény és a kár bekövetkezése között. A kár lehet közvetlen vagy közvetett következménye a cselekedetnek, vagy adott esetben mulasztásnak, az elkövető azonban mindkét esetben felel.⁸ A fent említett feltételek alapján a bíróságok döntései, miszerint az áldozatok deliktuális felelősség miatt kötelesek megtéríteni az ellátásuk ellenértékét nem helyes, mivel ilyen esetben a károkozó személy nem az áldozat, hanem az elkövető, így a jogellenes cselekmény okozta károkért az áldozat

⁷ Eugen Staicu: Accident auto cu vătămări corporale: cine suportă cheltuielile medicale? [Autóbaleset testi sérülésekkel: ki viseli az orvosi költségeket?], Legestart, 2018. december 4. <https://legestart.ro/accident-auto-cu-vatamari-corporale-cine-suporta-cheltuielile-medicale/>. (2020. 05. 21.)

⁸ Veress Emőd: Román polgári jog – Általános rész (3. kiadás). Forum Iuris, Kolozsvár,

nem vonható jogosan felelősségre. Nem vonható felelősségre abban az esetben sem, ha nem tett előzetes panaszt⁹ vagy azt visszavonta, ezért a károkozó büntetőjogi felelősségre vonása elmaradt. Véleményem szerint ebben az esetben, bár az elkövető büntetőjogilag nem felel, polgári jogi szempontból külön eljárás keretében felelősségre vonható és kötelezhető az általa okozott testi sértés ellátásának értékét az egészségügyi ellátást nyújtó intézmény számára megtéríteni.

Nem beszélhetünk jogalap nélküli gazdagodásról sem ebben az esetben, mivel a román polgári törvénykönyv 1345. cikkének rendelkezése szerint a jogalap nélküli gazdagodás fennállásához szükséges, hogy a két vagyon közt ok-okozati összefüggés legyen, másrészt pedig a gazdagodás ne a gazdagodó félnek betudható cselekmény következménye legyen. A jogalap nélküli gazdagodás feltételei: 1.) álljon fenn más személy rovására egy gazdagodás a személy vagyonában, 2.) a gazdagodás legyen jogalap nélküli, 3.) a gazdagodás álljon fenn az igény érvényesítésének időpontjában, 4.) a visszaszolgáltatás korlátja a gazdagodás mértéke, 5.) az erre alapozott keresetet csak abban az esetben lehet jóvá hagyni, ha a károsultnak nincs más lehetősége a tartozás visszakövetelésére.¹⁰ Ebben az esetben azonban az egészségügyi ellátás nyújtásának törvényi alapja a 2006. évi 95. törvény 219. cikkének (3) bekezdésének g) pontja, miszerint: „A szociális egészségbiztosítások kötelezőek és egységes rendszerként működnek, és a fenti (2) bekezdésben említett célok a következő elvek alapján kell végrehajtani: (...) g) alapvető orvosi csomag biztosítása méltányos és megkülönböztetés mentes módon minden biztosított számára.”¹¹ Abban az esetben pedig, mikor az előzetes panasz visszavonása, vagy mivel az áldozat nem nyújtott be előzetes panaszt, ezért az elkövető nem felel büntetőjogi szempontból, polgári jogi eljárás keretében kötelezhető a kár megjavítására, ezért az áldozat ellen jogalap nélküli gazdagodásra alapozott keresetet a bíróság köteles elutasítani.

A második probléma, ami felmerült, annak a helyzetnek a rendezése, hogy a felek peren kívüli megegyezése miatt a testi sértést okozó fél továbbra is kötelezhető-e az egészségügyi ellátást biztosító szolgáltatónak a kár megtérítésére, ami az ellátás költségét tükrözi. Ebben az esetben a büntetőjogi felelősségre vonás hiánya nem zárja ki az egészségügyi ellátást nyújtó szolgáltató kártérítési jogát. Ilyen esetben polgári jogi per keretében kötelezhető a testi sértést okozó a kár megtérítésére, mivel a felek peren kívüli megegyezése csak kettőjük közti jogügylet, ami nincs hatással a szolgáltató igényének érvényesíthetőségére. A bírói gyakorlat egységesíté-

2020. 129–136 o.

⁹ A román büntetőjogban az előzetes panasz letétele, a magyar büntetőjogi rendszerben a magánindítványhoz hasonlítható, azzal a különbséggel, hogy míg Magyarországon ez nem vonható vissza, addig a román rendszerben ez lehetséges. Bővebben lásd: Román büntetőeljárás törvénykönyv 295–296. cikk

¹⁰ Veress: i. m. 153–155. o.

¹¹ 2006. évi 95. törvény 219. cikkének (3) bekezdésének g) pontja

se érdekében a Legfőbb Ítéltő és Semmítőszék 22/2017-es döntésében kimondta: a 2006. évi 95. törvény 320. cikkének értelmezése és végrehajtása tekintetében, hogy nem kötelezhető az egészségügyi ellátás értékének kifizetésére, az a személy, aki harmadik személy cselekedete miatt szorult orvosi ellátásra, abban az esetben sem, ha az elkövető személye felderítetlen marad, a felek peren kívül megegyeztek, vagy a sértett nem tett, esetleg visszavonta a bírósági panaszt.¹²

2019-ben született meg egy javaslat a parlamentben, amit Gabi Ionascu független szenátor és a PMP képviselőinek egy csoportja nyújtott be a 2006. évi 95. törvény 320. cikkének módosítására vonatkozóan. A módosítás célja a kiskorúak védelmezése lett volna, a kórházi költség megtérítésének kötelezettsége alóli kivonással. A törvényszöveg módosítására tett javaslat szerint be kell foglalni egy kivételt a 320. cikk szövegébe miszerint: „A kiskorúak mentesülnek a (1) bekezdés szerint megállapított károk megfizetése alól.”, vagyis ha más személy testi épségében vagy saját testi épségükben tett kár miatt egy másik személy vagy a kiskorú kórházi ellátásra szorul, annak költségét ne legyenek kötelesek megtéríteni, tekintettel az életkorukra. A törvényszöveg módosítására tett javaslatot végül nem fogadták el több okból. A motiváció a Képviselőház elnökének címzett hivatalos levélből is kiderül, ami az akkori miniszterelnök részéről érkezett és tartalmazza a Kormány álláspontját a Parlament előtt lévő javaslatról. Eszerint a javaslat egy részét már előzetesen kimondta a Legfőbb Ítéltő és Semmítőszék 22/2017-es döntésében, miszerint, ha a kiskorú más személy cselekedetei miatt kényszerül kórházi ellátásra, nem kötelezhető a költségek megtérítésére semmilyen esetben. Másik nézőpontból, miszerint a kiskorúakat fel kell menteni a keletkezett kár megtérítése alól ellenkezik a Polgári törvénykönyvről szóló 2009. évi 287. törvény 1366. cikkének (1) és (2) bekezdésével, melyek szerint: „(1) Az a kiskorú, aki még nem érte el a 14 éves életkort, vagy a bírói gyámság (persoana pusa sub interdictie judecatoreasca) alá vont személy nem felel az okozott kárért, kivéve, ha ítéltőképesége a cselekmény elkövetésének idején bizonyított.” A második bekezdés szerint: (2) A kiskorú, aki elérte a 14 éves életkort, felelős az okozott kárért, kivéve, ha bizonyítja, hogy a cselekmény elkövetésének időpontjában ítéltő-

¹² Decizia ÎCCJ (Complet RIL) nr. 22/2017 (M. Of. nr. 43/17.01.2018): Art. 320 alin. (1) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății – A Legfőbb Semmítő és Ítéltőszék 22/2017. jogegységi határozata a 2006. évi 95. törvény 320. cikkének (1) bekezdésére vonatkozóan. A jogegységi határozat eljárásának szabályait a Polgári eljárásjogi törvénykönyvről szóló 2010. évi 134. törvény 514–518. cikkei rögzítik. A törvénykönyvben az eljárás megnevezése a következő: *recurs în interesul legii*, ami szó szerinti fordításban törvény érdekében történő felfolyamodás. A könnyebb érthetőség érdekében a romániai magyar jogászok álláspontja egységes a jogegységi határozat megnevezésének használatát illetően. A román jogegységi határozat eljárása kapcsán fontos még megjegyezni egyrészt azt, hogy ez a román jogrendszerben nem a polgári eljárásjog, hanem a bírói szervezet szabályozási tárgyát képező intézmény, másrészt pedig azt, hogy az ilyen határozatokban foglaltak a bíróságok tekintetében kötelező érvényűek, tulajdonképpen törvényként funkcionálnak. Ennek ellenére alkotmányossági felülvizsgálatukra a román jogrendben nincs lehetőség. Részletekről lásd Székely János: Román polgári eljárásjog. Forum Iuris Könyvkiadó, Kolozsvár, 2018, 273. o

képesége”, így tehát a 2 bekezdés meghatározza a kiskorúak felelősségét az általuk okozott károk tekintetében. Eszerint a kiskorúak felelősségre vonhatóak bizonyos feltételek teljesülése mellett. Az (1) bekezdés szerint a 14. életévüket még be nem töltött, valamint a bírói gyámság alá helyezett személyek nem felelnek az általuk okozott kárért, csak abban az esetben, ha ítéloképességük bizonyítható a cselekmény elkövetésének idején. Így tehát létezik egy megdönthető vélelem, ami a 14. életévét még be nem töltött kiskorú kártérítési felelősségére vonatkozik. Más szavakkal: a román jogban a 14. életévét még be nem töltött kiskorú ítéloképességének hiányát vélelmezni kell, következésképpen az ilyen személy felelőssége a korházi költségek megtérítése vonatkozásában csak akkor állapítható meg, ha bizonyítást nyer, hogy a károkozás idején a törvényben előírt ítéloképességgel rendelkezett. A (2) bekezdés szerint a 14. életévét betöltött személyek már felelősségre vonhatóak az általuk okozott kárért, kivéve, ha ítéloképességük hiánya bizonyítható a cselekmény elkövetésének idején. A 2006. évi 95. törvény 320. cikkének kiegészítésére/módosítására irányuló törvényjavaslat ilyen tekintetben ellenkezik a román Polgári törvénykönyv 1366. cikkének előírásaival, mivel e rendelkezés éppen azt írja elő, hogy a 14. életévüket betöltött személyek felelősségét vélelmezni kell, vagyis csak akkor mentesülnek a felelősség alól, ha elkövetéskori ítéloképességük hiánya bizonyítható.¹³ Mindezek mellett a Román Polgári törvénykönyv 1368. cikkének (1) bekezdése kimondja, hogy „az ítéloképesség hiánya nem mentesíti az elkövetőt, az áldozat számára való kártalanítás fizetése alól, ha az a személy nem vonható felelősségre, akinek a törvény szerint kötelessége lett volna felügyelni”, így ezekben az esetekben sem zárható ki abszolút mértékben a kiskorú felelőssége, amennyiben betöltötte 14. életévét és valamely körülmény miatt az elkövetés pillanatában ítéloképessége hiányzott.

A norma értelmezésének másik kérdése az autóbalesetek kapcsán merült fel. Bevonható-e a biztosító az egészségügyi ellátás értékének megtérítésébe, ha a véten fél a baleset következtében kórházi ellátásra szorul? Az argesi törvényszék egy általa tárgyalt ügyben kimondta, hogy a gépjármű-felelősségbiztosítás magába foglalja a kórházi ellátás költségének megtérítését is. Az ügy tényállását az képezte, hogy X és Y egy autóban utaztak, X vezetett, amikor a jármű vezetőjének hibájából bekövetkezett autóbaleset miatt, a vezető mellett utazó Y-nak 150 nap kórházi ellátásra volt szüksége. A Bukaresti Egyetemi Sürgősségi Kórház felperesként 24.719,40 ron megtérítését követelte, amely Y egészségügyi ellátásának költségét képezte. X és Y viszontkeresetet nyújtottak be, amelyben a biztosító perbe való bevonását kérték, mivel a baleset idején X-nek érvényes biztosítása volt kötve az A S.A biztosítótársasággal. 2017. május 2-án a felperes a peres eljárás módosítására irányuló kérelmet nyújtott be, jelezve, hogy alperesként az A S.A biztosítótársaságot is bekívánja vonni

¹³ A jogalkotási eljárás során Románia Kormánya is ezt az álláspontot képviselte. Véleményem szerint a kormány álláspontja helyes. A Kormány álláspontja román nyelven a következő webhelyen érhető el: https://sgg.gov.ro/new/wp-content/uploads/2019/04/Pdv_Bp.-679_2018_L-95_2006.pdf (2020. 05. 08.)

a perbe. A bíróság elrendelte a kérelem elfogadását és kötelezte a biztosítótársaságot, hogy fizessen a felperesnek 24 719,40 ron összeget, amely az Y alperesnek nyújtott orvosi ellátás értékét képviseli. A bíróság a döntéshozatalnál figyelembe vette a biztosítási kötvény megkötésének napját, a baleset bekövetkeztének időpontját, illetve a polgári törvénykönyv rendelkezéseinek végrehajtásáról szóló 2011. évi 71. törvény 146. cikkével kapcsolatban a bíróság megállapította, hogy a „járműben található személyeknek nyújtott kártalanítás” kifejezés magában foglalja a járműben lévő személy kórházi kezelési költségeiből álló kompenzációt is, mivel ezek a kiadások az utas javára biztosított ellátás értékét képezik.

III. A törvényszöveg módosításai

A törvény 320. cikkének szövege kétszer is módosításra került. 2019. decemberében a román parlament elfogadta az egészségügyi reformról szóló 2006. évi 95. törvény 320. cikkének (1) bekezdését módosító 2019. évi 256. törvényt, amely 2019. december 30-án jelent meg Románia Hivatalos Közlönyében. A módosítást követően a Legfőbb Ítéltő és Semmitőszék korábbi 22/2017-es döntésében kimondottakkal összhangban a törvényszöveg a következőképpen módosult:

Eredeti szöveg	Módosított változat
<p>Azok a személyek, akik cselekedeteikkel károsítják egy másik személy egészségét, valamint a saját személyük egészségét is saját hibából, a törvény alapján felelnek, és kötelesek az egészségügyi szolgáltatónak okozott károkat kijavítani, amelyek a nyújtott egészségügyi ellátás tényleges költségeit tükrözik. A tényleges költségeket tükröző összegeket az egészségügyi szolgáltatók behajtják. Ezen összegek behajtását célzó viták esetén az egészségügyi szolgáltatókra átruházódnak az egészségbiztosító társaságok eljárási jogai és kötelezettségei és megszerzik ezek eljárási minőségét a bíróságok előtt folyamatban lévő perekben és keresetekben, a tárgyalási fázistól függetlenül.</p>	<p>Azok a személyek, akik cselekedeteikkel károsítják egy másik személy egészségét, valamint a saját személyük egészségét is saját hibából, a törvény alapján felelnek, és kötelesek az egészségügyi szolgáltatónak okozott károkat kijavítani, amelyek a nyújtott egészségügyi ellátás tényleges költségeit tükrözik. A tényleges költségeket tükröző összegeket az egészségügyi szolgáltatók behajtják. Ezen összegek behajtását célzó viták esetén az egészségügyi szolgáltatókra átruházódnak az egészségbiztosító társaságok eljárási jogai és kötelezettségei és megszerzik ezek eljárási minőségét a bíróságok előtt folyamatban lévő perekben és keresetekben, a tárgyalási fázistól függetlenül. <i>Az egészségügyi ellátás miatt felmerült költségek, nem állíthatóak helyre az azonosítatlan tettes által elkövetett erőszakos cselekmények vagy balesetek áldozatai által, ezeket az Egységes Nemzeti Egészségbiztosítási Alapból fedezik.</i></p>

A törvény módosításának jelentősége, hogy a 2019-es változtatás után a törvény kifejezetten előírja, hogy a kórházi költségek megtérítése nem követelhető az ismeretlen tettes által elkövetett erőszakos cselekmények vagy balesetek esetében az áldozatoktól. Ezzel a jogalkotó kiküszöbölt egy jogértelmezési és alkalmazási problémát, amelyet már valamilyen tekintetben a Legfelsőbb Ítélo és Semmitőszék már 2017-ben megoldott, de a törvényhozó módosítása tett végleg pontot a probléma végére, mivel a kiegészítéssel a törvényhozó arról is rendelkezett, hogy ilyen esetekben a kórházi ellátás költségét az Egységes Nemzeti Egészségbiztosítási Alapból kell megtéríteni, ami hiányzott a Legfelsőbb Ítélo és Semmitőszék döntéséből.

III.1. A 320. cikk az Alkotmánybíróság előtt

2019 decemberében a törvény 320. cikkének szövege a román Alkotmánybíróság elé került, mivel egy bírósági perben az egyik fél a törvénycikk alkotmányellenességét hozta fel érvként a bíróság előtt. Az alkotmánybírósági utólagos normakontroll során december 5-én, többségi szavazattal a taláros testület kimondta a „valamint a saját személyük” rész alkotmányellenességét.¹⁴ Így a törvény szövegének azon része,

¹⁴ Mivel a határozat még nem jelent meg, a döntésre vonatkozó sajtóközlemény a következő webhelyre látogatva tekinthető meg: https://www.ccr.ro/download/comunicate_de_presa/

mely a személyek önmaguknak okozott egészségügyi károk megtérítéséről rendelkezik, hatályát veszti 45 nappal azután, hogy az alkotmánybírói határozat megjelenik Románia Hivatalos Közlönyében (feltehetően a kialakult járványügyi helyzet miatt a publikálás tolódik). A szövegrész alkotmányellenességének kimondása nagymértékben leszűkíti azon személyek körét, akiktől az egészségügyi ellátás értékének megtérítése követelhető, ugyanis teljes mértékben kizárja azokat az eseteket, amikor a személyek önmaguknak okozott sérülések miatt szorulnak egészségügyi ellátásra. Véleményem szerint ez az alkotmánybírói döntés egy hatalmas lépést jelent az egészség oltalmazásához való jog garantálásának tényleges megvalósulásában. Az egészség oltalmazásához való jog garantálásáról a román alkotmány 34. cikke rendelkezik, melynek első bekezdése szerint „[a]z egészség oltalmazásához való jog garantált.” Véleményem szerint az egészség oltalmazását, ha tágan értelmezzük, akkor a fogalom magába foglalja nem csak a megbetegedések megelőzését és kezelését, de ugyanakkor a testi sérülések ellátását is. Mint előbb már látható volt, az egészségügy megreformálásról szóló 2006. évi 95.-os törvény 320. cikke rendelkezik a mások, illetve a személyeknek önmaguk által okozott egészségügyi károk ellátásának a megtérítéséről, ilyen tekintetben a jelen döntés kedvező szituációt teremt azoknak az egyéneknek a részére, akik mondjuk otthoni, háztartási balesettel okoznak maguknak sérülést, amelynek ellátásáért már nem kell fizetniük. Véleményem szerint, az így kialakult helyzet a társadalom javára válik, olyan szempontból, hogy a másnak okozott sérülések ellátási költségének megtérítési kötelezettsége hozzájárul az egészségügyi rendszer fenntartásához és finanszírozásához, ugyanakkor védelmezi az állampolgárt és felmenti az egészségügyi ellátás értékének megtérítése alól a saját személynek okozott testi sérülés esetén, kiegészítve a törvény korábbi módosítását ami az erőszakos cselekmények áldozatait menti fel ugyanezen kötelezettség alól, ha a tettes személye ismeretlen marad és az ellátás költsége ezért tőle nem követelhető.

Bár az alkotmánybírói határozat még nem került publikálásra a hivatalos közlönyben, a törvény szövege módosult a Román Kormány által kibocsátott az egészségügyi reformról szóló 2006. évi 95. törvény és a Szabadság és a szociális egészségbiztosítási ellátásokról szóló 2005. évi 158. Sürgősségi Kormányrendelet módosítására

és kiegészítésére elfogadott 2020. február 4-i 25. Sürgősségi Kormányrendelet által. A kormányrendelet értelmében a 2006. évi 95. törvény 320. cikke a következőképpen módosult: „Azok a személyek, akik cselekedeteikkel károsítják egy másik személy egészségét a törvény alapján felelnek, és kötelesek az egészségügyi szolgáltatóknak okozott károkat kijavítani, amelyek a nyújtott egészségügyi ellátás tényleges költségeit tükrözik. A tényleges költségeket tükröző összegeket az egészségügyi szolgáltatók behajtják. Ezen összegek behajtását célzó viták esetén az egészségügyi

szolgáltatókra átruházódnak az egészségbiztosító társaságok eljárási jogai és kötelezettségei és megszerzik ezek eljárási minőségét a bíróságok előtt folyamatban lévő perekben és keresetekben, a tárgyalási fázistól függetlenül. Az egészségügyi ellátás miatt felmerült költségek, nem állíthatóak helyre az azonosítatlan tettes által elkövetett erőszakos cselekmények vagy balesetek áldozatai által, ezeket az Egységes Nemzeti Egészségbiztosítási Alapból fedezik.” A törvény szövege a károkozó és a kárvallott tekintetében véleményem szerint nem fogalmazott elég pontosan. A károsult az orvosi ellátást nyújtó szolgáltató lehet, ami az általa nyújtott egészségügyi ellátás értékét szenved el, mint kárt. Az elszenvedett kárt tehát minden esetben a sérülés súlyossága határozza meg, attól függően, hogy milyen mértékű ellátást igényel. Az orvosi ellátást a háziorvosok és más járóbetegekre specializálódott orvosok rendelői, diagnosztikai és kezelő központok, egészségügyi központok, laboratóriumok és egyéb egészségügyi egységek biztosítják, valamint a fekvőbetegekre specializálódott magán és állami, ágyakkal felszerelt egészségügyi egységeken keresztül. A sürgősségi orvosi ellátást speciális állami vagy magán sürgősségi és szállító egységek, valamint ilyen célra szervezett sürgősségi eseteket ellátó struktúrák biztosítják. A sürgősségi orvosi segítséget a kórház előtti szakaszban a megyei és bukaresti mentőszolgálatok, valamint a romániai Sürgősségi Életmentő Szolgálatba (SMURD) integrált személyzet biztosítja, akik a helyi hatóságok, megyei és regionális kórházak felépítésében találhatók. A mobil sürgősségi, újraélesztési és kiszabadítási szolgáltatásokat (pl. autóbalesetek esetén a roncsok közé szorult személyek kimentése) ún. *állami beavatkozási struktúrák* végzik, amelyek nem rendelkeznek jogi személyiséggel, s amelyek a vészhelyzeti felügyeletek szervezeti struktúrájának alegységeként működnek. Érdekes módon e beavatkozási struktúrák a Különleges Vészhelyzeti Reagálási Egység szervezeti felépítésében is megjelenhetnek, adott esetben pedig – akár egyidejűleg – a helyi hatóságok vagy megyei és regionális sürgősségi kórházak felépítésében is.

A magán sürgősségi orvosi ellátást a kórház előtti szakaszban magán mentőszolgálat nyújtja, a kedvezményezettel és annak magánbiztosítójával kötött közvetlen szerződés alapján vagy a kedvezményezett vagy bármely más személy közvetlen kérésére, az ő hozzájárulásával. A magán sürgősségi orvosi ellátást a kórházi szakaszban magánkórházak nyújtják, a kedvezményezettel és annak magánbiztosítójával kötött közvetlen szerződés alapján, vagy a kedvezményezett vagy hozzátartozóinak közvetlen kérésére. A veszélyeztetett életfunkciókkal rendelkező betegek esetében a magánkórházak kötelesek ingyenes elsősegélynyújtást nyújtani addig, amíg a betegek biztonságosan elhelyezhetőek egy állami kórházba.¹⁵

A károkozó személyének meghatározásában a törvényszöveg így fogalmaz: „Azok a személyek, akik cselekedeteikkel károsítják egy másik személy egészségét.” A ká-

¹⁵ Turcu: i. m. 59-62. o.

rokozók egy tág halmazát azonosíthatjuk így, az elkövetett cselekmény vétkességi formájától függetlenül, mivel polgári jogi szempontból a szándékossággal vagy gondatlanságból elkövetett cselekmények egyaránt megalapozzák az elkövető kártérítési felelősséget.¹⁶ Felmerül a kérdés, hogy a 320. cikk rendelkezéseinek fényében az orvosi személyzet tekinthető-e elkövetőnek, amennyiben az áldozat állapota az orvosi beavatkozás következtében romlik. Véleményem szerint, amennyiben a beteg állapota az orvosi személyzet gondatlansága miatt romlik, a személyzet felelőssége ilyen esetben megállapítható. Az orvosi személyzet felelősségre vonása azonban az orvosi személyzet, valamint az orvosi, egészségügyi és gyógyszerészeti termékeket és szolgáltatásokat nyújtó személyek polgári jogi felelősségének keretében valósítható meg a 2006. évi 95. törvény erre vonatkozó előírásaira alapozottan.¹⁷ Az orvosi személyzet, valamint az orvosi, egészségügyi és gyógyszerészeti termékeket és szolgáltatásokat nyújtó személyek polgári jogi felelősségéről a 653. cikk (2), (3) és (4) bekezdése rendelkezik.¹⁸ Abban az esetben, ha a beteg állapota a testi sértés után az orvosi személyzet hibájából súlyosbodik, az elkövető és az orvosi személyzet egyetemlegesen felel az okozott károkért, a cselekmények hatásával arányosan.¹⁹

Összefoglalásként elmondható, hogy az egészség oltalmazása, mint komplex, alapvető emberi jog, a törvényhozó különös figyelmét teszi szükségessé, mert az egészség oltalmazásához való jog nem csak önmagában, azaz alapvető emberi jogként értelmezhető, hanem igazán fontos jelentőségét a többi, szorosan hozzákapcsolódó alapvető jog vizsgálatával együtt nyeri el. Az egészségügyi reformról szóló 2006. évi 95. törvény 320. cikke, amely az erőszakos cselekedetek miatti testi sértések ellátási költségének megtérítését szabályozza és a deliktuális kárfelelősség egy alakzatát szabályozza, több jogi polémia tárgyát képezte, s ekként lényeges változásokon ment keresztül annak érdekében, hogy a törvényhozó tényleges akaratát tükrözze, amely az állampolgárok és az erőszakos cselekmények áldozatai védelmének „szolgáltatásban” érhető tetten. Véleményem szerint a törvény jelenlegi formája egyfelől erősíti az emberek felelősségérzetét azáltal, hogy kötelezővé teszi az általuk másoknak okozott testi sértések ellátási költségének megtérítését, és ezzel egyidőben

¹⁶ Veress: i. m. 132-133. o.

¹⁷ Liviu Pop – Ionuț Florin Popa – Stelian Ioan Vidu: *Tratat elementar de drept civil. Obligațiile* [Általános polgári jogi kézikönyv. A kötelek], Universul Juridic, Bukarest 2012. 409 o.

¹⁸ (2) Az orvosi személyzet polgári jogi felelősséggel tartozik a hiba által okozott károkért, ideértve a gondatlanságot vagy a szakma gyakorlásának elégtelen orvosi ismereteit is, a megelőzés, a diagnózis vagy a kezelés során alkalmazott cselekmények révén.

(3) Az orvosi személyzet polgári jogi felelősséggel tartozik az e cím titoktartással, a tájékozott beleegyezésével és az orvosi segítségnyújtás kötelezettségével kapcsolatos előírásainak be nem tartásából származó károkért.

(4) Az egészségügyi személyzet polgári jogi felelősséggel tartozik a szakma gyakorlása során okozott károkért, amennyiben az meghaladja a hatáskörét, kivéve a sürgős eseteket, amikor a szükséges kompetenciával rendelkező orvosi személyzet nem áll rendelkezésre.

¹⁹ Veress: i. m. 136. o.

grantálja a személyeknek az egészség oltalmazásához való jogát azáltal; mindezt úgy, hogy biztosítja a személyek önmaguk okozta sérülései esetén az egészségügyi ellátását, amelynek értékét a sérülést szenvedett személy már nem köteles megtéríteni.

D. Horváth Vanessza

szakkollégista, Óriás Nándor Szakkollégium, Elméleti-történeti Tagozat

Mócsi Korina

szakkollégista, Óriás Nándor Szakkollégium, Elméleti-történeti Tagozat

Az orvos jogállása az ókori Rómában

„A bölcsnek tudnia kell, hogy az egészség
az ember legnagyobb ajándéka, és meg
kell tanulnia, miként kovácsolhat hasznot
a betegségből a gondolatai révén.”

- Hippokratész -

I. Bevezetés

A Római Birodalom orvostudományára jelentős volt a görög hatás, melyet a kereskedelem, majd a hódítások során ismertek meg. Az ókori viszonyokhoz képest ügyeltek a higiénára, és fontos közegészségügyi intézkedéseket hoztak, például vízellátást biztosító vízvezeték-hálózatot és csatornarendszert építettek ki. Közfürdőket hoztak létre, amelyek egyben a közösségi élet színterei is voltak. Halottaikat a városon kívülre temették el, azonban járványok, betegségek így is előfordultak, ezek kezelésére, illetve a hódítások során megsérült katonák ellátására szolgáltak az orvosok. Tanulmányunkban az ókori római orvosok jogállását, illetve felelősségét vizsgáljuk.

II. Az orvosok köre Rómában

Az orvosok személyi állapota (*status*) nagy jelentőséggel bírt az ókori Rómában. Leggyakrabban a rabszolgák és a *libertusok* voltak orvosok, nagyon ritkán fordult elő az, hogy egy szabad római polgár praktizált, *peregrinusok* körében viszont több ilyen esettel találkozunk. A következőkben ezeket a társadalmi csoportokat vizsgáljuk.

II.1. A rabszolgák

Elsőként Varro számolt be a rabszolgák helyzetéről, és Seneca is említést tett a rabszolga orvosokról.¹ A *servusok* az orvoslás terén nagy jelentőséget kaptak, mi sem mutatja jobban, hogy egy Rómában kitört éhínség kapcsán Augustus szigorú kiutasító parancsot rendelt el a *peregrinusokra* és a rabszolgákra tekintettel, azonban ez az intézkedés nem vonatkozott azokra a rabszolgákra, akik orvosok voltak.² Ez volt az *exceptis medicis*, melyre számos példa akadt az ókori római történelemben.³ A különböző feliratokon a rabszolgaorvosokat a *servi medici* kifejezéssel illették. Azonban a jogforrások nem bővelkednek e témában, mert azok majdnem minden esetben

¹ Karl-Heinz Below: Der Arzt im römischen Recht. C. H. Beck'sche Verlagsbuchhandlung, München 1953. 7. o.

² Paulus Orosius: Historiarum adversus paganos 7, 3, 6.

³ Caius Suetonius Tranquillus: Nero 2, 3; Caligula 8, 4; Lucius Apuleius: Apologia 33.

a felszabadított rabszolgákra vonatkoznak. Domitianus császár *rescriptuma* említést tesz a *servusokról*, ebben a jogforrásban a császár megtiltja az orvosoknak és a tanítóknak, hogy a rabszolgákat *merces* megfizetése ellenében tanítsák, illetve, hogy ilyen módon meggazdagodjanak. A rómaiak a *servi medicit* a befejezett képzésük után alkalmazták, a családfőnek rendelkezési joga volt felettük, hasonlóan mint az alávetett személyeknél. Gyakran bérbe adták vagy eladták őket. A *Codex Iustinianus* két konstitúciója meghatározza azt a kritériumot, amelyet az adásvétel (*emptio venditio*) esetében a vételárra tekintettel állapítottak meg.⁴

C. 7, 7, 1, 5a:

„*Sin autem notarius sit vel medicus sive masculus sive femina, notarius quidem usque ad quinquaginta, medicus autem usque ad sexaginta taxetur (a. 530).*”

Ebben a konstitúcióban a császár a közös tulajdonban (*condominium*) álló rabszolga felszabadítását taglalja. Egyes tulajdonostársak a közös dolog valamely „eszmei” (gondolati), absztrakt részének a tulajdonosai, és csupán erről rendelkezhetnek, nem pedig az egész dologról. Ha az egyik tulajdonostárs *manumissió*val felszabadítja a közös tulajdonban álló rabszolgát, ebben az esetben ez ellen a többi *condominust* tiltakozási jog (*ius prohibendi*) illeti meg az egyoldalú üggyel szemben, így a rabszolga nem lesz szabad.⁵ Jusztiniánusz alatt azonban a társtulajdonos felszabadíthatta a *servust*, azzal a kötelezettséggel, hogy cserébe a többi *dominust* arányosan ki kell elégítenie. Ennek kiszámításához a C. 7, 7, 1, 5a meghatározza a *servus medicus* értékét, ami 60 *solidus*.

A C. 6, 43, 3, 1 konstitúcióban hasonló összeget találhatunk, csak más jogi helyzetben: ha többen örökölnek az örökagyó után, akkor az örököstársak csak hányaduk arányában örökölnek. Viszont ha hagyatéki dologról van szó, a *coheredes* közös tulajdonba fog kerülni, amelynek csak egy eszmei hányadának lesznek a tulajdonosai. Ha a hagyaték részét képezi a rabszolga, aki orvosként praktizál, az értékének kiszámításakor 60 *solidus* összeget kell alapul venni.⁶

II.2. A libertusok

A rabszolgák mellett leginkább a felszabadított *libertusok* foglalkoztak még orvossal. A *Digesta* is gyakran tesz említést az ilyen *statusú* orvosokról. A D. 40, 5, 41, 6 szövegrésze különösen érdekes e tekintetben:

⁴ Below: i. m. 9. o.

⁵ Pietro Bonfante: *Scritti giuridici varii III.*, Róma 1926. 434. o.

⁶ Bernhard Kübler: *Sklaven und Colonen in der römischen Kaiserzeit*. In: *Festschrift Johannes Vahlen* (Wilhelm August Ritter von Hartel hg.). Georg Reimer, Berlin 1900. 574. o.

Scaev. D. 40, 5, 41, 6

„Lucius Titius ita testamento cavit: „*medicos tibi commendo illum et illum: in tuo iudicio erit, ut habeas bonos libertos et medicos. quod si ego libertatem eis dedissem, veritus sum, quod sorori meae carissimae fecerunt medici servi eius manumissi ab ea, qui salario expleto reliquerunt eam*: quaero, an *fideicommissa libertas supra scriptis competere potest. respondit secundum ea quae proponerentur non necessitatem heredibus impositam, sed arbitrium permissum.*”

A fragmentum szerint az örökhagyó lánytestvére a megörökölt rabszolga orvosokat felszabadította, ám nem sokkal ezután azt tapasztalta, hogy miután az orvosok fizetségüket megkapták, elhagyták őt. Az örökhagyó azonban halála előtt pontosan ettől tartott, hogy ez várhat rá, ezért sem szabadította fel őket *manumissió*val, míg élt. Inkább az örökösére bízta a döntést: *medicos tibi commendo illum et illum*. Scaevolát kérték fel, hogy tegyen igazságot az ügyben. A kérdés az volt, hogy az ilyen megfogalmazás azt a kötelességet rója-e az örökösre, hogy szabadítsa fel a rabszolgákat, vagyis hitbizománynak (*fideicommissum*) minősül-e ez a kijelentés. Ugyan a hitbizomány nem volt szigorú formához kötve, és egy bizonyos rugalmasságot adott az örökhagyónak, de ezen engedmény ellenére sem elegendő a hatályosságához az ajánlásba burkolt megfogalmazás.

A *manumissio* után a *libertus* különféle szolgáltatásokat kellett nyújtson *patronus*-ának (*manumissor*), amelyek egy része az *operae officiales*, az úgynevezett tiszteletbeli szolgálatok (például a *patronus* ügyeinek ingyenes ellátása, ajándék). A szolgálat másik része pedig az *operae artificiales*, a fizikai munkák voltak, amelyek már sokkal súlyosabbnak minősültek.⁷ Eskü alatt vagy *stipulatio*val lehetett szolgáltatásra kötelezni.

Ha a felszabadított rabszolga orvosként praktizál, a *patronus*nak és az ő kívánságainak ingyenesen kell eleget tenni. A D. 38, 1, 27 fragmentuma a *gratist* használja arra, ha az orvosi kezelés díjtalanul történik. Valójában a *lex Aelia Sentia* megtiltja a *patronus*nak, hogy a *libertus* szolgáltatásával nyereségre törekedjen (*mercedem capere*).⁸ Azonban ennek a rendelkezésnek van egy kivétele, mikor a felszabadító csak azért él a felszabadított szolgáltatásaival, hogy egy harmadik személlyel a *libertus* szolgáltatóra *locatio conductio*t kössön.

Előfordulhat, hogy a *patronus* *praxisa* jelentősen korlátozhatja, illetve akadályozhatja a *libertus* orvosi tevékenységét. A versengésük kiküszöbölésére szolgál egy versenytilalmi rendelkezés, melyet a D. 38, 1, 26 pr. deklará.⁹ Ebben a *manumissor*

⁷ Benedek Ferenc – Pókecz Kovács Attila: Római magánjog. Ludovika Egyetemi Kiadó Nonprofit Kft. 2019. 121. o.

⁸ Below: i. m. 15. o.

⁹ Roberto Bozzoni: I medici ed il diritto romano, Nápoly 1904. 45. o.

megtiltja a *libertus*ának az orvoslás gyakorlását, és csak a jelenlétét követeli meg abban bízva, hogy ezzel saját betegkörét bővíteni tudja. Ez a jelenléti kötelezettség felmerülhetett akár egy rendelés során, akár egy beteglátogatás alkalmával is. Ha egy orvos *libertus*, akkor a megnevezésében meg kellett jelölni ezt.¹⁰ A felszabadítottak azonban nem értettek egyet a *patronus*uk által megszabott szabadidővel. A versenykorlátozások célja az volt, hogy megóvja őket a túlterheléstől. Ennek eszközeként szolgált, hogy a délutáni pihenésüket biztosítani kellett, illetve tekintettel kellett lenni az egészségükre és becsületükre.

A D. 38, 1, 26, 1 a kártérítés nagyságát határozza meg arra az esetre, ha a *libertus* a *patronusa* kívánságának nem tesz eleget.¹¹ Eszerint nem a pénzügyi előnyt kell figyelembe venni, amelyhez a versenykorlátozás esetén jut a *patronus*, hanem azt az összeget, amelyet a szolgáltatás teljesítésével elérhetett volna.

Ezen felül megemlíti Ulpianus a D. 38, 2, 14, 7-ben is a *libertus*okat, a fragmentum azt taglalja, hogy megölik a *paterfamilias*t, a fiának pedig, mint örökösnek kötelessége volt a halál elhárítása,¹² máskülönben elesik a hagyatéktól, mert méltatlan az öröklésre. Az ettől való félelem vezérelte, amikor megvádolta a *paterfamilias* *libertus*át, aki az apja orvosa volt, illetve bármelyik másik felszabadított rabszolgát, aki az elhunyt környezetében volt. Ebben az esetben már a *removeri a contra tabulas bonorum possessione* veszélye fenyegeti a *filius* *familiast*.¹³

II.3. A római polgárok és a peregrinusok

A római polgárok közül kevesen folytattak orvosi tevékenységet. A jogforrások e tekintetben hiányosak, és konkrét utalásra is nehezen lehet bukkanni. A feliratok (például sírfeliratok) adhatnak segítséget az információgyűjtésben, de ezek sem elégtőkéek.

A *Cives Romanus*val ellentétben a római írók többször tesznek említést peregrinus orvosokról. Az egyik forrás azt fejt ki, hogy Caesar biztosította a peregrinus orvosoknak, akik Rómába érkeztek, hogy polgárjogot kapjanak.¹⁴ Plinius feljegyzése szerint, mikor Ázsiából behurcoltak egy betegséget, a terjedő járvány megfékezése okán Egyiptomból hívtak orvosokat. Nero császár szintén Egyiptomból kért orvosi segítséget egyik barátja, Cossinus számára.¹⁵

¹⁰ Cornelius van Bynkershoek a következő megjegyzést tette erre vonatkozóan: „*Absurda est oratio do Medico liberto*”. Ld. *Below*: i. m. 17. o.

¹¹ Gerhard Besler: *Beitrag zur Kritik der romischen Rechtsquellen* V., Lipcse 1931. 63. o.

¹² *Below*: i. m. 19. o.

¹³ Uo., Ulpianus erre vonatkozóan állapította meg: *et puto succurrendum*.

¹⁴ Caius Suetonius *Tranquillus*: *Julius Caesar* 42, 1.

¹⁵ *Plinius*: *Naturalis Historia* 29, 93.

II. Az orvosok privilegizált helyzete

Ifjabb Plinius levélváltásai alapján arra az álláspontra juthatunk, hogy a római jogban az orvosok sajátos jogi helyzetet élvezhettek,¹⁶ amelynek kezdete Antonius Musa gyógyító tevékenységéig vezethető vissza.

Suetonius ír arról, hogy Augustus a cantabriai háború után súlyosan megbetegedett, s Antonius Musa tanácsára alávetette magát az addig nem alkalmazott, kockázatosnak tűnő hidegvíz-gyógymódnak.¹⁷ A császár egészségi állapotának javulása után Musara fényes jövő várt: Augustus nemcsak felszabadította, s házi orvosává tette, hanem *immunitas*ban is részesítette.

Az orvosok privilegizált helyzetének következő mérföldköveként Vespasianus reformjait tarthatjuk számon. Vonatkozó *ediktum*ában az uralkodó az *immunitas* mellett felruházta az orvosokat menedékjoggal is, illetve korporációt alapíthattak, és védelemben részesültek a *ius vocatió*val, valamint az *iniuriá*val szemben.¹⁸

A korporációs jog adományozása azért szükségeltetett, mivel a *lex Iulia de collegis* értelmében a képzettséghez kötött egyesületek működése e kiváltság nélkül a szenátus vagy a császár jóváhagyásától függött.¹⁹

E joggal összefüggésben érdemes vizsgálni a menedékjog kérdését. Vespasianus *ediktuma* megengedte az orvosoknak, hogy a vallási kegyhelyeken korporációkba tömörüljenek, továbbá ezeken a helyeken az orvosok sérthetetlennek számítottak.²⁰ Aki a menedékjogot megsértette, aszerint büntették, mintha felségsértést követett volna el.²¹

Az a személy, aki pedig megszegte az *iniuriá*val szembeni védelemre vonatkozó előírásokat, pénzbüntetést kellett, hogy fizessen. Amennyiben a tettes nem tudta megfizetni a kiszabott összeget, eladták rabszolgának, a befolyt vételár pedig a templomi kasszát gazdagította.²²

III.1. Az orvosokat megillető *immunitas* és egyéb privilégiumok

Az *immunitas* az antik Rómában a közterhektől és bizonyos közszolgáltatoktól (pl.

¹⁶ Below: i. m. 22. o.

¹⁷ Pilinio Pioreschi: A History of Medicine: Roman Medicine. Horatius Press, Omaha 2001. 128. o.

¹⁸ Below: i. m. 25. o.

¹⁹ Below: i. m. 30. o.

²⁰ Below: i. m. 32. o.

²¹ Uo.

²² Uo.

katonaság, gyámság) való mentességet jelentette.²³ A D. 27, 1, 6, 2 soraiból az olvasható ki, hogy míg Augustus fentebb ismertetett rendelkezésének értelmében e jog valamennyi orvost megillette, Antonius Pius csupán az orvosok szűkebb körére korlátozta.

Uralkodása után az orvosok négy kategóriáját különböztethetjük meg: a római provinciák orvosai, az udvari orvosok, Róma városi orvosai, illetve a hadsereg orvosai.

A következő alfejezetben röviden az egyes orvosi csoportok jogállását mutatjuk be, igyekezve rávilágítani az orvosok jogi helyzete és a kor társadalmának felfogása közötti összefüggésekre.

III.1.1. A provinciabeli orvosok jogállása

A provinciák orvosai nem csupán *immunitással* rendelkeztek, hanem fizetésre is igényt tarthattak.²⁴

E körben érdemes pár sorban kitekinteni arra, miképp vélekedtek a rómaiak az el-lenszolgáltatásról. Cicero szavaival élve a fizetség nem más, mint a szolgaság bére.²⁵ Erre a felfogásra vezethetők vissza azon nézetek, melyek szerint az orvostudomány *ars liberalis*nak minősül, ellenben az orvosi gyakorlat – mivel pénzbeli ellenszolgáltatás jár érte – legfeljebb *ars mechanicának* számíthat.²⁶

III.1.2. *Medicus palatinus*

A *medicus palatinusok* alkalmazásának kezdő időpontja a Severus dinasztia uralkodásának idejére tehető. A források szerint Alexander Severus volt az első, aki udvarában saját orvost alkalmazott, ráadásul *salariummal* jutalmazta munkáját.²⁷ Ezen orvosok mentesültek továbbá többek között a közterhek viselése alól, és egyéb adójogi kedvezményekben is részesültek.²⁸

A közvetlenül a császár mellett tevékenykedő gyógyítók helyzete a magánjog szempontjából nézve is érdekességeket mutat. Feljegyezték, hogy *in integrum restitutiót* ítéltek meg, ha az orvos hivatása gyakorlása következtében távol volt az udvartól, ezáltal pedig kedvezőtlen joghatások keletkeztek. Ezt szemlélteti az alábbi fragmen-tum:

²³ Az *immunitasra* vonatkozó szabályokról áttekintően ld. *Below*: i. m. 22–30. o.

²⁴ *Below*: i. m. 43. o.

²⁵ „*merces est auctoramentum servitutis.*”

²⁶ Magyar László András: Az orvosi rend tagolódása. http://romaikor.hu/a_romaiak_mindennapi_elete/orvosok_es_a_gyogyitas (2020. 04. 22.)

²⁷ *Below*: i. m. 44. o.

²⁸ *Below*: i. m. 45. o.

C. 7, 35, 2 pr.(Diocletian. et Maximian)

„Cum per absentiam tuam eos, de quibus quereris, in res iurus tui inruisse adseveres teque ob medendi curam comitatu nostro discedere non posse palam sit, praefectus praetorio nostro accitis his quos causa contingit inter vos cognoscat.”

Amint arra Below rámutat, szintén az udvari orvosok jelentőségét hangsúlyozza a *peculium quasi castrense* intézménye.²⁹ Ennek a jogintézménynek a megértéséhez érdemes a *peculium castrense* fogalmát alapul venni.

A D. 49, 17, 11 szerint *peculium castrense* az a vagyon, amelyet a szülők vagy a vérrokonok a hadseregben szolgáló fiúnak ajándékoztak, vagy amit a fiú a hadseregben szerzett.³⁰ Fontos kiemelnünk tehát, hogy egy még *patria potestas* alatt álló ifjú különvagyonáról van szó.

A szabályozás jogpolitikai indoka abban rejlik, hogy a katonai életpályát még vonzóbbá kívánták tenni.³¹ Ennek analógiájára alkották meg a *peculium quasi castrense* intézményét, amely magába foglal minden olyan vagyoni szerzeményt, amelyhez az udvari vagy állami szolgálatot teljesítő fiú jutott.³² Az uralkodó mellett gyógyító tevékenységet végző orvos munkája kétségkívül udvari szolgálatnak minősül, ezért tehát *peculium quasi castrense* illeti meg.

III.1.3. A Római Birodalom városainak orvosai

Vitathatatlan, hogy a római kultúra nagy hatást gyakorolt az egyes provinciákra, s a provinciák jogrendszereit is alapjaiban átformálta e területeknek a Római Birodalom általi meghódítása. Ami azonban az orvostudományt illeti, e téren a provinciákból érkező, illetve a hellenisztikus befolyás hatott a fővárosra.³³

A római orvoslás első korszakát a Kr. e. 2. századig a népi gyógyászat határozta meg, az orvosi ismeretek a görögöktől jutottak el Rómába.³⁴ A tudományos orvoslást megteremtő görög orvosok betelepülésében nagy szerepet játszott Hellász Kr. u. 2. századi meghódítása.³⁵ Meg kell jegyeznünk azonban, hogy az idegeneket kezdetben

²⁹ Below: i. m. 48. o.

