

KANADA: „EGÉSZSÉGÜGYI HALÁLBA SEGÍTÉS”

A kanadai büntető törvénykönyv megalkotása a szövetségi törvényhozás hatásköre, az egészségügyi szolgáltatások azonban tartományi hatáskörbe tartoznak.¹ Ez tette lehetővé Québec számára, hogy sajátos – és a világon egyedülálló – módon az eutanáziát ún. „megfelelő kezelés”-ként („appropriate care”) határozhassa meg, és beiktathassa az egészségügyi szolgáltatások közé. 2009-ben a Québec-i Orvosi Kollégium elfogadta a klinikai etikai munkacsoportjának azt az álláspontját, hogy az eutanázia összhangban állhat az orvosi etikai kódexszel, ennek folytán orvosilag megfelelő kezelési módnak tekinthető.² A québec-i kormány ezzel a támogatással a háttérben bizottságot hozott létre, amely széles körű társadalmi konzultációt követően az „egészségügyi halálba segítés” legalizálásának javaslatával állt elő. A törvényjavaslatot 2014. június 5-én fogadták el, és 2015. december 10-én lépett hatályba.

A törvény az „egészségügyi halálba segítés”-t („medical aid in dying”) igénybe venni kívánó beteggel szemben feltételeket támaszt, többek közt, hogy súlyos és gyógyíthatatlan betegségben szenvedjen („suffer from a serious and incurable illness”), és az élete végén járjon („be at the end of life”). Az utóbbi kritérium azonban különösen éles vitát váltott ki, nem meglepő módon a követelmény alkotmányosságát is megkérdőjelezték: Nicole Gladu és Jean Truchon québec-i lakosok 2016-ban bírósághoz fordultak, mellyel megkezdődött a *Truchon*-ügy. Az ebben az ügyben hozott bírósági döntés megértéséhez azonban a Kanadai Legfelső Bíróság *Carter v. Kanada* ügyben hozott 2015-ös döntését is ismerünk kell, amely hozzájárult az „egészségügyi halálba segítés” („medical assistance in dying”) dekriminalizálásához Kanadában.

A CARTER V. CANADA-ÜGY

„Kanadában bűncselekménynek számít, ha valaki segítséget nyújt egy másik személynek öngyilkosság elkövetéséhez. Ennek következtében azok az emberek, akik súlyos és gyógyíthatatlan betegségben szenvednek, nem fordulhatnak orvoshoz segítséget kérve éle-

tük befejezéséhez, és ezáltal előfordulhat, hogy súlyos és kibírhatatlan szenvedéssel teli hátralévő életre ítéltetnek. Akinek ezzel a helyzettel kell szembenéznie, két lehetősége van: vagy idő előtt önmagával véget vet az életének – gyakran erőszakos és veszélyes módon –, vagy szenvednie kell egészen addig, amíg a halál természetes ok folytán be nem következik. Ez a választási helyzet azonban kegyetlen.”³ Ezzel a megállapítással indítja a Kanadai Legfelső Bíróság a *Carter v. Kanada* ügyben hozott 2015-ös döntésének bevezető részét. A választási helyzetre alkalmazott „kegyetlen” jelzőt eredetileg nem a bíróság alkalmazta, hanem Gloria Taylor, az az amiotrófiás laterálszklerózissal (ALS) diagnosztizált nő, aki az ügy közvetlen kezdeményezőinek egyike volt. Gloria betegségét 2009-ben diagnosztizálták, a kezdeti tünetek azonban már évekkel korábban jelentkeztek nála. 2010-re Gloria állapota már jelentősen leromlott, erős fájdalomtól szenvedett, nagyobb távolság megtételéhez kerekesszékre volt szüksége. Megpróbált ugyan továbbra is autonóm, teljes értékű életet élni, azonban egyre inkább azt érezte, hogy elveszíti az erre való képességét. Kifejezésre juttatta, hogy nem kíván „ágyhoz kötötten, méltóságtól és függetlenségtől megfosztott állapotban élni”⁴. A bírósági döntés idézi is Gloria saját szavait: „Nem szeretnék erőszakos halált halni. Nem szeretném, hogy a halálom módja traumatizálja a családomat. Jogszerű lehetőséget szeretnék arra, hogy nyugodtan halhassak meg, az általam megválasztott időpontban, családtagjaim és barátaim között.”⁵