³⁰ Varga Péter: De castrensi peculio (A katonai különvagyonról). <http://jesz.ajk.elte.hu/varga13.html> (2020. 04. 22.).

³¹ Marcia L. Colish: The Stoic Tradition from Antiquity to the Early Middle Ages. Brill, Leiden 1985. 381. o.

³² Below: i. m. 48. o.

³³ Below: i. m. 49. o.

³⁴ Hoffmann Zsuzsanna – T. Horváth Ágnes: Antik medicina és farmakológia. JATE Press, Szeged 2019. 149. o.

³⁵ Hajdi György: A modern orvostudomány előzményei. A görög-római antikvitás és az arab középkor orvoslásának legjelesebb képviselői. 3. o. [http://www.infektologia.hu/upload/infektologia/document \(2020. 04. 18.\)](http://www.infektologia.hu/upload/infektologia/document (2020. 04. 18.))

bizalmatlanul fogadták. Marcus Portius Cato kimondottan ellenezte a görög orvosok betelepülését, sőt, úgy vélekedett, gyógyítás helyett megmérgezik a római polgárokat.³⁶ A beilleszkedést elősegítendő, Kr. e. 46-ban Caesar polgárjogot adományozott minden idegen orvosnak.

Hadrianus és Marcus Aurelius császárok uralkodásának idején az orvostudomány fejlődésnek indult. Amellett, hogy az orvosok orvoscéhekbe tömörültek – erre a fentebb kifejtett korporációs jog biztosított lehetőséget –, megindult a szakosodás is. A nagyobb városokban jól felszerelt rendelőkhöz (*taberna medicinae*) az egyes szakterületekre specializálódott orvosok várták a betegeket.³⁷

A római orvostudomány kapcsán kiemelendő Claudius Galenus neve. Ugyan a híres orvos Hellaszban látta meg a napvilágot, később azonban Rómában telepedett le, és ott fejtette ki nézeteit. Munkásságáról azért fontos említést tenni, mert több rész tudomány fejlődését elősegítette, többek között anatómiai és neurológiai ismeretekkel is rendelkezett. *Omnia quae extant in Latinum sermonem conversa* c. műve több mint 300 írást tartalmaz a gyógyítás minden területéről.

III.1.4. A hadsereg orvosainak jogi helyzete

A sebesültek szisztematikus gondozásának bevezetése Caesar nevéhez fűződik. A *legiók* és az orvostudomány fejlődésének összefonódásaként értékelhetjük, hogy a Római Birodalom első kórházainak megépítésére részben a hadsereg ellátása végett került sor. A *valentudinariákat* Augustus uralkodása alatt elsősorban a katonák, kisebb részben a rabszolgák számára hozták létre. A helyőrségek területein kőből és fából készített tárolókat is építettek az orvosi eszközök és orvosságok elhelyezésére,³⁸ ezeket tekinthetjük a modern kórházak és gyógyszertárak előfutárainak.

Ezen intézkedések fényében a hadsereg orvosi ellátása példaértékűen biztosított volt. A császárkorban olyan kiválóan szervezték meg a *legionariusok* gyógyítását, hogy annak Európában egészen a napóleoni időkig nem volt párja.³⁹

A jogi források is foglalkoznak a *militium medici* intézményével, a következőkben bemutatott *fragmentum* azt szemlélteti, hogy Antonius császár adójogi kedvezményben részesített egy katonai orvost:

³⁶ Uo.

³⁷ Hajdi: i. m. 5. o.

³⁸ Lévai Júlia: Milyenek voltak a világ első kórházai? <http://www.tessloff-babiblon.hu/milyenek-voltak-a-vilag-első-kórházai> (2020. 04. 17.)

³⁹ Uo.

C. 10, 53, 1

„Cum te medicum legionis secundae adiutricis esse dicas, munera civilia, quandiu rei publicae causa aueris, suscipere non cogeris: cum autem abesse desieris, post finitam eo iure vacationem, si in eorum numero eris, qui ad beneficia medicis concessa pertinent, ea immunitate uteris.”

Következtetésként levonhatjuk tehát, hogy a *militium medici* az antik Római Birodalomban – tekintettel Róma hódító berendezkedésére – olyan fontos szerephez jutott, amely révén indokolt volt kiváltságos jogi helyzetet teremteni számukra.

IV. Az orvos felelőssége

Különbséget kell tennünk elsősorban aközött, ha egy rabszolga, illetve ha egy már felszabadított rabszolga orvosként praktizál. Előbbi esetben ugyanis *locatio conductio rei* vagy *locatio conductio operis*, míg a *libertus*nál *locatio conductio operis* vagy *locatio conductio operarum* formája áll rendelkezésre. Az orvosok díjazását úgy kell figyelembe venni, mint ahogyan az a *locatio conductio* egyes eseteiben történik, vagyis az orvosi szolgáltatást igénybe vevő egy kialakított *merces* megfizetésére vállal kötelezettséget.⁴⁰ A honoráriumra való igényét pedig az orvos „rendkívüli eljárással” (*extraordinaria cognitio*) érvényesíthette.⁴¹ Ezt az eljárási formát akkor alkalmazták, amikor a rendes peres eljárások nem voltak érvényesíthetők, mert a civiljogban vagy a prétori jogban nem volt erre az esetekre *actio*, a peres eljárás rendes szabályainak mellőzésével jártak el.⁴² Az egyes orvosokra vonatkozó *actiók* szabályainak részleteire a következőkben térünk ki.

IV.1. Az *actio locati*, *actio conducti*

A római jogban a felelősség kérdése rendkívül nagy jelentőséggel bírt minden orvosi vizsgálat esetében.⁴³ A fent említettek szerint megkülönböztethetjük, ha az orvos rabszolga vagy *libertus*. A rabszolga esetében *locatio conductio rei* (dologbérlet) vagy *locatio conductio operis* (munkaszerződés) jöhet létre, míg a *libertus*nál *locatio conductio operis* (munkaszerződés) vagy a *locatio conductio operarum* (vállalkozási szerződés). A rabszolga a római jogban dolognak minősült, ezért nem rendelkezett jogalanyisággal, tehát jogok nem illették, és kötelezettségek nem terhelték, vagyona pedig nem lehetett. Az urától függött, és mindent az ő engedélyével tehetett, így ura tartozott érte felelősséggel. A felszabadított rabszolga ezzel szemben, a felszabadítója polgári jogi státuszát nyerte el, viszont egy szabad emberhez képest több korlátozás is vonatkozott rá, így például a felszabadított, mint *libertus* és a *manumissor*,

⁴⁰ Below: i. m. 108. o.

⁴¹ Bozzoni: i. m.208 o.

⁴² Benedek – Pókecz Kovács: i. m. 111. o.

⁴³ Ernst Rabel: Die Haftpflicht des Arztes. Ein Gutachten. Lipcse 1904. 73. o.

mint *patronus* között függőségi viszony jött létre.⁴⁴ A *dominus* és a *patronus* tartozik felelősséggel ezekben az esetekben. A rabszolga esetében a *nox*a is felmerülhetett,⁴⁵ vagyis a gazdája kiadhatta a károkozó *servust*, így mentesült a felelősség alól. Az egységes szabályozás azonban szükségtelen volt ezekben az esetekben, hiszen a római társadalom sem volt egységes, és nem volt jogegyenlőség, így a különböző társadalmi csoportokat különféleképpen kellett szabályozni, illetve a forrásanyagok is e tekintetben hiányosak

IV.2. Az *actio legis Aquiliae*

Ha egy orvos beavatkozása során egy idegen rabszolgát megölt, az a Kr. e. 286 táján hozott *plebiscitum*, a *lex Aquilia* első fejezete alapján dologrongálásnak (*damnum iniuria datum*) minősül. Az orvos meg kellett térítse a *delictum* elkövetését megelőző egy évben a rabszolga legmagasabb értékét az urának.⁴⁶ A *lex Aquilia* harmadik fejezete szerint a rabszolgát megsebesítő, illetve az őt „megrongáló” orvos az utolsó 30

napon belüli legmagasabb értéket kell megfizesse kártérítésként. Kárként azonban csak a testi dolog fizikai behatással előidézt fizikai rongálódása vagy pusztulása jöhet figyelembe, ezek az *occidere* (megölés), *urere* (felégetés), *frangere* (eltörés), *rumperere* (széttörés) esetei lehetnek. A törvény alkalmazásánál azonban közömbös, hogy az orvos rabszolga *libertus* vagy szabad volt-e.

A tettesnél fenn kell, hogy álljon az *iniuria*, amely nemcsak a szándékosságra (*dolus*) terjed ki, hanem a tettes legyenyhébb fokozatú gondatlanságára is, feltéve ha a mulasztás figyelmetlen, nem elég körültekintő cselekvésben (*comissiv culpa*) nyilvánult meg. Ez a sajátos vétségi alakzat pedig a *culpa Aquiliana*. Emellett még okozati összefüggésnek kell lennie az okozott kár és a cselekmény között.⁴⁷

A teljesítésnél azonban az orvos személye lényeges, személyi tulajdonságai és képességei meghatározóak. Kellő szakértelemmel kell rendelkeznie, ha azonban ezeknek a képességeknek nincs birtokában, szakismeret hiányában *imperitiáért* felel. Tehát akkor vállal felelősséget, ha nincs meg a szükséges hozzáértése a *facere*-kötelem teljesítéséhez.⁴⁸

Ulp. D. 1, 18, 6, 7

„*Sicuti medico imputari eventus mortalitatis non debet, ita quod per imperitiam commisit, imputari ei debet: praetextu humanae fragilitatis delictum decipientis in periculo homines innoxium esse non debet.*”

⁴⁴ Benedek – Pókecz Kovács: i. m. 121. o.

⁴⁵ Below: i. m. 109. o.

⁴⁶ Ulp. D. 9, 2, 27, 17.

⁴⁷ Benedek – Pókecz Kovács: i. m. 348. o.

⁴⁸ Below: i. m. 112. o.

Ulpianus azt a megállapítást tette, hogy az orvos nem felelős az eredményért, ha gondos ellátás mellett halált okoz, nem róható fel a terhére.

Ha a rabszolga meghal, a *herus*, vagyis a rabszolga ura az elkövetővel szemben *actio legis Aquiliae*-t indíthat. A marasztalás viszont egyszer történhet meg, ám a dolog legmagasabb értékére szól.

Az előzőekben leírtak az orvosi felelősségre általánosságban igazak, azonban külön is ki kell térni a sebészi praxisra. Erre vonatkozóan az Ulp. D. 9, 2, 7, 8 tárgyalja azt az esetet, amikor az operációt nem szakszerűen hajtották végre, és emiatt nem sikerül a beavatkozás. A szakszerűtlen műtét miatt viszont az orvos felelősségét nem ismeri el.⁴⁹ Ulpianus megemlíti egy rabszolgát, akit ugyan orvosilag megfelelően műtöttek, ennek ellenére mégis meghalt, mert az orvos az utókezelést elmulasztotta.

Az *actio legis Aquiliae*-vel felel továbbá a belgyógyász is, aki nem megfelelően alkalmazta a gyógyszereket (Gai. D. 9, 2, 8). Ugyanígy a D. 9, 2, 9, 1 fragmentuma is alkalmazható volt az orvosokra:

Ulp. D. 9, 2, 9, 1

„*Si quis per vim vel suusum medicamentum alicui infundit vol ore vel clystere vel si eum unxit malo veneno, lege Aquilia eum teneri, quemadmodum obstetrix supponens tenetur.*”

Vagyis, ha az orvos erőszakosan adja be az orvosságot, vagy a rábeszéli a beteget a gyógyszerre, és abba mérget tesz bele. Celsus és Ulpianus megadta az *actio in factum*ot arra az esetre, mikor az orvos a gyógyszer helyett mérget tölt az üvegcsébe (Ulp. D. 9, 2, 7, 6).

Ulpianus azonban tagadja az *actio legis Aquiliae*-t, mert az *iniuria* tényállása nem teljesül. Eltávolodik attól az állásponttól, hogy a *lex Aquilia*nak jellegzetes és szubjektív szemlélete van, és felveti a bűnösség szubjektív problémáját.⁵⁰

IV.3. Az *actio in factum* és az *extraordinaria cognitio*

A *locatio conductio*ból származó felelősség és az *ex lege Aquilia* felelősség mellett *actio in factum*mal is érvényesíthető kártérítési igény egy orvossal szemben. Ez a lehetőség nagy jelentőséggel bír, amint egy *ingenuus* (szabad ember) orvosként praktizál, eszerint nem jöhet szóba *locatio conductio* szerinti felelősség (mivel ez csak rabszolgák és *libertusok* esetében áll fenn). Továbbá ha a beteg ugyancsak szabadnak született, a *lex Aquilia* szabályai nem alkalmazhatóak. Ennek forrásszerű bizonyítéka

⁴⁹ Below: i. m. 114. o.

⁵⁰ Below: i. m. 115. o.

a D. 19, 5, 26, 1 fragmentuma.

Az Ulp. D. 50, 13, 1, 1 szerint az orvos a tiszteletdíjáért *extra ordinem* eljárást indíthatott. Emellett a jogtudósok megengedik, hogy a páciens ellenigényét is *extraordinaria cognitio*ban figyelembe vegyék.⁵¹

IV.4. A kártérítési igény mértéke

Ha a római jogban kártérítésre köteleznek egy orvost, ezáltal a kérelmező felperes teljes vagyoni kárát meg kellett térítse. A *locatio conductio* esetében az *actio locati* és az *actio conducti* a *bona fides* (jóhiszeműség) kikötésének következtében elegendő rugalmasságot mutatnak azért, hogy minden követelést teljesítsenek. A *lex Aquilia* ugyan kizárólag a dolgok megállapított értékét meghatározott objektív kritériumokon keresztül veszi figyelembe, de a klasszikus jogtudomány kiszélesítette az *id quod interest*⁵² szempontjai között az igények kereteit. Végül pedig az *actio in factum* és az *extraordinaria cognitio* engedélyezte a bírónak, hogy szabad mérlegeléssel az ügy megvizsgálása után döntsön.

A vagyoni kárhoz, amelyet a páciensnek okozott, a következők tartoznak: először is az orvosi költségek, amelyek az egészség végleges helyreállításához elengedhetetlenek. Az ilyenfajta költségre (*impensa*) vonatkozó fragmentumok egyharmadában károkozásról van szó, nem pedig az orvosról. Azonban a probléma, ami a kártérítési igény megadásához vezet, nem különbözik attól, mint mikor az orvos okoz kárt a betegeinek.⁵³ Másodszor a kártérítési követelések kiterjedhetnek továbbá *lucrum cessansra* is, nevezetesen a már elmaradt haszonra vagy a várható keresetkiesésre. Az alábbi fragmentumok említik ezeket: Gai. D. 9, 1, 3; Ulp. D. 9, 2, 7; Gai. D. 9, 3, 7. Itt sem tesz különbséget a jogi megítélés aközött, hogy egy *extraneusról* (kívülállóról) van-e szó, vagy az orvos idézte-e elő a kárt. Mivel másrésztől a római jogot uralta a pénzkövetelés (*condemnatio pecuniaria*) eszméje,⁵⁴ így a nem vagyoni kárnak a megtérítését elutasítja. Hegék, sebhelyek vagy másféle torzulások miatt nem lehett igényeket érvényesíteni (Gai. D. 9, 1, 3; Gai. D. 9, 3, 7).

A perek során az orvos, aki a deformitást, illetve a kárt okozta, a körülmények figyelembevételével nem kerülhetett kapcsolatba a felperessel,⁵⁵ ezzel is megakadályozva azt, hogy a károsult fél „sebeit ismét feltépjék”.

⁵¹ Heinrich Siber: *Römisches Recht in Grundzügen für die Vorlesung II. Römisches Privatrecht.* Berlin 1928. 196. o.

⁵² Wolfgang Kunkel: *Römisches Privatrecht.* Berlin-Göttingen-Heidelberg 1949. 258. o.

⁵³ Below: i. m. 120-121. o.

⁵⁴ Uo.

⁵⁵ Uo.

V. Az orvos büntetőjogi felelőssége a római jogban

A büntetőjogi védelemben részesítendő társadalmi viszonyok és érdekek között kiemelkedő jelentőséggel bír az ember testi épségének és egészségének védelme.⁵⁶ Noha az élethez való jog, mint önálló szabadságjog csupán a II. világháborút követően fogalmazódott meg, az életellenes cselekményeket bizonyos mértékben már az antik jogrendszerek is szankcionálták.

Az élet, a testi épség és az egészség büntetőjogi védelmének kérdései és az ezekhez kapcsolódó gyógyító tevékenységnek a vizsgálata kétféleképpen közelíthető meg: a büntetőjogi felelősség, illetve a társadalom védelmének oldaláról. E vizsgálati szempontok kiegészítik egymást, tekintettel arra, hogy a felelősség és annak érvényesítése egyúttal védelem is, a védelem pedig azonos a felelősség érvényesítésével.⁵⁷

Betegség esetén az életfolyamatok biológiai egyensúlya megbomlik, az egyensúly helyreállításához sokszor orvosi beavatkozás szükséges. Felmerül a kérdés azonban, milyen szabályozást adott a római jogalkotó arra az esetre, ha az orvos nem életet ment, hanem éppen ellenkezőleg: elveszi valakinek az életét?

Ezen gondolatmenetből kiindulva, írásunk következő részében az antik Róma orvosságának büntetőjogi felelősségét mutatjuk be emberölés, gondolatlanságból elkövetett emberölés, illetve testi sértés esetén.

V.1. Az orvos büntetőjogi felelőssége emberölés esetén

A királyság korának végére Rómában az emberölés bűncselekményét három tényállásba sorolták: emberölés (*homicidium*), rablógyilkosság (*sicarium*), illetve méregkeverés (*veneficium*).⁵⁸

Mint ismeretes, az ókorban a méreg általi halál egy kegyetlen, ám gyakran alkalmazott kivégzési módnak számított. Nem szabad megfeledkeznünk azonban arról sem, hogy a mérgezés nemcsak mint büntetés volt jelen, hanem a polgárok is alkalmazták vitás helyzeteik „megoldásaként”. E körben kell tehát kitérni az orvosok által elkövetett szándékos emberölésekre, mivel hivatásukból adódóan kellő ismeretekkel rendelkeztek, milyen dózisban kell használni a mérget⁵⁹ egy adott személy életének kioltásához.

⁵⁶ Tóth Mihály – Nagy Zoltán: Magyar büntetőjog. Különös rész. Osiris Kiadó, Budapest 2014. 41. o.

⁵⁷ Balogh Ágnes: Az egészség védelme a büntetőjogban. PhD értekezés, Pécs 2006. 8. o. <https://ajk.pte.hu/sites/ajk.pte.hu/files/file/doktori-iskola/balogh-agnes/balogh-agnes-vedes-ertekezés.pdf>. (2020. 04. 17.)

⁵⁸ Zlinszky János: Római büntetőjog. Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest 1997. 121. o.

⁵⁹ Below: i. m. 122. o.

A *veneficium* megvalósításában az orvosok tettesként vagy társtettesként vehettek részt,⁶⁰ így a Római Birodalom társadalmának védelme érdekében azon esetekre, amikor egy orvos méregkeverés megvalósítása céljából visszaélt szakértelmével, a jogalkotónak is reagálnia kellett.

Marc. D. 48, 8, 3, 1

„*Eiusdem legis poena adfcitur, qui in publicum mala medicamenta vendiderit vel hominis necandi causa habuerit.*”

Az idézett fragmentum szerint tehát büntetendő, aki mérget nyilvánosan forgalmaz, vagy emberölési célzattal magánál tart.

Ami konkrétan az orvosokat illeti, akiknek szerepe – amint ez a fentebb írtakból kiténik – a mérleg előállításánál kerülhet előtérbe, a *lex Cornelia de sicariis et veneficis* (azaz a Sulla által kibocsátott, gyilkosokról és méregkeverőkről szóló törvény) az alábbiakat deklarálja:

„*legis Cornelia capite quinto, qui venenum necandi hominis causa fecritvel vendiderit, vel habuerit, plecitur.*”⁶¹

Eszerint tehát büntetendő az is, aki emberölési célzattal mérget állít elő, sőt, a következő forrásrészlet szerint bizonyos növények, egyéb anyagok (többek között bürök, mandragóra, sisakvirág, illetve a bőrmirigyeiben lévő méreganyagok miatt ide sorolták a szalamandrát is) átadása önmagában elegendő volt ahhoz, hogy e törvényt alkalmazzák:

Marc. D. 48, 8, 3, 3

„*Alio senatus consulto effectum est, ut pigmentarii, si cui temere cicutam salamandram aconitum pituocampas aut bubrostim mandragoram et id, quod lustramenti causa dederit cantharidas, poena teneantur huius legis.*”

Az elemzett forrásokban megnevezett magatartások – vagyis emberölés céljából történő méregkészítés, eladás, továbbá ha valaki mérget magánál tart – az emberölés előkészületi cselekményeinek minősülnek, következtetésként levonhatjuk tehát, hogy már a római jog is ismerte a *delictum sui generis* fogalmát, azaz befejezett bűncselekményként értékelt, önállóan büntetendővé nyilvánított bizonyos előkészületi cselekményeket.⁶²

⁶⁰ Uo.

⁶¹ Marc. D. 48,8,3 pr.

⁶² Jusztinger János: A büntetőjog-dogmatika és a római jogtudomány Zlinszky János kutatásainak tükrében. *Iustum Aequum Salutare*, 2006/1. sz. (12. évf.) 46. o.

Az „emberölés céljából” fordulat alapján megállapíthatjuk, hogy a *veneficium* célzatos bűncselekménynek számított. Erre tekintettel, ha az orvos nem tudott róla, hogy az általa készített szert megvásárló személyt emberölési szándék motiválja, nem vonták felelősségre.⁶³

A méregkeverőket szigetre való deportálással (amely a római polgárjog elvesztésével járt), illetve vagyonuktól való megfosztással sújtották:⁶⁴

Marc. D. 48, 8, 3, 5

„*Legis corneliae de sicariis et veneficis poena insulae deportatio est et omnium bonorum ademptio.*”

V.2. Az orvos felelőssége gondatlanságból elkövetett emberölés esetén, különös tekintettel a magzatelhajtásban való közreműködésre

Előfordulhat, hogy egy orvos nem kellő alaposzággal állítja fel a diagnózist, és az orvosságot nem megfelelő dózisban adagolja, vagy pedig olyan gyógymódot alkalmaz, amelynek következtében a beteg életét veszti. Noha az eredmény, vagyis a beteg halála ugyanaz, mint a fentebb tárgyalt emberölés esetében, hiányzik az ölési szándék.

Bár a modern jogi dogmatika fogalmait teljesen nem lehet visszavetíteni az ókorba,⁶⁵ a római jogalkotó is felismerte, hogy ezeket az eseteket el kell határolni azon tényállásoktól, amelyek a *lex Pompeia de parricidiis* vagy a *lex Cornelia de sicariis et veneficis* hatálya alá tartoznak.⁶⁶

Paul. Sent. 5, 23, 19

„*si ex eo medicamine, quod ad salutem hominis vel ad remedium datum erat, is qui dederit, si honestior sit, in insulam relegatur, humilior autem capite punitur.*”

Habár a forrásszöveg nem nevezi meg *expressis verbis* az orvost, mint elkövetőt, álláspontunk szerint az „*is qui dederit*” fordulat rá is vonatkoztatható.⁶⁷ A büntetés tehát e cselekményért egy *honestior* esetén *relegatio*, míg egy *humilior* esetében *capite puniri* volt.

⁶³ Dieter Nörr: *Causa mortis*. Beck, München 1986. 99. o.

⁶⁴ Molnár Imre: Az ókori római jogi bűncselekmény-fogalom ismérvei. *Acta Universitatis Szegediensis: acta juridica et politica*, 2010/1. sz. (64. évf) 579. o.

⁶⁵ Molnár Imre: A jogellenesség és a vétkeesség kérdése a római jogban. In: *Tanulmányok Benedek Ferenc tiszteletére*. *Studia Iuridica* (Hamza Gábor – Kajtár István – Zlinszky János szerk.). 123. sz. Pécs 1996. 209. o.

⁶⁶ Below: i. m. 126. o.

⁶⁷ Uo.

E társadalmi kategóriák kapcsán érdemes kitekinteni Caracalla reformjainak (212) hatására. Miután a római polgárjog a birodalom minden lakosát megillette, a római társadalom előkelőkre (*honestiores*), illetve alacsonyrendűekre (*humiliores*) való kettészakadása még erőteljesebbé vált.⁶⁸ Az előbbi kategóriába tartoztak elsősorban a szenátorok, lovagok, katonák és városi tanácsstagok, míg a *humiliores* tagjai között a városi köznépet és a vidéki földműveseket, valamint a mezőgazdasági bérlőket tartjuk számon.

A büntetőjog számára azért bírnak relevanciával ezen kategóriák, mert ugyanazért a bűncselekményért a *humiliores* réteghez tartozók súlyosabb büntetést kaptak, vagyis, amint az a fentebb ismertetett fragmentumból is kiténik, kialakult egy kettős büntetési rendszer.⁶⁹

Még súlyosabb büntetés várt arra az orvosra, aki magzatelhajtószert adott, és ezáltal a terhes nő halálát okozta:

Paul. D. 48, 19, 38, 5

„*Qui abortionis aut amatorium poculum dant, etsi dolo non faciant, tamen quia mali exempli res est, humiliores in metallum, honestiores in insulam amissa parte bonorum relegantur. Quod si eo mulier aut homo perierit, summo supplicio adficiuntur.*”

Eszerint tehát amennyiben valaki magzatelhajtás céljából italt ad, ha alacsonyabb rendű, bányamunkára ítélandó, ha pedig az előkelők társadalmi rétegéhez tartozik, vagyona felének elkobzása mellett egy szigetre száműzendő. E rendelkezést kell alkalmazni akkor is, ha az elkövetőt nem rossz szándék vezérli, mivel erkölcsileg elítélendő példát mutat.⁷⁰ A D. 48, 19, 38, 5 utolsó sorai alapján azonban megállapíthatjuk, hogy ha az italtól a páciens meghal, az elkövető halálbüntetéssel lakol.

Ami a Római Birodalom – illetve messzebből közelítve a kérdést, az antik világ – abortuszpolitikáját illeti, kiindulópontként érdemes Hippokrates álláspontját alapul venni. Az orvostudomány atyjaként aposztrofált gyógyító szerint a mesterséges (választott, indikált) abortusz becstelen, mivel veszéllyel és erőszakkal párosul.⁷¹ Azonban ha az anya élete veszélyben forog (pl. a magzat halott, vagy az anya nem képes kihordani a magzatot, mert a méh túl kicsi), akkor elfogadható az abortusz alkalmazása.⁷² A Kr. u. 1–2. században élt Iuvenalis a méhmagzatokat „*homines in ventre*”-nek

⁶⁸ Sály Pál: Keresztre feszítés az ókorban. Szent István Társulat, Budapest 2004. 97. o.

⁶⁹ Uo.

⁷⁰ Below: i. m. 127. o.

⁷¹ Gradwohl Edina: Az abortusz megítélése az antik világban. *Művelődés- Tudomány- és Orvostörténeti Folyóirat*, 2015/11. (6. évf.) 3. o.

⁷² Uo.

nevezi, akiket bűn elpusztítani.⁷³ E nézetekre tekintettel határozta meg a jogalkotó az orvosra váró szigorú szankciókat tiltott abortusz esetén.

V.3. Az orvos büntetőjogi felelőssége szándékosan elkövetett testi sértés esetén

Büntetőjogi értelemben a testi épség fogalma a sértett azon állapotát jelöli, amelyben a sérelmére megvalósult testi sértés elkövetését megelőzően volt, és amely állapotban a testi sértés bűncselekmény eredményeként negatív irányú változás következett be.⁷⁴

Ugyan az eunuch szó hallatán az utókor elsősorban a török szultán háremének őrzőire asszociál, a kasztrálás nem volt ismeretlen beavatkozás a Római Birodalomban sem, s értelemszerűen felmerül e körben a beavatkozást végző orvosok felelőssége is.

A *lex Cornelia de sicariis* úgy rendelkezett, hogy önálló tettesként kell büntetni a kasztrálást végző orvost és azt a római polgárt is, aki önmagán vagy rabszolgáján a műtétet elvégeztette. Hadrianus császár rendeleteiben a tilalmat kiterjesztette a körülmetélésre (*circumcisio*) is.

Ulp. D. 48, 8, 4, 2

„*Idem divus Hadrianus rescriptis: „Constitutum quidem est, ne spadones fierent, eos autem, qui hoc crimine arguerentur, Cornelia legis poena teneri eorumque bona merito fisco meo vindicari debere, sed et in servos, qui spadones fecerint, ultimo supplicio animadvertendum esse: et qui hoc crimine tenentur, si non adfuerint, de absentibus quoque, tamquam lege Cornelia teneantur, pronuntiandum esse. (...) nemo enim liberum servumve invitum sinentemve castrate debet, neve quis se sponte castrandum praebere debet.”*

A császár fenntartotta tehát a *lex Cornelia de sicarriis et veneficis* hatályát, illetve hangsúlyozta, hogy sem rabszolgán, sem szabad emberen, még beleegyezésük esetében sem lehet végrehajtani a kasztrálást. A D. 48, 8, 4, 2 záró sorai rögzítik, hogy az *edictum* ellen vétőkkel szemben halálbüntetést kell kiszabni.⁷⁵

Tekintettel arra, hogy az emberi élet a test és a lélek egysége,⁷⁶ vizsgálni kell a szellemi egészség megsértése esetén fennálló jogkövetkezményeket is.

A *Digesta* vonatkozó passzusa szerint, ha az orvosi beavatkozás következtében a beteg szellemi állapota sérül, az *inuriarium* áll rendelkezésre:

⁷³ Gradvohl: i. m. 5. o.

⁷⁴ Tóth – Nagy: i. m. 63. o.

⁷⁵ „at si quis adversus edictum meum fecerit, medico quidem, qui exciderit, capitale erit, item ipsi qui se sponte excidendum praebuit.”

⁷⁶ Balogh: i. m. 11. o.

Ulp. D. 47, 10, 15 pr.

„Item apud Labeonem quaritur, si quis mentem alicuius medicamento aliove quo alienaverit, an iniuriam actio locum haberet. et ait iniuriam adversus eum agi posse.”

Tanulmányunk büntetőjogi részének zárásaként a gazdag klasszikus kori kazuisztikából választott eseten keresztül ismertetünk egy orvos által szándékosan elkövetett testi sértést.

Feljegyezték,⁷⁷ hogy egy szemész krónikus szembetegséggel küzdő ismerősének ajánlotta, meggyógyítja őt. Az *ocularius* leplezett szándéka azonban nem volt más, mint hogy a páciens telkeit megszerezze, így szándékosan olyan „gyógymódot” alkalmazott, amelynek következtében a beteg szinte teljesen megvakult. Az egészségromlás után pedig az orvos adásvételi szerződést kívánt kötni a beteggel – arra hivatkozva, hogy látásproblémái miatt nem lenne képes az ingatlanokkal kapcsolatos teendőket megfelelően ellátni, jobban jár hát, ha eladja azokat neki.

Maga a fragmentum is *contra fidem bonam*nak minősíti az orvos viselkedését, Below-val egyetértve megállapíthatjuk, hogy a *ius honorarium* alapján az ilyen jogügyletek nem lehetnek érvényesek.⁷⁸

VI. Záró gondolatok

Tanulmányunk az ókori Róma orvosainak jogállását mutatta be. A kérdéskör jogi rendezésének vizsgálata mellett kitértünk arra is, hogyan vélekedett a korabeli társadalom az orvosokról. Míg napjainkban a gyógyítók munkája nagy megbecsülésnek örvend, az antik római közfelfogás kezdetben kételkedve fogadta az orvostudomány kibontakozását. E tény kétségkívül a görög származású, Rómában letelepült és ebből

adódóan a gyógyítás modernebb elemeit meghonosító, idegen orvosokkal szemben táplált ellenszenvre vezethető vissza. Az uralkodók éléslátásáról tanúskodik azonban, hogy felismerték e szakma fontosságát, így különböző kiváltságokban részesítették őket.

A Római Birodalomban az orvosi feladatokat túlnyomórészt rabszolgák és *libertusok* látták el, csekélyebb számban római polgárok és peregrinusok. Különösen érdekes kérdés a *libertus* orvos jogállásának vizsgálata, mivel már önmagában a létezésük is azt támasztja alá, hogy bár a római jogrend igyekezett minden embernek származása szerint állandó helyet kijelölni a társadalomban, nem volt ritka az egyes *statusok* megváltozása sem.

⁷⁷ Ulp. D. 50, 13, 3.

⁷⁸ Below: i. m. 133. o.

A császárok a fentebb említettek szerint *ediktumaikban* különböző kedvezményekben részesítették az orvosokat, hangsúlyoznunk kell azonban, hogy ez a privilegizált helyzet nem jelentette a felelősség alóli teljes mentesülést. Írásunk külön fejezetben tárgyalta az orvosok esetleges hibáikért való felelősségének kérdését mind magánjogi, mind büntetőjogi aspektusból közelítve. Ami az előbbit illeti, összegzésként megállapítható, hogy az egyes *actiók* alkalmazása az orvos jogállásától függött, például a *locatio conductio* szerinti felelősség csak rabszolgák és *libertusok* esetében volt érvényesíthető, illetve a *lex Aquilia* szabályai sem voltak alkalmazhatóak abban az esetben, ha a beteg szabadnak született.

Bár a jogászi közvélemény a római jogot annak kétségkívül leginkább kimunkált részével, a magánjoggal azonosítja,⁷⁹ álláspontunk szerint indokolt volt áttekinteni az orvosok büntetőjogi felelősségét is. Különösen fontos ennek vizsgálata, mivel a fragmentumokból kitűnik, hogy bizonyos bűncselekmények – főként a mérgegyezés – esetében az orvosok szerepe szakértelmük miatt előtérbe kerülhetett. Szintén a *veneficium* kapcsán mutattuk be, hogy a római jog is ismerte a *delictum sui generis* bűncselekmény fogalmát.

Már Sulla törvényei is különbséget tettek szándékosan és gondatlanságból elkövetett emberölés között. Ez egyrészt az igazságosság érvényesülését szolgálta, hiszen értelemszerűen nem érdemel azonos büntetést az az orvos, aki tévedésből nem megfelelően adagolja az orvosságot, és az, aki szakértelmével visszaélve, szándékosan, éppen az adott áldozat életének kioltásához elegendő dózisban állít elő mérgefőzetet. Másrészt pedig a szándékosság és a gondatlan elkövetés kezdetleges elhatárolása arra is rámutat, hogy a római jog a büntetőjogi dogmatikai terén is hagyott örökül értékes gondolatokat a kontinentális jogrendszer számára.

⁷⁹ Jusztinger: i. m. 36. o.

A letartóztatás és a szabadságvesztés káros egészségügyi hatásai

I. Bevezetés

A szabadságelvonó kényszerintézkedések közül a letartóztatás, még a büntetések közül a szabadságvesztés okozhatja az elkövetők pszichikai állapotában a legnagyobb egészségügyi károsodást. A börtönpszichológia, a kriminálpszichológia egyik ága vizsgálja hogyan hat a börtön, illetve a fogvatartás annak alanyaira, milyen emberek a büntetés megkezdésekor és az onnan való távozáskor, milyen fázisai vannak a változásnak, amin átesnek.¹ Ezek a hatások és változások megmutatkoznak mind fizikai, mind pszichikai jelekben. A fogvatartottak körében alapvetően kétféle személyiségváltozásról beszélhetünk: pozitív és negatív. A pozitív irányt a nevelés tan és a reintegráció képviseli, míg a negatív irányú személyiségváltozást börtönártalmaknak nevezzük. Tanulmányomban a szabadságkorlátozás-, és megvonás egészségügyi hátrányait mutatom be.

II. A börtön, mint veszélyforrás²

Az első veszélyeztetett csoportba a büntetés-végrehajtási intézetben tartózkodók sorolhatók. A börtön egyrészt veszélyt jelent az ott élő elítéltekre, másrészt az ott dolgozó személyzetre. A második fenyegetett csoport a lakosság, amely a munkavégzésre kijelölt hely közvetlen környezetében lakik, végül pedig a társadalom egésze. Leginkább a rabok szállításánál nő meg a rizikófaktor, de nem kizárt egyéb esetben sem. A börtönártalmak hosszú távú következményeként a veszély még inkább fokozódik, és az elítélteket rendhagyó, életveszélyes cselekményekre ösztönözheti. Az elmúlt évtizedekből számos példát lehet erre felhozni: Richter Richárd ámokfutása (1984)³, a sopronkőhidai túszejtés (1993)⁴, vagy a debreceni túszejtés (1988)⁵. A személyiségváltozás mellett nagy szerepet játszik a büntetés-végrehajtási intézetben fellelhető stresszhelyzet, és az onnan való szabadulás reménye, mint indítók.

¹ Oros János: A börtön hatása a fogvatartottak személyiségére. In: *Vargha László-émlékkönyv* (Herke Csongor – Fenyvesi Csaba szerk.). PTE ÁJK, Pécs 2003. 17.o.

² A rész Ruzsonyi Péter ugyanilyen című tanulmány után kapta az elnevezést. Ruzsonyi Péter: *A börtön mint veszélyforrás*. In: *Modernkori veszélyek rendészeti aspektusai* (Gaál Gyula – Hautzinger Zoltán szerk.). Magyar Hadtudományi Társaság Határőr Szakosztály Pécsi Szakcsoport. Pécs 2015.

³ Richter Richárd 1984. október 19.-én a Szegedi Fegyház és Börtönhöz tartozó, a fogvatartottaknak munkát adó Alföldi Bútorgyárban 7 embert sebesített meg késsel, közülük három felügyelőt megölt. Ld. Ruzsonyi: i. m. 28. o.

⁴ A Sopronkőhidai Fegyház és Börtönben 1993. január 23.-án két fogvatartott túsul ejtett egy felügyelőt, majd a felügyelőt felhasználva elhagyták az intézetet. A túszt ezután elengedték, a megszökött elítélteket elfogták. Ld. Ruzsonyi: i. m. 29. o.

⁵ 1988. július 6.-án a Debreceni Büntetés-végrehajtási Intézetben két fogvatartott túsul ejtett egy művezetőt. A túszt fegyverrel kiszabadították, ennek során többen súlyos sérülést szenvedtek. Ld. Ruzsonyi: i. m. 28. o.

III. Történeti áttekintés

III.2. Korábbi felfogások és kutatások

Az 1950-es éveket megelőzően a börtönöket személyiséggyilkos intézménynek tekintették, és szinte csak negatív leírásokat találni róluk. Fő célként az erkölcsstelen viselkedés büntetése jelent meg.⁶ Ezt igazolták a korabeli kutatások is. *Bettelheim* felmérése alapján a fogvatartottak magatehetetlen, felnőtt viselkedésre képtelen személyek. *Erving Goffman* a börtönt totális intézményként írta le, amelyben: tevékenységek (munkavégzés, alvás, szabadidős foglalkozás) egy helyen, a többi rab jelenlétében, ugyanolyan autoritás mellett, egyforma és szigorú szabályok mentén történnek. Ezen a totalitáson keresztül is a megfosztottság (depriváció) érvényesül. Ez a megfosztottság megnehezíti az alkalmazkodást, és a bent tartott személyekből különböző reakciókat vált ki. Az egyik végtel a teljes engedetlenség, a másik az institutionalizáció.⁷ Véleménye szerint a depriváció hatására az én meghal, és ezzel együtt a *személyiség* egyaránt. *Ohm* a jelenséggel kapcsolatban megfogalmazza az ún. börtönneurózis tünetegyüttest. Eszerint az évek során a rabok „másodosztályú” emberré degradálódnak, elértéktelenednek, így például akár 3 év eltelte után már szuicid hajlamok, agresszivitás figyelhető meg.

A korszak meghatározó alakja *Zimbardo*, akinek híres kísérlete nyomán a közfelfogásban is elterjedté vált a börtön negatív, személyiségromboló hatása. Kísérletének helyszíne a Stanford Egyetem volt, ahol egyetemisták játszották el mesterséges körülmények között a börtönszituációt. Többek között arra kereste a választ miként viselkedik az ember olyan szerepben, amelyben előtte még soha nem volt tapasztalata, és hogyan viszonyulnak a börtönhelyzetben hatalommal bírók a fogvatartottakhoz. A teszt folyamán a rabok megoldhatatlan és értelmetlen feladatokat kaptak, megoldatlanságuk esetén pedig szigorú büntetésekkel „jutalmazták” őket. Ennek eredményeként harmadik napon következett be az első idegösszeroppanás, a hatodik napon be kellett fejezni a kísérletet a tesztben résztvevők állapota miatt.⁸

II.3. Modern elvek és a hatályos szabályozás

Az Európa Tanács tagállamai a szervezet égisze alatt 1987-ben elfogadták a kínzás és az embertelen vagy megalázó büntetések vagy bánásmód megelőzéséről szóló egyezményt, és ezzel együtt létrehozták a kínzással és egyéb embertelen vagy megalázó büntetések vagy bánásmód megelőzésével foglalkozó európai bizottságot (CP-T).⁹ 2006-ban szintén az Európa Tanács fogadott el egy releváns ajánlást az Európai

⁶ Nagy Alexandra: Élet a rács túloldalán. *Arsboni*, <http://arsboni.reblog.hu/elet-a-bortonben> (2020. 05. 25.)

⁷ Boros: A börtön... 17. o.

⁸ Boros: A börtön... 18. o.

⁹ A Strasbourghban, 1987. november 26-án kelt, a kínzás és az embertelen vagy megalázó büntetések vagy bánásmód megelőzéséről szóló európai egyezmény kihirdetéséről szóló 1995. évi III. törvény; Boros: A börtön... 19. o.

Börtön szabályokról.¹⁰ Ebben az ajánlásban találunk rendelkezéseket a fogvatartottak lelki egészségére vonatkozóan is.¹¹

A fogvatartásnak különböző alapelvei vannak, amelyeket a fogatartás alatt tiszteltetben kell tartani. Ezek közé tartozik az elkövetővel szembeni egyéniesítés, a megtevédt emberek visszavezetése a társadalomba (reintegráció) és a joghátrány érvényesítése.¹²

A fogvatartás alatt ezen utóbbi elvek egyfajta kettősséget eredményeznek, hiszen biztosítani kell, hogy az elkövető viselje tettének következményeit, ezzel egyidejűleg pedig a büntetés-végrehajtás feladata az arra való felkészítés, hogy a büntetés letelte után a közösség hasznos tagjává válhasson. A reintegrációnak fontos szerepe van a személyiségváltozások kezelésében is. Ennek egyik szerves része a családdal, barátokkal való kapcsolattartás, amely jelentős eredményeket produkálhat az agresszió és a depresszió csökkentése terén. Magyarországon ezt kívánta elérni az ún. „Meseprogram”. Ennek lényege az volt, hogy az elítéltek CD-re mondhattak fel meséket egy meseterapeuta segítségével, ezután pedig elküldhették családtagjaiknak. A meseterapeuta a történet kialakításában segített, a hős motívumot a fogvatartott személyére alakították. A program legfőbb érdeme a kapcsolattartás újabb szintre emelése mellett, hogy az elkövetők a meséiken keresztül feldolgozhatták tettüket, és ezzel - ha ideiglenesen is - saját lelki helyzetük javulását idézhették elő.¹³

VII. A börtönártalmak

A fogalmat a Börtönügyi Lexikon a következőképp határozza meg: „A börtönnek mint zárt közegnek a diszfunkcionális működésből eredő káros hatása a személyiségre.”¹⁴

Fliegauf Gergely szerint „mindazon ártalmak, amelyek a börtön diszfunkcionális működése következtében keletkeznek- vagy súlyosbodnak, és a börtön diszfunkcióinak felülkerekedését jelentik, illetve annak hatását a személyiségre. A börtönártalom az a közeg, amelyen keresztül a fogvatartott személyisége a börtönközeg negatív részével áll interakcióban.”¹⁵ Összegezve azok a negatív interakciók, amelyek a börtön zavara által hatnak az egyénre. A börtönártalmak kikerülése lehetetlen, mivel a börtönben tartózkodás alatt mindenképp sor kerül a többi fogvatartottal való érintkezésre, de

¹⁰ Az Európa Tanács Miniszteri Bizottsága által 2006. január 11.-én elfogadott a Miniszteri Bizottság Európai Börtön szabályokról szóló R/2006/2 ajánlása.

¹¹ „47.1. Egészségügyi irányítás alatt álló speciális intézeteket vagy részlegeket kell létrehozni az elmebetegségben vagy lelki fogyatékoságban szenvedő olyan fogvatartottak megfigyelésére és kezelésére.”

¹² A büntetések, az intézkedések, egyes kényszerintézkedések és a szabálysértési elzárás végrehajtásáról szóló 2013. évi CCXL. törvény (a továbbiakban: Bvtv.) 1. §

¹³ Nagy: i. m.

¹⁴ Bencze Béla (szerk.): Börtönügyi lexikon. Kronosz Kiadó, Pécs 2014. 53. o.

¹⁵ Fliegauf Gergely: A börtönlázadás – okok, befolyásoló tényezők, prevenció stratégiák. Börtönügyi Szemle, 2006/4. sz. 46. o.

enélkül ugyancsak elindul az a folyamat, amely a káros változást a személyben előidézi. Továbbá az ártalmak nemcsak a fogvatartottra, hanem annak családjára, illetve az intézet személyzetére is kihatással vannak. Ezeket a változásokat két klasszisba lehet besorolni: a klasszikus és az inherens börtönártalmak.¹⁶

VII.1. Az inherens börtönártalmak

Az inherens börtönártalmak már a börtön előtt is megvoltak a személy körülményeiben, azokat a külvilágból viszi az intézetbe, de nagy fokban befolyásolják a fogvatartott intézményen belüli viselkedését.

- a) Szegénység: ez a börtönben sem változik.
- b) Alacsony végzettség: a büntetés alatt törekszik a személyzet ezen egyének képességeinek fejlesztésére.
- c) Speciális foglalkozást igénylő személy: például szellemi sérült.
- d) Viktimizáció, családon belüli erőszak: ezek az egyének egyrészt nagy valószínűséggel válnak a börtön falain belül áldozattá, önbizalomhiányosak. Általában a büntetésük megkezdése előtt elszenvedtek valamilyen testi/lelki bántalmazást. A másik oldalról viszont az erőszakot átélt fogvatartottak nagyobb eséllyel válnak bántalmazóvá, erőszakossá.
- e) Bullying: egy vagy több személy tartós bántalmazása, általában verbálisan, egyenlőtlen erőviszonyokat kihasználva.
- f) Gengbe tartozás: valamilyen nyomás hatására egy „lázdó” csoporthoz való csatlakozás, ezzel a bűnözői életpálya esetleges megalapozása.
- g) Kábítószerfogyasztás: a fogyasztók között nagy a bűnözési ráta, illetve a büntetésük alatt jelentkezhetnek elvonási tünetek.
- h) Intitucionalizáció: ebben az esetben azt jelenti, hogy az elkövető a korábban már tapasztalt intézeti élményei (például: árvaház, javítóintézet) hatása alatt áll, és ezeket ülteti át a börtönkörnyezetbe.

VII.2. A klasszikus börtönártalmak

Minél zártabb egy börtön, annál jobban érvényesülnek ezek a jelenségek.¹⁷

- a) Prizonizáció: az értékek és magatartásformák negatív elmozdulása, valamint a börtöniskola. Az elkövető felismeri a belső viszonyrendszert, ehhez alkalmazkodik, „barátokat” szerez. Ezekből a barátoktól új technikákat, bűnözési taktikákat, csínyeket tanul el, és ha szabadul általában a való életben hasznosítja ezeket. Hiába az oktatás, a rabok egymástól tanulnak a leginkább.
- b) Detrimentalizáció: túltelítettség vagy személyi hiányt miatt nem megfelelő ellátása a problémás fogvatartottaknak.

¹⁶ Ruzsonyi: i. m. 31. o.

¹⁷ Ruzsonyi: i. m. 32. o.

- c) Stigmatizáció: megbélyegzés, a börtönviseltet lenézik, kiközösítik a kinti életben, de gyakran bent a személyzet is.
- d) Inkapacitációs ártalom: a fogvatartott a büntetés kitöltése után nem tud visszailleszkedni a társadalomba a nagyfokú passzivitás miatt. Erre tipikus példa, amikor a volt elítéltet a erkölcsi „státusza” miatt nem alkalmazzák adott munkahelyen.
- e) Agresszió: a depriváció is kiválthatja, a személyben rejlő is lehet. Fokozatosan alakul ki és táplálódik.
- f) Mortifikáció: az énkép lerombolása, „bemocskolódás” érzése.
- g) Kóros pszichés zavarok: ide tartoznak az önkárosító tevékenységek és a homoszexuális megnyilvánulások.
- h) Depriváció. Ennek jelentősége miatt ezzel a fogalommal külön részben kívánok foglalkozni.

VIII. Depriváció

A depriváció a börtönártalmak legjelentősebbike, a későbbi zavarok leggyakoribb oka. Jelentése a jótól való megfosztottság, mind testi, mind lelki értelemben. Ennek enyhítése a büntetés-végrehajtás személyzetének egyik releváns feladata. A deprivációra érkező reakciók ugyanis nagyon veszélyesek is lehetnek. (pl.: zendülés).

A megfosztás többdimenziós fogalom. Megfosztás a személyes kapcsolatoktól: az egyik legnagyobb kihívása a magyar jogalkotónak, hogy biztosítja a kapcsolattartást, de egyben az elkövető ezen a fórumon is érezze a megvonó, pönalizáló jelleget. Erre szolgálnak a beszélők, telefonhívások, levelek. Egy-egy ilyen után a rabok rendkívül pozitívan térnek vissza a zárkájukba, és motivációt nyújthat nekik a jó magaviseletre a család viszontlátásának lehetősége, hazaváró szeretete.

Megfosztás személyes tárgyaktól és szükségletektől: Ennek egy részét az átvizsgálás után visszakapja, másik részét nem viheti be az intézetbe a fogvatartott. Ha valamely sokat jelentő személyes tárgyától kell megválnia az elkövetőnek, frusztráció jelentkezhet nála, és bosszúérzet a személyi állomány ellen. A szükségletektől való megfosztás a magánszféra teljes hiányát és az intimitás nyíltságát jelenti. A fogvatartott a mellékhelyiségbe menetelkor csak egy vékony kis fallal – vagy még azzal sem – van elválasztva a többi társától. A fürdés esetében szintén ugyanez a helyzet.

Megfosztás az autonómiától: a rabok a nap szinte 24 órájára szóló időbeosztással rendelkeznek. Nyilván van szabadidejük is, amit meghatározott keretek között, önállóan töltenek ki, viszont autonómiának ez nem nevezhető. Az önrendelkezésük sok esetben addig terjed, hogy a zárkában lévő falra milyen fényképeket ragasztanak.

Megfosztás a heteroszexuális kapcsolatokról: a „börtönsztorik” egyik legfelkapottabb témája az intézeteken belüli szexuális kapcsolatok mikéntje. Az elítéltekből a szexuális frusztráció néha rettenetes dolgokat tud kiprovokálni, főleg a fiatalok esetében.¹⁸ Véleményem szerint ezen a ponton rendkívüli változtatás lenne szükséges.

Megfosztás a szabadságtól: a depriváció leghangsúlyosabb eleme, a börtönbüntetés lényege. A helyváltoztatáshoz való jog megvonásával létrejött szituációban az elítéltek mozgása más által irányítottá válik. Ugyanakkor, ugyanazokkal, ugyanazt tenni. Ez fásultságot eredményezhet a személyiségben, a végén már oda sem figyel arra, amit éppen csinál, csak mechanikus megszokásból cselekszik.¹⁹

IV. A letartóztatás negatív hatásai

A letartóztatás a személyi szabadságot érintő kényszerintézkedések körébe tartozó intézkedés, amely a legnagyobb szabadságelvonással jár. A törvény a következőképp határozza meg a fogalmát: „A letartóztatás a terhelt személyi szabadságának bírói elvonása a jogerős ügydöntő határozat meghozatala előtt.”²⁰ Tartamát a törvény főszabályként egy hónapban határozza meg, azonban ez meghosszabbítható, és tarthat akár négy évig is.²¹

A letartóztatottak aránya az összfogvatartotti létszám kb. 16 százalékát teszik ki.²² Ez a csoport bizonyos szempontból nehezebb helyzetben van, mint a már jogerősen elítélt elkövetők. A letartóztatottak zárt zárában töltik a fogvatartás idejét, nem dolgozhatnak külső munkavégzési helyen, és egyéb korlátozások is vonatkoznak rájuk, viszont ezzel együtt több tekintetben enyhébb elbírálás alá esnek, mint az elítéltek.²³ Az első negatív hatása a fogvatartásnak a letartóztatási sokk, az egyén hirtelen megfosztottá válik az értékektől, amelyek előtte természetesek voltak számára. Szembesül a fogvatartotti léttel, és realizálja, hogy rá ezek a körülmények várnak, ez legtöbbször agressziót vagy szorongást vált ki. Elhelyezésük és a velük való bánásmód megegyezik a már elítélt elkövetőkkel, aminek elvben nem lenne helye az

¹⁸ 2007-ben a Tököli Büntetés-végrehajtási Intézetben egy 19 éves fiút szexuális zaklattak, majd felakasztottak cellatársai. Ld. Elkészült a vádirat a tököli börtönben történt gyilkosság ügyében. *Jogi Fórum*, 2008. október 8. <https://www.jogiforum.hu/hirek/18805> (2020. 05. 02.)

¹⁹ Lebujs Imre: Az előzetes letartóztatottak pszichés problémái. *Börtönügyi Szemle*, 2006/ 2. sz. 79-81. o.

²⁰ A büntetőeljárásról szóló 2017. évi XC. törvény (továbbiakban: Be.) 296. §

²¹ Be. 298. § (1) A letartóztatás legfeljebb [...]

d) négy évig tart, ha a terhelttel szemben tíz évnél súlyosabb szabadságvesztéssel büntetendő bűncselekmény miatt van folyamatban eljárás.

²² Fiatalokúakat is beleértve. *Börtönstatisztikai Szemle*, 2019/1. sz. 8. o. 2018-as tárgyévre vonatkozóan. Jelenleg nincs statisztikai adat a 2019-es évre.

²³ Viselhetik saját ruhájukat (főszabály szerint), naponta telefonálhatnak, havi két alkalommal látogatót fogadhatnak, de kevesebb időre, mint a jogerősen elítéltek (max. 60 perc). Be. 394. §

ártatlanság vélelme alapján.²⁴ A letartóztatás ideje alatt az egyén bűnösségérzete általában fokozódik, így gyakran beismerő vallomást is tesznek. Az ítélet meghozataláig bizonytalan helyzetben vannak, nem tudják mi vár rájuk, ezalatt az idő alatt már a külvilágban megbélyegezhetik őket, talán addigi életet nem is tudja úgy folytatni, ahogy azelőtt tette ezt. Ezen tényezők miatt a szorongás egyre nő bennük, az egyént alulmotiváltság jellemzi, napjait állandó feszültségben tölti. Ezek megjelennek külső és belső tünetekben egyaránt, mint például alvászavarok, érzelmi labilitás, énkép-zavar, testsúlyváltozás. Ha a letartóztatás hosszabb ideig tart az elkövetőt ez a helyzet arra fogja kényszeríteni, hogy alkalmazkodjon a belső szabályokhoz és a meglévő szubkultúrához. Így a fogvatartás eredménye dehumanizáció és degradáció lehet, vagyis az emberektől, emberi értékektől, a társas létezésről való elidegenedés és elzúllás.²⁵

V. A szabadságvesztés

A szabadságvesztés büntetést a Büntető Törvénykönyvről szóló 2012. évi C. törvény (továbbiakban: Btk.) 34. § szabályozza, eszerint: „A szabadságvesztés határozott ideig vagy életfogytig tart.” Vagyis alapvetően két típusát különböztethetjük meg, a meghatározott ideig tartó szabadságvesztést és az életfogytig tartót. Ez utóbbin belül is differenciálhatunk tényleges életfogytig tartó és feltételes szabadságra bocsátás lehetőségével kiszabott életfogytig tartó szabadságvesztés között.²⁶ A határozott ideig tartó szabadságvesztés esetében annak tartama minimum három hónap, maximum húsz év.²⁷ A végrehajtási fokozat a határozott ideig tartó szabadságvesztés kiszabása esetén lehet fogház, börtön vagy fegyház, az elkövetett bűncselekménytől, és annak büntetési tételétől, és az elkövetés egyéb körülményeitől függően. Életfogytig tartó szabadságvesztés csak fegyházban lehet végrehajtani.²⁸ A végrehajtási fokozat a szabályok szigorúsága miatt fontos.

VI. A rövid és közepes távú szabadságvesztés hatásai

A pszichológiai problémák már a büntetőeljárás lefolytatása alatt megkezdődnek, ez a végrehajtás alatt tovább súlyosbodik. A legáltalánosabb reakció a depresszió, ez a későbbiekben, általában öt-tíz hónap után oldódik, majd megszűnik. A jelenségnek különféle okai vannak: demográfiai meghatározottság (idős, házaspár, fehér),

²⁴ Az elkülönítés tekintetében ugyanazok a szabályok az irányadók, mint a jogerősen elítélteknél, azzal a kivétellel, hogy ugyanabban az eljárásban letartóztatottakat egymástól is el kell különíteni. Például: férfiakat a nőktől, dohányzókat a nem dohányzóktól. Be. 391. §

²⁵ Lebujos: i. m. 65.-70.o.

²⁶ Btk. 43. § (1) „Ha a bíróság életfogytig tartó szabadságvesztés kiszabása esetén a feltételes szabadságra bocsátás lehetőségét nem zárja ki, annak legkorábbi időpontját legalább huszonöt, legfeljebb negyven évben állapítja meg.”

²⁷ Kivétel ez alól a bünszervezetben való, különös vagy többszörös visszaesőként történő elkövetés, illetve a halmazati büntetés vagy az összbüntetés kiszabása, amely esetekben a maximum tartam huszonöt év is lehet. Btk. 36. §

²⁸ Btk. 37.§, 41.§ (2)

távolságerzet, pszichológiai tényezők (külső és belső kontrollosok). A külső kontrollosok valamely ember feletti létezésében hisznek, ami az életüket befolyásolja és irányítja. A belső kontrollosok az előbbi kategória ellentétei, ők abban hisznek, hogy sorsukat saját maguk irányítják és alakítják. Ennek a személyiségre releváns hatása van, ugyanis az előbbi körbe tartozók nehezebben illeszkednek be és a reakcióik túlzottabbak, a depresszív állapotból való feljavulás elhúzódik, vagy nem következik be. Az utóbbi körbe tartozók az idő előrehaladtával megbékélnék helyzetükkel, és megpróbálják azt uralni, amennyire ez lehetséges.²⁹

V.2. A hosszú és az életfogytig tartó szabadságvesztés

A hosszú ideig tartó bezártsággal kapcsolatos hiedelmek megcáfolása különösen fontos feladata volt a jogtudósoknak. Az általános felfogás szerint a börtönbüntetés ezen fajtája az intelligencia csökkenését és mély depressziót von maga után. Fred Smith kutatócsoportjával több szempont alapján vizsgálta a fogvatartottakat. Felmérték a gondolkodás változását, a személyiséget, és a magatartásformákat, mind ezt két alkalommal. A két felmérés között tizenkilenc hónap telt el, és nem várt eredményeket hoztak. A kognitív változók nem csökkentek, sőt az érzelmi és verbális intelligenciaszint növekedett. A kutatócsoport szerint a hosszú ideje bent lévő fogvatartottak introvertáltabbak, mint a rövid ideig tartó bezártságot elszenvedők. A börtön szabályokhoz való alkalmazkodás iránti hajlamot mutatja, hogy az elítéltek dominanciára való törekvése erősödött. Smith-en kívül több szakember is végzett kutatásokat, amelyek mind azt igazolták, hogy irreverzibilis hatása a börtönöknek, így a fogvatartásnak nincsen. Minden fogvatartottnál jelentkeznek magatartás változások, de ez általában a büntetés-végrehajtási intézetbe kerülés velejárója. A börtönhatásról általánosságban lehet beszélni, ezt a fentiekben kifejtett börtönártalmak néven ismeri a szakirodalom.³⁰

1993-ban a Szegedi Fegyház és Börtönben magyar szakértők végeztek kutatást az életfogytig tartó szabadságvesztés személyiségre gyakorolt ráhatásairól, két körben, egy kérdőív kitöltésével. Az eredmények szerint az intelligencia nem csökkent, az én-kontroll erősödött. Minél több időt töltenek el az intézményben, a fegyelmezetlenségük annál kisebb. Ezt a jelenséget magyarázza a konformizmus, ami az alkalmazkodó viselkedést jelenti azokhoz az értékekhez és normákhoz, amelyek ezekben az intézetekben elvártak. A végső eredmény pedig az institucionalizáció, azaz a beolvadás. Az elítélt csak azon szabályok alapján létezik a büntetés-végrehajtási intézetben, amik elfogadottak, ezeket követi, így saját bent tartózkodását teszi könnyebbé, elviselhetőbbé.³¹

²⁹ Boros: A börtön... 20-21.o.

³⁰ Boros: A börtön... 22-23.o.

³¹ Boros János: A hosszú tartamú szabadságvesztés hatása a fogvatartott személyiségére. Börtönügyi Szemle, 2005/2. sz. 20-23. o.

X. Összegzés

A fogvatartottakat jellemző személyiségbeli változások összetett probléma, ami nem feltétlenül a büntetés – végrehajtási intézetben kezdődik, az csak felerősíti. Felelősként jelölhető meg egyrészt a társadalom, a stigmatizáló hatás miatt, a család és a közvetlen környezet az inherens börtönártalmakat tekintve. Másrészt maga az állam a túl nagy teherrovással, amit az intézet személyzetének kell ellátnia, tekintet nélkül arra, hogy létszámukat tekintve sokkal kevesebben vannak, mint amennyien a megfelelő feladatellátáshoz kellenének. Ezalatt mind a nevelőket, fegyőröket, mind a szakembereket értem, akik ezeket a személyiségproblémákat kezelni tudják, de nem a megfelelő létszámban állnak rendelkezésre. A jogalkotóra és a végrehajtó hatalomra vár a feladat, hogy ezeket a gócpontokat kigyomlálják, és ezzel egy modern és visszatartó hatású közzé tegyék a büntetés-végrehajtási intézeteket.

Az abortusz szabályozása Romániában jogtörténeti szempontból

I. Bevezető

Jelen dolgozat célja megadni a választ egy összetett kérdésre: hogyan viszonyult a román társadalom a különböző korokban a terhességmegszakításhoz, mit értettek egyáltalán ez alatt, és ezen álláspont milyen jogi normákon keresztül vetült le? Kronologikus sorrendben fogom tárgyalni az abortuszhoz kapcsolódó rendelkezéseket az első ismert normától egészen a jelen jogi realitásáig, és azt is, hogy ezek, a kölcsönösség elve alapján, milyen hatással voltak a román társadalomra, tükrözték-e mindig annak elvárásait és igényeit, formálták-e azokat. Bővebben fogok időzni a Román Szocialista Köztársaság által meghozott abortusztörvényeknél ezek ellentmondásos volta miatt, melyek hatása a mai napig észlelhető.

Ennek a területnek a szabályozását mindig is anyagi prohibitív és egyben keményen szankcionáló egyházi-, majd a későbbiekben, büntetőjogi és közjogi normákkal látták el, a családjogi kérdések csupán a 20. században merültek fel. A védelemre szoruló értékek között volt mindig is az anya és a magzat élete, ezek egészsége.

II. Az abortusz szabályozásának a története

Jelen részben az általunk ismerhető terhességmegszakításhoz kapcsolódó normákat időrendi sorrendben fogom tárgyalni és azok szerepét elemezni a kor szociális realitásának megfelelően. Bár tudjuk, hogy a terhességmegszakításnak több különböző, vélt vagy hatásosnak tartott módszerét ismerték az előző korok is, a román országokban ennek a területnek az első törvénybéli említése 1652-ből maradt fenn. Ezután a kor után egy hosszabb cezúra következik, ahonnan nem ismerünk egy ezzel a témakörrel foglalkozó jogszabályt sem. A jogintézmény részletes kodifikációjára csupán csak az 1864-es RBTK-ban került sor, viszont innentől fogva ez folyamatosan jelen van a román jogrendszerben, csupán egy rövidebb megszakítással 1989 vége és 1996 között. Az 1937-es RBTK fejlesztette igazi komplexitásúra a szabályozását, lefektetve az abortusz definícióját a következő korok számára is. Az RSZK-ban, mint látni fogjuk, előszeretettel változtatták meg a szabályozást, egyszer enyhítettek, máskor szigorítottak azon, az emberek magánügyeibe beavatkozva, a közérdekkel mit sem törődve. Csupán az 1989-es forradalom hozta meg a felszabadulást ilyen téren is, Románia törekvése ezután a felzárkózás volt a fejlettebbnek tekintett nyugati liberális demokráciák szintjére, ez a törekvés hatotta át az abortusz szabályozását is egészen a napjainkig.

II.1. I. Máté havasalföldi fejedelem törvénykönyve

Matei Basarab, valachiai vajda nevéhez fűződik az első törvénykönyv kiadása Havasalföldön. 1652-ben Târgovistében nyomtatott *Îndreptarea legii* (görög normák, Emmanuel Malaxos normáinak fordítása, átvétele és implementációja) című egyhá-

zi jogszabály-gyűjteményében rendelkezéseket találunk a terhességmegszakítással kapcsolatban¹, így a 374. részben elő van írva, hogy a nőket, akik különféle füveket alkalmaztak magzatelhajtás céljából, gyilkosnak tekintették, és az egyházi szabályok szerint ilyenként is szankcionálták őket.

II.2. Az 1864-es RBTK szabályozása

1865-ben jelent meg az első modernnek nevezhető RBTK, melyet a Moldova és Havasalföld egyesülésében kimagasló szerepet játszó Ioan Cuza után „Cuza Büntető Törvénykönyvének” is neveznek, egészen 1936-ig maradt hatályban. Ez a kódex nem más, mint az 1810-es francia BTK fordítása egyes porosz büntetőjogi normák átvételével és bizonyos elavultnak számító szankciók kihagyásával. A „bűncselekmények hármass felosztását követte, vagyis különbséget tett büntett (*crimă*), vétség (*delict*) és kihágás (*contravenție*) között. A felosztás alapja a megszegett társadalmi viszony és a kiszabható büntetés mibenléte. Az akkori európai büntetőjogi rendszerben ez a román büntető törvénykönyv az egyik legenyhébbnek számított.² A magzatelhajtás a vétség (*delict*) kategóriába tartozott, az RBTK 246. cikke a végrehajtó személyt, ha a cselekményt akarattal követte el, „*minimul recluziunei*” -el (rövidebb börtönbüntetéssel) szankcionálta, míg az anyát, aki saját vetélését idézte elő, 6 hónaptól 2 évig terjedő börtönbüntetéssel. A büntetés mértéke növekedett abban az esetben, ha a nő belehalt a szánt szándékkal előidézett művi vetélésbe, vagy ha a büntettet végrehajtó vagy elősegítő személy orvos, sebész, egészségügyi tisztviselő, gyógyszerész vagy szülésznő³.

II.3. II. Károly RBTK-jának szabályozása

A büntetőjog reformja az 1937-ben hatályba lépett új RBTK-val valósult meg, hatálya az egész országra kiterjedt (megszüntették a fennálló jogi partikularizmust, mely az első világháborút követte; az összes hatályban levő BTK az akkori Románia területén tiltotta az abortuszt, így az Erdélyben hatályos 1878. évi V. törvény, amely „Csemegi-kódex” néven vált ismertté⁴), egészen 1969-ig volt érvényben. Megtartotta a bűncselekmények hármass tagolását, ugyanakkor beépített sok fontos újítást is a pozitivisták hatásától betudhatóan⁵. Az 1936. évi kódexről szóló parlamenti viták során azt hozták fel az abortusztilalom melletti érveként, hogy ennek a kriminalizálásával az elsődleges cél az általa okozott demográfiai „veszély” megszüntetése-

¹ Ancuța-Elena Franț: Elemente definitorii ale legislației românești în materie de avort. O perspectivă istorică. [Az abortusz román szabályozásának meghatározó elemei. Történelmi áttekintés], Acta Universitatis George Bacovia. Juridica – Volume 3., 2014/2. sz. 2. o.

² Máté András: A Román Büntetőjog. Történelmi Tabló, Korunk, 2010. július/7. sz. 21. o.

³ Codul Penal din 1864. <https://lege5.ro/Gratuit/g42tamju/codul-penal-din-1864> (2020. 05. 09.)

⁴ Veress Emőd: Családjogi törvénykönyv és abortusztilalom. In: Erdély jogtörténete (Veress Emőd szerk.). Forum Iuris, Kolozsvár 2018. 478. o.

⁵ Máté: i. m. 22. o.

se. Másodsorban úgy gondolták, hogy az abortusz kriminalizálása védi a terhes nő egészségét és életét⁶.

Ami az abortusz szabályozását illeti, ezt történelmi perspektívába kell helyezni. A kor Európájában, főleg politikai indíttatásból, ez morálisan elítélendő beavatkozásnak számított (Marie-Louise Giraudot guillotine-nel végezték ki 1943-ban, mert hajlandó volt abortuszokat végrehajtani). Az abortuszt most nevezték először így a román jogrendszerben (terhességmegszakítás vagy előidézett vetélés helyett), és ekkor kapta a mai napig használatos definícióját, mely szerint az nem más, mint a terhesség normális folyásának megszakítása, történjen ez bármilyen módon. A szerint történt a jogalkotó hipotézisbeli differenciálása, hogy a nő beleegyezését adta- e ebbe vagy sem. Az abortusz tiltott volt, kivéve, ha az ügyészség engedélyével hajtották végre egy előzetes orvosi vizsgálat alapján, amennyiben az szükségesnek bizonyult a terhes nő életének megmentésért. (Ilyenkor elegendő volt 48 órával az abortusz után jelenteni az ügyészségen ennek a tényét). Kivételnek számított az is, ha a gyermeket súlyos genetikai rendellenesség kockázata fenyegette (pl. örökletes betegségek, szellemi fogyatékoság az egyik szülő esetében). Az említett kódex 482-485. cikke vonatkozott az abortuszra. Az ezt végrehajtó személy, akár maga a terhes nő az, vagy ha egyszerűen a nő beleegyezett ebbe, büntetése 3-tól 6 hónapig terjedő szabadságvesztés volt, ha a nő nem volt férjezett; és 6 hónaptól 1 évig terjedő szabadságvesztés, ha a nő házasságban élt. A büntetések növekedtek, ha a nő nem hagyta jóvá az abortuszt, ha súlyosan megsérült vagy belehalt a beavatkozásba. A művi vetélés elvégzésében részt vevő orvosi személyzetnek vagy gyógyszerésznek 1-3 évig megtiltották a szakma gyakorlását⁷. Érdekességként említhető, hogy súlyosbító tényezőként jelent meg, mely a börtönbüntetéshez maximálisan 2 év többletet hozhatott, ha az abortuszt a nő beleegyezésével valamely anyagi haszon elérése céljából követték el. A nő beleegyezése nélküli kísérlet is büntetendőnek számított⁸.

II.4. A Román Szocialista Köztársaság szabályozása

A romániai kommunizmus, mint a hasonló rendszerek mindenhol a világon, az eddig diszkriminált és elnyomott nők teljeskörű emancipációjának célját tűzte zászlójára, viszont, amint látni fogjuk, igazából csupán két véglet között vergődött⁹. A kommunista nő teljes mértékben rendelkezik a teste fölött, így volt időszak, mikor eltöröltek minden korlátot az abortuszkérelem előtt teljes szabadságot engedve a nőknek. (Erre a rurális környezetben élő román társadalom nem volt még felkészülve, nem

⁶ Franț; i. m. 2. o.

⁷ Codul Penal din 1936: <https://lege5.ro/Gratuit/heztqnu/codul-penal-din-1936> (2020. 05. 09)

⁸ Oliviu Aug. Stoica: Drept Penal Partea Specială. [Büntetőjog. Különös rész]. Editura Didactică și Pedagogică, București 1976. 102-109.

⁹ Részletekért: Lucian Boia: A román kommunizmus különös története (és szerencsétlen következményei). Krónika Kiadó, Csíkszereda 2017. 104-110. o.

lévén jártas a fogamzásgátlás legelemibb kultúrájában sem, ennek az eredménye Románia elsővé válása nemzetközi szinten, ami az abortuszok arányát illetően). Nicolae Ceaușescu hatalomátvételével, az internacionalista kommunizmusról egy nacionalista kommunizmusra áttérve ugyanakkor szinte teljes mértékben ellehetetlenítette a román állam a legális abortuszmódokat, melynek talán még súlyosabb következményei lettek, mint a teljes mértékben megengedő politikának. A következőben kronologikusan fogom végig venni az abortusz szabályozását a kommunista diktatúra idején.

II.4.1. Kezdeti szabályozás

Az 1936-os RBTK tovább élt egészen 1969-ig, egy újabb kódex elfogadásáig, ugyanakkor a kommunista hatalomátvétellel, (mely 1948-ra lezárult), és a munkáspárt hatalmi berendezkedésével párhuzamosan a büntetőjog igen sok változáson ment át. Elsősorban az államhatalom elnyomó eszköze lett. „Az 1949. április 30-án kibocsátott 187-es rendelet bevezette az analógia elve alapján minősített cselekmények büntethetőségét”¹⁰, vagyis gyakorlatilag bármi szankcionálhatóvá vált, ami sértette

az RNK érdekeit, így teljesen megszűnt a jogbiztonság. A büntetőjogi alapelveket (*nullum crimen sine lege, nulla poena sine lege*) sértő rendeletet csupán a hatalom konszolidációja után, 1956-ban vonták vissza.

Az abortusz szabályozása teljes mértékben ugyanaz maradt, mint azelőtt¹¹, ugyanakkor fontos tanulmányozni a kommunista doktrína elveit is. „Államunk az abortuszt bünteti, mivel egyrészt - gyakran nem egészségügyi körülmények között hajtják végre nem szakemberek - veszélyezteti a nők egészségét, másrészt pedig a fogantatás révén valószínűvé vált élet megsemmisítéséhez vezet”¹². A terhesség szokásos folyamatának megszakításán nem csak az alkalmazott abortív eszköz használata miatt az elhullott magzat kilökését kell értenünk, hanem a méhen belüli megölését vagy a fogamzástermék megsemmisítését is, függetlenül annak későbbi kilökésétől. A bűncselekményt akkor is elkövetik, ha a nő egészségére nem jár súlyos következményekkel.

¹⁰ Máté: i. m. 23. o.

¹¹ Codul Penal. [BTK] Editura de Stat pentru literatură economică și juridică, București 1955.

¹² Vasile Papadopol: Drept Penal, partea specială. [Büntetőjog. Különös rész] In: Ministerul Justiției: Manual juridic drept de stat și administrativ al R. P. R.; organizarea judecatorească: drept penal general și special; drept civil; dreptul familiei; dreptul procesual civil și penal; dreptul muncii. Editura Stințifică, București 1957.

II.4.2. Az Államtanács 1957. évi 463. rendelete¹³

Az 1955-ös szovjet példa nyomán 1957-ben Romániában (ahogy a kommunista rendszer többi államában is, Csehországban 1957-ben; Lengyelországban 1956-ban¹⁴) liberalizálták az abortuszt az Államtanács 463-ik rendeletével, mely 1957. szeptember 30-án lépett hatályba. Ettől kezdve nemcsak, hogy kérésre, minden korlátozás nélkül elvégezhetővé vált a terhességmegszakítás, de ráadásul elképzelhetetlenül olcsó is volt (konform ára 30 lej, az akkoriban 1000 lej körüli átlagfizetéshez mérten)¹⁵. A várandós nő kérelmezhetette azt férje beleegyezése nélkül, és ha kiskorú volt, szülői engedély nélkül is. Aki abortusz céljából orvosi intézménybe ment, nem volt köteles önmagát azonosítani. Csak az orvosi intézményeken kívüli, bármely személy által végrehajtott abortuszokat, valamint az orvosi intézményekben nem szakorvos által végzett abortuszokat szankcionáltak. Az abortuszra vonatkozó román jogszabályok példa nélküli engedékenysége az abortuszok számának növekedéséhez vezetett, amelynek jelentős hatása volt a születési arányszám csökkentésére. Számos nő ennek betudhatóan súlyos egészségügyi sérüléseket szenvedett. A korábban elvégzett abortusz eredményeként számos esetben előfordult másodlagos hatásként meddőség, méhen kívüli terhesség, koraszülés, vetélés vagy valamilyen endokrin rendellenesség. Nem ritkán a nők halálához is vezetett¹⁶.

Mint már említettem a román társadalomban nem volt széles körű a fogamzásgátlók használata, így aztán Romániában ez lett a legfőbb születésszabályozási módszer. Mivel ebből a korból már ismerünk statisztikát a terhességek megszakítását illetően, ezek ismeretével érthető meg igazán az abortusz mint korabeli tömegjelenség és az erre adott későbbi másik végletbe átcsapó politikai indíttatású szabályozás. 1965-ben, a radikális korlátozás előtti évben 1.115.000 abortuszt hajtottak végre Romániába és csupán 278.362 gyermek született élve; ebben az évben Romániában volt a világon a legmagasabb abortusz-arány: 252 abortusz / 1000 nő¹⁷. Egy átlagos Romániában élő nőnek 3 abortusza volt élete során, a világon az átlagos egyhez képest. Romániában az abortuszok aránya 1959-től 1966-ig 61% és 80% között mozgott¹⁸,

¹³ Decretul nr. 463/1957 privind încuviințarea intreruperilor de sarcină: <https://lege5.ro/Gratuit/g42tqobs/decretul-nr-463-1957-privind-incuviintarea-intreruperilor-de-sarcina> (2020. 05. 09.)

¹⁴ Comunicat de presă: Marșul pentru viață 2016 – Pentru viață, pentru femeie, pentru familie: <http://studentipentruviata.ro/2016/02/comunicat-de-presa-marsul-pentru-viata-2016-pentru-viata-pentru-femeie-pentru-familie/#sdfootnote4anc> (2020. 05. 09)

¹⁵ Boia: i. m. 108. o.

¹⁶ Franț: i. m. 3. o.

¹⁷ Comunicat de presă: Marșul pentru viață 2016 – Pentru viață, pentru femeie, pentru familie: <http://studentipentruviata.ro/2016/02/comunicat-de-presa-marsul-pentru-viata-2016-pentru-viata-pentru-femeie-pentru-familie/#sdfootnote4anc> (2020. 05. 10.)

¹⁸ Pontos számadatokért lásd az alábbi táblázatot, megfigyelendő az éles törés mely 66-ban következett be az abortuszok arányában: Historical abortion statistics, Romania: <http://www.johnstonsarchive.net/policy/abortion/ab-romania.html> (2020.05.10)

ami az összes terhességet illeti (minden ötödik magzat született csupán meg).

A következőkben azt fogjuk vizsgálni, miként billent a román jog az egyik szélsőséges szabályozásból (annak hiányából) a másik végletbe¹⁹ anélkül, hogy az emberek, legfőképpen pedig a nők érdekét tartotta volna szem előtt.

II.4.3. Az Államtanács 1966. évi 770. rendelete²⁰

Talán ez számít Románia történetében a legdrasztikusabb jogszabálynak, mely az emberek magánszférájába tartozó társadalmi viszonyokat volt hivatott szabályozni. Lucian Boia történész szerint az „1989-ben Ceaușecut elsöprő gyűlés jó része kegyetlen és ostoba születéspolitikájának következménye volt”²¹, a kommunista diktatúra alatt élő országok közül csupán Románia tiltotta be teljesen, bizonyos kivételekkel az abortusz végrehajtását. Hivatalosan is hatályon kívül helyezte az előzőkben tárgyalt rendeletet; egészen 1966. október 31-től 1989. december 26-ig (1. sz. törvényrendelt meghozatala) volt különböző változtatásokkal hatályban, ez vált később az 1966. évi 36. törvénnyé.

Történelmi szempontból nézve fontos kiemelni, hogy a rendelet Nicolae Ceaușecu 1965-ös hatalomátvétele után lépett érvénybe. A megalomán diktátor kétszínű demográfiai politikájának²² célja a lakosságszám és ezzel a munkaerő növelése volt, az „emancipált” kommunista nő vállalva dolgozhatott a férfival, ugyanakkor a „Ceaușecu-rendszer a gyermekgyártás »hazafias« küldetését is rákényszerítette”²³. A főtitkár a Végrehajtó Bizottság ülésén, melyen elfogadtatott a jogszabály a következőket mondta: „Nagyon jó, hogy ezt a kérdést végre bemutatták a Végrehajtó Bizottságnak. Régóta dolgoznak rajta, mintha már február óta; nehezen indult, mert a vizsgálat elején volt bizonyos ellenállás, figyelembe véve, hogy ez nem egy olyan probléma, ami miatt aggódnunk kell, viszont a helyzet, ahogy tűnik, súlyos. A születési arányszám és a népesség növekedése olyan probléma, amelyért pártunk, a párt vezetése és a kormány nagy felelősséggel tartozik...”²⁴ Ez azzal magyarázható, hogy az abortusz engedélyezésének tudták be a termékenységi ráta (átlagos születések száma egy nőnél) csökkenését, ezt próbálták a drákói szigorúságú jogsza-

¹⁹ Boia: i. m. 108. o

²⁰ Decretul nr. 770/1966 pentru reglementarea intreruperii cursului sarcinii: <https://lege5.ro/Gratuit/g43dqmzt/decretul-nr-770-1966-pentru-reglementarea-intreruperii-cursului-sarcinii> (2020. 05. 10.)

²¹ Boia: i. m. 110. o.

²² Részletesebben a rendszer születési politikájáról és ennek következményeiről, lásd: Gail Kligman: *The Politics of Duplicity: Controlling Reproduction in Ceausescu's Romania*. University of California Press, Los Angeles 1998.

²³ Boia: i. m. 110. o.

²⁴ Saját fordítás, eredeti szöveg megtalálható: Comisia Prezidențială Pentru Analiza Dictaturii Comuniste Din România. Raport final. [A román kommunista diktatúra elemzését végző elnöki bizottság jelentése]. București 2006. 512. o.

bályal megszüntetni. Korabeli adatok alapján Románia az európai rangsor végéről, 1,9-es termékenységi rátával rendelkezett 1966-ban (ennél csak Magyarország állt rosszabbul), a tilalom bevezetése miatt hirtelen 3,66-ra ugrott meg a termékenységi mutató a következő évben²⁵. A szabályozás villámcsapásként érte a romániai társadalmat, ugyanakkor a növekedés nem volt fenntartható, az emberek alkalmazkodtak a jogi realitáshoz, így a demográfiai mutató ismét zuhanni kezdett, melyet újabb szigorítások követtek, ezúttal kisebb eredményt hozva²⁶. Az így született gyerekeknek, és az egész generációnak a „decreteii”²⁷ nevet adták. Ezeknek az intézkedéseknek a legfőbb elszenvetői a nők voltak, az improvizált terhességmegszakításokba sokan haltak bele, akit elkaptak, azt sokszor élet-halál közötti állapotban hallgatták ki,²⁸ az orvos mellett ott állt a vallatótízt, és csak akkor engedélyezte az életmentő antibiotikus kezelést, ha a beteg vallomást tett.

A 770. rendelet három alapvető kérdéssel foglalkozott: a törvény alóli kivételekkel, annak rendelkezéseinek intézményesítésével és a jogsértéssel járó szankciókkal. Röviden: az abortusz tilos, kivéve hat különböző esetet: 1) a terhesség veszélyezteti a nő életét; 2) az egyik szülő súlyos örökletes betegségben szenved; 3) a terhes nő súlyos testi, mentális vagy szenzoriális fogyatékossgal rendelkezik; 4) a nő 45 évesnél idősebb (1974-ben 40-re csökkenték a korhatárt, 1985-ben újra 45-re szigorították); 5) a nő négy gyermeket szült és gondolja őket (1985-ben ötre emelték ezt a számot az Államtanács 441. sz. rendeletével); 6) a terhesség nemi erőszak vagy vérfertőzés következménye²⁹ (etikai okok). Ezekben az esetekben is csupán csak akkor lehetett az abortuszt végrehajtani, ha azt a néptanács végrehajtó bizottsága által kinevezett orvosi bizottság jóváhagyta³⁰, a terhesség első három hónapjában (hat hónapig olyan kivételes esetben, amikor a magzat megtartása az anya életét fenyegette), és azt szakképzett orvosok hajtották végre az erre a célra létrehozott speciális intézményben. Rendkívül sürgős esetekben, amikor a terhességet azonnal meg kell szüntetni, az orvos köteles volt a beavatkozást megelőzően, vagy ha ez nem volt lehetséges, 24 órán belül írásban értesíteni az ügyészt, aki az a törvényszéki orvos véleménye és egyéb adatok alapján megállapítja, hogy a terhesség folyamatának megszakításához ténylegesen beavatkozásra volt-e szükség. Fontos kiemelni, hogy a veszély a nő életét kellett veszélyeztesse és nem annak az egészségét. Azért vezették be ezt a változást, mivel a rendelet elfogadásakor az orvostudomány fejlettségi szintje miatt úgy ítélték meg, hogy az egészségügyi veszélyt terápiás eszközökkel ki lehet küszö-

²⁵ Boia: i. m. 109. o.

²⁶ Uo.

²⁷ Fordításban: a dekrétum/rendelet gyermekei

²⁸ Boia: i. m. 109. o.

²⁹ Comisia Prezidențială Pentru Analiza Dictaturii Comuniste Din România. Raport final. [A román kommunista diktatúra elemzését végző elnöki bizottság jelentése]. București 2006. 510. o.

³⁰ Veress: i. m. 480. o.

bölni. Az 1966. évi 819. sz. rendelet, melynek a célja az előző rendelet magyarázata és gyakorlatba ültetése, taxatív felsorolta azokat a betegségeket, amelyek a nőnek terhes állapotában veszélyeztették az életét. Ezenkívül ezek az rendelkezések azoknak a betegségeknek a listáját is tartalmazzák, amelyek súlyosan befolyásolhatják a magzat egészségét, mely esetben az abortuszt javallották (eugenetikai okokból, örökletes betegségek esetén)³¹. A törvényszegést a BTK-ban szereplő börtönbüntetéssel szankcionálták.

II.4.4. Az 1968-as RBTK szabályozása³²

Bár a 770. rendelet hatályban maradt egészen az 1989-es forradalomig, közben az RSZK büntető kódexet váltott, amely sok újítást hozott az abortusz szabályozásának terén. Az új RBTK a marxista ideológia szellemében született, viszont tiszteletben tartotta a büntetés törvényességének az elvét, olyannyira, hogy azt egészen a jelenlegi, 2014-ben hatályba lépett RBTK Hivatalos Közlönyben való megjelenéséig alkalmazták (természetesen sok, 1990-ben bevezetett módosítással). „A klasszikus és a pozitivisták iskolái elveit követte, amikor például a büntetőjogi felelősség személyes alapját és a bűnösség fogalmát úgy kezelte, mint a bűntény szerves részét. Megőrizte a kiegészítő és a járulékos büntetéseket. Kimondta, hogy nem vonhatóak felelősségre és nem büntethetők azon személyek, akik nem követtek el bűntettet, illetve cselekedetüket érvényes jogszabály nem minősíti bűntettnek. Kihirdette a büntetőjog előtti egyenlőség elvét. Elvetette a korábbi hármas felosztást, csak a büntett (infraciune) fogalmát ismerte el.”³³

Ez az RBTK drasztikus újításai, amelyek az abortuszt illetik: az abortív szerek, az abortusz elvégzésére alkalmas eszközök vagy bármilyen segédeszköz birtoklása abortusz előkészítése céljából (természetesen a szakintézmények kivételével), három hónaptól 1 évig tartó szabadságvesztéssel volt büntethető. A normák többi része megfelelt az előző korok szabályozásainak, csak a börtönbüntetés szankciójának időintervallumát változtatva, egy kemény keretet hozva létre az abortuszok megakadályozása érdekében. Az 1968. évi büntető törvénykönyv 185. cikke a bármilyen módon megszakított terhességet szankcionálta 1-től 3 évig terjedő szabadságvesztéssel, mind abban az esetben, ha a cselekményt a várandós nő beleegyezésével követték el, mind pedig akkor, amikor az ilyen beleegyezés nem létezett³⁴. Súlyosbító formákként a kódex szankcionálta az abortusz jogellenes kiváltását, amely súlyos testi sérüléseket vagy a terhes nő halálát okozta. Egy másik súlyosbító tényező az abortusz azon formája volt, melyet anyagi előny elérése érdekében követtek el. A

³¹ *Frant*: i. m. 4. o.

³² Cod Penal din 21 iunie 1968 [Büntető törvénykönyv]: <http://legislatie.just.ro/Public/DetaliuDocumentAfis/38070> (2020. 05. 10.)

³³ *Máté*: i. m. 22. o.

³⁴ Codul Penal al Republicii Socialiste România. [Románia Szocialista Köztársaság Büntető Törvénykönyve] Editura Politică, București 1968

kódex 186. cikke kriminalizálta azt az abortuszt is, amelyet maga a terhes nő hajtott végre önmagán, 6 hónaptól két évig terjedő szabadságvesztéssel büntette. A 188. cikk büntethetővé tette azt az orvost, aki elmulasztotta a rendkívüli sürgősségű abortusz bejelentését³⁵.

A kommunizmus születéspolitikáját tükrözik más rendelkezések is az abortusztilalmon kívül. Ezek közé sorolható a válások megnehezítése, a házasságtörés és a homoszexuális kapcsolatok teljes körű betiltása és pönalizálása az RBTK által (még akkor is, amikor nem sértette a „közérkölcst”, nem „okozott botrányt”). Ugyanakkor ezt a fajta politikát kötelező nőgyógyászati felülvizsgálatokkal és szankciókkal egészítették ki a 25 éven felüli egyedülálló nők és a gyermek nélküli házaspárok számára. 1977-től kezdve minden gyermektelen személy 25 éves kor felett, nemtől vagy családi állapottól függetlenül, havi „járulékot” kellett fizessen béréből, melynek mérete attól az ágazattól függött, amelyben a személy dolgozott. Az államgépeze-

ti propaganda dicsőítette a gyermeknevelést, és 1977-ben hivatalos kitüntetésekkel és díjakkal ruházta fel azokat a nőket, akik jóval túllépték a szükségesnek tekintett gyermekszám vállalását. Felismerve, hogy a demográfiai politikák nem működtek a tervek szerint, 1984 után nagyon agresszívvé váltak a politika következményei: a reprodukív korban lévő nőket figyelték, rendszeres nőgyógyászati vizsgálatokon kellett jelentkezniük, és vizsgálatokat végeztek minden vetélés okának meghatározására is. A gyermektelen egyénekre és a házasokra megemelt adókat kényszerítettek. A fogamzásgátlók eltűntek a polcokról, és hamarosan csak a feketepiacon váltak hozzáférhetővé, leginkább azon városi nők számára, akik magyarországi kapcsolatokkal rendelkeznek. 1986-ban minden olyan nő, aki állami intézményben dolgozott, kénytelen volt legalább évente egyszer egy nőgyógyászati vizsgálatot elvégezni a reprodukív egészség kielégítő szintjének biztosítása és a terhesség kimutatása érdekében, mely esetben a nőt szüléseiig követték. Az abortuszon átesett nőket fokozott intenzitással figyelték.

Ami ezeknek a tiltó normáknak a társadalmi hatásait illeti, bár az értékelésük a mai napig folyik, nem hozták meg a tőlük elvárt mértékű demográfiai növekedést³⁶, ugyanakkor sokkal több, a társadalom számára negatív eredmény könyvelhető el velük kapcsolatban. Több mint 9000 nő halt meg 1965 és 1989 között az illegális abortusz okozta komplikációk, különböző szövődmények miatt. Jelentősen megnőtt a csecsemőelhagyások száma, a romániai árvaházak ennek betudhatóan megteltek, ezek az intézmények nem tudták a megfelelő környezetet biztosítani a gyerekeknek („legtöbb esetben embertelen körülmények között éltek”³⁷). A rendszerváltás után az

³⁵ *Frant*: i. m. 4. o.

³⁶ *Boia*: i. m. 109. o.

³⁷ *Veress*: i. m. 480.

anyai halálozási ráta 317% -kal csökkent³⁸.

II.5. A rendszerváltás utáni és a jelenlegi abortusz szabályozás

Mint már arról korábban szó volt, az 1989. december 26-i 1. sz. törvényrendelet³⁹, melynek egyedüli célja bizonyos normák hatályon kívül helyezése, az abortusztilalomra vonatkozó, eddig hatályos rendeleteket és az RBTK erre vonatkozó cikkeit is eltörölte⁴⁰. Viszont ezzel egy joghézag keletkezett, egy olyan szabályozatlan űr, mely lehetővé tette bárhol és bárki számára az abortusz elvégzését. Ez súlyos veszélyt jelentett a terhes nők számára, mégis az új szabályozás egészen 1996-ig váratott magára. A joggyakorlat ezt a helyzetet úgy hidalta át, hogy jogszolgáltatási szervek olyan malőrökkel szembesülve, mint valamilyen szövődménnyel járó abortusz, melyet nem szakember végzett erre létesített intézményben, más-más bűncselekménykategóriába sorolta be. Leggyakrabban a gondatlanságból elkövetett testi sértéssel, vagy a gondatlanságból elkövetett emberöléssel olvasztotta egybe és e szerint szankcionálta⁴¹. Ez tulajdonképpen sértette a jogbiztonság elvét.

A jogalkotó a súlyos mulasztását csupán 1996-ban számolta fel a 1996. évi 140. törvény elfogadásával, mely a nem megfelelő körülmények között végzett terhesség-megszakítást újra külön bűncselekményként tárgyalta, bevezetve azt újra az RBTK-ba 185. cikként⁴², mely csupán egyet állított vissza a forradalom idején eltörölt, négy abortuszt szabályozó cikkből. Bűncselekménynek számított a terhesség bármilyen módon történő megszakítása, mely 6 hónap és 3 év börtönbüntetéssel büntetendő, amelyet az alábbi körülmények bármelyikével követtek el:

- a) az erre a célra felhatalmazott egészségügyi intézményeken vagy orvosi rendelőkön kívül.
- b) olyan személy, aki nem rendelkezik szakorvos minősítéssel;
- c) ha a terhesség kora meghaladta a tizennégy hetet.