A felperesek álláspontja

Az ügynek több felperese volt. Először is Gloria Taylor, továbbá Lee Carter és Hollis Johnson (akik segítették Carter édesanyját, Kathleen Cartert a 2010-ben Svájcban elkövetett öngyilkosságában), valamint William Shoichet orvos és a Brit Columbiai Szabadságjogi Egyesület (British Columbia Civil Liberties Association). A felperesek két állítást fogalmaztak meg. Az első szerint az „orvos által asszisztált halál” tilalma a belátóképes felnőtt személyeket, akik olyan súlyos és gyógyíthatatlan betegségben szenvednek,

amely az érintettnek folyamatos, elviselhetetlen fizikai vagy lelki szenvedést okoz, megfosztja az Alapvető jogok és szabadságjogok kanadai kartája (a továbbiakban: Karta) 7. szakaszában nevesített élethez, szabadsághoz és biztonsághoz való joguktól. A felperesek második állítása az volt, hogy a tilalom a fizikai fogyatékossgal élő személyeket megfosztja a Karta 15. szakaszában nevesített egyenlő bánásmódhoz való joguktól.

A Karta, amire a felperesek hivatkoztak, 1982-ben lépett hatályba, a Kanadai Alkotmány részeként. A Karta, melynek célja az egyéni jogok és szabadságok védelme, az egyik legfontosabb jogi dokumentum Kanadában, amely azt hivatott biztosítani, hogy a kormányzati intézkedések összhangban legyenek az alapvető emberi jogokkal.

A bíróság, elemezve a felperesek állításait, a következő kérdésben összegezte az ügyet: A büntető törvénykönyv 241(b) szakaszában szereplő orvos által asszisztált halál tilalma⁶ megsérti-e a felpereseknek a Karta 7. és 15. szakaszaiban nevesített jogait? A kérdésben szereplő „orvos által asszisztált halál” („physician-assisted death”, „physician assisted dying”) kifejezés jelentését illetően a bíróság – a felperesek által használt jelentéssel egyetértve – arra az orvosi gyakorlatra utalt, amikor az orvos a beteg kérésére olyan szert juttat a beteg szervezetébe, vagy olyan szert bocsájt a beteg rendelkezésére, ami a beteg halálát idézi elő.⁷

A büntető törvénykönyv és a Karta

A kanadai büntető törvénykönyv hivatkozott szakaszai (az ügy megértésének szempontjából meghatározott sorrendben): „241.: aki [...] (b) másnak öngyilkosság elkövetéséhez segítséget nyújt vagy mást öngyilkosságra bír rá, függetlenül attól, hogy az öngyilkosságot megkísérlik vagy elkövetik-e, bűncselekményt követ el, és legfeljebb tizennégy év börtönnel büntethető”; „14.: senki sem adhatja beleegyezését ahhoz, hogy előidézzék a halálát, és az ilyen beleegyezés nincs hatással annak a személynek a büntetőjogi felelősségére, aki előidézi másnak a halálát, az illető beleegyezésével”.

A Karta 7. szakasza kimondja, hogy: „Mindenkinek joga van az élethez, a szabadsághoz és a személyi biztonsághoz, és azoktól nem fosztható meg, csak olyan eljárás révén, amely összhangban áll az alapvető igazságosság elveivel.” A Karta 15. szakaszának első pontja pedig a következőképpen rendelkezik az

egyenlőségről: „Minden egyén egyenlő a törvények előtt és a törvények alkalmazása során, és joga van arra, hogy a törvények másokkal egyenlő védelmet és kedvezményeket biztosítsanak számára minden megkülönböztetés nélkül, különösen pedig olyan megkülönböztetés nélkül, ami faji, nemzeti vagy etnikai származáson, bőrszínen, valláson, nemen, életkoron, vagy szellemi vagy fizikai fogyatékossgon alapul.”

Az alkotmányellenes helyzet bizonyítása

A Karta a kanadai alkotmány része, a felperesek így a büntető törvénykönyv nevezett szakaszainak alkotmányellenes voltát kívánták bizonyítani. Az ügy még 2011-ben Brit Columbia tartomány bírósága előtt indult, ám 2013-ban a Brit Columbiái Fellebbviteli Bíróság (Court of Appeal for British Columbia) hatályon kívül helyezte az alsóbb szintű bíróság azon döntését, mely alapjogsértőnek és ezáltal alkotmányellenesnek nyilvánította az öngyilkosságban közreműködés teljes körű tilalmát. A fellebbviteli bíróság arra hivatkozott, hogy az elsőfokú döntés elmentes a Kanadai Legfelső Bíróság korábbi, hasonló ügyben hozott precedensértékű döntésével.⁸ A fellebbviteli bíróság döntését azonban a felperesek jogi képviselői megfellebbezték, az ügy ennek következtében került a Kanadai Legfelső Bíróságra (Supreme Court of Canada).

Ahhoz, hogy a felperesek bizonyíthassák a Karta 7. szakaszának megsértését, első lépésben azt kellett kimutatniuk, hogy a törvény megfosztja őket az élethez, szabadsághoz és biztonsághoz való joguktól, majd pedig bizonyítaniuk kellett, hogy a megfosztás nincs összhangban az alapvető igazságosság elveivel.⁹ Az alapvető igazságosság elvei Kanadában az alkotmányos rend részét képezik, amiben hangsúlyos szerepet kap a jogállamiság, az egyenlő bánásmód, illetve a tisztességes eljáráshoz való jog. Szoros kapcsolatban állnak a brit közjogi hagyománnyal, melyből a kanadai jogrendszer származik.

A felperesek által feltett kérdés lényegét a bíróság a következő egymással versengő értékek konfliktusaként jellemezte: az autonómia és a méltóság értékei *kontra* az élet szentsége, illetve a sérülékeny személyek védelmének követelménye. Ebben a helyzetben a bíróság feladata a szóban forgó értékek közötti „egyensúly” megtalálása volt.¹⁰ Hasonló alapjogi mérlegelési feladattal már évtizedekkel korábban is szembesült a Kanadai Legfelső Bíróság. A *Rodriguez v.*

British Columbia ügyben a felperesek azt állították, hogy a kanadai büntető törvénykönyv 241(b) szakasza alkotmányellenes, mivel sérti a Karta 7. szakaszát. A Kanadai Legfelső Bíróság 1993-ban hozott döntésében még elutasította a felperesek indítványát.¹¹

Azt a kérdést kell tehát megválaszolnunk, hogy melyek azok az események, melyek a Kanadai Legfelső Bíróságot a *Carter*-ügyben a korábbi álláspontjától eltérő, azzal ellentétes következtetés levonására készítették. Olyan eseményekről kell szót ejteni, melyek a két ügy között eltelt időszakban történtek – részben Kanadában, részben más országokban. A határozat egyik megállapítása, hogy „a nyilvánosságban folyó vita tükrözi a törvényhozás területén zajló vitát”.¹² A megállapítás fordítva is megállíthatja a helyét: a törvényhozás területén zajló vita tükrözi a társadalmi nyilvánosságban folyó vitát. A társadalmi értékszemlélet változása éppúgy hatással lehet a törvényhozásra és az ítélezési gyakorlatra, mint fordítva; a két terület nem egymástól elszigetelt térben létezik. Ebből is következően a bíróságok két esetben eltérhetnek a felsőbb bíróságok döntéseitől: (1) amikor új jogi kérdés merül fel; és (2) amikor a körülményekben vagy a bizonyítékokban olyan változás áll be, ami alapvetően megváltoztatja a vita paramétereit.¹³

A Kanadai Legfelső Bíróság szerint mind a visszaélések kockázatának kontrollálási lehetősége, mind pedig a Karta 7. szakaszának értelmezése (a túlzó korlátozás és a túlzott aránytalanság interpretációja) megváltozott a *Rodriguez*-ügy óta eltelt időszakban.¹⁴ Tulajdonképpen számos, a *Rodriguez*-ügyben nevesített körülmény – melyek az asszisztált öngyilkosság kriminalizálásának fenntartását indokolták – jelentősen megváltozott már a 2000-es évek második felére: az öngyilkossági kísérlet büntetését már sem a kanadai parlament, sem a kanadai társadalom többsége nem tartotta indokoltnak; már nem volt minden orvosszövetség álláspontja egyhangúan elítélő az asszisztált öngyilkosság dekriminalizálását illetően; már nem lehetett azt állítani, hogy az asszisztált öngyilkosság egyetlen országban sem legális; adatok voltak arra vonatkozóan, hogy a sérülékenynek tekintett személyeknek nem csupán az asszisztált öngyilkosság teljes tiltása nyújthat védelmet; és az elérhető adatok azt sem támasztották alá, hogy az eutanázia legalizálása – mintegy „csúszos lejtőként” – a nem önkéntes eutanázia előfordulásának jelentős mértékű növekedését idézné elő.¹⁵