A terhesség folyamán bármilyen körülmények között történő megszakítása, a terhes nő beleegyezése nélkül, 2-7 év börtönbüntetéssel és bizonyos jogok tilalmával büntetendő. Ha ez az eljárás súlyos testi sérülést okozott a várandós nő számára, a büntetés 3-10 évig terjedő börtönbüntetés és bizonyos jogok tilalma, és ha a cselekmény a terhes nő halálát eredményezte, akkor a büntetés 5-15 év börtönbüntetés és

³⁸ Abortion Legislation in Europe: https://web.archive.org/web/20130313162004/http://www.ippfen.org/NR/rdonlyres/2EB28750-BA71-43F8-AE2A-8B55A275F86C/0/Abortion_legislation_Europe_Jan2007.pdf (2020. 05. 10.)

³⁹ Decret Lege nr.1 din 26 decembrie 1989 privind abrogarea unor legi, decrete și alte acte normative: http://www.cdep.ro/pls/legis/legis_pck.htm_act_text?id=11000 (2020. 05. 10.)

⁴⁰ Veress: i. m. 480.

⁴¹ Frant: i. m. 5. o.

⁴² Lege Nr. 140 din 5 noiembrie 1996 pentru modificarea și completarea Codului penal: <http://legislatie.just.ro/Public/DetaliiDocumentAfis/8709> (2020.05.10.)

bizonyos jogok tilalma. A kísérlet is büntetendő. Ugyanakkor a törvényhozó bizonyos büntethetetlenségi helyzeteket is felvázol, például, amikor az orvos a terhes nő életének, egészségének vagy testi épségének megmentéséért végzi el az abortuszt a nő beleegyezése nélkül.

A 2014-ben hatályba lépett jelenlegi RBTK⁴³ új szabályozást ad az abortusz procedúrájának. A 201. cikk (1) bekezdése akkor bünteti az abortusz elvégzését, ha az a következő körülmények egyikében történik: a) az e célra feljogosított egészségügyi intézmények vagy orvosi rendelőkön kívül; b) olyan személy által, aki nem igazolt orvos a szülészet és a nőgyógyászat területén, és nem gyakorolhatja szabadon ezt a szakmát; vagy c) ha a terhesség meghaladta a tizennégy hetet. A tizennégy hetes korlát alóli kivételt a 201. cikk (6) bekezdése írja elő, amely kimondja, hogy az abortusz végrehajtása nem minősül bűncselekménynek, ha azt egy szakorvos terápiás célból végzi el a huszonegyedik terhességi hétig, és akár ezt az időintervallumot átlépve, ha az abortusz terápiás célokra szükséges „az anya vagy a magzat érdekében.” Ha a nő nem hagyta jóvá az abortuszt; ha az eljárás során súlyosan megsérült; vagy ha ennek következtében meghalt, a büntetési tételek emelkednek, (ha a bűncselekmény alanya orvos, akkor a praktizálástól való eltiltás is alkalmazandó). A 201. cikk (7) bekezdése előírja, hogy az a terhes nő, aki saját abortuszát okozza, nem lesz büntetendő. Ez óriási előrelépés a kommunista diktatúra utolsó periódusában meghonosított rendelkezésekhez viszonyítva.

III. Záró gondolatok

A dolgozat az abortusz szabályozását kísérte végig Románia történelmének folyamán. Mint láttuk, különböző korok más és más értettek terhességmegszakítás alatt és másképp is viszonyultak ehhez. Össztársadalmi vagy politikai hatalmi döntésére ezek az álláspontok különböző normákon keresztül vetültek le. A 20. század talán legnagyobb forradalma az emberiség számára a hatékony fogamzásgátlás felfedezése, ezzel a nőknek is esélyt nyújtva a munkavállalásra és családtervezésre, függetlenül a szexuális kapcsolat évmilliók természetes törvényeitől. Különbség figyelhető meg a kérdéskör szabályozásakor a két véglet között: az egyéni szabadságjogok teljeskörű érvényesítése versus a totalitarizmus közösségi érdekekkel indokolt törekvése a népességgyarapításra, amely az emberi élet legintimebb szféráját is kontrollálni akarta.

⁴³ Lege – Codul Penal [Büntető törvénykönyv.] <http://www.imliasi.ro/Noul%20cod%20penal.pdf> (2020. 05. 10.)

A tájékoztatáshoz való jog szerepe az egészségügyben, különös tekintettel a tájékozott beleegyezés elvére

I. Bevezetés

Bárki életében előfordulhatnak olyan helyzetek, amikor valamely egészségügyi ellátás igénybevételére szorul. Ilyenkor az ember már csak egészségügyi állapotából kiindulva is fokozottan kiszolgáltatott helyzetben van az egészségügyi dolgozókkal szemben. A betegjogok, amelyek univerzális, minden embert megillető jogok, lehetővé teszik, hogy a betegek egyenrangú félként vegyenek részt az egészségügyi ellátásban, és ne tárgyai, hanem alanyai legyenek annak.¹ A tájékoztatáshoz való jog kimagasló jelentőséggel bír e jogok között, mivel alapját képezi a többi betegjognak. A beteg önrendelkezéshez való jogát például csak abban az esetben tudja gyakorolni, hogyha a szakképzettsége folytán jelentős többletinformációval rendelkező orvos megfelelően tájékoztatja állapotáról és lehetőségeiről, ezzel is enyhítve az orvos-beteg közötti nyilvánvaló tudásbéli egyenlőtlenséget. Emellett elmondható, hogy a hazai bírói gyakorlat szerint a betegjogok közül a tájékoztatáshoz való jog sérül a leggyakrabban,² így emiatt is indokolt tartalmának részletesebb vizsgálata. Tanulmányomban először a tájékoztatáshoz való jog magyar szabályozását ismertettem, majd nemzetközi kitekintést igyekszem végezni a tájékoztatás és beleegyezés körében. Ezután a tájékozott beleegyezés előzményével, fajtáival és tartalmával, azt követően pedig annak hazai jogban történő megjelenésével foglalkozom. Végül bemutatom, hogy a tájékoztatáshoz való jog sérelme esetén milyen jogérvényesítési lehetőségekkel élhet a beteg, és összegzem a leírtakat.

II. A tájékoztatáshoz való jog hazai szabályozása

Hazánkban először az egészségügyről szóló 1972. évi II. törvény rendelkezett a tájékoztatás és beleegyezés kérdéséről.³ Jelenleg az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény (a továbbiakban: Eütv.) nevesíti a tájékoztatáshoz való jogot a kilenc betegjog egyikeként.

¹ Kovács József: A modern orvosi etika alapjai: Bevezetés a bioetikába. Medicina Könyvkiadó Zrt., Budapest 2006. 576-577. o.

² Sótónyi Péter (szerk.): Orvosi felelősség. Semmelweis Kiadó, Budapest 2006. 115. o.

³ A törvény kimondta, hogy az orvos köteles tájékoztatni a beteget állapotáról. A tájékoztatási kötelezettség kiterjedt a betegen kívül annak hozzátartozóira, és adott esetben a gondozójára is. A közvetlen életveszély elhárításához szükséges műtét kivételével a törvény értelmében az orvos műtétet csak a beteg előzetes felvilágosítása, valamint hozzájárulása esetén végezhetett. Szintén szükséges volt a beteg hozzájárulása a vér vagy más vizsgálati anyag vételéhez. A hozzájárulást mindkét esetben megadottnak tekintették már akkor is, ha arra a beteg nem tett észrevételt. (Ld. az egészségügyről szóló 1972. évi II. törvény 43-48. §)

Fontos annak a tisztázása, hogy ki a tájékoztatáshoz való jog jogosultja, illetve, hogy ki köteles tájékoztatást adni. Az Eütv. meghatározása szerint a tájékoztatás elsődlegesen a beteget illeti meg, vagyis azt a személyt, aki az egészségügyi ellátást igénybe veszi vagy abban részesül.⁴ A hazai szabályozás lehetőséget nyújt azonban arra, hogy a cselekvőképes beteg megnevezzen egy olyan személyt, akit helyette kell tájékoztatni.⁵ Előfordulhat az is, hogy a beteg cselekvőképtelen, korlátozottan cselekvőképes kiskorú, illetve cselekvőképességében az egészségügyi ellátással összefüggő jogok gyakorlása tekintetében részlegesen korlátozott személy. Ilyenkor az Eütv.-ben kimerítően felsorolt személyeket illeti a tájékoztatás joga.⁶ A tájékoztatás kötelezettje tágabb értelemben nem csak az orvos, hanem valamennyi egészségügyi dolgozó, így a gyógyszerész, a más egészségügyi képesítéssel és/vagy szakképesítéssel rendelkező személy, illetve az egészségügyi szolgáltatás nyújtásában részt vevő olyan személy is, aki nem rendelkezik szakképesítéssel.⁷

Felmerül a kérdés, hogy mikor kell a beteget tájékoztatni jogairól, állapotáról, az alkalmazandó kezelésekről, valamint az elvégzendő beavatkozásokról. Az Eütv.-ben foglaltak szerint a betegjogokról, és azok érvényesítési lehetőségeiről az egészségügyi dolgozók kötelesek a beteget már a felvételkor, illetve az ellátás előtt tájékoztatni.⁸ Egy 2008-as bírói döntés értelmében a beavatkozás előtt adott tájékoztatásnak olyannak kell lennie, hogy a beteg minden olyan lényeges információ birtokába kerüljön, amelyek alapján megalapozottan tud dönteni a műtéthez való hozzájárulás megadásáról vagy megtagadásáról. Az egészségügyi intézmény kártérítési felelősséggel tartozik, ha a tájékoztatás csak a beavatkozás pozitív kimeneteleit tartalmazza, azt azonban nem, hogy adott esetben a beteg állapotának súlyosbodása is bekövetkezhet.⁹ A beteg egészségügyi állapotáról pedig a kezelőorvosnak indokolt rendszerességgel, a tőle elvárható ismereteknek megfelelően, és a legjobb tudása szerint körültekintően kell tájékoztatást adnia¹⁰, és szükség esetén fokozatosan, a beteg állapotára és körülményeire is tekintettel kell lennie.¹¹ A tájékoztatáshoz a betegnek akkor is joga van, ha a beleegyezése egyébként nem feltétele gyógykezelése megkezdésének.¹²

⁴ Eütv. 3. § a) pont

⁵ Eütv. 16. § (1) a) pont

⁶ Eütv. 16. § (2) bek.

⁷ Eütv. 3. § d) pont

⁸ Eütv. 28. §

⁹ BDT2008. 1834.

¹⁰ Eütv. 134. § (1) bek.

¹¹ Eütv. 135. § (1) bek.

¹² Eütv. 14. § (3) bek.

Az Eütv. a tájékoztatás módját is meghatározza, amikor kimondja, hogy annak egyéniesített formában, a beteg számára érthető módon kell megvalósulnia.¹³ Ez azt jelenti, hogy életkorára, iskolázottságára, ismereteire, lelkiállapotára, illetve e tekintetben megfogalmazott kívánságára tekintettel kell őt tájékoztatni.¹⁴ A szóbeli tájékoztatást nem lehet helyettesíteni előre elkészített általános ismertető segédanyagok átadásával.¹⁵

A beteg teljes körű tájékoztatásra jogosult. Ennek értelmében joga van tájékoztatást kapni egészségügyi állapotáról, a szükséges vizsgálatokról és beavatkozásokról, az említett vizsgálatok és beavatkozások előnyeiről, elmaradásuk következményeiről, várható időpontjukról, a hozzájuk kapcsolódó döntési jogról, alternatív módszerekről, az ellátások folyamatáról és kimeneteléről, egyéb ellátásokról, továbbá a javasolt életmódról.¹⁶ Emellett jogosult megismerni az egyes vizsgálatok, beavatkozások eredményét, esetleges sikertelenségét is, illetve a várttól eltérő eredményt és annak okait.¹⁷ A tájékoztatás során különös figyelmet kell fordítani a kezelés általánosan ismert, jelentős mellékhatásaira, az esetleges szövődményekre, és a beavatkozások lehetséges következményeire, továbbá azok előfordulási gyakoriságára.¹⁸ Egy 2019-es bírósági határozat alapján ezeknek a követelményeknek nem felel meg, ha a betegen évekkel korábban egy hasonló műtétet hajtottak végre, és a kezelőorvos csupán csak utal az akkori tájékoztatás tartalmára.¹⁹ A betegek érdekeit és jogait védi az a rendelkezés, mely szerint az orvos a vizsgálatot megelőzően köteles a beteget tájékoztatni a vizsgálat és az azt követő ellátás díjának megtérítési kötelezettségéről, amennyiben az ellátás költségének fedezete a központi költségvetésben és az Egészségbiztosítási Alapon keresztül sincs biztosítva, és a vizsgálat eredménye szerint sürgős szükség sem áll fenn.²⁰ A betegnek az említetteken kívül joga van megismerni az ellátásban közvetlenül közreműködő személyek nevét, szakképesítését és beosztását.²¹ Ez a rendelkezés különösen azoknál az intézményeknél kap jelentőséget, amelyekben oktatás is folyik, mivel a betegnek joga van tudni arról, hogyha tanulók is jelen vannak az ellátása során.²²

¹³ Eütv. 13. § (1) bek.

¹⁴ Eütv. 13. § (8) bek.

¹⁵ Eütv. 134. § (3) bek.

¹⁶ Eütv. 13. § (2) a)-i) pont

¹⁷ Eütv. 13. § (4) bek.

¹⁸ Eütv. 135. § (2) bek.

¹⁹ BH2019. 135.

²⁰ Eütv. 13. § (9) bek.

²¹ Eütv. 13. § (6) bek.

²² Marsovszki Ádám: Amiről nem tudunk az nem fáj? A tájékoztatáshoz való jog érvényesülése az egészségügyi ellátások igénybevétele során. In: *Tavaszi Szél* 2016. I. kötet. Doktoranduszok Országos Szövetsége, Budapest 2016. 282. o.

Az Eütv.-n kívül más jogszabályok is tartalmazzák a tájékoztatási joggal kapcsolatos rendelkezést. Például a biztonságos és gazdaságos gyógyszer- és gyógyászatiségédeszköz-ellátás, valamint a gyógyszerforgalmazás általános szabályairól szóló 2006. évi XCVIII. törvény (Gyftv.), mely előírja, hogy a gyógyszert rendelő orvosnak a beteget tájékoztatnia kell a rendelkezésre álló, azonos hatóanyagú, illetve hasonló terápiás hatású alacsonyabb áru gyógyszerről, az adott termékek áráról, társadalombiztosítási támogatásáról és a térítési díjak közötti különbségekről.²³ A tájékoztatást követően meg kell győződni arról, hogy a beteg az elmondottakat megértette.²⁴ Ezt segíti elő, hogy a tájékoztatás alatt és azt követően is jogosult kérdéseket feltenni.²⁵ A beteg által feltett kérdések elejét vehetik a félreértéseknek, és megakadályozhatják, hogy a tájékoztatás csupán formalitássá váljon.

Fontos megjegyezni, hogy a cselekvőképtelen, és a cselekvőképességében részlegesen korlátozott betegnek is joga van a korának és pszichés állapotának megfelelő tájékoztatást kapni.²⁶ Az Eütv. 16. §-a taxatív felsorolja azokat a személyeket, akiket ilyen esetben tájékoztatni kell, amennyiben a beteg teljes körű tájékoztatása nem lehetséges.

Érdekes külön említést tenni a kiskorú tájékoztatáshoz való jogáról. Az Eütv. alapján a gyermekeknek is joguk van ahhoz, hogy életkoruknak, iskolázottságuknak, pszichés állapotuknak, valamint lelkiállapotuknak megfelelő tájékoztatást kapjanak.²⁷ A gyakorlatban azonban a szülők sok esetben úgy vélik, hogy a gyermeki psziché megóvása érdekében helyesebb a nehéz helyzetekről vagy rossz prognózisú betegségekről való tájékoztatás mellőzése.²⁸ Mivel a gyermeknek joga van a tájékoztatáshoz, ezért helyénvalóbb, hogyha az orvos nem azt kérdezi meg a szülőktől, hogy tájékoztassák-e a gyermeket vagy sem, hanem inkább azt, hogy milyen körülmények között és ki adja meg a tájékoztatást.²⁹ A felvilágosítás során a betegség lehetséges kezelési módjainak ismertetésén túl ki kell térni arra, hogy a betegség mennyiben fogja befolyásolni a gyermek fejlődését, tanulási, pályaválasztási lehetőségeit és szocializációját, iskoláskorú gyermek esetében pedig ezen felül tájékoztatást kell adni arról is, hogy a kórházi bentfekvés és rehabilitáció alatt milyen lehetőség adott a tananyag elsajátításának elősegítésére.³⁰

²³ Gyftv. 8. §

²⁴ Eütv. 135. § (2) bek.

²⁵ Eütv. 13. § (3) bek.

²⁶ Eütv. 13. § (5) bek.

²⁷ Eütv. 13. § (5) és (8) bek.

²⁸ Oláh Éva (szerk.): Gyermekgyógyászati kézikönyv II. Medicina Könyvkiadó Zrt. Budapest 2008. 1093. o.

²⁹ Uo.

³⁰ Uo.

Habár az ún. *terápiás privilégium*³¹ fogalmát a hatályos szabályozás nem ismeri,³² mégis előfordulnak olyan esetek, amikor nem kötelező a beteg tájékoztatása.³³ Az Eütv. értelmében a beteg beleegyezése vélelmezhető, ha egészségi állapota miatt beleegyező nyilatkozat megtételére nem képes, és a helyette tájékoztatáshoz való, beleegyezési és visszautasítási jogot gyakorolni jogosult személy nyilatkozatának a beszerzése késsedelemmel járna. Invazív beavatkozások³⁴ esetén a vélelem alkalmazásának többletfeltétele, hogy a késsedelmes beavatkozás a beteg egészségi állapotának súlyos vagy maradandó károsodásához vezessen.³⁵ Kivételt képez továbbá a tájékoztatási kötelezettség alól az az eset is, amikor a beteg beleegyezésére nincs szükség. Ez akkor fordulhat elő, ha a beavatkozás vagy intézkedés elmaradása mások egészségét vagy testi épségét súlyosan veszélyezteti,³⁶ valamint, hogyha a beteg közvetlen életveszélyben van.³⁷ Az a beteg, aki a 16. életévét már betöltötte a tájékoztatásról le is mondhat, kivéve, ha a betegsége természetét ismernie kell ahhoz, hogy mások egészségét ne veszélyeztesse, például fertőző betegségben szenved. Csak az írásban történő lemondás érvényes akkor, ha a beavatkozást maga a beteg kezdeményezte és arra nem terápiás okból kerül sor.³⁸

III. A tájékoztatáshoz és a beleegyezéshez való jog megjelenése a nemzetközi jogban

Nemzetközi szinten először a Nürnbergi Kódex³⁹ rendelkezett arról, hogy az orvosi beavatkozáshoz a beteg önkéntes beleegyezése szükséges. Többek között ezért is tekinthető a Kódex a modern orvosi etika alapszövegének.⁴⁰ Az Orvos-világszövetségnek (WMA) 1981-es Lisszaboni Deklarációja a teljesség igénye nélkül tartalmaz egyes betegjogokat, például a betegnek azt a jogát, hogy szabadon válasszon orvost vagy, hogy megfelelő tájékoztatást követően jogosult elfogadni, valamint elutasítani

³¹ A terápiás privilégium azt jelentette, hogy az orvos indokolt esetben eltekinthetett a tájékoztatástól a beteg érdekében. A jelenlegi szabályozást megelőző, paternalista orvos-beteg viszonyra volt jellemző.

³² Az egészségügyről szóló 1972. évi II. tv. 45. § (1) bek.

³³ Jobbágyi Gábor: Orvosi jog-Hippokratésztól a klónozásig. Szent István Társulat, Budapest 2014. 58. o.

³⁴ A beteg testébe bőrön, nyálkahártyán vagy testnyíláson keresztül behatoló fizikai beavatkozás, ide nem értve a beteg számára szakmai szempontból elhanyagolható kockázatot jelentő beavatkozásokat. (Ld. Eütv. 3. § m) pont)

³⁵ Eütv. 17. § (1) bek.

³⁶ Ideértve a 24. hetet betöltött magzatot is.

³⁷ Eütv. 17. § (2) bek.

³⁸ Eütv. 14. §

³⁹ A Nürnbergi Kódex alapelveit a nürnbergi orvosperrel összefüggésben fogalmazták meg, mely 1946. december 9. és 1947. augusztus 20. között zajlott Nürnbergben. A nürnbergi per azoknak a német orvosoknak a pere, akik a nemzetiszocialista diktatúra során az orvosi esküvel mélyen ellentétes, emberiség ellenes bűntetteket hajtottak végre.

⁴⁰ Michel Thieren – Alexandre Mauron: Nuremberg Code turns 60. WHO, <https://www.who.int/bulletin/volumes/85/8/07-045443/en/> (2020. 04. 07.)

a kezelést.⁴¹ Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) 1994-es Amszterdami Deklarációjában⁴² pedig már megjelent az önrendelkezési jog, azzal, hogy minden beavatkozás feltételévé tette a beteg tájékozott, tudatos beleegyezését.⁴³ Ezek a dokumentumok nem rendelkeznek nemzetközi jogi kötőerővel.

Figyelmet érdemel az Európa Tanács 1997-es Oviedói Egyezménye⁴⁴ is, amely kiemelt helyen foglalkozik a tájékozott beleegyezés kérdéskörével. A cselekvőkép-telen és a korlátozottan cselekvőképes személyek védelméről rendelkezik, amikor kimondja, hogy esetükben a törvényes képviselőjük hozzájárulása szükséges, akinek a beavatkozás megkezdése előtt minden információt meg kell adni, ami a beteget is megilletné. Az Egyezmény már kötelező érvénnyel rendelkezik a részes államok tekintetében, így Magyarországot esetében is.⁴⁵

Az Active Citizenship Network által kidolgozott 2002-es Európai Betegjogi Charta a jelenlegi legteljesebb betegjogi rendelkezéseket tartalmazó nemzetközi dokumentum, amely 14 betegjogot deklarál, többek között a hozzáféréshez való jogot, az információhoz való jogot, illetve a hozzájárulási jogosultságot.⁴⁶ Ezek a tájékoztatási kötelezettséggel szorosan összefüggenek. Az Európai Betegjogi Chartában rögzített jogok az Európai Unió Alapjogi Chartájának

A 2011/24/EU irányelv,⁴⁷ amelyet a magyar jogba egy 2013-as kormányrendelet⁴⁸ ül-

⁴¹ Az Orvos-világszövetség Lisszaboni Deklarációja a páciens jogairól, Lisszabon, 1981. szeptember-október
<https://www.wma.net/wp-content/uploads/2005/09/Declaration-of-Lisbon-1981.pdf> (2020. 04. 10.)

⁴² Az Egészségügyi Világszervezet Amszterdami Deklarációja a betegek jogainak előmozdításáról Európában, Amszterdam, 1994. március 28-30. https://www.who.int/genomics/public/eu_declaration1994.pdf (2020. 04. 10.)

⁴³ Molnár Angéla: A magyar betegjogi szabályozás a nemzetközi rendelkezések tükrében. *Lege Artis Medicinae*, 2001/ 8-9. sz. (11. évf.) 597-610. o.

⁴⁴ Az Európa Tanács Oviedói Egyezménye az emberi lények emberi jogairól és méltóságáról a biológia és orvostudomány területén: Emberi jogok és biomedicina egyezmény, Oviedo, 1997. április 4.

⁴⁵ Az Európa Tanácsnak az emberi lény emberi jogainak és méltóságának a biológia és az orvostudomány alkalmazására tekintettel történő védelméről szóló, Oviedóban, 1997. április 4-én kelt Egyezménye: Az emberi jogokról és a biomedicináról szóló Egyezmény, valamint az Egyezménynek az emberi lény klónozásának tilalmáról szóló, Párizsban, 1998. január 12-én kelt Kiegészítő Jegyzőkönyve kihirdetéséről szóló 2002. évi VI. törvény

⁴⁶ Az Active Citizenship Network Európai Betegjogi Chartája, Második rész: A betegek 14 joga, 2-4. Brüsszel, 2002. november 15. <https://www.eesc.europa.eu/sites/default/files/resources/docs/085-private-act.pdf> (2020. 04. 29.)

⁴⁷ Az Európai Parlament és a Tanács 2011. március 9-i 2011/24/EU Irányelve a határon átnyúló egészségügyi ellátásra vonatkozó betegjogok érvényesítéséről (OJ L 2011.04.04. 45-65. o.)

⁴⁸ A külföldön történő gyógykezelések részletes szabályairól szóló 340/2013. (IX. 25.) Korm. rendelet

tetett át, már a határon átnyúló egészségügyi ellátásra vonatkozó betegjogok érvényesítéséről szóló szabályrendszert tartalmazza.

IV. A tájékozott beleegyezés

A beteg beleegyezését két csoportra osztja a szakirodalom, amely alapján beszélhetünk egyszerű beleegyezésről és tájékozott beleegyezésről.⁴⁹ Előbbi lényegét az ún. *paternalista szemléletmód* határozza meg, miszerint az orvos és a beteg közötti viszony legjobban a szülő-gyermek kapcsolatra hasonlít, ahol a szülő a saját belátása szerinti legjobbat akarja gyermekének, aki feltétel nélkül elfogadja döntését, mivel a szülője nagyobb tudású és tapasztaltabb. A felfogás alapján az orvos szakképzettsé-

ge folytán jobban tudja, hogy mi a jó a betegnek, ezért őt csak annyiban kell tájékoztatni, amennyiben a tájékoztatás orvosi szempontból az érdekeit szolgálja.⁵⁰ Egyszerű beleegyezés esetén az orvos közli a beteggel, hogy mely beavatkozás szükséges, a beteg pedig minden további tájékoztatás nélkül, bízva orvosában beleegyezik az ellátásba.⁵¹

A tájékozott beleegyezés intézménye angolszász találmány, szinte tükörfordítása az angol „*informed consent*” fogalmának. A fogalom létrejötté az ún. Salgo perhez⁵² köthető. Ebben az orvos azzal védekezett, hogy nem szokás elmondani azokat a veszélyeket, amelyek egy vizsgálattal kapcsolatosak, tehát ő úgy cselekedett, mint kollégái többsége. Az amerikai bíróság 1957-es marasztaló ítélete szerint azonban: „[a]z orvos megszegi a beteggel szemben fennálló kötelességét, és felelősségét megalapozza, ha bármely olyan tényt visszatart, amely szükséges a beteg tervezett gyógykezelésbe való tájékozott beleegyezéséhez.”⁵³

Tájékozott beleegyezés esetén beszélhetünk „*express consent*”-ről, amely az általánosságban vett írásbeli vagy szóbeli beleegyezést jelenti, illetve „*implied consent*”-ről. Utóbbi olyan beleegyezést jelöl, amely a beteg viselkedéséből vagy helyzetéből fakad, például a beteg beleegyezik abba, hogy egy szervhez csak várólistán keresztül juthat hozzá.⁵⁴

⁴⁹ Marsovszki: i. m. 284. o.

⁵⁰ Kovács: i. m. 127–128. o.

⁵¹ Marsovszki: i. m. 284. o.

⁵² Salgo v. Leland Stanford Etc. Bd. Trustees, 317 P.2d 170 (Cal. Ct. App. 1957). A beteg egy újfajta kezelést követően mindkét lábára lebénult egy ritkán előforduló szövődemény miatt. Állítása szerint orvosa gondatlanul járt el, amikor nem tájékoztatta őt a bénulás veszélyéről.

⁵³ Salgo v. Leland Stanford Etc. Bd. Trustees, 317 P.2d 170 (Cal. Ct. App. 1957) 5. b) Idézi: John M. Luce: *Ethical and Legal Issues in Trauma and Critical Care*. In: *Trauma: Critical Care*, Vol. 2. (William C. Wilson-Christopher M. Grande-David B. Hoyt eds.). CRC Press, Boca Raton 2007. 1203. o. A tájékozott szó az ítélet angol nyelvű szövegében az „*intelligent*” szóval szerepel. A szerző saját fordítása.

⁵⁴ Ifj. Lomnici Zoltán: A tájékoztatáson alapuló beleegyezés intézményének felelősségi kérdései

A tájékozott beleegyezés tartalmát tekintve egy, a beteg által az orvosnak adott felhatalmazás, amelyet önkéntesen ad többek között az adott kezelés vagy beavatkozás elvégzésére. Az egyszerű beleegyezéssel szemben ez már biztosítja a beteg bizonyos fokú autonómiáját, hiszen a tervezett beavatkozás vagy terápia elfogadásáról, illetve visszautasításáról szóló döntés meghozatalában a beteg aktívan részt vehet az orvos szélesebb körű tájékoztatása alapján. A bizalom már kétirányú, hiszen az orvosnak is bíznia kell betegében.⁵⁵

Arról, hogy a tájékoztatásnak milyen mértékűnek kell lennie több vélemény is létezik. Ezek közül három felvilágosítási standardot érdemes megemlíteni. A *szakmai standard* alapján annyi felvilágosítást szükséges adni a betegnek, amennyit a legtöbb orvos hasonló esetben nyújt. Az *objektív standard* szerint a beteggel azt szükséges közölni, amit egy ésszerűen gondolkodó embernek tudnia kell ahhoz, hogy megalapozott döntést tudjon hozni, az átadandó felvilágosítás mértékét nem szakmai szempontok alapozzák meg. A *szubjektív standard* azt közvetíti, hogy betegnek mindent el kell mondani, ami őt érdekli. Természetesen az utóbbi lenne a legideálisabb választás, azonban ez akkora időráfordítást és orvosi odafigyelést igényelne, amely megvalósulása hazánkban csaknem elképzelhetetlen tekintettel az egészségügyi dolgozók létszámának csökkenésére, valamint az egészségügyi rendszer alapvető túlterheltségére.⁵⁶

V. A beteg önrendelkezési jogának gyakorlása - a tájékozott beleegyezés megjelenése a magyar jogban

A beteg önrendelkezési jogának gyakorlásával szoros kapcsolatban áll a tájékoztatáshoz való jog, hiszen a beteg az előbbi akkor tudja teljeskörűen gyakorolni, ha olyan tájékoztatást kapott, amelynek köszönhetően felelősségteljes döntést tud hozni arra vonatkozóan, hogy milyen kezelést fogad el, utasít vissza, valamint amely által képes felmérni döntéseinek a következményét.⁵⁷ Az Eütv. kimondja, hogy néhány kivételtől eltekintve bármely egészségügyi beavatkozás elvégzésének feltétele, hogy a beteg megfelelő tájékoztatáson alapuló beleegyezését adja az adott ellátáshoz. Ennek a beleegyezésnek megtévesztéstől, fenyegetéstől és kényszertől mentesnek kell lennie. A beteg tehát önrendelkezési jogának értelmében szabadon döntheti el, hogy kíván-e egészségügyi ellátást igénybe venni, illetve annak során mely beavatkozások elvégzésébe egyezik bele, illetve melyeket utasítja vissza.⁵⁸

a hazai joggyakorlat tükrében. *Iustum Aequum Salutare*, 2007/3. sz. (3. évf). 180-181. o.

⁵⁵ Kovács: i. m. 130-131. o.

⁵⁶ Marsovszki: i. m. 281-282. o.

⁵⁷ Feith Helga Judit-Sztrilich András: *Betegjogok*. In: *Társadalmi normák az egészségügyben* 2. (Dobos Attila - Feith Helga Judit - Némethné Gradwohl Edina - Marácz Ferenc - Sztrilich András szerk.). Akadémiai Kiadó, Budapest 2020.

⁵⁸ Eütv.15. § (2)-(3) bek.

A beteg beleegyezését szóban, írásban vagy ráutaló magatartással adhatja meg. Az Eütv. azonban meghatároz olyan eseteket amikor a beteg beleegyező nyilatkozatát kötelező írásba foglalni. Járóbetegellátásnál kötelező az írásba foglalás az invazív beavatkozások esetén, kivéve azokat a rutin jellegű beavatkozásokat, amik a beteg számára figyelmen kívül hagyható kockázatot jelentenek, mint például a vérvétel. Fekvőbeteg-gyógyintézet esetében szabály az írásbeli forma. Az Eütv. külön kiemeli, hogy még a beteg életében eltávolított sejtjének, sejtalkotórészének, szövetének, szervének, testrészének egészségügyi ellátásával össze nem függő, bármilyen célú felhasználásához szükséges írásbeli beleegyezése.⁵⁹ Az okiraton elegendő, ha csak a nyilatkozó beteg aláírása szerepel, amennyiben pedig a beteg írásbeli nyilatkozatot nem képes tenni, nyilatkozatát két tanú együttes jelenlétében, szóban vagy más módon teheti meg.⁶⁰

A beteg önrendelkezési joga lehetőséget biztosít arra, hogy beleegyezését bármikor visszavonja. Amennyiben azonban a visszavonás alapos ok nélkül történt, a beteg kötelezhető a visszavonás miatt felmerült és indokolt költségek megtérítésére.⁶¹ A beteg önrendelkezési joga kiterjed arra is, hogy amennyiben cselekvőképes, megnevezze azt a szintén cselekvőképes személyt, aki jogosult helyette a beleegyezés jogát gyakorolni. Attól függetlenül, hogy jelölt-e meg ilyen személyt a beteg vagy sem, joga van kizárni bárkit az említett jogok helyette történő gyakorlásából. A megnevezés, valamint kizárás jogát 16. életévét betöltött kiskorú is gyakorolhatja.⁶² Mindkét nyilatkozatot közokiratban vagy teljes bizonyító erejű magánokiratban kell megtenni, a beteg írásképtelensége esetén pedig két tanú együttes jelenlétében megtett nyilatkozat szükséges. Amennyiben a beteg nem cselekvőképes, és olyan személy sincs akit ő maga nevezett meg, a beleegyezés jogát az Eütv.-ben taxatívén meghatározott személyek, adott sorrendben gyakorolhatják. Elsősorban a beteg törvényes képviselője, ennek hiányában a vele közös háztartásban élő cselekvőképes személyek szintén az Eütv.-ben meghatározott sorrendben.⁶³ Amennyiben nincs ilyen hozzátartozója, akkor a beteggel közös háztartásban nem élő, törvényben felsorolt⁶⁴ cselekvőképes személyek. Előfordulhat, hogy egy sorban több személy jogosult nyilatkozattételre, például mindkét szülő, akik egymással ellentétes nyilatkozatot tesznek. Ilyenkor azt a nyilatkozatot kell elfogadni, amely a beteg egészségügyi állapotát várhatóan a legkedvezőbbben fogja befolyásolni.⁶⁵

⁵⁹ Eütv.19. § (1) bek.

⁶⁰ Feith – Sztrilich: i. m.

⁶¹ Eütv. 15. § (6) bek.

⁶² Eütv. 16. § (6) bek.

⁶³ A beteg házastársa vagy élettársa, majd gyermeke, szülője, testvére, nagyszülője és unokája ebben a sorrendben.

⁶⁴ A beteg gyermeke, szülője, testvére, nagyszülője vagy és legutolsó sorban unokája.

⁶⁵ Eütv. 16. § (2)-(3) bek.

Fontos megemlíteni, hogy a cselekvőképtelen, a cselekvőképességében az egészségügyi ellátással összefüggő jogok gyakorlása tekintetében részlegesen korlátozott személy, illetve a korlátozottan cselekvőképes kiskorú véleményét a szakmailag lehetséges mértékig akkor is figyelembe kell venni, ha a beleegyezés, illetve a visszautasítás jogát az Eütv.-ben felsorolt személyek valamelyike gyakorolja. A helyette tett nyilatkozatról pedig cselekvőképessé válását követően azonnal tájékoztatni kell.⁶⁶

A beteg önrendelkezési joga korlátozásának tekinthető az a törvényi rendelkezés, amely szerint adott beavatkozáshoz vagy intézkedéshez nincs szükség beleegyezésére, ha annak elmaradása mások egészségét vagy testi épségét súlyosan veszélyezteti, illetve, ha a beteg közvetlen életveszélyben van.⁶⁷ Az Alkotmánybíróság több beleegyezési joggal kapcsolatos törvényi szabályozás vizsgálata során a 36/2000. (X. 27.) AB határozatában megállapította, hogy a rendelkezés nem volt ellentétes a korábbi alkotmány lelkiismereti és vallásszabadsággal kapcsolatos rendelkezésével.

A beteg önrendelkezési jogának különös megnyilvánulása, hogy rendelkezhet halála esetére a holttestével kapcsolatos beavatkozásokról. Megtilthatja, hogy holttestéből szervet és szövetet átültetés, egyéb gyógyító célú felhasználás, kutatás vagy oktatás céljából távolítsanak el.⁶⁸ Magyarországon ún. *negatív donornyilatkozati rendszer* van hatályban, ami azt jelenti, hogy ha a beteg még életében nem tiltotta meg szervei halála esetén történő felhasználását, akkor úgy kell tekinteni, mintha ahhoz hozzájárult volna, tehát agyhalálának megállapítása után megtörténhet például a szervkivétel.⁶⁹

VI. Az ellátás visszautasításának joga

Az önrendelkezéshez való joggal szoros kapcsolatban áll az ellátás visszautasításának joga. Az Eütv. kimondja, hogy a cselekvőképes beteg jogosult az ellátást visszautasítani feltéve, ha ez nem veszélyezteti mások életét vagy testi épségét. A visszautasítást azonban bármikor, bármilyen alaki kötöttség nélkül vissza lehet vonni. Amennyiben az ellátás elmaradása várhatóan súlyos vagy maradandó károsodást idézne elő a beteg egészségi állapotában, akkor csak közokiratban, teljes bizonyító erejű magánokiratban, vagy írásképtelenség fennállása esetén két tanú együttes jelenlétében történő nyilatkozattétellel utasítható vissza érvényesen az ellátás. Ugyanez az alaki követelmény vonatkozik az életfenntartó vagy életmentő beavatkozások visszautasítására, itt azonban további feltétel, hogy a beteg olyan súlyos betegségben szenvedjen, amely rövid időn belül megfelelő egészségügyi ellátás mellett is halálhoz vezet és gyógyíthatatlan. Az életfenntartó vagy életmentő beavatkozásoknál továbbá érvényesül az a tilalom, hogy ha a beteg várandós, és előreláthatólag képes a gyermeke kihordására, akkor nem utasíthatja vissza az ilyen jellegű kezelést.

⁶⁶ Eütv. 16. § (4)-(5) bek.

⁶⁷ Eütv. 17. § (2) bek.

⁶⁸ Eütv. 19. § (2) bek.

⁶⁹ Feith – Sztrilich: i. m.

Várható súlyos vagy maradandó károsodás, illetve életfenntartó vagy életmentő, beavatkozást érintő visszautasítás esetén személyes beszélgetéssel meg kell kísérelni a beteg döntése hátterében lévő okok feltárását és a döntés megváltoztatását. Ennek során a beteget újra tájékoztatni szükséges a beavatkozás elmaradásának következményeiről.⁷⁰

Az Eütv. a cselekvőképes személyek számára biztosítja azt a lehetőséget, hogy későbbi esetleges cselekvőképtelenségük esetére közokirati formában megtilthassanak egyes vizsgálatokat vagy beavatkozásokat. Az életfenntartó, valamint életmentő beavatkozásokat viszont csak abban az esetben lehet előre visszautasítani, ha a beteg gyógyíthatatlan betegségben szenved, és betegsége következtében önmagát fizikailag ellátni képtelen, illetve fájdalmai megfelelő gyógykezeléssel sem enyhíthetők. Cselekvőképes személy jövőbeni esetleges cselekvőképtelensége esetére megnevezhet egy olyan cselekvőképes személyt, aki helyette a visszautasítás jogát gyakorolja.⁷¹

Cselekvőképtelen, cselekvőképességében az egészségügyi ellátással összefüggő jogok gyakorlása tekintetében részlegesen korlátozott beteg, illetve korlátozottan cselekvőképes kiskorú esetén a visszautasítás jogát az általa megnevezett, valamint a törvényben felsorolt személyek egyike gyakorolja helyette. Visszautasításnak azonban nincs helye, amennyiben az ellátás elmaradása esetén az ilyen beteg egészségi állapotában várhatóan súlyos vagy maradandó károsodás következne be, illetve életfenntartó vagy életmentő beavatkozás esetén sem. Ilyenkor az egészségügyi szolgáltató keresetet indít a beleegyezés bíróság általi pótlása iránt. Ha közvetlen életveszély áll fenn, akkor a szükséges beavatkozások elvégzéséhez bírósági nyilatkozatpótlásra sincs szükség. A bíróság jogerős határozatának meghozataláig az orvos köteles a beteg egészségi állapota által indokolt ellátások megtételére.⁷²

VII. A jogérvényesítés lehetőségei

Előfordulhat, hogy a beteg úgy érzi, hogy nem kapott megfelelő tájékoztatást, vagy a jogszabályokban biztosított egyéb jogai sérültek. Ebben az esetben az Eütv. lehetőséget biztosít a jogérvényesítésre. A szabályozás értelmében a beteg az egészségügyi ellátásával kapcsolatban panaszt az egészségügyi szolgáltatónál,⁷³ valamint annak fenntartójánál⁷⁴ tehet, amely/aki köteles azt kivizsgálni, és eredményéről a

⁷⁰ Eütv. 20. §

⁷¹ Eütv. 22. §

⁷² Eütv. 21. §

⁷³ Egészségügyi szolgáltató a tulajdoni formától és fenntartótól függetlenül minden, egészségügyi szolgáltatás nyújtására és az egészségügyi államigazgatási szerv által kiadott működési engedély alapján jogosult egyéni egészségügyi vállalkozó, jogi személy vagy jogi személyiség nélküli szervezet. (Ld. Eütv. 3. § f) pont)

⁷⁴ Fenntartó költségvetési szerv egészségügyi szolgáltató esetén az alapító okiratban irányító

beteget minél előbb, de legfeljebb 30 munkanapon belül írásban tájékoztatni.⁷⁵ E jog gyakorlása nem érinti a betegnek azt a jogát, hogy a betegjogi, ellátottjogi és gyermekjogi képviselőt foglalkoztató szervhez vagy más szervekhez forduljon. Erre a tényre a szolgáltató köteles felhívni a beteg figyelmét.⁷⁶

Az igényérvényesítés egy másik módja a kórházi etikai bizottsághoz történő fordulás,⁷⁷ amely hivatalból és kérelemre is eljárhat. Utóbbi esetben a kezdeményezéstől számított 30 napon belül köteles állást foglalni az elé terjesztett ügyben. Az elbírálás során az érintett személyeket meghallgatja, emellett pedig a vonatkozó iratokba is betekinthez, valamint szakértőt kérhet fel az ügy tisztázása érdekében. Az etikai bizottság az állásfoglalásában javaslatot tesz a szükséges intézkedések megtételére. Az állásfoglalást az intézmény orvosszakmai vezetője köteles közzétenni és biztosítani, annak érdekében, hogy a dolgozók és a betegek az állásfoglalásban foglaltakat megismerhessék.⁷⁸

A jogérvényesítés egy további, bíróságon kívüli lehetőségét biztosítja a közvetítői tanács intézménye. Az Eütv. akként rendelkezik, hogy a beteg (halála esetén annak hozzátartozója), valamint az egészségügyi szolgáltató együttesen kezdeményezhetik ezt az eljárást a köztük lévő jogvita peren kívüli megoldása céljából.⁷⁹ A közvetítői eljárásra irányuló kérelmet a Magyar Igazságügyi Szakértői Kamaránál kell előterjeszteni. A tanács mindkét felet részletesen meghallgatja, aminek során kifejthetik érdekeik alapján kialakított álláspontjukat. Az eljárás alatt a közvetítői tanács köteles biztosítani az egyenlő bánásmódot.⁸⁰ Az említetteken kívül a beteg panaszt tehet még az Orvosi Kamaránál is.

Mivel az orvos etikai és fegyelmi felelősségén kívül a tájékoztatással kapcsolatban felmerülhet a polgári jogi, de akár a szabálysértési és büntetőjogi felelőssége is, ezért a beteg számára a bírói jogérvényesítés előtt is nyitva áll az út.⁸¹ Mi sem bizonyítja ezt jobban, mint az a tény, hogy az orvosi kártérítési perek legnagyobb részét

szervként megjelölt állami szerv, helyi önkormányzat vagy önkormányzati társulás, egyházi jogi személy vagy vallási egyesület által fenntartott egészségügyi szolgáltató esetében az egészségügyi szolgáltató alapító okiratában fenntartóként megjelölt ilyen jogalany, alapítványi, közalapítványi egészségügyi szolgáltató esetén az alapítvány, közalapítvány, a nemzeti felsőoktatásról szóló 2011. évi CCIV. törvény 97. § (1) bekezdés a), b) és c) pontja szerinti esetben az egészségügyi felsőoktatási intézmény, más szervezet esetén pedig a tulajdonosi jogokat gyakorló szervezet. (Ld. Eütv. 3. § w) pont)

⁷⁵ Eütv. 29. § (1)-(2) bek.

⁷⁶ Eütv. 29. § (3) bek.

⁷⁷ Kovács: i. m. 602-604. o.

⁷⁸ Ld. A kórházi etikai bizottságokról szóló 14/1998. (XII. 11.) EüM rendelet 7. §

⁷⁹ Eütv. 34. § (1) bek.

⁸⁰ Ld. Az egészségügyi közvetítői eljárásról szóló CXVI. törvény 1. § (2) és 8. § (1)-(2) bek.

⁸¹ Marsovszki: i. m. 286. o.

a tájékoztatási kötelezettség elmulasztása miatt indítják.⁸² A Polgári Törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvény (a továbbiakban: Ptk.) kimondja, hogy amennyiben a beteg élethez, testi épséghez, egészséghez való joga sérül a tájékoztatás hiánya vagy nem megfelelő volta miatt, például egészségromlás következik be, úgy az őt ért nem vagyoni sérelemért sérelemdíjra tarthat igényt.⁸³ A sérelemdíj mértékének meghatározása mindig bírói mérlegelés eredménye, amely során figyelembe kell venni a jogsértés súlyát, ismétlődő jellegét, a felróhatóság mértékét, valamint a jogsértés betegre és környezetére gyakorolt hatását is.⁸⁴ Ha a beteg a tájékoztatási kötelezettség elmulasztása miatt kárt is szenved, például jövedelme kiesik, akkor kártérítésre is jogosult.⁸⁵ A kártérítési összeg megállapítása egyszerűbb feladat, mivel a vagyoni károk számszerűsíthetők. A már említett jövedelemkiesés esetén például jövedelemplótló járadék fizetendő. A tájékoztatás hiánya azonban csak akkor keletkeztet kártérítési kötelmet, ha okozati összefüggés állapítható meg a mulasztás és a bekövetkezett kár között, vagyis, ha a felperes a kezelésbe megfelelő tájékoztatás esetén nem egyezett volna bele.⁸⁶ Ezért a felperes nem hivatkozhat a tájékoztatás hiányára például életmentő beavatkozás kapcsán.⁸⁷

A betegek jogainak érvényesítésében kiemelkedő szerepe lehet a betegjogi képviselőknek, amennyiben a betegek ténylegesen igénybe veszik az általuk nyújtott segítséget. Egy nemrég végzett felmérés alapján, míg 2013-ban mindössze 9 959, addig 2018-ban már 14 102 megkeresés érkezett a betegek jogainak érvényesítésével kapcsolatban, amely pozitív változásnak tekinthető.⁸⁸ A betegjogi képviselők legfőbb feladata a betegek jogainak védelme, és segítségük azok megismerésében, illetve érvényesítésében. Ennek keretében segítik a beteget panaszja megfogalmazásában, amelynek kivizsgálását is kezdeményezhetik. A beteg írásbeli meghatalmazása alapján a betegjogi képviselő panaszt tehet a beteg helyett, illetve őt képviselve a gyógykezeléssel összefüggő ügyekben is eljárhat az illetékes hatóságnál.⁸⁹ Emellett joga van az egészségügyi szolgáltató működési területére belépni, a vonatkozó iratokba betekinteni, és a dolgozókhöz kérdést intézni.⁹⁰ A betegjogi képviselők által tapasztalt észrevételeket az egészségügyi szolgáltató vezetőjének, illetve fenntartójának 30 munkanapon belül érdemben meg kell vizsgálnia, és az arról alkotott állásfog-

⁸² Sótonyi: i. m. 115. o.

⁸³ Ptk. 2:52. § (1) bek.

⁸⁴ Ptk. 2:52. § (3) bek.

⁸⁵ Ptk. 2:253. §

⁸⁶ Sótonyi i. m. 132. o.

⁸⁷ Uo.

⁸⁸ Dr. Novák Krisztina: Hogyan látják a betegek? Betegpanaszok, betegjogok, visszajelzések, Magyar Kórházszövetség XXXI. Kongresszusán tartott előadás, Eger 2019. <https://slideplayer.hu/slide/17280366/> (2020. 04. 26.)

⁸⁹ Eütv. 30. § (1)-(2) bek.

⁹⁰ Eütv. 31. § (1) bek.

lalásáról tájékoztatnia szükséges az egészségügyért felelős miniszter által vezetett minisztériumot.⁹¹ A betegjogi képviselők elérhetőségének közzétételét, foglalkoztatással összefüggő feladatokat, valamint a jogvédelmi képviselők hálózatának működtetését a kormány az Integrált Jogvédelmi Szolgálatról szóló 381/2016. (XII. 2.) Korm. rendelettel, 2017. január 1-jei hatállyal létrehozott Integrált Jogvédelmi Szolgálat (a továbbiakban: IJSZ)⁹² látja el. Az IJSZ az Emberi Erőforrások Minisztériuma önálló szervezeti egységként működik a gyermek-, és ellátottjogok mellett a betegjogokkal kapcsolatos állampolgári jogok érvényesítésének érdekében.⁹³ Főbb célkitűzései közé tartozik a hatékony jogvédelem és jogérvényesítés elősegítése, illetve a mediációs technikák megerősítése a panaszkezelésben.

VIII. Összegzés

A fentiekben ismertetett, tájékoztatással kapcsolatos jogszabályi követelmények tényleges alkalmazása elengedhetetlen feltétele a tájékozott beleegyezés megadásának, illetve a beteg tájékoztatáson alapuló felelős döntés meghozatalának. Fontos, hogy az információátadás valóban teljes körű és egyéniesített legyen, hiszen ezáltal elkerülhető az orvosi perek legnagyobb része is. Általánosságban elmondható, hogy a gyakorlatban az olyan orvosok ellen kevesebb per indul, akik a beavatkozás előtt részletesen elmagyarázzák betegeiknek, hogy mi fog történni velük az eljárás során és azt követően, valamint akik bátorítják őket a kérdésre, és valóban meghallgatják aggodalmaikat.⁹⁴

A tájékoztatás során célszerű azt is figyelembe venni, hogy a betegek ehhez kapcsolódó igénye az elmúlt pár évtizedhez képest megváltozott. Az internetnek köszönhetően ma már nagy mennyiségű ismeretanyag vált elérhetővé a laikusok számára is, így az orvosoknak számolniuk kell azzal, hogy a betegek nagyobb része rendelkezik orvosi háttérismeretekkel, előfeltevésekkel, amelyek következtében igényt támasztanak a minőségi, akár tudományos részleteket is tartalmazó tájékoztatásra. Az információ szabad áramlása elősegíti a betegek tájékozottsággal és önrendelkezéssel kapcsolatos igényességét és önmagukkal szembeni felelősségérzetét, továbbá segíthet egy egészségtudatosabb társadalom kialakításában. Nem szabad megfeledkeznünk azonban arról, hogy az interneten való tájékozódás az ott fellelhető források eltérő színvonala miatt magában hordozza a téves információk elsajátításának a veszélyét is. A helytelen ismeretek kijavítása az orvos feladatát kell, hogy képezze.⁹⁵

⁹¹ Eütv. 33. § (2) bek.

⁹² *Jogelődje az Országos Betegjogi, Ellátottjogi, Gyermekjogi és Dokumentációs Központ ezzel egyidejűleg beolvadt az Emberi Erőforrások Minisztériumába.*

⁹³ Az Integrált Jogvédelmi Szolgálat honlapja <http://www.ijsz.hu/rolunk.html> (2020. 04. 25.)

⁹⁴ Dr. Pilling János: Orvosi hibák és tévedések kommunikációja. OBDK, http://www.ijsz.hu/UserFiles/pilling_janos_03_orvosi_hibak_kommunikacioja.pdf (2020. 05. 24.)

⁹⁵ Nemes László: A tájékozott beleegyezés elve a mai bioetikában. http://filozofia.uni-eger.hu/public/uploads/a-tajekozott-beleegyez-es-elve-a-mai-bioetikaban_558028a017a17.pdf (2020.

A gyakorlatban az tapasztalható, hogy az egyéniesített formában történő, részletes és a mai társadalom igényeinek megfelelő tájékoztatás gyakran nem képes teljeskörűen realizálódni az egészségügy jelenlegi helyzete, többek között a betegek számának növekedése és egészségügyi dolgozók túlterheltsége miatt. Amíg ez a helyzet nem változik, addig a többi, tájékoztatáson alapuló betegjog gyakorlása sem valósulhat meg maradéktalanul.

Martin Márton

szakkollégista, Óriás Nándor Szakkollégium, Civilisztika Tagozat

Szilánkok az orvosi műhibaperek köréből

A következőkben az orvosi műhibaperek alapvető sajátosságait fogom bemutatni, mely során kitérek a szakértők kiemelt jelentőségére az ilyen perekben. Ezt követően pedig részletesen elemzem a szakértő igénybevételenek szabályozását a polgári perrendtartásról szóló 1952. évi III. törvényben (a továbbiakban: régi Pp.) és a hatályos törvényben, mely a polgári perrendtartásról szóló 2016. évi CXXX. törvény (a továbbiakban: Pp.).

I. Az orvosi műhibaperek

I.1. A műhiba mint fogalom

Műhiba mint jogi fogalom valójában nem létezik. Nincs olyan törvényhely, ahol definiálva lenne, sem büntető sem polgári jogszabály nem tartalmaz ilyen elnevezést. A kifejezés a német *Kunstfehlern*-ből ered, amely művészeti hibát jelent. A nemzetközi jogállamokban a hatvanas-hetvenes években lezajlott szakmai vitáknak (Az USA-beli műhibakriszisz, az abortusz viták az élet kezdetéről stb.) a magyar jogalkotásra csekély hatása volt. Magyarországon a rendszerváltozás után kezdődtek meg ezek a folyamatok, az orvosi jog átalakulása, felzárkózása.¹

I.2. A korábbi szabályozás

A Polgári Törvénykönyvről szóló 1959. évi IV. törvény (a továbbiakban: régi Ptk.) a szerződésszegéssel okozott kárra nem tartalmazott speciális rendelkezést, hanem a következők szerint szabályozta azt:

„318. § (1) A szerződésszegésért való felelősségre, valamint a kártérítés mértékére a szerződésen kívül okozott károkért való felelősség szabályait kell alkalmazni azzal az eltéréssel, hogy a kártérítés mérséklésének - ha a jogszabály kivételt nem tesz - nincs helye.

(2) A szerződésszegésen alapuló igények érvényesítése kötelező, ha a szerződésben kötött ellenszolgáltatás teljesítése egészben vagy részben az állami költségvetésből történik. A jogosult az igény érvényesítésétől - jogszabály eltérő rendelkezése hiányában - eltekinthet, ha a rendelkezésre álló adatok alapján meggyőződést szerzett arról, hogy a szerződésszegés olyan körülményekre vezethető vissza, amelyekért a kötelezett nem felel, vagy ha a szerződésszegés a nemzetgazdaság, továbbá a felek együttműködése szempontjából jelentéktelen.

(3) Ha a szerződésszegésen alapuló igények érvényesítése kötelező, és a jogosult e kötelezettségének indokolatlanul nem tesz eleget, a pénzkövetelésre (kártérítés, kötbér, árszállítás) irányuló igényt a kifizetéseket a költségvetésből teljesítő pénzügyi intézet az

¹ Jobbágyi Gábor: Orvosi Jog Hippokratésztól a klónozásig. Szent István Társulat, Budapest 2011. 32-33. o.

állam javára érvényesítheti.”²

A kártérítés általános szabályát pedig a régi Ptk. 339. § (1) bekezdése az alábbiak szerint szabályozta:

„339. § (1) Aki másnak jogellenesen kárt okoz, köteles azt megtéríteni. Mentesül a felelősség alól, ha bizonyítja, hogy úgy járt el, ahogyan az az adott helyzetben általában elvárható.”³

I.3. A hatályos szabályozás

A korábbi szabályozással szemben a Polgári Törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvény (a továbbiakban: Ptk.) a 6:142. §-ban tartalmaz speciális rendelkezést a szerződésszegéssel okozott kárra, ami eltér a Ptk. generális szerződésen kívüli kártérítési szabályától.

„Aki a szerződés megszegésével a másik félnek kárt okoz, köteles azt megtéríteni. Mentesül a felelősség alól, ha bizonyítja, hogy a szerződésszegést ellenőrzési körén kívül eső, a szerződéskötés időpontjában előre nem látható körülmény okozta, és nem volt elvárható, hogy a körülményt elkerülje vagy a kárt elhárítsa.”⁴

I.4. A főbb tényállás vizsgálati szempontok

Egy orvosi műhibaperben az alábbi kérdések vizsgálatakor kiemelt figyelemmel kell eljárni:

- a) Volt-e kár?
- b) Tanúsított-e bármiféle magatartást az egészségügyi szolgáltató a beteg irányába?
- c) Van-e okozati összefüggés a tanúsított magatartás és a beteg állapota között?
- d) Felróható-e a megtörtént károkozás az egészségügyi szolgáltatónak?

I.4.1. Az „Aki” értelmezése

Aki alatt mindig az egészségügyi szolgáltatót kell érteni. Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény (továbbiakban: Eütv.) meghatározza az egészségügyi szolgáltató fogalmát az alábbiak szerint:

„Egészségügyi szolgáltató: a tulajdoni formától és fenntartótól függetlenül minden, egészségügyi szolgáltatás nyújtására és az egészségügyi államigazgatási szerv által kiadott működési engedély alapján jogosult egyéni egészségügyi vállalkozó, jogi személy

² Régi Ptk. 318. §

³ Régi Ptk. 339. §

⁴ Ptk. 6:142. §

vagy jogi személyiség nélküli szervezet;”⁵

Tehát az esetek többségében sohasem magát a kezelést végző orvost kell érteni az „aki” alatt, kivéve ha az egészségügyi dolgozó saját nevében és felelősségére nyújt egészségügyi szolgáltatást például egyéni vállalkozóként végzi e tevékenységét.⁶

I.4.2. A „Másnak” a jelentése

Az egészségügyi ellátásban részesülő személy. Tehát tulajdonképpen a beteg, de az is betegnek minősül, aki orvosi érelemben nem beteg, ugyanakkor egészségügyi ellátásban részesül.

I.4.3. A „Kár” meghatározása

Bármilyen hátrányos elváltozás, amely a beteg személyiségében bekövetkezik, beleértve életét, testi épségét, vagyoni viszonyait ideértve akár a *lucrum cessans*-ot is. Érdekes kérdés volt a bírói gyakorlatban, ha mondjuk az orvos szakmai mulasztásból kifolyólag elnézi a magzat korát és az egyéb törvényi feltételek fennállása ellenére nem lehetett már elvégezni a művi vetélést mert az anya a törvényben megszabott határidőn túlhordta a gyereket, akkor ebben az esetben történt e károkozás. A Pécsi Ítéltábla⁷, majd a Legfelsőbb Bíróság úgy foglalt állást, hogy egy egészséges gyermek születése önmagában nem tekinthető kárnak akkor sem, ha az anya eredetileg nem akarta a gyermeket.⁸ A kár fennállásának megállapítására véleményem szerint a legjobb logikai módszer, ha megvizsgáljuk az orvosi szakmai szabályok betartása esetén létrejövő vagy jó eséllyel létrejövő helyzetet és ezt összevetjük a szakmai szabályok meg nem tartásával létrejött valós helyzettel. Ha a kettő között eltérés van a beteg hátrányára akkor mondhatjuk, hogy az orvos tevékenységével okozati összefüggésben a beteg kárt szenvedett.

I.4.4. Az „Okoz” fordulat magyarázata

Az okozati összefüggés vizsgálatára álláspontom szerint a *conditio sine qua non* elv a leginkább elfogadható. Vagyis oknak tekinthető minden olyan körülmény, ami nélkül a káresemény nem, vagy nem úgy következik be. A károkozás bekövetkezhet akár aktív tevékenység akár passzív mulasztás nyomán. Éppen ezért a magyar bírói gyakorlat már pár évtizede az amerikai és európai trendet is követve önmagában a gyógyulás esélyének elvesztését vagy csökkenését oknak tekinti anélkül, hogy a beteg állapotában az orvos bármilyen egyéb kárt okozott volna.

⁵ Eütv 3. § f) pont

⁶ Dr. Kovács Gábor: Egészségügyi Jogi Kézikönyv. Universitas – Győr Nonprofit Kft. Győr 2018. 264. o.

⁷ Pécsi Ítéltábla Pf. III. 20.275/2009.

⁸ 1/2008. számú PJE határozat IV-V. pontok Ld. még Fézer Tamás: A születéssel kapcsolatos vagyoni igények a jogi és a vallási érvelés határvonalán. In: Lábady Tamás emlékkönyv (Ményhárd Attila – Landi Balázs szerk.). PPKE JÁK, 2019. 157-158. o.

I.4.5. A Felróhatóság alóli mentesülés

Az Eütv. szerint az egészségügyi szolgáltatásokkal összefüggésben keletkezett kárigényekre, illetve a személyiségi jogsértések esetén követelhető igényekre a Ptk.-nak a szerződésen kívül okozott kárért való felelősségre, valamint a személyiségi jogok megsértésének szankcióira vonatkozó szabályait kell megfelelően alkalmazni.⁹ A Ptk. szerint a szerződésen kívül okozott kár esetében a károkozó mentesül a felelősség alól, ha bizonyítja, hogy magtartása nem volt felróható.¹⁰

I.5. A bizonyítási teher

Kiemelendő kérdés az, hogy a per során melyik félnek mit kell bizonyítania. A bizonyítási eszközök között nem létezik sorrend, de azt mégis el lehet mondani, hogy a műhibaperekben a szakértői szakvéleménye komoly hatással lehet a bíróságra az ítélet kialakítása során.¹¹

A régi Pp. 164. § (1) bekezdése szerint:

„A per eldöntéséhez szükséges tényeket általában annak a félnek kell bizonyítania, akinek érdekében áll, hogy azokat a bíróság valóban fogadja el.”¹²

A Pp. 265. § (1) bekezdése ugyanezt mondja ki:

„Törvény eltérő rendelkezése hiányában a perben jelentős tényeket annak a félnek kell bizonyítania, akinek érdekében áll, hogy azokat a bíróság valóban fogadja el (a továbbiakban: bizonyítási érdek), továbbá a bizonyítás elmaradásának vagy sikertelenségének a következményeit is ez a fél viseli.”¹³

Ha tehát összevetjük a hatályos anyagi és eljárásjogi rendelkezéseket, akkor megállapítható, hogy a kárt, a magatartást és az ezek közötti okozati összefüggést a felperes beteg köteles bizonyítani. A „mentesül azonban...” fordulatból az következik, hogy a felróhatóság kimentése az egészségügyi szolgáltatót terheli a perben. Nagyon lényeges, hogy a tényállásban megjelenő elemek egyben logikai sorrendet is jelentenek, amit a bíróságnak vizsgálni kell, és a vizsgálat időrendjére is parancsot ad így a törvény.

I.5.1. Kár

Mindenekelőtt tehát azt kell vizsgálni, hogy volt-e a betegnek kára, vagyis hátrányos

⁹ Eütv. 244. (2) bek.

¹⁰ Ptk. 6:519. §

¹¹ Hidvéginé dr. Adorján Livia – Sáriné dr. Simkó Ágnes: II. Műhibák és kártérítési perek az egészségügyben. Medicina Könyvkiadó Zrt. Budapest 2013. 131. o.

¹² Régi Pp. 164. § (1) bek.

¹³ Pp. 265. § (1) bek.

elváltozása, mert ha ilyen nincs akkor szükségtelen a további feltételek fennállásának vizsgálata.

I.5.2. Magatartás

Vizsgálni kell, hogy egyáltalán tanúsított-e az alperes bármiféle magatartást a beteggel kapcsolatban, mert ha nem akkor ugyancsak nem kell tovább vizsgálni. Ennek vizsgálata lényeges lehet például téves perlés esetén, amikor a felperes nem azt az egészségügyi szolgáltatót perli be, aki a beteget ellátta.

I.5.3. Okozati összefüggés

Ha van kár és magatartás akkor a kettő közötti okozati összefüggés vizsgálendő a *conditio sine qua non* elve alapján.

I.6. A bizonyítási teher felosztása

A Pp. rendelkezéséből következően tehát a kár, a magatartás és az okozati összefüggés tekintetében a felperesi károsulton van a bizonyítási kötelezettség és teher, míg a felróhatóság kimentése tekintetében az egészségügyi szolgáltató viseli az *onus probandi*.

I.7. Szakértő mint lehetséges bizonyítási eszköz

Tekintettel arra, hogy orvosi kérdésekben a bíróság csak kivételes esetben rendelkezik szakértelemmel, ezért szinte minden perben szükséges szakértő igénybevétele, akinek a szerepe meghatározó a per alakulásának szempontjából. Előfordulhat az is, hogy a bíróság több szakértői vélemény alapján hozza meg az ítéletet, illetve arra is volt már példa, hogy a szakértői véleménnyel ellentétes döntést hoz.¹⁴

A szakértő kirendelésének indítványozásával mindkét fél bizonyíthatja azt, aminek igazolása őt terheli, vagyis a beteg a kárt, a magatartást és az okozati összefüggést, az egészségügyi szolgáltató pedig a szakmai szabályok megfelelő betartását. A fentieket figyelembe véve tehát alapvetően fontos és szükséges a szakértő személye és igénybevétele az ilyen tárgyú perekben.

A továbbiakban a magánszakértői vélemény megújult szabályozását és azzal kapcsolatos esetleges aggályokat fogom taglalni, ugyanis úgy vélem, hogy az új szabályozás nem alkalmas a gazdaságilag kiszolgáltatóbb helyzetben lévő peres fél védelmére.

II. A szakértők alkalmazása orvosi műhiba perekben

II.1. A változás szele

A Pp. olyan jelentős módosulásokat is eredményezett, amely a pervezetést számos tekintetben változtatja meg. Az egykori Plósz-féle Polgári Perrendtartás szerkezeté-

¹⁴ Jobbágyi: i. m. 73. o.

hez visszatérve a peres eljárást két szakaszra bontja.¹⁵ A perkoncentráció elvét alapvetően rögzíti, amelynek nem titkolt célja az eljárás időtartamának lerövidítése. Ezen cél elérése érdekében számtalan változtatást eszközölt a jogalkotó. A Pp. is tartalmaz rendelkezéseket, amelyek a kiszolgáltatottabb fél védelmére hivatottak, ilyenek például a költségkezdmények.

II.2. Múlt és jelen

Alapvető jelentőségű, hogy az új törvénnyel a magánszakértői vélemény és a bíróság által kirendelt szakértő véleménye között bizonyító erő szempontjából már nincsen különbség.

A régi Pp. így fogalmaz:

„Bizonyítási eszközök

166. § (1) Bizonyítási eszközök különösen a tanúvallomások, a szakértői vélemények, a szemlék, az okiratok és egyéb tárgyi bizonyítékok.”¹⁶

„177. § (1) Ha a perben jelentős tény vagy egyéb körülmény megállapításához vagy megítéléséhez olyan különleges szakértelem szükséges, amellyel a bíróság nem rendelkezik, a bíróság szakértőt rendel ki. Rendszerint egy szakértőt kell alkalmazni, több szakértőt csak különböző szakkérdések felmerülése esetében lehet kirendelni.”¹⁷

A régi Pp. szerinti szakértői bizonyítással kapcsolatban a kirendelt szakértő primátusa volt jellemző. A magánszakértői szakvéleményt leginkább a fél álláspontjaként értékelte, ugyanakkor a szakértői vélemények ütköztetésével kapcsolatban már a korábbi gyakorlat is elismerte a magánszakértő hasznosságát. Ezen álláspontomat a régi Pp. kommentárja is alátámasztja.

A régi Pp. kommentárja a szakértői bizonyításról így értekezik:

„A szakértő pótolja a bíróság hiányzó szakismeretét, de nem veheti át a bíróság szerepét. A bíróság nem háríthatja át a szakértőre a per eldöntéséhez szükséges tények és körülmények felderítésének a feladatát, és nem engedheti át a szakértőnek a bizonyítékok mérlegelésére vonatkozó jogkörét. Lényeges eljárási szabályt sért a bíróság akkor, ha jogi kérdés megítélését bízta rá a szakértőre. A Kúria jogelődje, a Legfelsőbb Bíróság több határozatában is úgy foglalt állást, hogy a magánúton beszerzett szakvélemény nem bizonyítékként, hanem csak a fél álláspontjaként vehető figyelembe, más eseti döntései viszont elismerik a magánszakértői vélemény bizonyítékként történő ér-

¹⁵ Nagy Adrienn – Wopera Zsuzsa: Polgári eljárásjog I. Wolters Kluwer Kft. Budapest 2017. 19. o.

¹⁶ Régi Pp. 166. § (1) bekezdése

¹⁷ Régi Pp. 177. § (1) bekezdése

tékelésének a lehetőségét. Az egyik fél által beszerzett magánszakértői vélemény olyan szakmai álláspont, amely a bizonyítékok körében értékelendő. Abban a kérdésben viszont ma már egységes a bírói gyakorlat, hogy a magánszakértői vélemény alkalmas az igazságügyi szakértői vélemény szakmai helytállóságának kétségessé tételére, és a bíróság nem tesz eleget az indokolási kötelezettségének, ha a becsatolt magánszakvélemény elvetésének indokát nem adja.”¹⁸

Nézetem igazolásához mindenekelőtt, szükségesnek tartom a megbízáson alapuló magánszakértő, valamint a kirendelt szakértő alkalmazásának életszerű indokait a hatályos jogi szabályozás, tehát a Pp. tükrében vázolni.

A Pp. 300. § szerint:

„(1) Szakértőt kell alkalmazni, ha a jogvita kereteinek meghatározásához vagy a perben jelentős tény megállapításához, megítéléséhez különleges szakértelem szükséges.

(3) Törvény eltérő rendelkezése hiányában szakértő a fél megbízása vagy kirendelés alapján, indítványra alkalmazható.”¹⁹

Itt jelenik meg a magánszakértői és a kirendelt szakértői vélemények alapvetően azonos súlyú értékelésének törvényi szabályozása. Ahogy a kirendelt szakértő, úgy a magánszakértő is főszabály szerint csupán olyan személy lehet, aki szerepel az igazságügyi szakértőkről szóló törvény szerinti névjegyzékben.²⁰ Amennyiben a peres félnek vagyoni helyzete lehetővé teszi magánszakértő alkalmazását, úgy abban az esetben megbízhat egy szakértőt. A megbízó fél ismerteti az irányadó tényállást és felteszi a megválaszolandó kérdéseket. Ezután a szakértő elkészíti a szakvéleményét. Innentől csupán a félen múlik, hogy ezen szakvélemény benyújtását indítványozza-e, vagy esetleg keres egy másik szakértőt, aki talán valamivel kedvezőbb szakvéleményt ad számára. Ezzel az új szabályozással tehát megnyílt a peres feleknek arra a lehetősége, hogy egy olyan szakértői véleményt indítványozhassanak, ami az ő érdeküket szolgálja. Jó esetben a tisztességesen és szakmájuk szabályait megtartva eljáró szakértők véleménye nem különbözik túlzott mértékben egymástól ugyanazon körülményeket vizsgálva, de mint azt már sokan halhattuk praktizáló ügyvédektől vagy éppen bíróktól, a szakértői vélemények gyakran teljesen különböznek egymástól adott ügyben. A szakértő kirendelésének feltételeit a Pp. 307. § határozza meg, az alábbiak szerint:

„(1) A bíróság indítványra szakértőt rendel ki, ha az adott szakkérdés vonatkozásában

¹⁸ Dr. Petrik Ferenc: Polgári eljárásjog I-IV. – régi Pp. – Kommentár a gyakorlat számára HVG-ORAC Lap- és Könyvkiadó, Budapest 2016. Kommentár a 166. és 177. §§-hoz.

¹⁹ Pp. 300. §

²⁰ Az igazságügyi szakértőkről szóló 2016. évi XXIX. törvény

a) a bizonyító felek egyike sem indítványozza magánszakértő vagy más eljárásban kirendelt szakértő alkalmazását,

b) valamennyi magánszakértői vélemény aggályos, vagy

c) a más eljárásban kirendelt szakértő szakvéleménye aggályossága kiküszöböléséhez szükséges felvilágosítás megadása vagy a feltenni indítványozott kérdések megválaszolása érdekében szükséges.

(2) A szakértő kirendelésére irányuló indítványban fel kell tüntetni azokat a határozott kérdéseket, amelyeket a szakértőnek a szakvéleményében meg kell válaszolnia. A fél az indítványát a kirendelésig kiegészítheti. Ugyanezen időpontig az indítványozó fél ellenfele is jogosult kérdések feltevését indítványozni.²¹

II.3. Költségek

A szakértői bizonyításnak, mint mindennek az életben, megvan az ára. Nem egy esetben jelentős összeget is elkérnek a szakértők a szakvéleményükért. Magánszakértő esetében a megbízási jogviszony alapján elszámol a megbízó és a megbízott szakértő. Tehát köztük egy a Ptk. 6:272. § szerinti megbízási szerződés jön létre, így a megbízott magánszakértő a megbízó által rábízott feladat ellátására, a megbízó a megbízási díj megfizetésére köteles. A kirendelt szakértő esetében a kellemetlen anyagi meglepetések elkerüléséhez ad segítséget a Pp. 308. § (4) bekezdése:

„Ha a szakértői munka várhatóan nagy költsége miatt ez szükséges, a bíróság a fél kérelmére a szakértőt a kirendelésben elsődlegesen arra hívja fel, hogy szakértői feladatáról és annak várható költségeiről készítsen munkatervet. A bíróság a szakértőt csak azt követően hívja fel a szakvélemény írásbeli előterjesztésére vagy idézi meg, ha a fél a munkaterv ismeretében, a bíróság felhívásában meghatározott határidőn belül úgy nyilatkozik, hogy kéri a szakértői munka elvégzését. Ha a fél a szakértői munka elvégzését határidőn belül nem kéri, úgy kell tekinteni, hogy a szakértő alkalmazására irányuló indítványát visszavonta.”²²

A Pp. a költségkedvezményeket a 94. § – 102. §-ig szabályozza:

94. § [A költségkedvezmények fajtái]

„(1) A felet – ideértve a beavatkozót is – a perben a jogai érvényesítésének az elősegítése érdekében az alábbi költségkedvezmények illethetik meg:

a) tárgyi és személyes költségmentesség,

b) tárgyi és személyes költségfeljegyzési jog (...)²³

95. § [A költségmentesség és a költségfeljegyzési jog tartalma]

²¹ Pp. 307. §

²² Pp. 308. § (4) bekezdés

²³ Pp. 94. § (1) bekezdés a) -b) pont

(1) Költségmentesség esetén a fél mentes

- a) az illeték előzetes megfizetése,
- b) - jogszabály eltérő rendelkezése hiányában - a per során felmerülő költség előlegezése,
- c) - jogszabály eltérő rendelkezése hiányában - a meg nem fizetett illeték, továbbá az állam által előlegezett költség megfizetése, és
- d) a perköltség-biztosíték letétele alól.

(2) Költségfeljegyzési jog esetén a fél mentes

- a) az illeték előzetes megfizetése, és
- b) - jogszabály eltérő rendelkezése hiányában - a per során felmerülő költség előlegezése alól.

(3) Részleges személyes költségfeljegyzési jog esetén a felet a (2) bekezdésben meghatározott kedvezmény

- a) az illeték és a költségek meghatározott hányadára, vagy
- b) az illetékre, illetve tételesen meghatározott költségekre illeti meg.²⁴

A személyes költségmentességre, valamint a személyes költségfeljegyzési jogra való jogosultságot is egyaránt a költségmentesség és a költségfeljegyzési jog polgári és közigazgatási bírósági eljárásban történő alkalmazásáról szóló 2017. évi CXXVIII. törvény (a továbbiakban: Kmtv.) szabályozza.

A Kmtv. 5. § és 6. § szerint:

„(1) A fél részére költségmentességet kell engedélyezni, ha a fél

- a) rendelkezésre álló havi nettó jövedelme (munkabére, nyugdíja, egyéb rendszeres pénzbeli juttatása) nem haladja meg az öregségi teljes nyugdíj mindenkori legkisebb összegét és vagyona nincs,
- b) aktív korúak ellátására jogosult, vagy aktív korúak ellátására jogosult - a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló törvény szerinti - közeli hozzátartozójával él közös háztartásban,
- c) közgyógyellátásban részesül vagy egészségügyi szolgáltatásra való jogosultságát állapították meg,
- d) átmeneti szállást igénybe vevő hajléktalan személy,
- e) menekült, menedékes, menekültkénti vagy menedékeskénti, illetve hontalankénti elismerését kérő, továbbá az ideiglenes vagy kiegészítő védelemben részesítést kérő személy, és a jövedelmi és vagyoni helyzetéről tett nyilat-

²⁴ Pp. 95.§ (1) - (3) bekezdés

kozata alapján a számára jogszabályban biztosított ellátásra és támogatásra jogosult, vagy

f) a családjában olyan gyermeket gondoz, akinek a rendszeres gyermekvédelmi kedvezményre való jogosultságát megállapították.

(2) A fél részére költségmentességet kell engedélyezni, ha az (1) bekezdésben foglalt feltételek nem állnak fenn, de a bíróság a fél egyéb körülményeinek figyelembevételével megállapítja, hogy a fél létfenntartása veszélyeztetett.

6. § (1) A fél részére teljes költségfeljegyzési jogot kell engedélyezni, ha a fél rendelkezésre álló havi nettó jövedelme nem haladja meg a tárgyévet megelőző második év - a Központi Statisztikai Hivatal által közzétett - nemzetgazdasági bruttó havi átlagkeresetének 30%-át, és vagyona nincs.

(3) A fél részére teljes vagy részleges költségfeljegyzési jogot kell engedélyezni, ha az (1) bekezdésben meghatározott feltételek nem állnak fenn, de a bíróság a fél egyéb körülményeinek figyelembevételével megállapítja, hogy

a) az illeték és a per során felmerülő valamennyi költség várható összegének,

b) az a) pont szerinti összeg meghatározott hányadának, vagy

c) az illetéknek, illetve tételesen meghatározott költségnek

az előzetes megfizetése, illetve előlegezése a félnek jövedelmi és vagyoni viszonyaival arányban nem álló megterhelést jelentene.”²⁵

Eltérés, hogy míg a kirendelt szakértő esetében az indítványozó felet a szociális helyzete alapján megilleshetik olyan költségkedvezmények, mint a személyes költségmentesség vagy a személyes költségfeljegyzési jog addig a magánszakértőnél ilyesmi fel sem merül, hiszen ott csupán egy megbízási jogviszony jön létre.

II.4. Értekezés a szakvélemény fontosságáról

Ahogy Grosschmied is mondta: „A per bajnoka, aki sikeresen bizonyít.”²⁶ A bizonyítás szempontjából kiemelkedő jelentőséggel bírhat a szakértő és az általa írt szakvélemény. Nem kell csupán a jogalap bizonyítottságára szorítkoznunk ebben a kérdés-körben, hiszen gondoljuk csak el, hogy egy orvosi műhibaperben sem mindegy, hogy az összegészségkárosodás 40 vagy éppen 55 százalékos a szakvélemény szerint. Ez az érték annak a társadalmilag, anyagilag és általában pszichikailag is vert helyzetben lévő személynek a későbbiekben jelentős hatással lehet az életére. De akár az összegszerűség megállapítását is hozhatnám példaként, mert ott is roppant gyakori, hogy szakértő igénybevételére van szükség. Most, hogy világossá vált a szakértő kiemelkedő jelentősége, tán ezzel együtt egyre egyértelműbbé válik az is, hogy bizonyos esetekben igazán szükség lehet arra, hogy az ellenérdekű fél által indítványozott magánszakértői véleményt egy általunk beszerzett eltérő álláspontra jutó szakértői véleménnyel „rontsuk le”. Tehát jogpolitikai szempontból sem közömbös,

²⁵ Kmtv. 5-6. §

²⁶ Nochtá Tibor: Kártérítési Jog Menedzser Praxis Budapest 2016. 14. o.

hogy helyesen kell értékelni a szakértői vélemények fontosságát, azok költség viselési rendjét, az esetleges költségkedvezményeket, valamint a két különböző típusú szakértői vélemény alapjait. Pénz nélkül bolond megy vásárra, tartja a mondás. Szerencse, hogy a vásárt említi helyszínrül, és nem a bíróságot. Amennyiben nem változik meg a Pp. 302. § (3) bekezdése, illetve nem lesz újabb költségkedvezmény, úgy akár már a bíróságot is említhetné ez a népi bölcsesség. Ez az a törvényhely nézetem szerint, amely a szűkebb pénztárcával rendelkezőket nem csak az Alaptörvényben rögzített, de még a nemzetközi egyezmények által biztosított jogaik gyakorlásában is akadályozza.

II.5. A probléma gyökere

A Pp. 302. § (3) bekezdése alapján:

„A bizonyító fél ellenfele akkor jogosult magánszakértői vélemény benyújtását indítványozni, ha a bizonyító fél magánszakértői vélemény benyújtását indítványozza.”²⁷

Ugyanezen paragrafus kommentárja pedig így fogalmaz:

„A szakkérdés minél teljesebb körű tisztázása érdekében a törvény lehetőséget ad arra, hogy ha a bizonyító fél magánszakértői vélemény benyújtására tett indítványt, úgy ugyanazon szakkérdés vonatkozásában az ellenfél is megtegye ugyanezt, hasonlóan ahhoz, mint amikor az ellenfél is felajánl egy a fél által bizonyítandó tényre vonatkozó tanú- vagy okirati bizonyítást. Ha az indítványnak a bíróság helyt ad, úgy a fél a bíróság által megszabott határidőben köteles benyújtani a megbízás alapján eljáró szakértő által készített bizonyítékot. A magánszakértői vélemény benyújtása indítványozásának végső korlátja a kirendelt szakértő vagy a más eljárásban kirendelt szakértő alkalmazása.”²⁸

Tehát magánszakértő alkalmazására akkor kerülhet sor, ha még nem történt kirendelt szakértő vagy más eljárásban kirendelt szakértő alkalmazása, és ha valamelyik fél magánszakértőt alkalmaz, úgy onnantól kezdve a másik fél is csak magánszakértőt alkalmazhat.

Mint azt korábban kifejtettem a törvény a magánszakértőkre nem tartalmaz semmiféle költségkedvezményt. Ez a gyakorlatban olyan helyzetekhez vezethet, hogy ha a bizonyítás során az egyik fél megengedheti magának, hogy megfizeti a magánszakértő olykor borsos árát, míg a másik fél nem, ettől a szegényebb féltől elveszik azt a jogát, hogy a magánszakértői véleményt vitassa, esetleg aggályosságát bizonyítsa egy saját szakértői véleménnyel. Hiszen aki nem rendelkezik a magánszakértőhöz

²⁷ Pp. 302. § (3) bek.

²⁸ Varga István: A polgári perrendtartás és a kapcsolódó szabályok kommentárja I-II/III. HVG-ORAC Lap- és Könyvkiadó Kft. Budapest 2018. Kommentár a 302. §-hoz.

szükséges elegendő pénzzel, nem élhet ugyanezzel a fegyverrel. A szakértői vélemények számos esetben határozzák meg azt, hogy az eljárást követően mekkora vagyoneltolódások mennek majd végbe a felek között. Például a szakértő segíthet a kár mértékét számszerűsíteni, esetleg egy ingatlan árát megbecsülni vagy éppen korábbi példám nyomán egy személy egészségsségtkárosodásának százalékos megállapításában.

A Pp. 265. § (1) bekezdés szerint:

„Törvény eltérő rendelkezése hiányában a perben jelentős tényeket annak a félnek kell bizonyítania, akinek érdekében áll, hogy azokat a bíróság valósnak fogadja el (a továbbiakban: bizonyítási érdek), továbbá a bizonyítás elmaradásának vagy sikertelenségének a következményeit is ez a fél viseli.”²⁹

Nyilvánvalóan a kevésbé tehetősebb fél érdeke is az, hogy a számára minél kedvezőbb tényeket fogadjon el a bíróság valósnak. Ebben a szerencsétlen helyzetben ezen peres fél bizonyítási érdekének az érvényesítése jelentősen megnehezül, hisz ilyenkor nem lesz lehetősége saját szakértői véleménnyel előállni. A szakértői vélemény akár perdöntő jelentőségű is lehet. Amennyiben nincsen lehetősége a félnek vitatni a szakvéleményt, úgy kárt szenved el. A szakértők az összezszerűség megállapításakor is tévedhetnek akár, és ezen tévedés korrigálásához több szakértői vélemény ütköztetésére lenne szükség, ennek jelentőségét már a régi Pp. idején is tudtuk. Ezzel a szabályozással a jogalkotó erre nem ad lehetőséget bizonyos esetekben és így kárt okoz a peres félnek.

II.6. Ellentmondások

II.6.1 Alaptörvény

„(2) Magyarország nemzetközi jogi kötelezettségeinek teljesítése érdekében biztosítja a nemzetközi jog és a magyar jog összhangját.

(3) Magyarország elfogadja a nemzetközi jog általánosan elismert szabályait. A nemzetközi jog más forrásai jogszabályban történő kihirdetésükkel válnak a magyar jogrendszer részévé.”³⁰

Tehát Magyarország alaptörvényi szinten rögzíti, hogy elfogadja a nemzetközi jog általánosan elismert szabályait, azokat beépíti a jogrendszerébe. A nemzetközi jog többi forrása, így a szerződéses források tekintetében pedig implementációs kötelezettséget ír elő. Így vált a magyar jogrend részévé az Emberi Jogok Európai Egyez-

²⁹ Pp. 265. § (1) bek.

³⁰ Magyarország Alaptörvénye Q) cikk (2)-(3) bek.

ménye is.³¹

II.6.2. Az Emberi Jogok Európai Egyezményének implemetációja

Az Emberi Jogok Európai Egyezményének 6. cikke „A tisztességes tárgyaláshoz való jog” címet viseli, amely így szól:

„6. Cikk – Tisztességes tárgyaláshoz való jog

1. Mindenkinek joga van arra, hogy ügyét a törvény által létrehozott független és pártatlan bíróság tisztességesen nyilvánosan és ésszerű időn belül tárgyalja, és hozzon határozatot polgári jogi jogai és kötelezettségei tárgyában, illetőleg az ellene felhozott büntetőjogi vádak megalapozottságát illetően.”³²

A kiragadott cikk a tisztességes tárgyalásról szól, ugyanakkor ez a jog olyan fontos alapjog, hogy az Alaptörvényben is szerepel.

II.6.3. Alaptörvényi rendelkezés a tisztességes tárgyalásról

„(1) Mindenkinek joga van ahhoz, hogy az ellene emelt bármely vádat vagy valamely perben a jogait és kötelezettségeit törvény által felállított, független és pártatlan bíróság tisztességes és nyilvános tárgyaláson, ésszerű határidőn belül bírálja el.”³³

A tisztességes tárgyaláshoz való jog Alaptörvényi megjelenése után értelemszerűen születtek ezt vizsgáló Alkotmánybírósági határozatok. Ezek a határozatok létrejöttékor az Alkotmánybíróság igyekezett meghatározni e jog tartalmát, elemeit.

II.6.4. A fegyverek egyenlőségéről szóló Alkotmánybírósági határozatok

A tisztességes eljáráshoz való jog érvényesüléséhez pedig hozzátartozik az is, hogy az eljárás során érvényesüljön a fegyverek egyenlősége. Ezt többek között a 8/2015. (IV. 17.) Alkotmánybírósági határozat is kimondja:

„A büntető igazságszolgáltatás alkotmányos garanciarendszerét az Alaptörvény XXVIII. cikke rögzíti. Az Alaptörvény XXVIII. cikk (1) bekezdésének értelmezésével nevesíthetők a tisztességes eljáráshoz való jog tartalmát kitöltő ún. részjogosítványok. Ezek különösen: a bírósághoz fordulás joga, a tárgyalás tisztességessége, a tárgyalás nyilvánosságának és a bírói döntés nyilvános kihirdetésének a követelménye, törvény által létrehozott bíróság, a bírói függetlenség és pártatlanság kívánalma, továbbá az ésszerű időn belüli elbírálás. A szabály de facto nem rögzíti, de az Alkotmánybíróság értelme-

³¹ Az emberi jogok és az alapvető szabadságok védelméről szóló, Rómában, 1950. november 4-én kelt Egyezmény és az ahhoz tartozó nyolc kiegészítő jegyzőkönyv kihirdetéséről szóló 1993. évi XXXI. törvény (a továbbiakban: EJEE)

³² EJEE 6. cikk

³³ Magyarország Alaptörvénye XXVIII. cikk

zése szerint része a tisztességes eljárásnak az is, hogy az eljárásban biztosítva legyen a fegyverek egyenlősége.”³⁴

A 15/2002. (III. 29.) Alkotmánybírósági határozat egy részlete így szól:

„Az Egyezmény 6. cikk 1. bekezdése írja elő - többek között - a tisztességes tárgyalás követelményét a polgári jogi jogokkal és kötelezettségekkel kapcsolatban. Formailag csak büntető ügyekben irányadó előírásai közül a tisztességes eljárásnak - az Európai Emberi Jogi Bíróság következetes gyakorlatából is kitűnően - elismert eleme a „fegyverek egyenlősége”, amelynek polgári perekben is érvényesülnie kell. (...) Nincsen olyan „elkerülhetetlen szükségesség”, amely a tisztességes tárgyaláshoz való jogát korlátozhatná, mivel a tisztességes eljárás, ezen belül a „fegyverek egyenlősége”, illetve alkotóelemeinek összessége a jelen esetben az alapvető jog lényeges tartalma.”³⁵

Az idézett határozatokból kitűnik, hogy az Alkotmánybíróság igen komoly hangsúlyt fektet a fegyverek egyenlőségének elvére a tisztességes tárgyaláshoz való jog értelmezése során.

II.7. Summa Summarum

Vagyonosnak lenni sosem hátrány, a szegénységről már nem mondható el ugyanez, de az igazság kiderítése során egy tisztességes bizonyítási eljárásnak nem szabhat határt a felek anyagi helyzete. Az alapvető emberi jogok köztük a bírósághoz fordulás joga, valamint a tisztességes tárgyaláshoz való jog mindenkit megilletnek. Ennek része a fegyverek egyenlősége, melyet ugyan a törvényhozó igyekezett megvalósítani különböző szabályokkal például a költségkedvezményekkel, ám mint láthatjuk ez nem sikerült maradéktalanul. Sajnos előfordul, hogy a fél a saját jogi képviselője díját is nehezen teremti elő, nemhogy még ezen szabályozásból fakadóan egy magánszakértői véleményt is képes legyen megfizetni. Magánjogunk az előbbire kínál megoldást, de az aggályosnak tartott törvényhely egy újabb akadályt gördít a szorult helyzetben lévő peres fél elé. Nézetem szerint nem szükséges kirívóan nagy erőfeszítések megtétele a probléma megoldásához. Úgy gondolom elegendő lehetne az is, ha a Pp. 302. § (3) bekezdése az alábbiak szerint lenne kiegészítve: A bizonyító fél ellenfele akkor jogosult magánszakértői vélemény benyújtását indítványozni, illetve személyes költségmentességi vagy személyes költségfeljegyzési joga alapján kirendelt szakértő kirendelését indítványozni, ha a bizonyító fél magánszakértői vélemény benyújtását indítványozza. Ezzel a rövid, ám annál hatásosabb változtatással a jogalkotó erősebben érvényre juttatná azt a szemléletet és azokat az elveket, amelyek a költségkedvezmények megalkotásánál is vezérelték. Ameddig ez a szabályozás így marad, addig polgári perek, azok között pedig kiemelten az orvosi műhibaperek

³⁴ 8/2015. (IV. 17.) AB határozat, [63] bek.

³⁵ 15/2002. (III. 29.) AB határozat, ABH 2002/116. II. 1. pont

tucatjaiban fordul majd elő, hogy az anyagilag kiszolgáltatottabb helyzetben lévő fél kárt szenved el. Gondolhatunk itt akár a peresztességre vagy éppen kárak lehet az összecszerűség szakértői megállapítása során is.

Az egészségügy finanszírozása Magyarországon 1990-től 2010-ig

I. Bevezetés

Az egészségügyi rendszer és annak finanszírozása a XXI. században minden fejlett ország sikerének a kulcsa. Az egészségügyi ellátás finanszírozásának mértéke minden országban eltérő. A szakirodalom¹ négyféle egészségügyi modellt különít el egymástól: a Bismarck-féle szolidaritás elvű társadalombiztosítást (pl. Németország), a Beveridge-féle állami egészségügyi szolgálatot (pl. Anglia), az öngondoskodásra épülő rendszert (ún. magánbiztosítás; pl. Amerika) és a Szemaskó-féle szocialista egészségügyi rendszert (pl. Szovjetunió; Közép-Európa országai szocialista kormányzás alatt). Az egészségügyi modellek részletezésére a cikk során nem térnek ki, azonban kiemelném, hogy a különböző biztosítási modelleknek megvannak az előnyei és hátrányai is, tehát a többféle megoldás közül egyik sem tökéletes. Az egészségügyi rendszerek finanszírozása is a modellek alapján többféle módon történhet: költségvetésben tervezett támogatással, elszámolással, teljesítmény alapján, az elvégzett tevékenység mennyiségétől, minőségétől függően, vagy függetlenül; előre meghatározott tevékenység alapján. Ahogy a modelleknél, itt sincs tökéletes megoldás, vannak olyan rendszerek, amelyeknek adminisztratív költségei nagyobbak, vannak olyanok, amelyeknek alacsonyabbak. Az országok általában az ún. normatív finanszírozási formát alkalmazzák, ahol a finanszírozó – legyen az az állam, jogi személy vagy magánszemély – valamilyen teljesítést irányoz elő, és az elvárt teljesítés ráfordítása alapján fizet.²

Magyarországon egészen 1945-ig a Bismarck-féle szolidaritás elvű társadalombiztosítási modellt alkalmazták, amelyet az '50-es években az SZTK-s (Szakszervezetek Társadalombiztosítási Központja) rendszer váltott fel. Megkezdődött az egyes biztosítótársaságok, magánbiztosító cégek államosítása, az OTI (Országos Társadalombiztosító Intézet) beolvasztása az állami egészségügybe. Az új rendszerben a munkavállaló havi keresetének 3%-át fizette be biztosításként, amiért cserébe beteg- és baleseti ellátásban, kórházi vagy szanatóriumi kezelésben, valamint törvényben meghatározott idő után nyugdíjellátásban részesült. Rokkantság, szellemi fogyatékoság fennállása esetén járulékok illeték meg, illetve a családi pótlék is különböző formában megjelent. Az ezekkel járó egészségügyi szolgáltatások költségét az Egészségügyi Minisztérium és a tanácsok költségvetéséből biztosították.³ Az egész-

¹ Garaj Erika – Novák Tamás: *Az egészségügy finanszírozása és főbb gazdasági módszerei.* Akadémiai Kiadó, Budapest 2020. https://mersz.hu/hivatkozas/aefefgm_53_p1#aefefgm_53_p1 (2020. 05. 03.)

² Böröcz Imre: *Elemzés az egészségügy finanszírozásáról.* Állami Számvevőszék, Budapest 2019. 10–11. o.

³ *Társadalombiztosítás. Magyarország a XX. században.* II. kötet. *Természeti környezet, népesség és társadalom, egyházak és felekezetek, gazdaság.* (Kollega Tarsoly István szerk.) <https://mek>.

ségügyi ellátás finanszírozása 1990-ben vált újra a társadalombiztosítás részévé, és ebben a mai napig folyamatosan változó – néha fejlődő, néha recessziós – időszakokat figyelhetünk meg.

II. Az egészségügy finanszírozása a rendszerváltás után

II.1. Az egészségügyi finanszírozás eszközei az 1990-es években

Az 1989-90-es évek nemcsak Magyarország, de Közép-Európa más országai számára is egy új korszak kezdetét jelentették, mely a gazdaságnak korántsem kedvezett. A közép-európai országok nem tudtak egymással szoros gazdasági kapcsolatot kialakítani, ennek oka a szocialista korszak öröksége: a lepusztult piacok és kereskedelem, illetve, hogy a térség gazdaságilag nem töltött be jelentős szerepet, így elsősorban a közép-európai országok Nyugat-Európától, főként Németországtól várták a megoldást, aki fő külkereskedelmi partnerként, tőkenyújtóként léphetett volna be a gazdasági integrációba. Azonban a kelet-német tartományok reintegrálásának költségei miatt alaposan mérlegelve kezelte gazdasági kapcsolatait a visegrádi országokkal.⁴ További fejlődési nehézség volt a szolgáltató társadalom kiépítése, hiszen Nyugat-Európában 1960 és 1990 között markáns lett a jóléti és szolgáltató társadalmak megjelenése, fontosabbá vált a szolgáltatások szerepe, míg a szocialista államokban éppen a szolgáltatók hiánya és versenyeztetése okozta a kölcsönök felhalmozódását.

Hazánkban a szolgáltatások hiánya az egészségügyi rendszerre – éppúgy, mint az egész gazdaságra – is nagyban kihatott. Az 1970-es évek ugyan hozott némi változást a szocialista egészségügyi rendszerhez képest – az egészségügyről szóló 1972. évi törvény alapján alanyi jogon járt a betegellátás –, azonban a kellő anyagi háttérrel az egészségügyi ellátás finanszírozásához csak kölcsönök útján lehetett biztosítani. 1985-ben bevezették a táppénznek megfelelő gyermekgondozási díjat (GYED), amelyet társadalombiztosítási alapon finanszíroztak. 1990-től azért, hogy az egészségügyi ellátásokat anyagilag biztosítani tudják, a munkáltatók a munkavállalók fizetésének 30%-át társadalombiztosítási díjként, a biztosítottak pedig 7%-ot nyugdíjjárulékként fizettek. Megszüntették az egészségügyről szóló 1972. évi törvény rendelkezéseit, miszerint alanyi jogon mindenkinek biztosították a betegellátást, amely a rendszerváltás negatívumaként értékelendő, hiszen e jog a gyermeknevelési és anyasági segélyeket is érintette. 1990-től a betegellátás csak munkaviszony, illetve havi szinten befizetett járulék után járt.⁵ A TB fedezte azokat az ellátásokat, amelyek a II. világháború előtti Bismarck-féle szolidaritás elvű társadalombiztosítási modellben megjelentek (kórházi ellátás, kezelés stb.), sőt még a gyógyszerellátás bizonyos százalékát is. Összehasonlítható tehát, hogy 1945 előtt a társadalombiz-

oszk.hu/02100/02185/html/231.html (2020. 05. 03.)

⁴ Kőrösi István: Kelet-Közép-Európa felzárkózásának lehetősége és kilátásai az Európai Unióban. Külügyi Szemle, 2010. tavasz 65-66. o.

⁵ A kereset 44%-a, amelyből a munkaadó 34%-ot, a munkavállaló 10%-ot fizetett be járulékként.

tosítás az egészségügyi ellátás túlnyomó részét finanszírozta, azonban a gyógyszerellátást nem. A szocialista rendszer idején alanyi jogon mindenki részesülhetett betegellátásban, míg 1990 után visszavezették a '45 előtti rendelkezéseket kiegészítve azzal, hogy az egészségügyi ellátásokon túlmenően a gyógyszerellátás bizonyos százalékát is fedezi a társadalombiztosítás.

1991-ben bevezették az önkormányzati alapon működő nyugdíjbiztosítási és egészségbiztosítási rendszert, amely nem működött kellő hatékonysággal, hiszen az önkormányzatok nem rendelkeztek az ehhez szükséges anyagi háttérrel, és ezt a költségvetési deficitet az állam sem tudta pótolni, még közadók segítségével sem. A helyzetet tovább nehezítette, hogy 1994 és 1995 között a Horn Gyula miniszterelnök vezette kormány egészségügyi korlátozásokat vezetett be: a fogorvosi ellátás esetében csak a foghúzás volt ingyenes, egyéb beavatkozás már költségekkel járt, illetve bizonyos szolgáltatásokat (mentőszállítás, egyes vizsgálatok) csak díjfizetés ellenében lehetett igénybe venni. El tudjuk tehát képzelni, hogy míg 1990 előtt ezek az egészségügyi ellátások ingyenesek voltak, addig a rendszerváltás után, az új korszak, a liberalizmus és a demokráciával fémjelzett időszak a magyar állampolgárok számára az egészségügy tekintetében rosszabbnak minősült, mint a kommunizmus idején, bár hozzátennem, hogy az ingyenes egészségügyi ellátás finanszírozása óriási kölcsönök felvételével és az államadósság növelésével valósult meg. Az 1990-es évek második felében jelent meg az ún. közgyógyellátás, ide olyan személyek tartoztak, akik a létminimum alatt éltek, illetve azok, akik társadalombiztosítással nem rendelkeztek, de krónikus betegségük folytán rendszeres ellátást igényeltek. A társadalombiztosítási nyugellátásról szóló 1997. évi LXXXI. törvény új nyugdíjrendszert vezetett be, amely tőkefedezeti alapon működött. Az 1990-es években tehát háromféleképpen lehetett az egészségügyi ellátást finanszírozni: munkaviszony alapján fizetett járulékkal; a társadalombiztosítóval kötött külön szerződéssel tartós munkanélküliség vagy munkaviszonnyal nem rendelkezők esetén;⁶ illetve közgyógyellátással.⁷

II.2. Az állam szerepe az egészségügy finanszírozásában és támogatásában

Az 1970-es és 1980-as évek extenzív kórházépítési politikája az 1990-es évekre is kihatott. Az új kormány legfőbb feladatának tekintette, hogy a teljesen állami felügyelet alatt lévő centralizált egészségügyi rendszernek új irányt adjon. A helyi önkormányzatokról szóló 1990. évi LXV. törvény az önkormányzatokra ruházta a kórházak tulajdonjogát, hozzávetőlegesen az egészségügyi intézmények 85%-a került megyei, városi vagy fővárosi tulajdonba, a maradék 15%-ot felügyelte az állam vagy

⁶ Életveszély, súlyos, krónikus megbetegedés esetén az egészségügyi ellátás költségeit az önkormányzat szociális alapja fedezi.

⁷ Társadalombiztosítás. *Magyarország a XX. században. II. kötet. Természeti környezet, népesség és társadalom, egyházak és felekezetek, gazdaság.* (Kollega Tarsoly István szerk.) <https://mek.oszk.hu/02100/02185/html/231.html> (2020. 05. 03.)

más minisztérium. A koncepció eredetileg az volt, hogy az önkormányzatok helyi szinten képesek legyenek kiszolgálni az egészségügyi ellátást, és fenn tudják tartani a korábbi intézményi színvonalat, az erre szánt finanszírozási keretből. 1990-ben a Társadalombiztosítási Alapba visszakerült a korábban tőle elválasztott egészségügyi ellátás, majd egy újabb nagyméretű változás következett be 1993-ban, amikor létrejött a korábbi OTF-ből (Országos Társadalombiztosítási Főigazgatóság) az OEP (Országos Egészségbiztosítási Pénztár), amely az Egészségbiztosítási Alap kezelését látta el. Jogosan tehetjük fel a kérdést, hogy milyen szerepkör maradt az állam kezében az egészségügy területén?⁸

Az állami felelősséget és az állam egészségügyben betöltött szerepét az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény szabályozza, amely kimondja, hogy az állam felelős a lakosság egészségi állapotáért, és az ehhez szükséges feltételek kialakítása az állam feladata úgy, ahogy az egészségügyi célok, az egészségügyi fejlesztés, az egészségi állapot védelme, helyreállítása is.⁹

A törvény kimondja, hogy az éves költségvetésben meghatározott módon az államnak biztosítani kell a központi költségvetésben és az Egészségbiztosítási Alap költségvetésében a megfelelő szintű és minőségű egészségügyi ellátások működésének fedezetét. Tehát figyelembe kell venni az egészségügypolitikát, valamint a kórházaknak megfelelő felkészültségű és létszámú orvosokkal, szakápolókkal és személyzettel kell rendelkezni, valamint biztosítaniuk kell a különböző fejlettségű eszközök meglétét is.¹⁰ A mellékelt táblázatban (1. táblázat) jól láthatjuk, hogy a törvény megjelenését követően a 2000-es évekre az állam kötelezettsége csak részben valósult meg. Ugyan az orvosok száma emelkedett, de a kórházi felszerelések száma (pl. kórházi ágyak, mentő gépkocsik) csökkent.¹¹

⁸ Dózsa Csaba László: A kórházak stratégiai válaszai a változó környezetre – Magyarországon a 2000-es években. Budapesti Corvinus Egyetem Gazdálkodástani Doktori Iskola. Budapest 2010. 23-25. o.

⁹ Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény (a továbbiakban: Eütv.) 141.

¹⁰ Érdekességként jegyezném meg, hogy a 2020-as COVID-19 járványügyi helyzet felülírhatja az Eütv.-t, amely azt is tartalmazza, hogy járványügyi helyzet kialakulása esetén a Magyarországon tartózkodó személyeknek biztosítani kell egyes jogokat.

¹¹ Eütv.141.

Megnevezés		1990	2000	2010
Orvosok száma (fő)		37255	38172	46560
Σ:	dolgozó orvosok	32883	30695	33943
	háziorvos és házi gyermekorvos	5864	6741	6451
Szakrendelési beteg (M fő)		78,1	–	72,5
Kórházi ágyak (ezer)		105	84	71
Mentőállomás		169	200	230
Mentő gépkocsi		1541	1218	913
Mentőszolgálati alkalmazott		5972	6770	6768
Támogatott gyógyszeres forgalom (Md Ft)		109,1	204,1	498,6
ebből: tb-térítés (%)		77,3	73,8	73,0
Születéskori várható életkor (év)	férfiak	65,1	67,1	70,5
	nők	73,7	75,6	78,1
	különbség	8,6	8,5	7,6
Halálozási okok (%)	daganatos betegek	21,1	24,2	25,4
	keringési betegek	49,2	47,8	50,4
	egyéb betegségi ok	–	–	–

1. táblázat

Az egészségügy fontosabb jellemzői¹²

A törvény a járványügyi helyzetek finanszírozását is szabályozza, és kimondja, hogy az Egészségbiztosítási Alapnak a költségvetési hozzájárulás erejéig biztosítania kell a járványügyi ellátásokat (kötelező védőoltást – kivéve a külföldre történő kiutazás miatt szükséges védőoltást – a járványügyi érdekből végzett szűrővizsgálatot, a kötelező orvosi vizsgálatot, a járványügyi elkülönítést és a fertőző betegek szállítását).¹³

II.3. Az egészségügy finanszírozása 2000-től 2010-ig

A XXI. század technológiai fejlődése Magyarországra is elérkezett a rendszerváltás után. A 2000-es évek elején az egészségügyi finanszírozás gócpontja, a kardiológiai, onkológiai, sürgősségi osztályok megépítésére, fejlesztésére koncentrált. Az egyre bővülő kórházi szolgáltatások egyes finanszírozási elemei bővülő profilú ten-

¹² Stark Antal: Egy viharos évszázad. Magyarország gazdasági, társadalmi változásai (1920–2017). Akadémiai Kiadó. Budapest 2020. https://mersh.hu/hivatkozas/m690eve_39_p1#m690eve_39_p1 (2020. 05. 09.)

¹³ Eütv. 142 §

denciát hoztak a klinikák életébe. Nőtt a kemoterápiás programmal rendelkező kórházak száma: 2005 decemberében már a kórházak több, mint a felében megjelent a kemoterápiás szolgáltatás. A sürgősségi osztályok száma az 1998-as évhez képest 5 darabról 2005-ben 25-re, majd 2008-ban 40-re emelkedett. További egészségpolitikai megfontolások mellett a kormány létrehozta az Új Magyarország Fejlesztési Tervet (ÚMFT).

A 2003-2004-es évek hazánk történelmében is fordulópontot jelentettek. Magyarország csatlakozása az Európai Unióhoz megkövetelte egyes konvergencia kritériumok megletét, ezért 2003-ban sor került a közalkalmazotti béremelésre, melynek következtében olyan államháztartási kiadási többlet keletkezett, amely meghaladta az 500 milliárdos értéket, amely az Egészségügyi Alapot is érintette. 2004-re olyan mértékben terhelte meg a költségvetési deficit az államadósságot, hogy 2004 januárjától a kormány bevezette a TVK¹⁴ (Teljesítményvolumen-finanszírozás) rendszert, továbbá az egészségügyi dolgozók munkabérével kapcsolatban is születtek jogszabályok, hogy az egészségügyi bérezést egységes keretbe foglalják, és megállapítsák az orvosok legmagasabb személyi alapbérét az egészségügyi tevékenység végzésének egyes kérdéseiről szóló 2003. évi LXXXIV. törvény 11/A. § (4) bekezdése alapján.¹⁵

A nagymértékű megszorítások ugyan 2006-ra, a választások évére enyhültek, a Brüsszeli Bizottság által 2006-ban elfogadott konvergencia program az egészségügyet terhelte leginkább. A kiadáscsökkentésből 20%-ot az egészségügy vállalt, mely az Egészségbiztosítási Alap ellátásait sújtotta. A 2007-2008-as években a kórházakban és az egészségügyi intézmények nagy részében 12%-kal, valahol pedig 15%-kal kellett csökkenteni az egészségügyi dolgozók számát, ez körülbelül 300-500 dolgozót jelentett kórházanként.¹⁶

Az egészségügyi kiadások a 2010-es években változó tendenciát mutattak. A 2010-es egészségügyi finanszírozási adatokat a kormányváltás és a II. Orbán-kormány egészségpolitikája is befolyásolta. 2010-ben az egészségügyi kiadások mértéke meg-

¹⁴ TVK: A járóbeteg-szakellátásra és az aktív fekvőbeteg-szakellátásra vonatkozóan szolgáltatónként, éves szinten, havi bontásban meghatározott elszámolható teljesítmény mennyiség. A finanszírozást az OEP az ellátóknak kizárólag a volumenkorlát keretein belül nyújtja. Egészségtudományi fogalomtár. <https://fogalomtar.aek.hu/index.php/TVK> (2020. 05. 08.)

¹⁵ „Az orvos, fogorvos, szakorvos, szakfogorvos munkakörben (a továbbiakban együtt: orvos munkakörben) foglalkoztatott - ideértve a 12/H. §-ban említett oktató orvos munkakörben foglalkoztatottakat is - egészségügyi dolgozó havi alapbére (illetménye) nem lehet kevesebb, mint a közalkalmazottak jogállásáról szóló 1992. évi XXXIII. törvény (a továbbiakban: Kjt.) szerinti besorolási illetmény és az 1. melléklet szerinti táblázatban szereplő egyösszegű illetmény- vagy bérnövelés együttes összege.”

¹⁶ Dózsa: i. m. 28-29. o.

haladta a 2000 milliárd forintot.¹⁷ Magyarországon az egészségügyi finanszírozás a központi költségvetésből, az önkormányzati költségvetésből, az Egészségbiztosítási Alap költségvetéséből és a háztartások önkéntes egészségfinanszírozási kifizetéséből állt. 2010-ben 67% körül mozgott az Egészségbiztosítási Alap költségvetéséből származó kiadások részaránya. Összefoglalva tehát a 2000-es évektől az egészségügyi finanszírozás két szakaszra bontható: a 2000-2003-as időszakra, amelyben a kórházi infrastruktúra, a kórházi osztályok és az egészségügyi intézmények renoválásán, fejlesztésén volt a fő hangsúly, majd a 2003-2010-es időszakra, amelyben – az EU-s konvergencia programnak való megfelelés miatt – az egészségügy finanszírozása jelentős mértékben megváltozott, és a fejlődés helyett a tőkeelvonáson, valamint a munkaerő csökkentésén volt a hangsúly, ami a 2010-es években némely mértékű javulást mutatott.

III. Az egészségügyi finanszírozás intézményi szereplői

III.1. Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP)

Az 1970-es évektől az egészségügyi törvény jelentős változásokon ment keresztül. Ahogy már korábban említettem, az egészségügyi ellátás az 1970-80-as években alanyi jogon illette meg a magyar állampolgárokat, és a társadalombiztosításról szóló 1975. évi II. törvény egységes keretbe foglalta a társadalombiztosítás szabályait és rendszerét. A törvény megalkotása után a kormány jogszabályok egész armadájával látta el az egészségügyet. A társadalombiztosítás szervezetéről és irányításáról 1984. évi 5. törvényerejű rendelet a társadalombiztosítás szervezetéről és irányításáról létrehozta az Országos Társadalombiztosítási Főigazgatóságot; 1985-ben megjelent a gyermekgondozási díj, és a társadalombiztosítás önkormányzati igazgatásáról szóló 1991. évi LXXXIV. tv. bevezette a társadalombiztosítás önkormányzati igazgatását, és két új szervezetet hozott létre: a Nyugdíjbiztosítási Önkormányzatot és az Egészségbiztosítási Önkormányzatot. Az intézmények funkcionális, közjogi intézményként működtek, és – akár a megyei önkormányzatoknál – hatáskörüket a közgyűlések gyakorolták, törvény rendelkezett jogállásukról, gazdálkodási szabályaikról és költségvetéseikről. Az Állami Számvevőszék töltötte be az ellenőrzői jogkört, a felügyeletet pedig az Országgyűléssel együtt gyakorolta, és szabálytalanságok esetén különböző intézkedéseket fogantathatott a társadalombiztosítási önkormányzatokkal szemben.¹⁸ A társadalombiztosítási önkormányzati rendszernek több hibája és működési problémája is volt, éppen ezért, a kormány 1998-ban egy törvénycsomagban módosította a társadalombiztosításról szóló 1975. évi II. törvényt. Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (továbbiakban: OEP) már az 1993-as években egy önállóan működő központi hivatal volt, amely az egészségbiztosítási miniszter irányítása alatt működött.¹⁹ Az OEP jogelődje az 1984-től működő Országos

¹⁷ KSH: Statisztikai Tükör: Az egészségügyi kiadások alakulása Magyarországon, 2010-2015 <https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/stattukor/eukiadasok1015.pdf> (2020. 05. 08.)

¹⁸ A társadalombiztosítás önkormányzati igazgatásáról szóló 1991. évi LXXXIV. törvény

¹⁹ Dr. Bencsik Mária: A magyar társadalombiztosítás története és intézményei – Oktatási

Társadalombiztosítási Főigazgatóság volt, amely kettévált az OEP-re és az Országos Nyugdíjbiztosítási Főigazgatóságra (továbbiakban: ONYF).²⁰

Az OEP a társadalombiztosítás pénzügyi alapjainak és a társadalombiztosítás szerveinek állami felügyeletéről szóló 1998. évi XXXIX. törvény alapján átvette az Egészségbiztosítási Alap kezelését. Ez azt jelentette, hogy az OEP az egészségügyi finanszírozás kezelője lett, amely korábban az állam feladata volt.²¹ Az OEP-et a főigazgató vezeti, akit az egészségügyi miniszter javaslatára a miniszterelnök nevez ki és ment fel. Az OEP szervezeti felépítését és működési rendjét az egészségügyi miniszter normatív utasítás formájában adja ki.²² Az OEP rendszerét tekintve az egészségügyi reform első lépcsője volt, és meghatározó mind a mai napig. 2017-ben átalakult, nevét Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelőre (NEAK) módosították, továbbá irányítója az egészségbiztosításért felelős emberi erőforrások minisztere.

III.2. Az Országgyűlés, a kormány és az önkormányzatok szerepe

Korábban már volt szó az állam szerepéről az egészségügyi finanszírozás tekintetében, ebben a fejezetben az egészségügyi rendszer állami feladatmegosztására térnek ki. Az állami szereplők közül az egészségügyben jelentős szerepe az országgyűlésnek, a kormánynak, a miniszternek és a helyi önkormányzatoknak van.

Az Országgyűlés – ahogy azt már 1984-ben az Állami Számvevőszékkel karöltve tette – felügyeleti jogkört lát el. Különböző felméréseket készít, hogy ellenőrizze a lakosság egészségügyi érdekeit, és az ezekhez fűződő igényeket érvényesíti a tevékenysége során. Felméri a lakosság általános egészségügyi helyzetét, és elfogadja a különböző egészségfejlesztési, egészségmegőrzési programokat (pl. Nemzeti Egészségfejlesztési Program – NEP), továbbá értékeli az abban foglalt kötelezett-tanszegédlet. Óbudai Egyetem https://kgk.uni-obuda.hu/sites/default/files/TB_tortenete.pdf (2020. 05. 08.)

²⁰ <https://regi.kozigazgas.magyarorszag.hu/intezmenyek/450021/450045/450052> (2020. 05. 08.)

²¹ 1. § (1) Az Egészségbiztosítási és a Nyugdíjbiztosítási Alap (a továbbiakban együtt: Alap) felügyelete, továbbá a társadalombiztosítás igazgatási szerveinek (a továbbiakban: igazgatási szerv) irányítása állami feladat.

(2) Az Alapok felügyeletét a Kormány, az igazgatási szervek irányítását a Kormány rendeletében meghatározott személy útján gyakorolja.

2. § (1) Az Egészségbiztosítási Alap kezelését az Országos Egészségbiztosítási Pénztár, a Nyugdíjbiztosítási Alap kezelését az Országos Nyugdíjbiztosítási Főigazgatóság végzi.

(2) Az Országos Nyugdíjbiztosítási Főigazgatóság és az Országos Egészségbiztosítási Pénztár a Kormány irányítása alatt álló központi államigazgatási szerv. Az Országos Nyugdíjbiztosítási Főigazgatóság és az Országos Egészségbiztosítási Pénztár vezetését főigazgatók végzik, akiket a Kormány nevez ki, és ment fel.

(3) Az Országos Nyugdíjbiztosítási Főigazgatóság és az Országos Egészségbiztosítási Pénztár társadalombiztosítási költségvetési szervek, amelyek költségvetését a társadalombiztosítás pénzügyi alapjainak költségvetésében kell meghatározni.

²² Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár Alapító Okirata.

ségek végrehajtását. Az Országgyűlés legfőbb feladata pedig a törvényalkotás, ez magába foglalja az egészségügyi finanszírozással, az egészségügyi rendszerrel és az egészségbiztosítással kapcsolatos jogszabályokat is.²³

A kormány feladata legfőképp az egészségpolitika irányának meghatározása, ezt közvetetten, a miniszter útján teszi. Gondoskodik az egyes egészségügyi programok előkészítéséről, illetve azok parlamentben történő előterjesztéséről, a nemzetközi szerződésekben vállalt egészségügyi feladatok végrehajtásáról, a kötelezettségek betartásáról, illetve katasztrófa esetén (pl. járványügyi veszélyhelyzet) megtesz mindent, ami a veszély elhárításához szükséges, biztosítja a katasztrófa megszűnéséhez szükséges feltételeket, továbbá az elhárítást, megelőzést célzó általános intézkedéseket foganatosít. Irányítja az egészségügyi államigazgatást, és koordinálja az egészségügyi feladatok végrehajtását. A miniszter ágazati feladatai – amelyeket a kormány ad neki – közé tartoznak: az egyes egészségügyi képzésekkel kapcsolatos hatáskörök, szakmai feladatok; meghatározza az egészségügyi ellátás szakmai követelményrendszerét, ezzel biztosítva a megfelelő kórházi minőségi ellátást, koordinálja az egészségügyi kutatótevékenységeket érintő tudományos feladatokat, az egységes egészségügyi rendszer működéséhez szükséges információkat, adatokat, és irányítja az egészségügyi intézményeket, kutatóintézeteket. A miniszter feladatkörei közé tartoznak bizonyos gyógyászati és gyógyszerészeti kérdések is.²⁴

III.3. A Nemzeti Egészségügyi Tanács (NET) és a Regionális Egészségügyi Tanács (RET)

A Nemzeti Egészségügyi Tanácsot (továbbiakban: NET) a kormány hozta létre az Eütv.-ben, hogy tanácsadói jogkört lásson el az egészségügyi koordinációval és szervezéssel kapcsolatban. A kormányzati egészségpolitikában a NET-nek javaslattevő, véleményező, kezdeményező és tanácsadó jogköre volt. A NET a különböző egészségpolitikai döntések végrehajtását értékelte, azokat elemezte, szerepet kapott a NEP kialakításában, és a programmal kapcsolatos intézkedéseket is vizsgálta, továbbá részt vett a lakosság egészét támogató társadalompolitika kialakításában és az egészségügyi fejlesztésekben, döntésekben is. A NET fő feladata az egészségügyi rendszer koordinációjának analízisének mellett az egészségpolitikai feladatok sorrendjének meghatározása volt. Ez azt jelentette, hogy a NET fontossági sorrendet állított fel, hogy az egészségügy mely területén szükséges leginkább a fejlesztés, támogatás. Az intézményt 2011-ben megszüntették, azzal az indoklással, hogy az már nem elég hatékony, és helyére egy másik, feladatát és működését tekintve azonos szervezet jött létre, a Nemzeti Betegfórum.²⁵

²³ Dr. Boncz Imre: Egészségügyi finanszírozási, menedzsment és minőségbiztosítási alapismertetek. Medicina Könyvkiadó. Budapest 2011. 40. o.

²⁴ Boncz: i. m. 42-43. o.

²⁵ A Nemzeti Betegfórum a civil érdekképviseleti fórum, amely az egyes betegszervezeteket fogja össze, és célja a szakmai együttműködés (létrehozta: 50/2012 (XII.19.) EMMI miniszteri

A Regionális Egészségügyi Tanács (továbbiakban: RET) a NET intézményének egyik alszervezete volt, amely regionális szinten felelt az egészségügyi koordinációért. A RET határozta meg, hogy az egészségügyi régiók milyen egészségpolitikai irányvonalat kövessenek, és ezeket az irányvonalakat a NET és a kormány döntéseivel összhangban határozta meg. Feladatai közé tartozott továbbá a régióba tartozó egészségügyi közszolgáltatók, fenntartók, a lakosság és a regionális betegszervezetek közötti érdekegyeztetés, az Egészségügyi Fejlesztési Előirányzat (a továbbiakban: EFE) forrásaira kiírt pályázatokkal kapcsolatos feladatok ellátása, és ezen pályázat regionális részének kezelése, továbbá a regionális szakellátási normatívák felosztására irányuló külön jogszabály szerinti eljárás lebonyolítása, különböző betegelégedettségi mutatók vizsgálata és ezek eredményeinek figyelembe vétele a fejlesztési sorrendek kijelölése során, a regionális egészségpolitikai program megvalósítása, valamint a területi beutalási szabályokkal kapcsolatos jogszabályok véleményezése. Kezdeményezheti az egészségügyért felelős miniszternél a területi beutalási szabályok felülvizsgálatát, amennyiben az az egészségügyi ellátásokhoz való hozzáférést veszélyezteti. Az intézmény a NET-hez hasonlóan 2012-ben hasonló okok miatt megszűnt.^{26 27}

Az egészségügyi finanszírozásban és rendszerben minden intézménynek óramű pontossággal kellett működnie. Egyes intézmények koordinációs, irányítási feladatokat hajtottak végre, míg mások ezek végrehajtásában, előkészítésében segítettek. Ezek közül az utóbb említett két szervezet már 2020-ban nem létezik, működésüket, feladatukat és funkciójukat más intézmények vették át. Az egészségügyi rendszerben szereplő intézmények – úgy ahogy az egészségügyi technológia és maga az egészségügy egésze is – változásokon mentek át, hogy alkalmazkodjanak a XXI. század kihívásaihoz és újításaihoz.

IV. Összegzés

A magyar egészségügyi rendszer finanszírozása változó tendenciát mutat az 1990-es évektől 2010-ig. A rendszerváltás előtt az egészségügyi finanszírozás általánosan írható le: mindenki alanyi jogon részesülhetett egészségügyi ellátásban, a finanszírozás és a különböző egészségügyi szolgáltatások nyújtása az állam feladata volt, amelyek központi szinten jelentek meg. A rendszerváltás következtében ezt a feladatot kettéosztották: elkülönült az egészségügyi rendszer irányítása és az egészségügyi szolgáltatás biztosítása, amelynek egyik része központi támogatás segítségével, másik része pedig önkormányzati hozzájárulással valósult meg, míg finanszírozása

rendelet)

²⁶ Boncz: : i. m. 42-43. o

²⁷ A RET jogutódja az Egészségügyi Tudományos Tanács (ETT) lett, amely az egészségügyért felelős miniszter javaslattevő, véleményező, tanácsadó és döntés-előkészítő testülete. Az ETT-t egy EMMI rendelet hozta létre 2014-ben. (létrehozta: az Egészségügyi Tudományos Tanácsról 28/2014. (IV. 10.) EMMI rendelet)

az OEP kezébe került, amely alól kivételt képeztek az egyetemek és az országos intézetek. A rendszerváltást követően megvalósult a szolgáltató központú egészségügyi ellátás és a teljesítmény elvű finanszírozás. Az állampolgárok a befizetett járulékok vagy állami segélynyújtás útján kaptak bizonyos egészségügyi szolgáltatásokat. A 2000-es évektől a szolgáltató központú egészségnyújtás eszközeit kívánta az állam bővíteni, mégpedig egyes kórházak felhúzásával, felújításával, az orvosi szakképzés támogatásával és különböző pályázatok útján. Az állam igyekezett a megfelelő járulék fizetéséért megfelelő minőségű kórházi szolgáltatást biztosítani. Az elképzelés helyenként megvalósult, például az orvosok, mentőszolgálati alkalmazottak, mentőállomások száma és a gyógyszeres forgalom támogatása nőtt, azonban az ellátáshoz szükséges eszközök száma az 1990-es évekhez képest 2010-re csökkent, gondolok itt a kórházi ágyak és a mentőgépkocsik számára. A támogatások csökkenése és a fejlesztések „félbemaradása” visszavezethető a 2003-as és a 2005-ös gazdasági megszorításokra. Az államháztartás deficitje és az EU-s kritériumoknak való megfelelés az egészségügyi finanszírozást sújtotta leginkább. A 2000-es évek második felében a kórházi dolgozók száma is csökkent az elbocsátások miatt, ami a 2010-es évekre normalizálódott. Mindent figyelembe véve hazánk egészségügyi finanszírozása 1990 és 2010 között azonos súlyú előnyökkel és hátrányokkal járt. Például 1990-ben az egészségügyi ellátás ugyan mindenkinek járt, annak minősége cseppet sem mérhető a kor egészségügyi ellátási minőségéhez, míg a 2000-es években jelentős mértékű minőségi felzárkózást figyelhetünk meg az egészségügy területén, igaz ennek fejében a járulékfizetés elkerülhetetlen volt. Ha megvizsgáljuk a környező országok egészségügyi finanszírozási modelljeit, láthatjuk, hogy a rendszerváltást követően minden volt szocialista ország igyekezett nyugati, szolgáltatói egészségügyi mintát követni, és felzárkózni a nyugati egészségügyi minőséghez. Az egészségügyi finanszírozás mind a mai napig változó tendenciát mutat, helyenként javul a finanszírozás mértéke, helyenként az előző évekhez képest csökken, azonban azt bátran kijelenthetjük, hogy a finanszírozás kérdése mindig is az állam legfőbb érdeke kell, hogy legyen, hiszen az egészséges és elégedett polgárok a jó államvezetés ismérvei.

Anyanyelvhasználat az egészségügyben

„A nyelv hatalmas kifejezése egy nép lelkének”

– Kosztolányi Dezső –

I. Bevezetés

A kisebbség számára biztosított jogokat a többséghez tartozó jogászok gyakran többletjogoknak értelmezik, ugyanakkor véleményem szerint a kisebbséghez tartozó személyek nem jutnak privilégiumokhoz jogaik biztosítása által, hiszen ezen jogokra azért van szükség, hogy a kisebbség is otthonának érezze az adott államot, illetve ne számítson másodrendű állampolgárnak országában. Tehát, a kisebbségi jogok által a kisebbség nem jut előnyösebb helyzetbe a többséghez mérten sőt, éppen ezen jogok biztosítása révén kerül egyenlő pozícióba a többséggel.¹

A demokratikus államokban, így Romániában is (a Román Alkotmány 34. szakaszának értelmében), az egészség védelméhez való jogot alkotmányba foglalt alapjogként tartjuk számon, s mint ilyenhez az állam összes állampolgárának, egyenlő feltételek melletti hozzáférése nem képezheti vita tárgyát. Ugyanakkor, az egészségügyi ellátáshoz való hozzáféréssel kapcsolatban jogosan merül fel azon kérdés, hogy az állam miként jár el a kisebbségek kapcsán, hogyan és milyen mértékben valósul meg a kisebbséghez tartozó személyek egyenlősége az egészségügyön belül? Annak érdekében, hogy egy nemzeti vagy etnikai kisebbséghez tartozó személy egyenlő helyzetben találja magát a többséggel, mindenekelőtt elengedhetetlen, hogy az egészségügyi ellátásban szabadon használhassa anyanyelvét, hiszen a legtöbb államban, így Romániában is, nem a kisebbségi személyek egészségügyi ellátáshoz való hozzáférése a kérdéses, hanem az, hogy miként biztosított számukra anyanyelvük használata.

A továbbiakban ezen témakör mentén kívánom megvizsgálni mindazon romániai belső jogszabályokat, illetve Románia által ratifikált nemzetközi szerződéseket, amelyek a kisebbség egészségügyben történő anyanyelvhasználatára vonatkoznak, kitérvén bizonyos joggyakorlati kérdésekre, alkotmánybíróági döntésekre és egyes nemzetközi szervezetek szakértő testületeinek véleményére.

II. Románia belső jogszabályai

Mindenekelőtt Románia alaptörvényéből kell kiinduljunk, melynek 34. cikke szól az egészség védelméhez való jogról. Ezen cikk értelmében az egészséghez való jog garantált, tehát az államnak intézkedéseket kell hoznia, hogy az egészségügyi ellátás

¹ Fábíán Gyula – Ötvös Patrícia: Kisebbségi jog I. kötet. KOMP-PRESS Korunk Baráti Társaság, Kolozsvár 2003. 50-52. o.

minden állampolgár számára elérhető legyen nemzetiségtől függetlenül. Az alaptörvény rendelkezéséből levezethető tehát, hogy függetlenül attól, hogy a többséghez vagy valamely kisebbséghez tartozik a páciens, lehetőséget kell számára biztosítani az orvosi ellátásra. Ugyanakkor, amint már említettem, Romániában nem a kisebbséghez tartozó személyek egészségügyi ellátáshoz való hozzáférése a kérdés, hanem az anyanyelvük használata ezen ellátás során.

Romániában 2019-ben lépett hatályba az új Közigazgatási Törvénykönyv, amelyet az 2019. évi 57. számú sürgősségi kormányrendelettel fogadtak el 2019 július 3.-án. Ezen törvény 94. cikke rendelkezik az anyanyelvhasználatról a közigazgatásban, melynek értelmében azon területi-közigazgatási egységekben, ahol az egy adott nemzeti kisebbséghez tartozó személyek aránya eléri a közigazgatási egység lakosságának 20%-át biztosítani kell az adott kisebbséghez tartozó személyek számára anyanyelvük használatát a helyi közigazgatási szervekkel, valamint az ezen szervek alá rendelt egyéb intézményekkel való kapcsolatukban. Bár e törvény nem tartalmaz konkrét előírásokat az egészségügyre vonatkozóan, mégis mindazon korházak, sürgősségi rendelők esetében alkalmazandó, amelyek egy adott területi-közigazgatási egység alá tartoznak (például megyei tanácsok hatásköre alá rendelt egészségügyi intézmények).

Fontos kiemelni, hogy míg a 2019 előtti közigazgatási törvény a 2001-es demográfiai adatokat figyelembe véve határozta meg a kisebbségek számarányát², addig az új közigazgatási törvénykönyv értelmében mindig a legfrissebb népszámlálási adatokat kell figyelembe venni. E módosítás valamelyest hátrányosan érinti a magyar kisebbség helyzetét, hiszen a folyamatos kivándorlásnak köszönhetően sok olyan területi-közigazgatási egység van, ahol bár 2001-ben a magyarság elérte a 20%-ot, így a régi törvény értelmében számukra biztosítani kellett anyanyelvük használatát, az új előírás által figyelembe vett legutóbbi népszámláláskor a magyar kisebbség már nem érte el e szükséges számarányt, így az ő vonatkozásukban már nincs kötelező jellege az előírásnak (bár semmi nem zárja ki, hogy az egyes területi-közigazgatási egységek vezetői másként döntsenek). Így tehát a helyi közigazgatásról szóló 2001. évi 215. törvény 131. cikkében foglaltakhoz képest jogvesztés állt be, a kisebbségek szempontjából, az új előírások hatályba lépésével.

Az egészségügyet szabályozó törvények közül, mindenekelőtt ki kell emelnünk a páciensek jogairól szóló 2003. évi 46. törvényt. E törvény, bár alapvetően nem kisebbségi természetű, mégis a második, páciensek saját állapotukról szóló egészségügyi információkhoz való hozzáféréseinek jogát szabályozó, fejezetében a 8. bekezdés kitér arra, hogy abban az esetben, ha a páciens nem ismeri a román nyelvet, az állapotára vonatkozó információkat, adatokat saját anyanyelvén, vagy egy általa ismert

² A helyi közigazgatásról szóló 2001. évi 215. törvény, 131. cikk.

más nyelven is tudomására lehet hozni. A cikk rendelkezésének aktuális formáját a 2017. évi 191.módosító törvény adja, amellyel módosították a 2003-ban elfogadott törvény előírásait.

Ugyanakkor a kisebbségek szempontjából fontos lenne, hogy a páciens ezen jogát ne a román nyelv nem ismeretéhez kondicionálják, hanem egy nemzeti kisebbséghez tartozó beteg, aki a román nyelvet is birtokolja, saját igénye szerint részesülhessen anyanyelvén történő ellátásban. A törvény nem részletezi azt sem, hogy „mennyire nem kell ismerni a román nyelvet ahhoz, hogy a nem román nemzetiségű román állampolgárokhoz anyanyelvén szóljanak.”³

A páciensek jogairól szóló 2003. évi 46. törvény kapcsán lényeges kiemelni, a Román Egészségügyi Minisztérium 2016. évi 1410. számú határozatát, amely említett törvény előírásainak gyakorlatba ültetését, megvalósítását hivatott rendezni. Elvárható lenne, hogy a törvény által előírt nyelvi jogokat ezen határozat tisztázza, és gyakorlati alkalmazásukra vonatkozóan konkrét terveket fogalmazzon meg, ugyanakkor, kissé meglepő módon, a határozat nem tartalmaz erre vonatkozóan semmilyen előírást, így a páciens anyanyelvhasználata az egészségügyben továbbra sem tisztázott.

Másrészt, említést kell tennünk az egészségügyi szolgáltatásokról szóló 2006. évi 95. törvényről, amelyet a 2017. évi 110. törvénnyel módosítottak és kiegészítettek. A törvény második fejezetében, amely az egészségügyi ellátás alapelveiről rendelkezik, a 7. cikk m). alpontjában a törvény kitér a kisebbségek helyzetére. Ezen alpont értelmében, mindazon területi-közigazgatási egységekben, ahol az adott nemzeti kisebbséghez tartozó személyek aránya eléri a lakosság arányának 20%-át, vagy a legkevesebb 5000 főt, kötelezően alkalmazni kell az adott kisebbség nyelvét beszélő szakembereket. A törvény a2017-es módosítás során egészült ki ezen alternatív, 5000 fős küszöbvel, hiszen addig a rendelkezés csak azon intézményekben tette kötelezővé a kisebbség nyelvét beszélő szakemberek alkalmazását, ahol az adott területi-közigazgatási egységekben a kisebbség számaránya elérte a 20%-ot. Ugyan-ezen alternatív küszöb került beépítésre a 2011. évi 292. számú törvénybe is, amelynek értelmében a 41. cikk 6). bekezdése előírja az adott kisebbség nyelvét ismerő személyzet alkalmazását, mindazon szociális intézményekben, ahol az adott területi egységben élő kisebbség számaránya eléri a 20%-ot vagy az 5000 főt. Ugyanakkor, ezen alternatív küszöb törvénybe építésével szemben, mind a politikum (a többségi pártok képviselői), mind bizonyos jogászai körök komoly kritikákat fogalmaztak meg.

A többségi politikai pártok kritikáival kapcsolatban, megemlíthetjük Románia Alkot-

³ Dénes Hunor Levente: Kisebbségi jogok érvényesülése az egészségügyben. In: *Kisebbségi Jogok Érvényesülése a Kárpát-medencében* (dr. Antal Eszter – Dabis Attila szerk.). Kisebbségi Jogvédő Intézet, Budapest 2016. 158. o.

mánybíróságának 2017. évi 328. számú döntését⁴, amely a Hivatalos Közlöny 2017. évi 424-es számában jelent meg. Az adott esetben az alkotmánybíróság az egészségügyi szolgáltatásokról szóló 2006. évi 95. törvény kiegészítésére vonatkozó, egészségügyi reform, illetve a 2011. évi 292. számú törvény ellen emelt alkotmányjogi kifogásokról hozott döntést. Az alkotmányjogi kifogást 124 képviselő kezdeményezte, melyek három különböző, többségi pártot képviseltek.

Indoklásukban a képviselők mind eljárási, mind tartalmi alkotmányellenességi érveket felsorakoztattak. A törvénymódosítás tartalmára vonatkozólag elsősorban kiemelték, hogy a változás eredményeként egy új kritérium is bekerült a törvénybe, mely szerint az egészségügyi intézmények kötelezve vannak, a nemzeti kisebbség nyelvét beszélő személyzet alkalmazására, ha a kisebbség száma eléri az 5000 főt. Ezen szempont beemelése ugyanakkor, véleményük szerint ellentétes az alkotmány 1. cikkelyének (3) bekezdésébe foglalt demokratikus és szociális állam jellegével, valamint a törvények felsőbbrendűségével, hiszen ellentétben más hatályban levő jogszabályokkal, melyek csak egyetlen szempont (a 20%-os küszöb) megléte esetén teszik kötelezővé a nemzeti kisebbség nyelvének használatát, ezen törvény immár két kritériumra bővíti ezen szempontrendszert. Továbbá, a kezdeményezők kifogásolják, hogy a törvénymódosítás következtében, többletkiadások keletkeznek a helyi közigazgatási intézményekben, anélkül, hogy a törvény kijelölné ezen többletkiadások finanszírozásának forrását, ezáltal szembemegy az alkotmány 138. cikkében foglaltakkal. Ugyanakkor az Alkotmány 6. cikkéből fakadóan azt is kifogásolják, hogy mind a 20%-os, mind az 5000 főre vonatkozó küszöb olyan helyzetet teremt, amelyben a többségi lakosság diszkriminálva van a nemzeti kisebbséggel szemben, hiszen ez utóbbi többletjogokhoz jut.

Tartalmilag, az alkotmánybíróság döntése értelmében, a törvénymódosítás nem ütközik alkotmányossági követelményekbe, hiszen az alkotmány 6. cikkének értelmében, az állam elismeri és garantálja a nemzeti kisebbséghez tartozó állampolgárok számára a kulturális, nyelvi, etnikai másságuk megőrzésére, fejlődésére és kifejezésére vonatkozó jogot. Továbbá, az 1992-ben elfogadott Regionális vagy Kisebbségi Nyelvek Európai Chartájának (a továbbiakban: Charta) preambulumban foglaltak értelmében, a kisebbség számára biztosított anyanyelvhasználat egy soha el nem évülő jog. Szintén a Charta szellemében, amelyet Románia a 2007. évi 282. számú törvény keretében ratifikált, az államoknak joguk van, hogy szabadon megállapítsák azon feltételeket, amelyek teljesülése esetén az államnak biztosítania kell a nemzeti kisebbség nyelvének használatát. Sőt mi több, az egyezmény értelmében, semmiféle, a kisebbségi nyelvhasználatot elősegítő, rendelkezést nem lehet a kisebbség számára biztosított többletjogként, és ezáltal a többség diszkriminálásaként értelmezni,

⁴ Az Alkotmánybíróság 2017. évi 328. számú döntése a 2006. évi 95. számú egészségügyi reform és a 2011. évi 292. számú szociális segítségnyújtásról szóló törvény kiegészítéseivel szemben emelt alkotmányellenességi megkereséséről (előzetes normakontroll).

hiszen ezen kisebbséget védő intézkedések célja, hogy egyenlő feltételeket garantáljanak a kisebbség számára. Az alkotmánybíróság továbbá nem tartotta megalapozottnak a többletkiadások forrásaira vonatkozó megállapítás hiányát sem, így ezáltal a törvénymódosítás, Románia Alkotmánybíróságának döntése értelmében nem sérti az alkotmány 138. cikkét sem.

Ezek alapján tehát, az alkotmánybíróság elutasította a kérelmezők alkotmányossági kifogását, és kifejezte, hogy az egészségügyi szolgáltatásokról szóló 2006. évi 95. törvény kiegészítésére vonatkozó jogszabályok, illetve a 2011. évi 292. számú törvény 41. cikkelye nem ütközik alkotmányos előírásokba.

Másrészt, megemlíthetjük, hogy bizonyos jogászai körök azt kifogásolták a törvénymódosítás kapcsán, hogy ezen módosítás utáni előírások továbbra sem rendelkeznek a kisebbséghez tartozó személyek anyanyelven történő egészségügyi ellátásáról, hanem pusztán azt teszik kötelezővé, hogy az egészségügyi és szociális intézmények alkalmazzanak olyan szakembert, aki ismeri az adott nemzeti kisebbség anyanyelvét. Ugyanakkor e feltételnek egyetlen ápoló vagy nővér alkalmazásával is eleget lehet tenni, így a törvény alapján továbbra sem lehet elvárni, hogy a kisebbséghez tartozó személyeket saját anyanyelvükön részesítsék ellátásban.

Véleményem szerint, bár a törvény önmagában az intézmények vezetőinek jóhiszeműségére bízta a magyar nyelvet ismerő, több fős személyzet alkalmazását, és a magyar nyelven történő ellátást, mégis olyan kiindulópont lehet, egy későbbi esetleges szabályozás reményében, mely bizakodásra adhat okot. A törvénymódosítás alapján bevezetett alternatív küszöb pedig olyan előrelépés, melynek következtében kiterjedt a törvény alkalmazása alá vetett intézmények köre. Ezen módosítás bár kis lépés, és fontosságát nem szabad eltúlozni, mégis megfelelő alapként szolgál a jövőre nézve. Ahogyan Dénes Hunor Levente fogalmaz: „mindenképpen előrelépést jelent a jogszabály elfogadása egy magát demokratikusnak nevező jogállamban, s hozzájárul valamelyest a jogegyenlőség megteremtéséhez.”⁵

Szintén van egészségügyi vonzata a 2008. évi 34. számú sürgősségi kormányrendeletnek, amely a sürgősségi hívószámra (112) vonatkozó szabályozásokat tartalmazza. A kormányrendelet 10. cikkelyének f). alpontja és a 12. cikk g). alpontjának értelmében az ügyeleti központok feladatkörébe tartozik, a nemzeti kisebbség nyelvén beérkező hívások fogadása is. A kormányrendelet tehát lehetőséget biztosít arra, hogy szükség esetén, a nemzeti kisebbséghez tartozó személyek anyanyelvükön is igénybe vegyék a sürgősségi hívószámot.

⁵ Dénes: i. m. 162. o.

III. Románia által aláírt nemzetközi szerződések

A nyelvi jogokról beszélvén semmiképp nem hagyhatjuk figyelmen kívül azokat a nemzetközi szerződéseket, amelyeket Románia is, bár fenntartásokkal, de ratifikált és beépített a belső jogrendjébe.

Elsőként szólni kell a korábban már említett, az Európa Tanács Miniszteri Bizottsága által, 1992 június 22-én elfogadott Regionális vagy Kisebbségi Nyelvek Európai Chartájáról. A Charta kapcsán fontos kiemelni, hogy csak állami kötelezettségeket tartalmaz, amelyek tekintetében széles körű választást enged a részes állam számára.⁶ A Chartát aláíró államok, bizonyos időközönként kötelesek jelentéseket benyújtani az Európa Tanácsnak, melyben összefoglalják és kiértékelik, hogy miként valósultak meg a chartában szereplő előírások. Ezen jelentésekkel párhuzamosan a jogvédő civil szervezetek úgynevezett „árnyékjelentéseket” juttathatnak el a tanácshoz, melyek ellensúlyozzák az állami jelentéseket. A jelentések alapján egy szakértői csoport véleményezi a nyelvi charta adott államban történő alkalmazását, melyről egy jegyzőkönyvet állít ki, ugyanilyen jegyzőkönyvet készít el továbbá a jelentésről az Európa Tanács Miniszteri Bizottsága is. Románia az első jelentését 2010-ben nyújtotta be, melyet ezidáig egy követett, 2016-ban.⁷

A Charta több olyan rendelkezést is tartalmaz, amelyek az egészségügyben használatos nyelvre vonatkoznak. Ilyen előírás például a 13. cikk 2. bekezdésének c). pontja, melynek értelmében a aláíró felek vállalják, hogy „gondoskodnak arról, hogy olyan létesítmények, mint kórházak, nyugdíjasházak, otthonok lehetőséget biztosítsanak arra, hogy az egészségügyi, életkori vagy egyéb okból gondozásra szorulókat regionális vagy kisebbségi nyelvükön fogadják és kezeljék”. E cikkely előírásait Románia az aláírásakor teljes egészében vállalta, ugyanakkor azon fenntartással élt, hogy csak a magyar és a német kisebbség számára biztosítja ezen jogokat. A 2010-es első romániai jelentésben a román állam kiemelte a 13. cikk 2. bekezdésének kapcsán, hogy a nem tartanak számon nyelvi korlátozásra vonatkozó adatokat, sőt mi több, a gyakorlat azt mutatja, hogy, főleg a nagy arányban magyarok által lakott területeken (Kovácszna, Hargita és Maros megyékben), a magyar kisebbséghez tartozó személyek a magyar nyelvet használják a kórházakkal és sürgősségi rendelőkkel való kapcsolatokban.⁸ Ezzel szemben ugyanakkor, a 2016-os jelentésre válaszul kiadott szakértői

⁶ Kardos Gábor: A kisebbségi kultúrák védelme a nemzetközi jogban: a nyelvek. *Kisebbségvédelem*, 2019/1. sz. 36.o.

⁷ Reports and Recommendations, Council of Europe, European Charter for Regional and Minority Languages, Monitoring, Romania. [https://www.coe.int/en/web/european-charter-regional-or-minority-languages/reports-and-recommendations#{%2228993157%22:\[16\]}](https://www.coe.int/en/web/european-charter-regional-or-minority-languages/reports-and-recommendations#{%2228993157%22:[16]}) (2020. 03. 07.)

⁸ Initial periodical report Romania. MIN-LANG/PR (2010) 11. <https://rm.coe.int/CoERMPublicCommonSearchServices/DisplayDCTMContent?documentId=09000016806c8e5c>. (2020. 03. 07.)

jegyzőkönyv nem fogalmaz meg semmilyen véleményt a 13. cikkely 2. bekezdésének c). pontja kapcsán, ami azt feltételezi, hogy ezen előírás gyakorlatba ültetése még várat magára. Szintén a 2016-os jelentés tartalmaz egy, a 13. cikk ezen rendelkezése szempontjából releváns függelék is, melyben hét megyei jogú város (Kolozsvár, Lugos, Nagyvárad, Pitești, Szászrégen, Resicabánya és Szászsebes) esetében vizsgálták meg, hogy használható-e a magyar és német nyelv az egészségügyi és szociális ellátásban. Ezen hét vizsgált város közül Szászrégen esetében volt lehetőség a magyar nyelv használatára a kórházban, valamint Kolozsváron a Kolozsvári Városi Kórház esetében, mint a Kolozsvári Városi Tanács alá rendelt intézményben használták még a magyart, mint kisebbségi nyelvet. A többi öt város esetében nem volt lehetőség a magyar nyelv használatára az egészségügyi és szociális intézményekben, sőt, a német nyelv páciensek általi alkalmazásának lehetőségét egyik vizsgált város kórháza sem volt képes biztosítani.⁹ E tény is arra enged következtetni, hogy Románia még nem tett teljesen elegendő a Charta megerősítésekor vállalt kötelezettségeinek.

Szintén a Charta 13. cikkének 2. bekezdésében találhatunk még egy, számunkra releváns rendelkezést, hiszen a bekezdés d). pontja értelmében az aláíró feleknek megfelelő módon gondoskodniuk kell arról, hogy a biztonsági felhívásokat a regionális vagy kisebbségi nyelveken is megfogalmazzák. E rendelkezés az egészségügygel kapcsolatban a gyógyszerek használati utasításának kisebbségi nyelven történő kibocsátásakor kell érvényesülnön. A román állam a második, 2016-os jelentésében kiemelte, hogy a termékek esetén a biztonsági előírások feltüntetését a törvény csak román nyelven teszi kötelezővé, ugyanakkor nem zárja ki ennek más nyelven történő megvalósulását sem, így, ahogyan a jelentés szerzői fogalmazzák „más nyelv használata nem tiltott, de nem is kötelező”¹⁰. Tehát a 2002. évi 37. számú törvény 20. cikkelye értelmében a gyártóra van bízva, hogy szükségesnek érzi-e vagy sem, hogy a kisebbség nyelvén is kibocsájtja a használati utasítást egy adott gyógyszer esetében. Erre a jelentésre adott válaszukban a szakértők jegyzőkönyvükben úgy értékelték, hogy Románia részben teljesítette a 13. cikk 2. bekezdésének d). pontjában vállaltakat, azáltal hogy nem tiltotta meg, hogy más nyelv használatát a biztonsági előírások feltüntetése esetén.

A Regionális vagy Kisebbségi Nyelvek Európai Chartája mellett szintén az Európa Tanács keretében került elfogadásra 1995-ben, Strasbourgban, a Nemzeti Kisebbségek Védelméről szóló Keretegyezmény, amelyet Romániában 1999-ben hirdettek ki. Bár e keretegyezmény nem tartalmaz az egészségügyi nyelvhasználatra vonatkozóan releváns előírásokat, mégis olyan alap, melyre az aláíró felek, államok építhet-

⁹ Appendices: Annex <https://rm.coe.int/CoERMPublicCommonSearchServices/DisplayDCTMContent?documentId=09000016806c8e6b> (2020. 03. 07.)

¹⁰ Second periodical report Romania. MIN-LANG (2016) PR <https://rm.coe.int/CoERMPublicCommonSearchServices/DisplayDCTMContent?documentId=09000016806c8e69> (2020. 03. 07.)

nek ezirányú rendelkezéseket. Ugyanúgy, mint a Regionális vagy Kisebbségi Nyelvek Európai Chartájára esetében, a kisebbségvédelmi keretegyezményt aláíró államoknak is meghatározott időközönként jelentéseket kell tenniük az Európa Tanácshoz. A civil szervezetek, ugyanakkor benyújthatnak itt is „árnyékjelentéseket”, amelyek révén ellensúlyozzák valamelyest az államok által felvázolt utópisztikus képet. A Regionális vagy Kisebbségi Nyelvek Európai Chartájára esetén egy Szakértői Bizottság véleményezi a jelentést, ezzel szemben a Keretegyezmény alapján benyújtott állami jelentéseket a Tanácsadó Bizottság véleményezi, ugyanakkor itt is a Miniszteri Bizottság ajánlásokat, javaslatokat tehet a keretegyezmény alkalmazásának elősegítésére vonatkozóan.

Nemzetközi viszonylatban, ha kisebbségi jogokról beszélünk nem hagyhatjuk figyelmen kívül az Európai Biztonsági és Együttműködési szervezet égisze alatt működő Nemzeti Kisebbségi Főbiztosának szerepét sem, aki ajánlásai, véleményei és állásfoglalásai révén kifejtheti álláspontját az államok nemzeti kisebbségeket érintő jogszabályairól, ugyanakkor kizárólag „puha” diplomáciai eszközöket alkalmazhat.¹¹

IV. Nemzetközi kitekintés

A romániai helyzet pontosabb megértése és szemléltetése érdekében érdemes megvizsgálni olyan államok anyanyelvhasználatra vonatkozó rendelkezéseit is, ahol az egy nemzeti kisebbséghez tartozó állampolgárok aránya jelentős.

Kisebbségi jogok érvényesülése szempontjából a leglátványosabb példa Finnország, ahol, az elsősorban az Åland-szigeteken élő mintegy 24 000 svéd nemzetiségű személynek köszönhetően, az összlakosság megközelítőleg 6%-át teszik ki svédek. Az Åland-szigeteken megvalósuló területi autonómiának tükrében, az ott élő svédek törvényhozói hatalommal rendelkeznek többek között az egészségügyi problémákra vonatkozóan is (a jogalkotói szerv a Tartományi Törvényhozó Gyűlés)¹².

Ugyanakkor, a finn egészségügyi és anyanyelvhasználatra vonatkozó törvények is elég egyértelműen fogalmaznak az egészségügyben történő anyanyelvhasználat kapcsán. Az 2010. évi 1326. számú finn egészségügyi törvény (melyet 2013-ban módosítottak, kiegészítettek) I. fejezetének 6. paragrafusában kimondja, hogy a kétnyelvű területi-közigazgatási egységekés, az ezen egységek alárendeltségébe tartozó szervek kötelesek az egészségügyi ellátást mind finn, mind svéd nyelven elérhetővé tenni, hogy ezáltal a páciensek szabadon megválaszthassák az egészségügyi szervekkel való kapcsolatukban használatos nyelvet. A betegeknek joguk van, ezen területi-közigazgatási egységekben, hogy szabadon válasszanak a finn vagy a svéd nyelv használata között, illetve hogy az általuk választott nyelven kapják kézhez

¹¹ A nemzeti kisebbségek oktatási jogairól szóló hágai ajánlások és értelmező megjegyzések, 1996. október <https://www.osce.org/hu/hcnm/32186?download=true> (2020. 03. 07.)

¹² Fábrián – Ötvös: i. m. 175. o.

az egészségügyi dokumentumokat.

Mindemellett egész Finnország területén biztosítani kell, hogy a helyi közigazgatási szervekhez tartozó kórházakban a skandináv országok állampolgárai szabadon használhassák a dán, a finn, az izlandi, a norvég vagy a svéd nyelvet az egészségügyi ellátásuk során. Ennek érdekében, a területi-közigazgatási egységek vezetői lehetővé kell tegyék a Skandináv államokból származó állampolgárok számára tolmács vagy fordító díjmentes igénybevételét.¹³

A skandináv országok jellegzetes etnikai kisebbsége a számik (ismertebb nevükön lappok) számára az egészségügyben történő anyanyelvhasználatot az 2003. évi 1086. számú Számi Nyelvtörvény biztosítja, mely kimondja, hogy a számi népcsoporthoz tartozó személyek, szabadon használhatják anyanyelvüket bármely intézmény előtt¹⁴. Ugyanakkor, érdemes megvizsgálni különböző európai államok Regionális vagy Kisebbségi Nyelvek Európai Chartájával kapcsolatos jelentéseit és jegyzőkönyveit az egészségügyi anyanyelvhasználat szempontjából:

Spanyolország már a 2002-ben leadott első jelentésében megjelenít bizonyos nyelvi jogokat, melyeket a katalán kisebbség számára biztosított. Ilyen nyelvi jog például, hogy a 3/93. számú spanyol fogyasztóvédelmi törvény IV fejezetének 26. cikke értelmében a Katalán autonóm közösséghez tartozóknak joguk van ahhoz, hogy a termékekhez, szolgáltatásokhoz, különösképp az egészségügyi és szociális szolgáltatásokhoz kapcsolódó lényeges információkat katalán nyelven közöljék velük.¹⁵ A legutolsó, 2018-ban elkészült jelentésükben a spanyol hatóságok kiemelték, hogy a Katalán Kormány folytatta a katalán nyelv használatának elősegítését az egészségügyben, ennek érdekében beindították a *“Toma el pulso a la lengua catalana”* programot, melynek keretében az újonnan Katalóniába került, és katalán nyelvet nem ismerő orvosok számára tették lehetővé a nyelv (elsősorban egészségügyben használt kifejezéseinek) elsajátítását. Mindemellett a *Termcat* (katalán nyelvi intézet) kidolgozott egy egészségügyi szótárt, hogy ezáltal is elősegítsék a katalán nyelv egészségügyben történő használatát.¹⁶

¹³ 1326/2010. számú finn egészségügyi törvény (Health Care Act). https://www.finlex.fi/en/laki/kaannokset/2010/en20101326_20131293.pdf (2020. 03. 29.)

¹⁴ 1086/2003. számú Sámi nyelvtörvény (Sámi Language Act). <https://www.eui.eu/Projects/InternationalArtHeritageLaw/Documents/NationalLegislation/Finland/samilanguageact2003.pdf> (2020. 03. 29.)

¹⁵ Initial periodical report Spain. MIN-LANG/PR (2002) 7. <https://rm.coe.int/CoERMPublicCommonSearchServices/DisplayDCTMContent?documentId=09000016806d817c> (2020. 04. 05.)

¹⁶ Fifth periodical report Spain. MIN-LANG (2018) PR 2. <https://rm.coe.int/spainpr5-en/16808de6fc> (2020.04.05.)

Szlovákia 2003-ban nyújtotta be az első jelentését, melyben az egészségügyi anyanyelvhasználattal kapcsolatosan a 1999. évi 184. számú nemzeti kisebbségek anyanyelvhasználatára vonatkozó törvény 5. cikkét említi meg, amely a 3. bekezdésében kimondja, hogy mindazon településeken ahol a nemzeti kisebbséghez tartozó személyek az adott település lakosságának legalább 15%-át alkotják (két egymást követő népszámlás alkalmával), a nemzeti kisebbséghez tartozó állampolgárok az egészségügyi létesítmények és szociális szolgáltató létesítmények, illetve a szociális jogi gyermekvédelmi és szociális gondnoksági létesítmények személyzetével folytatott kommunikációjuk során használhatják az anyanyelvüket.¹⁷ Ugyanakkor a legutóbbi jelentéstételi ciklusban a szakértői csoport által 2019 október 9-én kiadott véleményben csak részben teljesítettnek minősítik a Szlovákia által vállalt, egészségügyi anyanyelvhasználatra vonatkozó rendelkezéseket a magyar kisebbség viszonylatában.

Norvégia esetében is jelentősnek mondható, számi kisebbséget tartanak számon, akik számára az állam biztosítja anyanyelvük minél szélesebb körben történő használatát. A norvég állam által benyújtott legutóbbi, 2017-es jelentésben kiemeli, hogy az Észak-Norvég Regionális Egészségügyi Igazgatóság 2016-os éves jelentésének értelmében, az Igazgatóság elkezdte kidolgozni azon tolmácsolási rendszer alapjait, melynek köszönhetően a számi kisebbséghez tartozó páciensek, a nap 24 órájában használhatják majd anyanyelvüket az egészségügyi ellátásban. A tolmácsolás megvalósulhat helyszíni fordítás, vagy audio-vizuális fordítás formájában, a páciens állapotától és a napszaktól függően. A jelentés benyújtásának idejében, három kórház alkalmazta az Igazgatóság által kidolgozott tolmácsolási rendszert: a Hammerfest Clinic, valamint az Alta és Karasjok városokban található kórházak, ugyanakkor tervben volt, hogy a 2017-es év folyamán további két kórházban ültetik gyakorlatba a rendszert.¹⁸

Szlovénia esete azért különleges, mivel két nemzeti kisebbség számára biztosít nyelvi jogokat (magyar és olasz). A 2013-as jelentésében Szlovénia kiemelte, hogy a 2010. december 20-án hozott, orvosok, szakorvosok és fogorvosok szakmai képezésének elismeréséről szóló törvény 29. cikkében foglalt előírásoknak megfelelően, a magyar és olasz nemzeti kisebbség által lakott településeken az orvosoknak, szakorvosoknak és fogorvosoknak ismerniük kell a nemzeti kisebbség anyanyelvét is, legalább olyan fokon, amelyet az egészségügyi szolgáltató megkövetel az adott pozíció betöltéséhez. Továbbá, a nemzeti egészségügyi ellátásról szóló törvény rendelkezései szerint, azon egészségügyi személyzetnek, aki kétnyelvű térségben látja el feladatát, ismer-

¹⁷ Initial Periodical Report Slovak Republic. MIN-LANG/PR <https://rm.coe.int/CoERMPublicCommonSearchServices/DisplayDCTMContent?documentId=09000016806d4b12> (2020. 04. 05.)

¹⁸ Seventh periodical report Norway. MIN-LANG (2017) PR 4. <https://rm.coe.int/16806fc1ae> (2020. 04. 06.)

nie kell az állam hivatalos nyelve mellett az adott nemzeti kisebbség anyanyelvét is, melyet egy oktatási intézmény által kibocsájtott bizonyítvánnyal kell igazolnia.¹⁹

V. Záró gondolatok

Az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférésben egyetlen ember sem korlátozható etnikai, nemzeti, vallási vagy politikai hovatartozása miatt. Ugyanakkor az államoknak azt is meg kell szervezniük, hogy az adott országban élő nemzeti kisebbséghez tartozó személyek szabadon használhassák anyanyelvüket, hiszen az egészségügyi ellátás csak ilyen módon válhat számukra teljesen akadálytalaná. Az egészségügyben történő kisebbségi anyanyelvhasználat mintegy előfeltétele az egészségügyi ellátás során fellépő egyenlőségnek.

Romániában jelenleg felemás a helyzet, hiszen egyrészt vannak olyan törvények, rendeletek, előírások, amelyek bizonyos jogokat keletkeztetnek a kisebbség számára. Másrészt azonban hiányzik egy olyan egységesített, letisztult, kisebbségi anyanyelvhasználatot szabályozó törvény, mely kitérne az egészségügyre vonatkozó szabályokra is, és amely alapján követni lehetne a jogok gyakorlatban történő megvalósulását.

Véleményem szerint a jelenlegi helyzetre maga az alkotmány nyújt valamelyest megoldási lehetőséget. Románia alkotmányának 3. címe a törvényhozás alapjait hivatott megszabni, ezen belül pedig a 73. szakasz a törvénykategóriákra fekteti a hangsúlyt, a parlament által elfogadott ún. „organikus” és „egyszerű” törvények keretére. E szakasz r) alpontja értelmében organikus törvénnyel kell szabályozni a „romániai nemzeti kisebbségek jogállását”. Sajnos, ezen organikus törvény a 2003-as alkotmánymódosítás óta (akkor foglaltatott be e rendelkezés az alkotmányba) mind a mai napig nem született meg, miközben vitathatatlan, hogy egy ilyen törvény megléte nagy mértékben segítené elő a Romániában élő nemzeti kisebbségek helyzetét az élet minden területén, nem csak az egészségügyben.

¹⁹ Fourth periodical report Slovenia. MIN-LANG (2013) PR 04. <https://rm.coe.int/CoERMPublicCommonSearchServices/DisplayDCTMContent?documentId=09000016806d817a> (2020. 04. 06.)

A COVID-19 világjárvány és az államok nemzetközi felelősségének kérdése

I. Bevezető

A kínai Wuhanban az eleinte ismeretlen okú tüdőgyulladást először 2019. december 31-én jelentették az Egészségügyi Világszervezet (WHO) kínai országos hivatala számára. A WHO ezek után a vírus kitörést 2020. január 30-án a nemzetközi aggodalomra okot adó közegészségügyi veszélyhelyzetnek nyilvánította. COVID-19-ként csak 2020. február 11. óta hivatkozunk a vírusra.¹

António Guterres, az ENSZ főtitkára, szerint fokozott szolidaritásra van szükség ahhoz, hogy a világ legyőzze a válságot – ezt a „legsúlyosabb próbatételnek” nevezte a szervezet alapítása óta.²

A napokban az ENSZ Biztonsági Tanácsában tárgyalások kezdődtek a pandémiáról szóló határozat elfogadása érdekében. A Biztonsági Tanácsának tagjai végre készen álltak arra, hogy helyet foglaljanak az asztalnál, melyre eddig USA-Kína diplomácia konfliktusok miatt nem volt lehetőség. Donald Trump, az USA elnöke, azáltal, hogy a COVID-19-et „kínai vírusnak” hívta, érthető módon, ám károsítva a nemzetközi közösség érdekeit, blokkolja a tárgyalásokat az ENSZ Biztonsági Tanácsában.³ A világjárvány lezárásához a nemzetközi közösség közös válaszára van szükség. Ennek ellenére kihívást jelent egy átfogó határozat meghozatala, amelyhez 9 megerősítő szavazatra van szükség a 15-ből (az állandó tagok bármelyikének vétója nélkül).⁴ Tekintettel arra, hogy az állandó tagok nem fogadhatnak el határozatot a nem állandó tagok nélkül, illetve a nem állandó tagok sem cselekedhetnek az állandó tagok nélkül, mivel vétójoguk van, az együttműködés fontosabb, mint valaha.

A járvány után viszont sokan fel fogják tenni a következő kérdéseket: ki is a felelős ezért? Hogyan fog felelni tetteiért és milyen nemzetközi jogi keretek között történhet mindez? Meglehet, hogy egy elhamarkodott választ bárki tudna adni, ezek a kérdések nem egyszerűek, mivel számos olyan nemzetközi jogi területet érint a világjárvány, például a nemzetközi kereskedelmi jogot, a nemzetközi emberi jogi

¹ Events as they happen. WHO, <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/events-as-they-happen> (2020. 04. 13.)

² COVID-19 threatening global peace and security, UN chief warns. UN NEWS, <https://news.un.org/en/story/2020/04/1061502> (2020. 04. 10.)

³ Lily Kuo: Trump sparks anger by calling coronavirus the 'Chinese virus'. *The Guardian*, <https://www.theguardian.com/world/2020/mar/17/trump-calls-covid-19-the-chinese-virus-as-rift-with-coronavirus-beijing-escalates> (2020. 03. 17.)

⁴ AFP: UN Security Council to hold first 'virtual' debate on coronavirus crisis. *The Times of Israel*, <https://www.timesofisrael.com/un-security-council-to-hold-first-virtual-debate-on-coronavirus-crisis/> (2020. 04. 09.)

normákat, a nemzetközi fegyveres konfliktusokra alkalmazandó jogot és még sok más területet.

II. *Lex generalis*

Minden államnak felelőssége, hogy ne okozzon határon átnyúló károkat, mely a *sic utere tuo ut alienum non laedas* (úgy használd a sajátod, hogy ne sértsd a másét) maxima modernkori megnyilvánulása. Ezt az elvet (*no harm principle*) a *Trail Smelter* ügyben mondta ki egy választott bíróság 1941-ben, melyet a Nemzetközi Bíróság (ICJ) a Korfu-szoros ügyben 1949-ben megerősített. Az ICJ kimondta, hogy „ez a kötelezettség egy bizonyos általános és jól elismert elven alapul, nevezetesen: az emberiség alapvető megfontolásain (...) és minden állam arra vonatkozó kötelezettségén, hogy nem engedélyezheti területének tudatos felhasználását más államok jogaival ellentétes cselekedetekre.”⁵

Ez az egyik fő probléma a COVID-19 esetében, hogy tudniillik az államok betartották-e a *no harm principle* elvét, illetve, hogy mindent megtettek-e a határokon átnyúló károk megelőzése érdekében?

Az elvárható gondosság (*due diligence*) a nemzetközi szokásjog része, mely az államok magatartási kötelezettsége.⁶ Ám fontos megjegyezni, hogy az elvárható gondosság elve eseti vizsgálatot igényel, a nemzetközi közösség az államok társadalmi, gazdasági és politikai helyzetétől függően állapítja meg az elvárható gondosság mértékét. Kiemelt fontosságú megemlíteni, hogy a kellő gondosság mai értelmezése szerint a tudományos bizonytalanságot is figyelembe kell venni az államoknak.⁷

Annak igazolására, hogy egy állam eleget tett-e a *no harm* kötelezettségének, meg kell vizsgálni, hogy az adott állam kellő gondossággal járt-e el. A kellő gondosságot a következő négy tényezővel lehet vizsgálni:

- a) nemzetközi együttműködés megléte,
- b) a lehetséges károk/veszélyek bejelentése,
- c) megfelelő szabályozási keret elfogadása, végül
- d) megfelelő végrehajtási rendszer működtetése.

Mely államok tettek eleget ezeknek a feltételeknek, melyek bizonyítanak, hogy kellő gondossággal jártak el a világjárványt illetően? Az együttműködés helyett az állami hírszerző ügynökségek egymást követték nyomon: az amerikai ügynökség már

⁵ *Corfu Channel case, Judgment of April 9th, 1949, I. C. J. Reports 1949, p. 4. 22 o., a Szerző fordítása.*

⁶ *Pulp Mills on the River Uruguay (Argentina v. Uruguay), Judgment, I.C.J. Reports 2010, p. 14 45. o. 35. bek.*

⁷ *Southern Bluefin Tuna Case between Australia and Japan and between New Zealand and Japan, Award on Jurisdiction and Admissibility, Decision of 4 August 2000.*

2019. novembere óta követte a vírus kitörését Kínában.⁸ Tajvanban már 2019. december 31-e óta készülségi állapotot hirdettek, még mielőtt Kína, illetve a WHO bejelentette volna a járvány emberről emberre való terjedéséből adódó világszintű krízishelyzetet. Az a tény, hogy volt olyan állam, amely képes volt felmérni a járvány elterjedésének súlyosságát, rávilágít a többi állam nemzetközi együttműködési szándékának hiányára, illetve nemzetközi szervezetek számára szinte „csapdát” jelentő túlértékelt politikai korrektségre.⁹ A WHO reakcióját néhány állam elégtelennek ítélte meg, mivel a járványról kapott információkat kérdések nélkül *bona fides* módon fogadta el az elsőként érintett államoktól.¹⁰

A nemzetközi együttműködés a jóhiszeműség elvén alapul. 2020 januárjában sok európai állam sietett Wuhan segítségére, jelenleg viszont a nemzetközi sajtó Kína nyereszkeskedésétől hangos. Nem csak az eladott védőfelszerelés minősége megkérdőjelezhető (ezt pl. Hollandia jelezte az érkezett maszkok minőségéről), ám a védőfelszerelés eredete is igencsak érdekes. Néhány olaszországi rendelés eredete sajtóhírek szerint a januári, Kínának juttatott olasz adományból származik.¹¹

III. *Lex specialis*

A *lex generalis*-on kívül *lex specialis* is vonatkozik a világjárvány ügyére: egyrészt a nemzetközi emberi jogok rendszere, másrészt a nemzetközi egészségügyi jog.

„Szükség lehet sürgősségi intézkedésekre a közegészségügyi veszélyhelyzet kezelésére. A veszélyhelyzet azonban nem az emberi jogi kötelezettségek figyelmen kívül hagyására vonatkozó biankó felhatalmazás. [...] A sürgősségi intézkedéseknek szükségességeknek és arányosaknak kell lenniük az igény kielégítéséhez.” írta 2020. április 9-i közleményében Michelle Bachelet, az ENSZ Emberi Jogi Főbiztosa.¹²

⁸ Zachary Cohen – Alex Marquardt – Evan Perez – Jim Sciutto: US intelligence agencies started tracking coronavirus outbreak in China as early as November. CNN Politics, <https://edition.cnn.com/2020/04/08/politics/intel-agencies-covid-november/index.html> (2020. 04. 09.)

⁹ Frédéric Koller: Coronavirus: et si l’OMS avait écouté Taïwan? *Le Temps*. <https://www.letemps.ch/opinions/coronavirus-loms-avait-ecoute-taiwan> (2020. 03. 21.). Alain Bouc – Vincent Brossel – Marie Holzman: Covid-19: Qui osera demander des comptes au régime chinois? *Figarovox*. <https://www.lefigaro.fr/vox/monde/covid-19-qui-osera-demander-des-comptes-au-regime-chinois-20200401> (2020. 04. 01.)

¹⁰ John Yoo – Ivana Stradner: How to Make China Pay. *National Review*, <https://www.nationalreview.com/2020/04/how-to-make-china-pay/> (2020. 04. 06.)

¹¹ Amber Athey: Italy gave China PPE to help with coronavirus – then China made them buy it back. *Spectator USA*, <https://spectator.us/italy-china-ppe-sold-coronavirus/> (2020. 04. 04.)

¹² Michelle Bachelet: COVID is “a colossal test of leadership” requiring coordinated action, High Commissioner tells Human Rights Council. UN Human Rights Office of The High Commissioner. <https://www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=25785&LangID=E> (2020. 04. 09.), a Szerző fordítása.

III.1. Emberi jogi kérdések

A jelenlegi helyzet állandó veszélyt jelent, illetve sérti az élethez való jogot. Az élet-

hez való jogot a Polgári és Politikai Jogokról Szóló Nemzetközi Egyezségokmány (1966) 6. cikke kodifikálja. Egyrészt az államok kötelesek megakadályozni a jogsértést, másrészt minden olyan intézkedést meg kell hozniuk, amely valóban lehetővé teszi az élethez való jog megőrzését.¹³

A COVID-19 esetében hogyan készültek fel az államok a világvjárványra? Hogyan akadályozták meg a terjedést? Milyen programokat fogadtak el az állampolgárok élethez való jogának védelme érdekében?

Az egészséghez való jogot a Gazdasági, Szociális és Kulturális Jogok Nemzetközi Egyezségokmánya (1966) 12. cikke foglalja magában. Az államoknak kellő gondossággal meg kell tenniük minden intézkedést az egészséghez való jog megőrzése érdekében, hogy megakadályozzák a jog megsértését. Az egyik ilyen lehetséges intézkedés az oktatási és magatartási programok kidolgozása a lakosság felkészítésére a globális egészségügyi veszélyhelyzetek kezelésére és az emberek egészségének megőrzésére.¹⁴

Melyik állam fogadott el ilyen intézkedéseket, illetve programokat? Melyik érintett állam tett lépéseket az egészséghez való jog megőrzése érdekében ebben a kontextusban?

A WHO a 2020. február 28-i jelentésében többször kiemelte a szigorú megelőzési rendszer végrehajtásának fontosságát. A WHO 2020. január 21-e óta publikál világszintű helyzetjelentést a járványról, illetve az érintett területekről. Mikor kezdték el az államok bevezetni a nemzeti megelőző intézkedéseket? Az olaszországi kijárási tilalmat 2020. március 9-én vezették be, mikor már a WHO adatai szerint több mint 7000 ember tesztje lett COVID-19 pozitív. Németország március 13-a, Spanyolország március 14-e, Franciaország március 16-a óta követi az olasz példát. Ám még ezek az államok is a 'korán' reagáló európai országok közé tartoznak. Az Egyesült Királyságban március 23-a óta lépett életbe a kijárási tilalom, míg Magyarországon az erre (pontosabban a kijárási korlátozásra) vonatkozó jogszabály csak március 28-a óta hatályos.

III.2. A Nemzetközi Egészségügyi Előírások

Említést kell tennünk a Nemzetközi Egészségügyi Előírásokról (IHR 2005), amely

¹³ CCPR General Comment 6: Article 6 (Right to Life), UN Human Rights Committee, 1982. április 30.

¹⁴ ESCR General Comment 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12), UN Human Rights Committee, 2000. augusztus 11.

az Egészségügyi Világszervezet egyoldalú jogi aktusa. A WHO kiterjedt hatalommal rendelkezik, melyet alkotmánya ruház rá: a WHO Alkotmányának a 21. és 22. cikkei meghatározzák az összes tagállamra kötelező rendeletek kiadásának hatáskörét nemzeti ratifikációs eljárás nélkül.¹⁵ Az Egészségügyi Világggyűlés alkot nemzetközi normákat, melyek alól az eltérő véleményen levő országok opt-out lehetőségükkel mentesíthetik magukat. Ez a fajta eljárás mód sok bizalmat mutat a műszaki szabályalkotásban szakértők, technokraták és diplomaták támogatásával.¹⁶ Az IHR-t 2005-ben a SARS krízis után felülvizsgálták annak érdekében, hogy figyelembe vegye az új típusú pandémiákat. Az IHR alkalmazandó minden olyan egészségügyi helyzetre, amelynek nemzetközi vonatkozásai lehetnek.

Az IHR előírja, hogy a globális egészségügyi válság irányításának, ellenőrzésének és megelőzésének összhangban kell lennie az emberi jogokkal,¹⁷ illetve, hogy a cél e szabályok univerzális alkalmazása, a világ minden emberének a betegségek terjedésétől való védelme érdekében.¹⁸

Az államoknak 2012 óta kötelessége az IHR értelmében 1) az IHR 5. cikke szerint ellenőrizni (*duty to monitor*) a nemzeti helyzetet egy olyan rendszerrel, amely észleli, értékeli, értesíti és jelenti az eseményeket, illetve 2) az IHR 6. cikke szerint értesíteni (*duty to notify*) a WHO-t 24 órán belül az esetleges krízishelyzet kialakulásáról. Érdemes megjegyezni, hogy a WHO-nak, mint nemzetközi szervezetnek az IHR 6. cikke alapján nincs önálló jelentési bizottsága, ezáltal teljes mértékben az államok jelentési kötelezettségére támaszkodik.¹⁹

Ezen felül a nyilvános veszélyhelyzetekre történő azonnali reagálás kötelezettségét az IHR 13. cikke írja elő az államoknak. Melyik államnak volt bármiféle azonnali reakciója, mely a vírus megállítását eredményezhette volna?

Minden jogvitánál eseti elemzésre lesz szükség: a nemzetközi szerződések pontosan meghatározzák az államok kötelezettségeit és a fórumot vita estén. Például az IHR-ban megszegett kötelezettséget, az IHR 56. cikke alapján csak alternatív vitarendezés jöhet szóba, a választottbírói eljárás hozzájáruláson alapul. Sok állam fog a

¹⁵ Pedro Villarreal – Armin von Bogdandy: International Law on Pandemic Response: A First Stocktaking in Light of the Coronavirus Crisis. *Max Planck Institute for Comparative Public Law & Int'l Law Research Paper*, No. 2020-07 4. o.

¹⁶ Uo.

¹⁷ IHR: World Health Assembly. International health regulations (2005). Geneva: World Health Organization. 3. cikk 1. bek.

¹⁸ IHR: World Health Assembly. International health regulations (2005). Geneva: World Health Organization. 3. cikk 3. bek.

¹⁹ Gian Luca Burci – Steven Solomon – Suerie Moon: What's law got to do with COVID-19? The Graduate Institute of Geneva, Global Health Centre, <https://graduateinstitute.ch/covid-webinar-law> (2020. 04. 21.)

2001. évi, az államok nemzetközi jogsértés miatti felelősségéről szóló szabályok V. fejezetének jogellenességet kizáró körülményeire hivatkozni. A COVID-19 esetében a 23. cikk, *force majeure*, 24. cikk, a végveszély, illetve a 25. cikk, a szükséghelyzet relevánsak.²⁰

Ha egy állam azt állítja, hogy a vírus a fent említett jogellenességet kizáró körülményt – *force majeure*-t, végveszélyt vagy szükséghelyzetet – idézett elő, és ennek következtében bármilyen veszélyhelyzeti kormányzást és/vagy törvénykezést alkalmaz, akkor igazolnia kell tudnia azt, hogy nem járult hozzá a szükségállapot létrejöttéhez.²¹ Máskülönb, és amennyiben ezen állami cselekmények egyben hatályos nemzetközi jogi kötelezettség megszegését is jelentik, akár felvetődhetne az állam felelőssége a 2001. évi, az államok nemzetközi jogsértés miatti felelősségéről szóló tervezet – illetve a tervezet által kodifikált nemzetközi szokásjog – alapján.

IV. Merre tovább?

A *lex generalis* és a *lex specialis* meghatározásából látható, hogy a felelősség meghatározása már korán sem olyan egyszerű, mint amilyennek gondolnánk. A következő elgondolkodtató kérdés az lenne, hogy mely nemzetközi fórumokban lehetne valamilyen jogorvoslatot kapni az államok szintjén. Ez esetenként eltérhet, attól függően, hogy az adott államok milyen nemzetközi kötelezettségeket vállaltak a nemzetközi szerződésekben és azok, milyen vitarendezési fórumokat jelölnek meg.

Általánosságban, azonban megjegyezhető, hogy az IHR az 56. cikkében határozza meg a vitarendezési mechanizmust. A rendelet alkalmazásából vagy értelmezéséből adódó vitákat tárgyalások útján vagy bármely más, maguk által választott békés módon rendezzék. Választott bírósági eljárásra is van lehetőség az érintett államok beleegyezését követően. Ezek a vitarendezési módszerek a vitás államok jó akaratára alapulnak, hogy megoldást főleg diplomáciai úton találjanak. Ám a hangsúly a hozzájáruláson van. Vajon melyik állam fog önként hozzájárulni diplomáciai tanácskozásokhoz az eshetőleges felelősségmulasztásaik végett? Illetve, melyik állam fog önként beleegyezni egy költséges választottbírósi eljárásba, azért, hogy a végén a választott bíróság ellenük ítélkezzen?

Illetve, egy alternatív megoldásként még a Nemzetközi Bíróság *jurisdiction*-ja is szóba jöhet. Ugyanis, a WHO Alkotmányának 75. cikke lehetővé teszi a tagállamok számára, hogy az Alkotmány értelmezéséből vagy alkalmazásából adódó bármely kérdés

²⁰ Federica Paddeu – Freya Jephcott: COVID-19 and Defences in the Law of State Responsibility: Part I and Part II. *EJIL: Talk!* <https://www.ejiltalk.org/covid-19-and-defences-in-the-law-of-state-responsibility-part-i/> (2020. 03. 17.) <https://www.ejiltalk.org/covid-19-and-defences-in-the-law-of-state-responsibility-part-ii/> (2020. 03. 17.)

²¹ Uo. Illetve, ld. *Gabčíkovo-Nagymaros Project (Hungary/Slovakia)*, *Judgment*, I. C. J. Reports 1997, p. 7. p. 38. 52. bek.

vagy vita, amelyet diplomáciai tárgyalások vagy az Egészségügyi Közgyűlés nem tud rendezni, a Nemzetközi Bírósághoz referálható.²² Az WHO Alkotmánya a szervezet létrehozó keretet, a célját, a tagság intézményi felépítését és funkcióit építi ki, a közegészségügyi szabályokkal és rendeletekkel kapcsolatos lényegi kötelezettségeket azonban limitálva tartalmaz.²³ Ezáltal egy alternatív jogorvoslati lehetőséget ad a tagállamoknak. Ezt a világvilágjárvány esetében, úgy lehetne meghivatkozni, hogy az IHR-t, az ENSZ Biztonsági Tanácsának határozataihoz hasonlítjuk.²⁴ Ha ez lehetséges, akkor egy alternatív út nyílik meg a tagállamok előtt, mellyel lehetőségük nyílik vitatott esetet vinni a Nemzetközi Bíróság elé, vagy tanácsadói véleményt kérni a Bíróságtól.

Ámbár a Nemzetközi Bíróság tűnik a legmegfelelőbb fórumnak, hogy felelősségre vonja azokat az államokat, melyek jogsértéseket követtek el a COVID-19 világvilágjárvány kialakulásával a 2001. évi államok nemzetközi jogsértés miatti felelősségéről szóló szabályok értelmében. A Bíróság jogorvoslata feltehetőleg nem lesz kielégítő. A Bíróság ítéletei a Bíróság alapokmányának 59. cikke szerint csak a felek között és az adott esetre nézve kötelező érvényű. Az ítéletek végrehajtásának kérdése is egy szürke zónába esik, melyre az ENSZ Biztonsági Tanácsának van némi, ámde jelentősen limitált kihatása.²⁵ Ha egy államot a Bíróság felelősnek is tartana a világvilágjárvány elterjedésért és a jogorvoslat pénzbeli kompenzáció lenne, a végrehajtás kérdéses.²⁶ Ezek a kérdések sok nemzetközi jogtudóst arra a következtetésre inspirálja, hogy

²² *Armed Activities on the Territory of the Congo (Democratic Republic of the Congo v. Uganda), Judgment*, I.C.J. Reports 2005, p. 168. 99. bekezdésben a Bíróság elismeri a WHO Alkotmányának 75. cikke elismeri a Bíróság joghatóságát.

²³ Peter Tzeng: *Taking China to the International Court of Justice over COVID-19*. EJIL: Talk! <https://www.ejiltalk.org/taking-china-to-the-international-court-of-justice-over-covid-19/> (2020. 04. 03.).

Swargodeep Sarkar: *Liability of China for Covid19 Outbreak, State Responsibility, and Jurisdictional Challenges*. *Modern Diplomacy*, <https://moderndiplomacy.eu/2020/04/13/liability-of-china-for-covid19-outbreak-state-responsibility-and-jurisdictional-challenges/> (2020. 04. 13.)

²⁴ Dapo Akande – Marko Milanovic – Sarah Nouwen – Philippa Webb – Gian Luca Burci: *Episode 2: WHO let the bats out? EJIL: The Podcast!* <https://podcasts.apple.com/gb/podcast/episode-2-who-let-the-bats-out/id1508367340?i=1000473699039> (2020. 05. 05.)

²⁵ *Ld. Military and Paramilitary Activities in and against Nicaragua (Nicaragua v. United States of America), Merits, Judgment*, I.C.J. Reports 1986, p. 14. p. 136. o. 292. bek. melyben a Bíróság megállapította az Egyesült Államok nemzetközi jogsértését és tartózkodásra, illetve jóvátétel nyújtásra szólította fel. Ám az Egyesült Államok vétő jogát gyakorolva megakadályozta az ENSZ Biztonsági Tanácsának az ítélet végrehajtásáról szóló határozatát. A végrehajtását az ENSZ Közgyűlés nem tudta egyoldalúan támogatni az amerikai befolyástól. *Ld. Constanze Schulte: Compliance with Decisions of the International Court of Justice*. Oxford University Press, Oxford, 2004. 200-207. o.

²⁶ *Ld. Corfu Channel case, Judgment of April 9th, 1949*, I. C. J. Reports 1949, p. 4. 250. o. melyben a Bíróság pénzbeli kompenzációt állapított meg Nagy Britannia számára, melyet Albánia mai napig nem rendezett. *Ld. Schulte: i. m. 95-99. o.*

még ha a Nemzetközi Bíróság elé is kerülhet a COVID-19 járvánnyal kapcsolatos jog-eset, a Bíróság ítélete diplomáciai és hatalmi okokból is csak limitált lehet.²⁷

A felelősség kérdése a nemzetközi vitás esetekben komplex és szorosan összefonódik a nemzetközi kapcsolatok területével. A felelősségre vonás kérdés igen bonyolult: ki lesz felelősségre vonva? Melyik állam fogja ezt az államot felelősségre vonni egy nemzetközi bírósági fórumon? Melyik fórumnak van joghatósága? Melyik nemzetközi kötelezettség megsértése végett? Milyen jogorvoslat születhet? Válaszolni fog-e a felelősségre vonásra vonatkozó kérdésre, vagy a fórum valamilyen procedurális akadály miatt felfüggeszti az eljárást?

V. Konklúzió

Mindezek után ismét feltehetjük a kérdést, hogy a jelenlegi nemzetközi jogi keretek alapján ki, vagy kik a felelősek a COVID-19 világjárvány elterjedéséért? A válasz már cseppet sem tűnik olyan egyszerűnek, mint a cikk elején, ugyanis a potenciális felelősek listája ezen kritériumok alapján igencsak hosszú, ellenben a konkrét nemzetközi jogi felelősség megállapíthatósága kétséges lehet. Mindeközben a nemzetközi közösség már indítványozta néhány állam felelősségét a világjárvány elterjedésére vonatkozóan. Az Amerikai Egyesült Államok a WHO felelősségét vizsgálja,²⁸ míg Emmanuel Macron, francia elnök, a Financial Times-nak adott interjúban Kína őszinteségét kérdőjelezte meg a járvány kezelésével kapcsolatban.²⁹ A járvány még javában tombol a világ több pontján, gyógymód még nincs, illetve a terjedés ellenőrzésére és megállítására szolgáló megoldások korlátozottak, ami feltehetőleg és legalábbis részben az államok megkésett reakciójából következik.

A felelősségre vonás egy hosszú folyamat eredménye lesz, melyek csak igen körülményes módon lehet majd nemzetközi bíróságok elé vinni. Előreláthatólag sok nemzetközi magánjogi peres eljárást indítanak majd el, különösen sok lesz a befektetési vita. Kérdéses azonban, hogy hány államot (már ha lesz egyáltalán ilyen) visznek más államok egy nemzetközi bíróság, illetve fórum elé, hogy viseljen felelősségét a világjárvány során elkövetett nemzetközi jogot sértő cselekményeiért.

²⁷ Akande – Milanovic – Nouwen – Webb – Burci: i. m. Guo Shuai: Don't bother suing China for COVID-19 before the ICJ. *China Global Television Network*, <https://news.cgtn.com/news/2020-04-08/Don-t-bother-suing-China-for-COVID-19-before-the-ICJ-PutmYs7u24/index.html> (2020. 04. 08.)

²⁸ David Smith: Trump halts World Health Organization funding over coronavirus 'failure.' *The Guardian*, <https://www.theguardian.com/world/2020/apr/14/coronavirus-trump-halts-funding-to-world-health-organization> (2020. 04. 15.)

²⁹ Patrick Donahue – Ania Nussbaum: Europe Is Taking a Harder Look at China After Virus Suspicions. *Bloomberg*, <https://www.bloomberg.com/news/articles/2020-04-17/europe-is-taking-a-harder-look-at-china-after-virus-suspicions> (2020. 04. 17.)

A felelősségre vonás kérdései egy másik jelentős problémára felhívja a figyelmet: a jelenlegi nemzetközi jogi keret elavultak a 2005-ös reform ellenére is, és mint a jelenlegi világjárvány esetében is látható, elégtelenek. A nemzetközi együttműködés, illetve a szolidaritás lehetnek azok az megközelítések, melyek segíthetnek megoldást találni a COVID-19 okozta helyzetre.

Schubert Bálint

szakkollégista, Óriás Nándor Szakkollégium, Bűnügyi Tagozat

Az orvosi személyzet szerepe a humanitárius nemzetközi jogban

I. Bevezető

A háború az államok kapcsolatának az egyik legrégebbi intézménye, amely azok történelmét szinte létrejöttüktől fogva végigkíséri és formálja.¹ A XIX. század második felében fejlődésnek induló *jus in bello* – vagyis a háborúban alkalmazandó szabályok – fő célja a háború során elkerülhetetlenül bekövetkező szenvedés csökkentése, a korlátok nélküli pusztítás kizárása. Ebből adódóan e szabályok között nem csak a harci cselekmények során betartandó normákat találhatjuk meg, hanem azokat is, amelyek az ilyen cselekmények következtében megsebesült személyeket ellátó orvosokat és mindazon személyeket védelemben részesítenek, akiknek a célja az emberi szenvedés csökkentése. A Vöröskereszt Nemzetközi Bizottsága (a továbbiakban: ICRC) elődjének tekinthető „A sebesültek megmentésének nemzetközi bizottsága” (*International Committee for the Relief of the Wounded*) 1863-as létrejötte óta a szervezet által használt emblémák (a vörös kereszt, a vörös félhold, illetve a 2005-ben létrehozott vörös kristály)² a fegyveres konfliktusok színterein szinte mindennaposá váltak. Napjainkban azonban egyre gyakrabban hallunk olyan esetekről, mikor a fegyveres konfliktusok során az emblémákat megillető védelmet semmibe véve orvosi személyzetet, illetve objektumokat érnek támadások, mint például az Orvosok Határok Nélkül (*Medecins Sans Frontieres*) nemzetközi segélyszervezet által támogatott kórházat ért 2016-os bombatámadás.³ Az ilyen és ehhez hasonló esetek árnyékában egyre nagyobb figyelem esik az orvosokat és a gyógyító személyeket konfliktusok során megillető védelem kérdésére.⁴

E tanulmány az orvosi személyzet szerepét vizsgálja a humanitárius nemzetközi jogban, melynek keretében először a háborúk során kifejtett gyógyító tevékenység középkortól a XX. század közepéig terjedő történeti áttekintése kerül bemutatásra, kiemelve annak fontos állomásait, mint az ICRC létrejötte és az 1864-es első Genfi Egyezmény (II. rész). Ezt követően az orvosi személyzetet a fegyveres konfliktusok során terhelő kötelezettségek sorra vétele (III. rész), majd a harcok során a gyógyítókat megillető jogok következnek (IV. rész). Végül, de nem utolsósorban kitekin-

* Szeretném megköszönni Kis Kelemen Bence tanársegédnek példaértékű segítségét és remek észrevételeit, amelyekkel hozzájárult a tanulmány elkészítéséhez.

¹ Bruhács János: Nemzetközi Jog I. Dialóg Campus Kiadó, Pécs 2008. 176. o.

² A vörös kereszt és a vörös félhold szimbólumáról bővebben ld.: The Emblems, ICRC, <https://www.icrc.org/en/document/emblems> (2020. 04. 22.)

³ Medecins Sans Frontieres: MSF-supported hospital bombed in Yemen: death toll rises to six. <https://www.msf.org/msf-supported-hospital-bombed-yemen-death-toll-rises-six> (2020. 05. 04.)

⁴ M. Goniewicz, – K. Goniewicz: Protection of medical personnel in armed conflicts - case study: Afghanistan. *European Journal of Trauma and Emergency Surgery*, Vol. 39 Issue 2. 107. o.

tésként a témához kapcsolódó „kórházpajzsok problémát fogom bemutatni (V. rész).

II. Történeti áttekintés

Bár a modern humanitárius nemzetközi jog fejlődése kétségtelenül a XIX. század véres háborúira adott válaszként indult meg, azonban az emberiség, mint érték szinte egyidős az emberi történelemmel, és szervesen áthatja azt. Ennek megfelelően már az ókorban is találhatunk olyan eseteket, amelyek során megnyilvánult a háború áldozatai iránti empátia, a szenvedés csökkentésének célja.⁵ Ugyanakkor ezek még csak kezdetleges törekvések voltak, az első jelentősebb fejlemények a hadseregekben történő orvosi ellátással, illetve a sebesültek és az őket ápoló személyzet védelmével kapcsolatosan csak a XVI. században jelentek meg.⁶ Ezeket a helyi szintű megállapodásokat, amelyeket általában az ellenséges seregek vezetői kötöttek egymással, „kartelleknek” nevezték, szabályaik pedig a következők voltak: a tábori kórházak különleges zászlókkal történő megjelölésének kötelezettsége, az ellenséges és szövetséges sebesültek közötti megkülönböztetés tilalma, illetve az orvosok, felcserek és ezek segédjeinek sérthetlensége.⁷ Az ilyen és ehhez hasonló megállapodások a XVII. századra már nem csak helyi szinten jöttek létre, hanem egész államok között kötöttek, amelyre példaként említhető az 1759-ben Franciaország és Nagy-Britannia között létrejött megállapodás, amelyben a felek kijelentették, hogy orvosi személyzetet nem ejtenek foglyul, illetve az ilyen személyeket sértetlenül visszaküldik.⁸ Bár eleinte megállapodások következtében a háborúk jelentette szenvedés és az elesettek száma csökkenésnek indult, idővel a hadászati és technológiai fejlődések, valamint a hadviselés átalakulásának hatására ezek újult erővel tértek vissza.⁹ Erre reagálva jelentek meg törekvések a XVIII. században arra vonatkozóan, hogy az említett megállapodások rendelkezéseit egy univerzális nemzetközi szerződésbe foglalják, amely alkalmas a háborúk áldozatainak csökkentésére.¹⁰

A majdani Genfi Egyezmény létrejöttéhez elengedhetetlen volt az ICRC 1863-as létrejötte. A Vöröskereszt Nemzetközi Bizottságát (*International Committee of the Red Cross*) Henry Dunant svájci üzletember és aktivista hozta létre, miután szembesült a solferinói csata borzalmaival. 1864-ben a svájci kormány segítségével rendezték

⁵ Jean Pictet: The medical profession and international humanitarian law. *International Review of the Red Cross*, Vol. 25. No. 247. 191. o.

⁶ L. C. Green: The Relations between Human Rights Law and International Humanitarian Law: A Historical Overview. In: *Testing the Boundaries of International Humanitarian Law* (Susan C. Breau – Agnieszka Jachec-Neale eds.). British Institute of International and Comparative Law, London, 2006. 65. o.

⁷ Peter de Waard, John Tarrant: Protection of Military Medical Personnel in Armed Conflicts. *University of Western Australia Law Review*, Vol. 35 Issue 1. 160. o.

⁸ Geoffrey G. Butler – Simon Maccoby: The Development of International Law. Logmans Green, London, 1928. 149-150. o.

⁹ Pictet: i. m. 193. o.

¹⁰ Butler – Maccoby: i. m. 151. o.

meg Genfben azt a diplomáciai konferenciát, ahol 12 állam részvételével elfogadták az első Genfi Egyezményt („Convention for the Amelioration of the Condition of the Wounded in Armies in the Field”¹¹). Ez lényegében megerősítette a már korábban a „kartell” megállapodásokban használt rendelkezéseket, létrehozta a fehér alapon vörös kereszt szimbólumát és elindította fejlődési útján a humanitárius nemzetközi jogot.¹² Az első Genfi Egyezményt az idő haladtával számos újabb megállapodás és az értelmezésüket segítő kommentár követte, amelyek a Hágai Egyezményekkel¹³ karöltve a humanitárius nemzetközi jog területét tovább bővítették. Ezek a hadviselésben bekövetkezett változásokra, a tengeri hadviselés elterjedésére, illetve az első és második világháború borzalmaira reagálva szigorították és pontosították a háborúk során alkalmazandó szabályokat, köztük számos, az orvosi személyzetre vonatkozó rendelkezéssel. Ennek eredménye lett az 1949-es Genfi Egyezmények, amely alatt 4 nemzetközi szerződést értünk.¹⁴ A jelenlegi humanitárius nemzetközi jogi rezsim forrásai tehát az említett szerződésekből, a nemzetközi szokásjogból és a nemzetközi jog feltétlen alkalmazást igénylő (*ius cogens*) szabályaiból állnak.

A következő részben az 1949-es Genfi Egyezmények, illetve az I. Kiegészítő Jegyzőkönyv (1949. augusztus 12-én kötött Genfi Egyezményeket Kiegészítő és a nemzetközi fegyveres összeütközések áldozatainak védelméről szóló jegyzőkönyv) rendelkezéseit szem előtt tartva fogom bemutatni az orvosi személyzet kötelességeit fegyveres konfliktus során.

III. Az orvosi személyzetet terhelő köteleességek

III.1. Alapvető elvek

Ahhoz, hogy az orvosi személyzet kötelességeit megfelelően bemutathassam, szükséges néhány alapvető elv ismertetése. Az első és talán legfontosabb ilyen elv a sebesült és beteg személyeket, a hadifoglyokat és a fegyveres konfliktus káros hatásainak kitett civil személyeket megillető védelem, amely alapjaiban hatja át a humanitárius nemzetközi jogot.¹⁵ Ennek megfelelően, a fenti személyekkel való emberséges bá-

¹¹ Convention for the Amelioration of the Condition of the Wounded in Armies in the Field. Geneva, 22 August 1864.

¹² Malcolm N. Shaw: Nemzetközi Jog. Complex Kiadó, Budapest 2008. 947 – 948. o.

¹³ Az 1899-es második Hágai Egyezmény (Convention with respect to the Laws and Customs of War on Land) nem csak szellemiségében erősítette meg a Genfi Egyezményekkel lefektetett alapokat, hanem annak számos, a sebesültekkel kapcsolatos rendelkezését is magában foglalta. Ld. Convention (II) with Respect to the Laws and Customs of War on Land and its annex: Regulations concerning the Laws and Customs of War on Land. The Hague, 29 July 1899.

¹⁴ The Geneva Conventions of 1949 and their Additional Protocols, ICRC, <https://www.icrc.org/en/doc/war-and-law/treaties-customary-law/geneva-conventions/overview-geneva-conventions.htm> (2020. 04. 24.)

¹⁵ Ez az elv az 1949-es Genfi Egyezmények mind a 4 szerződésében, illetve az I. Kiegészítő Jegyzőkönyvben is megtalálható. Ld. Az 1949. augusztus 12-én kötött Genfi Egyezményeket kiegészítő és a nemzetközi fegyveres összeütközések áldozatainak védelméről szóló jegyzőkönyv (I. jegyzőkönyv) 10. cikk.

násmód követelménye az orvosi személyzetet is kötelezi, természetesen lehetőségeikhez mérten és lelkiismeretüknek megfelelően. Az orvosokat megillető védelem azonban nem egy személyesen a számukra biztosított védelem, hanem a fegyveres konfliktusok áldozatainak tiszteletben tartását és védelmét biztosító követelmények természetes velejárója.¹⁶ Ez alatt azt kell érteni, hogy a védelem célja az orvosokra ruházott humanitárius feladatok elvégzésének megkönnyítése, amelyben csak akkor részesülnek, ha (és amikor) ezeket a feladatokat ellátják.¹⁷

Az orvosi személyzet tagjainak tartózkodnia kell minden ellenséges cselekedettől, illetve tagjaik csak könnyűfegyverekkel lehetnek felszerelvek, amelyeket csak a saját, vagy gondjuk alá tartozó sebesültek életének védelmében használhatnak.¹⁸ Az ellenséges cselekedetek tilalma visszavezethető a személyzetet illető védelemre, hiszen az ilyen cselekedetek szöges ellentétei a gyógyító tevékenységnek, amely a védelem alapjaként szolgál. A könnyűfegyverek engedélyezése első olvasatra szintén ellentétes az orvosi tevékenység szellemiségével, azonban fontos szem előtt tartani, hogy a fegyveres konfliktusok körülményei számos esetben megkövetelik, hogy a gyógyítók képesek legyenek saját és gondozottjaik életét megvédeni. Természetesen bizonyos korlátozások érvényesülnek ezzel kapcsolatosan, mint a fegyverzet jellege, illetve használatának kizárólag védekezésre korlátozódása.¹⁹

Végül az, utolsó alapvető elv, amelyet említenünk kell az orvosi személyzet megkülönböztethetőségének követelménye. Ennek megfelelően a védelemben részesülő gyógyító személynek kötelező a lehető legfelismerhetőbb módon feltüntetni magát a fehér alapon vörös keresztet, félholdat, vagy kristályt ábrázoló jelvényt, illetve magánál tartani a gyógyítói minőségét igazoló személyazonossági okmányát.²⁰

¹⁶ Katherine H. A. Footer – Leonard S. Rubenstein: A human rights approach to health care in conflict. *International Review of the Red Cross*, Vol 95. Issue 889. 176. o.

¹⁷ Az 1949-es Genfi Egyezmények első megállapodásának 25. cikke a kiegészítő orvosi személyzet esetében a védelem feltételeként a tényleges orvosi tevékenység végzését írja elő. Kiegészítő orvosi személyzet alatt fegyveres erők olyan tagját kell érteni, aki szükség esetén kórházi kiségitőként, ápolóként gyógyító tevékenységet végez. Ld. A hadrakelt fegyveres erők sebesültjei és betegei helyzetének javítására vonatkozóan Genfben, 1949. augusztus 12-én kelt egyezmény (I. Genfi Egyezmény). 25. cikk.

¹⁸ Az 1949. augusztus 12-én kötött Genfi Egyezményeket kiegészítő és a nemzetközi fegyveres összeütközések áldozatainak védelméről szóló jegyzőkönyv (I. jegyzőkönyv) 13., 28., 67. cikk

¹⁹ Dr. Alma Baccino-Astrada: Manual on the rights and duties of medial personnel in armed conflicts. The International Committee of the Red Cross and The League of Red Cross Societies, Genf 1982. 32-33. o.

²⁰ Az 1949. augusztus 12-én kötött Genfi Egyezményeket kiegészítő és a nemzetközi fegyveres összeütközések áldozatainak védelméről szóló jegyzőkönyv (I. jegyzőkönyv). 18. cikk

III.2. Orvosi ellátás nyújtása

Az orvosi ellátás nyújtása kétségtelenül az orvosi személyzet legfontosabb kötelessége a fegyveres konfliktus során. A gyógyító tevékenység ellátása mindig az orvosi etikai alapelvek betartásával kell történnjen. Az Orvosi Világszövetség közgyűlése 1948-ban hozta létre a Hippokratészi eskü mintájára az úgynevezett Genfi Deklarációt, amely azóta számos alkalommal került módosításra és kiegészítésre.²¹ A Deklaráció fő szabályai közé tartozik az orvosi tevékenység lelkiismerettel és méltósággal történő végzése, a páciens életének szem előtt tartása, az orvosra tevékenysége során bízott titkok megőrzése, a diszkrimináció tilalma.²²

A harcokban közvetlenül részt nem vevő és a harcra képtelen állapotba került, úgynevezett *hors de combat*²³ személyek ellátása során mindig emberségesen kell eljárni, az ellátás során az orvosi kritériumokon kívül minden más megkülönböztetés alkalmazása tilos.²⁴ Utóbbi tilalom kiterjed mind a faji, politikai, vallási és nemi megkülönböztetésre, így ennek megfelelően a sérült személyt kizárólag páciensként, nem pedig ellenségként, vagy szövetségesként kell kezelni. Természetesen ez nem jelenti azt, hogy az orvos ne tehetne különbséget a páciensek között orvosi alapon, az alapvető élszükséglet keretei között.²⁵

Amennyiben orvosi beavatkozás szükséges, tilos a sebesültet olyan orvosi eljárásnak vagy bármely medikai kísérletnek, testcsonkításnak, szövet-, vagy szerveltávolításnak²⁶ alávetni, amelyet egészségügyi állapota nem indokol, emellett feltételként jelenik meg a beteg beleegyezése az ellátás megkezdése előtt (természetesen, ha a páciens erre alkalmas állapotban van).²⁷ Ennek megfelelően előfordulhat olyan eset is, amikor a sebesült megtagadja az ellátást, amelyet célszerű a sebesült aláírásával ellátott írásos nyilatkozatban rögzíteni.²⁸

²¹ WMA Declaration of Geneva. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-geneva/> (2020. 04. 24.)

²² Természetesen a Deklarációnak nincsen jogi jelentősége, így nem köti a konfliktusban részt vevő feleket, azonban nagy ismeretségnek örvend, amely elősegíti betartását.

²³ A „*hors de combat*” kategóriába olyan személyek esnek, akik választás vagy körülmény alapján már nem vesznek részt ellenségeskedésekben. Ld. https://ihl-databases.icrc.org/customary-ihl/eng/docs/v1_rul_rule47 (2020. 04. 28.)

²⁴ Az 1949. augusztus 12-én kötött Genfi Egyezményeket kiegészítő és a nemzetközi fegyveres összeütközések áldozatainak védelméről szóló jegyzőkönyv (I. jegyzőkönyv). 10., 75. cikk

²⁵ Baccino-Astrada: i. m. 40. o.

²⁶ Érdekeség, hogy a vérátömlesztés és az átültetési célú bőradás kivételével a kísérletek még abban az esetben sem alkalmazhatóak, amennyiben az adott páciens ehhez hozzájárulását adta. Baccino-Astrada: i. m. 41. o.

²⁷ Az 1949. augusztus 12-én kötött Genfi Egyezményeket kiegészítő és a nemzetközi fegyveres összeütközések áldozatainak védelméről szóló jegyzőkönyv (I. jegyzőkönyv). 11. cikk

²⁸ Baccino-Astrada: i. m. 42. o.

III.3. Orvosi adatrögzítés és egyéb köteleességek

Bár egy fegyveres konfliktus során a medikai személyzet feladata elsősorban a sebesült, illetve beteg személyek ellátása, azonban megjelennek olyan fontos köteleességek is, mint a betegekkel kapcsolatos adatok, tények rögzítése, a velük kapcsolatos jelentések elkészítése. Fontos leszögezni, hogy a továbbiakban felsorolt esetekben a rögzítés elvégzése és a jelentések elkészítése nem az orvosi személyzet kötelessége, azonban közvetetten részt vesznek a folyamatban, hiszen nélkülük az egészségügyi adatok adekvát rögzítése nem lehetséges. Az eljárás során természetesen érvényesülnek a korábban már bemutatott elvekben megfogalmazott elvárások, mint például a rögzített adatok hitelességére és szakszerűségére, illetve a páciensekkel való humánus eljárásra kiterjedő követelmények.²⁹ A témakörben felmerülő számos szabály közül a teljesség igénye nélkül a következőkről érdemes szót említeni.

Alapvető rendelkezésként jelenik meg, hogy a fegyveres konfliktus áldozatának családja jogosult megismerni a hozzátartozójuk állapotát,³⁰ illetve a hadviselő feleknek az a kötelezettsége, hogy a lehető legkorábban feljegyezzék az összes rendelkezésre álló adatot azokról a sérült, beteg vagy hajótörött személyekről, akik fogságukba kerültek. A legfontosabb adatok, amelyek feljegyzése kötelező, a következők: a fél megnevezése, akinek a hatalma alá került a szóban forgó személy, a fogságba került egységének, beosztásának megnevezése, vezeték és keresztnéve, születési dátuma, foglyul ejtésének helye és ideje, illetve az egészségi állapotára kiterjedő adatok.³¹ Az elhunyt személyekkel kapcsolatos eljárás esetében a kötelezően feljegyzendő adatok sora kibővül a halál helyével és idejével, illetve a halál okával.³²

A hadifoglyokra vonatkozó adatok köre (tekintettel helyzetük sajátosságára) meglehetősen széleskörű. Így, ide tartozik a korábban felsoroltakon túl, a szülők neve és címe, a foglyok szabadon engedésével, esetleges szökésükkel (vagy szökési kísérletükkel), sérülésükkel és orvosi ellátásukkal kapcsolatos adatok. Utóbbi információk esetében az orvosi személyzet szakszerű eljárása kötelező, hiszen csak így biztosított a szóban forgó adatok részletes és pontos rögzítésének lehetősége. A fogságban tartó fél kötelessége, hogy meghatározott időközönként (amennyiben ez lehetséges hetente) a sebesült, vagy súlyosan beteg foglyokról jelentéseket rögzítsen, amelyekben pontosan rögzítik az egészségügyi állapotukban bekövetkező változásokat, illetve ezek okait.³³

²⁹ Baccino-Astrada: i. m. 43-49. o.

³⁰ Az 1949. augusztus 12-én kötött Genfi Egyezményeket kiegészítő és a nemzetközi fegyveres összeütközések áldozatainak védelméről szóló jegyzőkönyv (I. jegyzőkönyv). 32. cikk

³¹ A hadrakelt fegyveres erők sebesültjei és betegei helyzetének javítására vonatkozóan Genfben, 1949. augusztus 12-én kelt egyezmény (I. Genfi Egyezmény). 16. cikk.

³² A hadrakelt fegyveres erők sebesültjei és betegei helyzetének javítására vonatkozóan Genfben, 1949. augusztus 12-én kelt egyezmény (I. Genfi Egyezmény). 17. cikk.

³³ A hadifoglyokkal való bánásmódról vonatkozóan Genfben, 1949. augusztus 12-én kelt

A felsorolt orvosi köteleességek mellett megtalálható még számos olyan, a humanitárius nemzetközi jogban szabályozott feladat és szituáció, amelyek a fegyveres konfliktusok esetében szinte mindennaposak, és amelyek helyes elvégzése orvosi személyzet közreműködése nélkül lehetetlenek. Ilyen például annak a követelménye, hogy az összecsapások bármely szakaszában (de legfőképpen a harcok végeztével) a feleknek köteleességük mindent megtenni (természetesen szem előtt tartva a körülményeket, amelyek között a feladat elvégzendő) annak érdekében, hogy felkutassák és összegyűjtsék a sebesült, beteg és hajtórött személyeket, illetve biztosítsák a megfelelő eljárások elvégzését az elhunytak esetében.³⁴ Az elhunytaknak az összecsapás helyszínén való eltemetése, elhamvasztása, valamint tengeri temetésben részesítése előtt kötelező a test orvosi vizsgálata, amelynek célja a halál beálltának, illetve az elhunyt személyazonosságának megállapítása.³⁵ A szárazföldön főszabályként a hagyományos temetés alkalmazandó (szemben a hamvasztással, amely csak alapos higiéniai vagy vallási indokokkal engedélyezett) és a testeket – amennyiben a körülmények engedik – külön kell eltemetni, a sírokat pedig jól láthatóan megjelölni.³⁶

IV. Az orvosi személyzetet megillető jogok

IV.1. Alapvető elvek

Az előző részben bemutatott kötelezettségek megfelelő teljesítése rendkívüli terhet ró az orvosi személyzet tagjaira, hiszen mindezeket a feladatokat egy fegyveres konfliktus közepén kell teljesíteniük, ahol nem csak a saját, hanem a rájuk bízott sebesültek életét is kezükben tartják. Ennek megfelelően a humanitárius nemzetközi jog számos speciális jogot biztosít a gyógyítók számára, megkönnyítendő feladataik hatékony és biztonságos elvégzését. Ahogy a köteleességek esetében most is az alapvető elvek bemutatásával kezdem, hiszen ezek szervesen áthatják a később bemutatásra kerülő jogokat.

Az első (és talán legfontosabb) elv az orvosi személyzetet megillető tisztelet és védelem elve, amely megadja azokat az alapvető jogosultságokat, amelyek nélkül a gyógyítói tevékenység elvégzése lehetetlen lenne.³⁷ Ennek értelmében tilos az orvosi személyzet tagját megtámadni, sőt kötelező az ilyen személy védelme, támogatása és a tevékenységének ellátásához szükséges feltételek biztosítása. Az elvhez szorosan kapcsolódik annak kikötése, hogy a személyzet tagja semmilyen körülmények

egyezmény (III. Genfi Egyezmény) 30., 54., 122. cikk.

³⁴ Az 1949. augusztus 12-én kötött Genfi Egyezményeket kiegészítő és a nemzetközi fegyveres összeütközések áldozatainak védelméről szóló jegyzőkönyv (I. jegyzőkönyv). 33. cikk

³⁵ Az 1949. augusztus 12-én kötött Genfi Egyezményeket kiegészítő és a nemzetközi fegyveres összeütközések áldozatainak védelméről szóló jegyzőkönyv (I. jegyzőkönyv). 34. cikk

³⁶ *Baccino-Astrada*: i. m. 49. o.

³⁷ Az 1949. augusztus 12-én kötött Genfi Egyezményeket kiegészítő és a nemzetközi fegyveres összeütközések áldozatainak védelméről szóló jegyzőkönyv (I. jegyzőkönyv). 15., 62., 67. cikk

között sem mondhat le az őt megillető tisztelet és védelem jogáról³⁸, hiszen ez lehetőséget adna a jogról való lemondással történő visszaélésre. Emellett megjelenik azon kikötés is, mely szerint tilos az állam általi megtorlás minden formája a védett személyekkel szemben.³⁹

IV.2. Az orvosi tevékenység ellátásával kapcsolatos jogok

Az orvosi személyzet számára a rájuk bízott feladatok ellátása nem csak kötelesség, hanem jog is. Ennek megfelelően joguk van a konfliktusban résztvevő bármely féltől segítséget és támogatást kérni feladataik ellátáshoz.⁴⁰ Ezt kiegészítendő jelenik meg a „hozzáféréshez való jogosultság”,⁴¹ amelynek keretében a gyógyító személyzet tagjának (az érintett fél által szükségesnek tartott felügyeleti és biztonsági intézkedések betartása mellett) joga van hozzáférni azokhoz a helyszínekhez, ahol tevékenységére szükség van, vagy amely hatékony eljárásához szükséges.⁴²

Rendkívül fontos rendelkezés, hogy a személyzet tagja nem büntethető az orvosi etikával összeegyeztethető beavatkozás elvégzése miatt.⁴³ Ez lényegében azt jelenti, hogy az orvosi etikával összhangban lévő gyógyító tevékenységek semmilyen körülmények között nem eredményezhetnek az orvosi személyzet ellen irányuló erőszakot, fenyegetést, üldöztetést vagy büntetést, függetlenül a körülményektől vagy az ellátott személyektől (legyen akár barát, akár ellenség).⁴⁴ Ebből adódik az a rendelkezés, amely kimondja, hogy a személyzet tagja semmilyen körülmények között sem kötelezhető az orvosi etikával összeegyeztethetetlen beavatkozás elvégzésére.⁴⁵ Az orvosi adatrögzítésben való közreműködés kötelezettségéhez kapcsolódik annak a tilalma, hogy a személyzet tagját arra kényszerítsék, hogy a gondozásuk alatt álló személyről ilyen információt szolgáltasson.⁴⁶

³⁸ A polgári lakosság háború idején való védelmére vonatkozóan Genfben, 1949. augusztus 12-én kelt egyezmény (IV. Genfi Egyezmény) 8. cikk

³⁹ Az 1949. augusztus 12-én kötött Genfi Egyezményeket kiegészítő és a nemzetközi fegyveres összeütközések áldozatainak védelméről szóló jegyzőkönyv (I. jegyzőkönyv). 20. cikk

⁴⁰ Az 1949. augusztus 12-én kötött Genfi Egyezményeket kiegészítő és a nemzetközi fegyveres összeütközések áldozatainak védelméről szóló jegyzőkönyv (I. jegyzőkönyv). 15. cikk

⁴¹ Ezt a humanitárius nemzetközi jog kötelezőként határozza meg, azonban olyan felügyeleti és biztonsági intézkedések mellett, amelyeket a konfliktusban érintett felek szükségesnek tartanak. Ld. *Baccino-Astrada*: i. m. 69. o.

⁴² Az 1949. augusztus 12-én kötött Genfi Egyezményeket kiegészítő és a nemzetközi fegyveres összeütközések áldozatainak védelméről szóló jegyzőkönyv (I. jegyzőkönyv). 15. cikk

⁴³ Az 1949. augusztus 12-én kötött Genfi Egyezményeket kiegészítő és a nemzetközi fegyveres összeütközések áldozatainak védelméről szóló jegyzőkönyv (I. jegyzőkönyv). 16. cikk

⁴⁴ *Baccino-Astrada*: i. m. 69. o.

⁴⁵ Az 1949. augusztus 12-én kötött Genfi Egyezményeket kiegészítő és a nemzetközi fegyveres összeütközések áldozatainak védelméről szóló jegyzőkönyv (I. jegyzőkönyv). 15-16. cikk.

⁴⁶ A tilalom alóli kivétel a fertőző betegség fennállásának kötelező bejelentése. Ld. *Uo.*

IV.3. Az orvosi személyzet jogai fogságba kerülése esetén

Különleges rendelkezések vonatkoznak az orvosi személyzet tagjának fogságban tartás alóli mentességére. A humanitárius nemzetközi jog ugyanis két kategóriát különböztet meg: a visszatartás lehetősége nélküli mentességet⁴⁷, illetve a mentesség azon fajtáját, mikor lehetséges a visszatartás.

Az első eset a következő személyekre terjed ki: a konfliktusban nem részes állam, vagy egy ilyen állam segélyszervezetének tagja, akit a konfliktusban részt vevő egyik fél rendelkezésére bocsátanak; az ICRC alá tartozó orvosi személyzet tagjai; a kórházak és a parti mentőjárművek személyzete. Ha az első kategóriába tartozó személyek annak a fél ellenségének kezében vannak, amelynek a rendelkezésére bocsátották őket, joguk van hazatérni saját országukba, vagy ahhoz a félhez, amelynek szolgálatában álltak, amint a visszatérésükhöz szükséges útvonal megnyílik és a visszatérésüket a katonai megfontolások lehetővé teszik. A második kategóriába tartozó személyeket vagy azonnal vissza kell küldeni küldő államukba, vagy ismét ki kell rendelni a konfliktusban résztvevő valamelyik fél részére, összhangban az említett személyek, az ICRC és a konfliktusban részt vevő fél vagy felek között.⁴⁸

Az orvosi személyzet alábbi kategóriái főszabályként mentesülnek a fogva tartás alól, azonban bizonyos körülmények fennállta esetén visszatartathatók: állandó katonai orvosi személyzet; a konfliktusban részt vevő egyik fél nemzeti önkéntes segélyező szervezetének (például a Vörös Félhold Társaságok) orvosi személyzete, amely az adott fél hadseregének orvosi szolgálatához tartozik; a konfliktusban részt vevő fél polgári státuszú orvosi személyzete.⁴⁹ Főszabályként kötelező e személyek hazaküldése amint a visszatérésükhöz szükséges útvonal megnyílik és a visszatérésüket a katonai megfontolások lehetővé teszik, ám az első két kategóriába tartozó személyzet esetében lehetséges a visszatartás, amennyiben szükség van rájuk a hadifoglyok egészségügyi ellátásához. Azonban ebben az esetben is csak az erre a célra elengedhetetlenül szükséges személyzetet szabad visszatartani. A visszatartandó személyek kiválasztása során figyelembe kell venni befogásuk időrendjét és egészségi állapotát, minden más diszkriminatív megkülönböztetés tiltott.⁵⁰

Az ideiglenes katonai orvosi személyzet, fogságba kerülése esetén, hadifogoly státusszal rendelkezik, és – kivéve, ha orvosi okokból vagy megállapodás alapján haza-

⁴⁷ A hadrakelt fegyveres erők sebesültjei és betegek helyzetének javítására vonatkozóan Genfben, 1949. augusztus 12-én kelt egyezmény (I. Genfi Egyezmény). 32. cikk.

⁴⁸ Baccino-Astrada: i. m. 72. o

⁴⁹ A hadrakelt fegyveres erők sebesültjei és betegek helyzetének javítására vonatkozóan Genfben, 1949. augusztus 12-én kelt egyezmény (I. Genfi Egyezmény). 28. cikk.

⁵⁰ Lewis C. Vollmar: *Military Medicine in War: The Geneva Conventions Today*. In: *Military Medical Ethics*, Vol. 2. (Thomas E. Beam – Linette R. Sparacino eds.). Office of The Surgeon General, United States Army, Washington D.C. 2003. 739-771. o.

térnek vagy internálásra kerülnek egy semleges államba – őrizetben maradnak az ellenségkedés befejezéséig.⁵¹

A foglyul ejtett személyzetet annak szabadon engedéséig az őt megillető védelem szellemiségének megfelelő elbánásban kell részesíteni és lehetővé kell tenni számára, hogy gyógyító tevékenységét elvégezhesse.⁵² Abban az esetben, ha a korábban említett okból az orvosi személyzetet hazatérését megakadályozzák nem kerülnek hadifoglyok státuszba ám legalább azokban az előnyökben és védelemben részesül-

nek, amelyekre a hadifoglyok jogosultak. Ezek mellett jogosultak arra, hogy időszakszerűen felkereshessék a hadifoglyokat, illetve a tábor vezetőségét. Orvosi feladataikon kívül nem kötelesek semmilyen más munkát végezni.⁵³

V. Kitekintés: az ún. „hospital shield” probléma.

Ahogy arra már tanulmányom bevezetőjében is utaltam, napjainkban egyre gyakrabban merül fel a humanitárius nemzetközi jog megsértése. Jelen fejezetben kisebb kitekintésként a fegyveres konfliktusok során gyakran megjelenő élő pajzsokhoz szellemiségében hasonló „kórházpajzsok” problémáját kívánom bemutatni, amely szervesen kapcsolódik a korábban bemutatott rendelkezésekhez.⁵⁴

Pusztán 2016-ban 23 országban volt példa különféle egészségügyi intézmények ellen intézett támadásokra.⁵⁵ Ezek ellen számos humanitárius és emberi jogi szervezet emelt hangot és cselekvésre hívta fel az Egyesült Nemzetek Szervezetének Biztonsági Tanácsát. Ennek eredményeképp született meg a Biztonsági Tanács 2286-os számú határozata, amely határozottan elítéli az orvosi létesítmények és ezek személyzetei ellen konfliktushelyzetekben elkövetett támadásokat és felszólítja a fegyveres konfliktus résztvevőit, hogy tartsák be az 1949-es Genfi Egyezményekben, illetve azok kiegészítő jegyzőkönyveiben meghatározott kötelezettségeiket az orvosi

⁵¹ A hadrakelt fegyveres erők sebesültjei és betegei helyzetének javítására vonatkozóan Genfben, 1949. augusztus 12-én kelt egyezmény (I. Genfi Egyezmény) 2016-os kommentárja. 28. cikk.

⁵² A hadrakelt fegyveres erők sebesültjei és betegei helyzetének javítására vonatkozóan Genfben, 1949. augusztus 12-én kelt egyezmény (I. Genfi Egyezmény). 30. cikk.

⁵³ A hadifoglyokkal való bánásmódra vonatkozóan Genfben, 1949. augusztus 12-én kelt egyezmény (III. Genfi Egyezmény) 33. cikk.

⁵⁴ Az élő pajzs és a humanitárius nemzetközi jog közötti kapcsolatot ld. Kis Kelemen Bence: Az élő pajzs és a humanitárius nemzetközi jog, avagy átütheti-e a katonai szükségesség a humanitás elvének pajzsát? In: *Emlékkötet Herczegh Géza születésének 90. évfordulója alkalmából* (Béli Gábor – Kis Kelemen Bence – Mohay Ágoston – Szalayné Sándor Erzsébet szerk.) PTE ÁJK Európa Központ, Pécs 2018. 147–164. o.

⁵⁵ Safeguarding Health in Conflict: „Impunity Must End: Attacks on Health in 23 Countries in Conflict in 2016”. <https://www.safeguardinghealth.org/sites/shcc/files/SHCC2017final.pdf> (2020. 05. 22.)

személyzet és az orvosi objektumok védelmére vonatkozóan.⁵⁶ Az orvosi egységek bombázásával vádolt felek azonban gyakran nem értenek egyet ezekkel a vádakkal, a támadásra nem szolgáltatnak megfelelő magyarázatot, tagadják a kötelezettség megszegését. Számos esetben előfordul, hogy a támadó fél vádolja a nemzetközi jog megsértésével a bombázott felet, azt állítva, hogy a bombázott kórházat pajzsként (innen a „hospital shield” elnevezés) használták. Érvelésük alapja, hogy a kórház által nyújtott védelmet ellenséges kombattánsok rejtegetésére vagy fegyverek tárolására használták, ezért a bombázás nem jelentette a humanitárius nemzetközi jog megsértését, hiszen az I. Kiegészítő Jegyzőkönyv 13. cikke értelmében az egészségügyi alakulatokat megillető védelem megszűnik „ha [...] az ellenségnek ártó cselekmények elkövetésére használják őket.”⁵⁷ Összefoglalva tehát elmondhatjuk, hogy az érvelést felhasználva kikerülhető a kórházak számára biztosított védelem⁵⁸

Egyes feltételezések szerint a humanitárius nemzetközi jog azért nem képes megvédeni a fentebb bemutatott szituációban lévő orvosi személyzetet, mert képtelen kezelni annak, a fegyveres konfliktus során betöltött „határpozícióját”, vagyis a harcokban résztvevők és a civilek közötti sajátos elhelyezkedését.⁵⁹ Emellett sajátos módon egyfajta lehetőséget is nyújt az orvosi személyzet jogszerű megtámadására, mégpedig a hitszegés (*perfidy*) és a „kettős használat” alkalmazásával.⁶⁰ A hitszegést a I. Kiegészítő Jegyzőkönyv 37. cikke a következőképp határozza meg: „Hitszegést képeznek azok a cselekmények, amelyek az ellenségben bizalmat keltve, őt – e bizalommal való visszaélés szándékával – abban a hitben tarják, hogy a fegyveres összeütközésekre vonatkozó nemzetközi jogi szabályok alapján védelem illeti meg.”⁶¹ Ezzel szemben a „kettős használat” *expressis verbis* nem jelenik meg a rendelkezések között, csak az I. Kiegészítő Jegyzőkönyv 52. cikkéből vezethető le, miszerint az egyidejű polgári-katonai felhasználás lehetővé teszi a kettős felhasználású objektumok megtámadását, ha azok katonai előnyt eredményeznek.⁶²

Neve Gordon és Nicola Perugini 2019-ben megjelent közös tanulmányában a probléma megoldására két javaslatot fogalmaznak meg: szorgalmazzák az orvosi személyzet sajátos „határpozíciójának” elismerését, valamint javasolják a jog olyan irányú megváltoztatását, amely az orvosi egységek támadhatóságának tilalmát szokásjogi

⁵⁶ ENSZ BT határozat 2286 (2016) (S/RES/2286) 2016. május 3.

⁵⁷ Az 1949. augusztus 12-én kötött Genfi Egyezményeket kiegészítő és a nemzetközi fegyveres összeütközések áldozatainak védelméről szóló jegyzőkönyv (I. jegyzőkönyv). 17. cikk

⁵⁸ Neve Gordon – Nicola Perugini: ‘Hospital Shields’ and the Limits of International Law. *The European Journal of International Law*, Vol. 30. No. 2. 441. o.

⁵⁹ Gordon – Perugini: i. m. 451. o.

⁶⁰ Gordon – Perugini: i. m. 453. – 454. o.

⁶¹ Az 1949. augusztus 12-én kötött Genfi Egyezményeket kiegészítő és a nemzetközi fegyveres összeütközések áldozatainak védelméről szóló jegyzőkönyv (I. jegyzőkönyv). 37. cikk

⁶² Henry Shue – David Wippman: Limiting Attacks on Dual-Use Facilities Performing Indispensable Civilian Functions. *Cornell International Law Journal*, Vol. 35 No. 3. 559. o.

normaként mondja ki, amely a szerzők szerint egyben *jus cogens* norma is, és amittől eltérni nem lehet.⁶³ Ezzel a megfogalmazással több probléma is van. Egyfelől Jean-Marie Henckaerts és Louise Doswald-Beck korszakalkotó munkájában a humanitárius nemzetközi jog szokásjogi normáiról több helyen is megjelenik az orvosi személyzet és kórházak védelme.⁶⁴ Így például a 28. szabály előírja, hogy azok az orvosi egységek, amelyek kizárólag orvosi tevékenységet látnak el, minden esetben védelemben részesülnek, amely védelmet csak akkor veszítik el, ha a humanitárius funkciójukon kívül alkalmazzák őket és olyan cselekedeteket követnek el, amelyek károsak az ellenségre.⁶⁵ Emellett a 35. szabály szerint tilos támadást indítani olyan zónák ellen, ahol sebesülteket, betegeket, vagy a konfliktus káros hatásaitól való megóvás érdekében civileket helyeztek el.⁶⁶ Ebből következően látható, hogy ami a nemzetközi szokásjogot illeti, az orvosi személyzet már most is rendelkezik védelemmel. Ez a védelem azonban kétséget kizáróan nem *jus cogens*, azaz a nemzetközi jog feltétlen alkalmazást igénylő szabálya. A Gordon és Perugini által javasolt koncepció úgy tűnik, hogy egyfajta egyenlőségelet tesz a nemzetközi szokásjog és a *jus cogens* között, amely azonban nem ilyen egyszerű. A nemzetközi jog feltétlen alkalmazást igénylő szabályai nemzetközi szerződésben elsőként a szerződések jogáról szóló, Bécsben az 1969. évi május hó 23. napján kelt szerződés, 53. cikkében jelentek meg. Ennek értelemben

„A szerződés semmis, ha megkötésének időpontjában az általános nemzetközi jog valamely feltétlen alkalmazást igénylő szabályába ütközik. Ezen egyezmény alkalmazási körében az általános nemzetközi jog feltétlen alkalmazást igénylő szabálya olyan normát jelent, amelyet az államok nemzetközi közössége, mint egész, olyanként fogadott el és ismert el, mint amelytől nem lehet eltérni és amelyet csak a nemzetközi jognak az ugyanilyen jellegű későbbi szabályával lehet megváltoztatni.”⁶⁷

Látható tehát, hogy a *jus cogens* az általános nemzetközi jog olyan feltétlen alkalmazást igénylő szabálya, amelyet a nemzetközi közösség, mint egész olyanként fogadott el, amelytől eltérni nem lehet és amely ugyan ilyen jellegű más normával változtatható meg.⁶⁸ Mindez tehát azt jelenti, hogy a *jus cogens* norma egyik alapfeltétele az, hogy az általános nemzetközi jogból származzon. Ezt megerősíti a Nemzetközi Jogi Bizottság egy 2017-es jelentése a témában.⁶⁹ Ennek értelmében a *jus cogens* norma

⁶³ Gordon, Perugini: i. m. 458. o.

⁶⁴ Ld. Jean-Marie Henckaerts – Louise Doswald-Beck: Customary International Humanitarian Law. ICRC – Cambridge University Press, New York 2005. 7. fejezet

⁶⁵ Henckaerts – Doswald-Beck: i. m. 91. o.

⁶⁶ Henckaerts – Doswald-Beck: i. m. 119. o.

⁶⁷ A szerződések jogáról szóló, Bécsben az 1969. évi május hó 23. napján kelt szerződés 1969. 53. cikk.

⁶⁸ Bruhács: i. m. 103. o.

⁶⁹ Second report on *jus cogens* by Dire Tladi, Special Rapporteur. (A/72/10) Chapter VIII. Draft

származhat az általános nemzetközi jog más normáiból, így különösen a nemzetközi szokásjogból⁷⁰ vagy az általános nemzetközi jogból.⁷¹ Ezzel szemben nemzetközi szerződés kizárólag tükrözhet egy olyan normát, amely egyébként megtalálható az általános nemzetközi jogban.⁷² Ennek alapján Gordon és Perugini következtetése egyedül úgy értelmezhető, hogy az általuk javasolt kogens norma forrása a nemzetközi szokásjog lesz, amelytől a dolog természetéből adódóan eltérni nem lehet. Arra vonatkozóan azonban semmilyen bizonyíték nincs, hogy a szokásjogban rögzített jogi normák elérték volna a nemzetközi jog feltétlen alkalmazást igénylő normáinak szintjét, vagy, hogy egyáltalán lehetséges-e *jus cogens* elismerésük. Ettől eltekintve is fontos megjegyezni, hogy a kogens normák kialakulásához a fentiekben részletezett feltételek együttes fennállása szükséges, egy jogtudási álláspont és javaslat, semmiképpen sem helyettesítheti „az államok nemzetközi közössége mint egész” *opinio juris*-át valamint ennek megfelelő, huzamosabb ideig fennálló gyakorlatát.

Az orvosi egységek bombázásának abszolút tilalmának bevezetése ellen azonban számos jogtudós tiltakozik. Gyakori érvként merül fel, hogy az abszolút tilalom ösztönző hatással lehet a kórházak pajzsként történő használatára.⁷³ Yishai Beer Gordon és Perugini tanulmányára írt válaszában a szerzőpár „forradalmi reformja” helyett a természetes fejlődésben látja a megoldást.⁷⁴ Véleménye szerint a kórházak kiegészítő védelmének jelenlegi jogi keretek közötti átgondolása jelenti a megoldást.⁷⁵

Bár a „kórházpajzsok” témája körül kialakult tudományos vita még újkeletű ahhoz, hogy jelentős változásokat eredményeztethessen, azonban az állami gyakorlat alakulását és az ehhez kapcsolódó *opinio juris*-t érdemes figyelemmel követni, hiszen ezek alapjaiban változtathatják meg az orvosi személyzetre vonatkozó humanitárius nemzetközi jogi rendelkezéseket.

VI. Összefoglalás

A humanitárius nemzetközi jog létrejötté óta „átélt” két világháborút és számos katonai konfliktust, amelyek mind rámutattak arra, hogy szabályainak megszegése rendkívül nagy szenvedést eredményeznek, nem csak a harcokban résztvevő katonai személyzet, de a civil lakosság számára is. Napjainkra azonban a technológiai

Conclusion 4. 45. o.

⁷⁰ Uo. Draft Conclusion. 5/2. 46. o.

⁷¹ Uo. Draft Conclusion 5/3.

⁷² Uo. Draft Conclusion 5/4.

⁷³ Kevin John Heller: Don't Blame IHL for Attacks on "Hospital Shields". *Opinio Juris*. <http://opiniojuris.org/2016/10/21/dont-blame-ihl-for-attacks-on-hospitals/> (2020. 05. 05.)

⁷⁴ Yishai Beer: Save the Injured – Don't Kill IHL: Rejecting Absolute Immunity for 'Shielding Hospitals'. *The European Journal of International Law*, Vol. 30 No. 2. 479. o.

⁷⁵ Uo.

fejlődés és a katonai stratégiában történő változások hatására a fegyveres konfliktusok szerkezete megváltozott. Ennek hatására az összecsapások középpontjában feladataikat ellátó orvosi személyzet előtt újabb és súlyosabb kihívások jelentek meg. A korábbi fejezetekben bemutatott rendelkezések mind egy célt szolgálnak: az orvosi személyzet tevékenységének megkönnyítését. A „megváltozott háborúk” megjelenésével, a gyógyítók számára kijelölt kötelezettségek és jogok betartása ma fontosabb, mint bármikor korábban a történelem során, hiszen általuk lehetséges az elkerülhetetlen fegyveres konfliktusok által okozott szenvedés csökkentése.

Készült az Emberi Erőforrások NTP-SZKOLL-19-0022 sz.
Nemzeti Tehetség Program pályázat keretében.