Az is jelentős esemény volt továbbá, hogy a Kanadai Legfelső Bíróság az *R. v. Marmo-Levine* ügyben hozott 2003-as döntésében az alapvető igazságosság elveinek új megközelítését kezdte kidolgozni, melyet 2004-ben fejezett be a *Canadian Foundation for Children, Youth and the Law v. Canada (Attorney General)* ügyben hozott döntésével.¹⁶ Az alapvető igazságosság legfontosabb elvei közé tartozik az önkényesség („arbitrariness”) kerülése, a túlzottan széles hatókörű („overbreadth”) és a súlyosan aránytalan („gross disproportionality”) jogalkalmazás megakadályozása. Különösen jelentős tanulmányunk szem-

pontjából az, hogy a Kanadai Legfelső Bíróság az *R. v. Heywood* ügy döntésében bevezette a „széleskörűség” doktrínáját.¹⁷ A túlzottan széles hatókörű szabályozásra irányuló elemzés az állam által választott eszközöket vizsgálja az állami céllal összefüggésben. A bíróságnak figyelembe kell vennie, hogy ezek az eszközök szükségesek-e az állami cél eléréséhez. Ha az állam egy legitim cél

elérése érdekében olyan eszközöket használ, amelyek szélesebb hatókörűek, mint amilyenre szükség lenne a cél megvalósításához, akkor az alapvető igazságosság elvei sérülnek, az egyén jogainak indokolatlan korlátozása révén.¹⁸

A Brit Columbiái Legfelső Bíróság 2012-es álláspontja szerint,¹⁹ melyet osztott a Kanadai Legfelső Bíróság is, az a helyzet, melyben az orvos által asszisztált halál tilalma arra kényszerítheti a beteget, hogy a saját kezével, idő előtt véget vessen az életének, érinti az élethez való jogot. (A *Rodriguez v. British Columbia* ügyben a Sopinka bíró által jegyzett többségi döntés még nem vizsgálta az élethez való jog érintettségét.) A bíróság azt azonban nem látta megalapozottnak, hogy megközelítésében az élethez való jog kvalitatív értelmezése érvényesülhessen. A kvalitatív megközelítésben az élethez való jog nem csupán az élet védelmét jelenti, hanem ennél többet. Az életminőség védelmét is tartalmazva magában foglalja a méltó halálhoz való jogot. Amennyiben azonban a személyes autonómia védelmét öleli fel, az abban kifejeződő önrendelkezési jog életvégi helyzetekben azt a jogot jelenti, hogy eldönthetjük, elvetjük-e a saját életünket.²⁰ A Kanadai Legfelső Bíróság azonban, a Brit Columbiái Legfelső Bírósággal egyetértésben, az élethez való jog értelmezése során a jog jelentéstartományát leszűkítette azokra a helyzetekre, melyekben állami beavatkozás fenyegeti halállal az egyént: „az élethez való jog csak abban az esetben érintett, amikor kormányza-

ti intézkedés vagy jogszabály folytán fenyegeti halál az egyént”.²¹ Ebben az értelmezési keretben „az élethez való jog a »meg nem haláshoz való jog«-ra korlátozódik”.²² A Kanadai Legfelső Bíróság az önrendelkezés kérdését az élethez való jog kvalitatív értelmezéséből kivonva – a Brit Columbiái Legfelső Bíróság álláspontjával egyetértésben – a személyes szabadság és a személyes biztonság fogalmaival összefüggésben tárgyalta: „az autonómiát és az életminőséget érintő kérdéseket hagyományosan a szabadsághoz és a biztonsághoz való jog kérdéseiként értelmezik. Nem látunk indokot arra, hogy ebben az ügyben változtassunk ezen a megközelítésen.”²³ A bíróság álláspontja az élethez való jog és a Karta 7. szakaszának kapcsolatát illetően a következő (összhangban a korábbi *Rodriguez*-ügy döntésében szereplő állásponttal): „A mondtak alapján nem értünk egyet azzal az állásponttal, mely szerint az élethez való jog egzisztenciális formulája a halálba segítés abszolút tilalmát kívánná meg, hogy az egyének nem »mondhatnak le« az élethez való jogukról. Ez ugyanis az »élet élésének kötelességét« teremtené meg, nem pedig az »élethez való jogot«, és kérdésessé tenné az életmentő vagy életfenntartó kezelése visszautasításához [„withdrawal or refusal”] adott bármifajta beleegyezést. Az élet szentsége az egyik legalapvetőbb társadalmi értékünk. A 7. szakasz azonban a haldokló személy életét, szabadságát és biztonságát is magában foglalja. Ez az, ami miatt az élet szentségére »már nem tekintünk úgy, mint ami az összes emberi élet bármi áron történő védelmét követelné meg« (*Rodriguez*, 595. par.). És ez az, ami miatt a jognak fel kell ismernie, hogy bizonyos körülmények között az egyén élete végén meghozott döntése tiszteletet érdemel.”²⁴

A szabadság elve védelmezi „az alapvető személyes döntések állami beavatkozástól mentes meghozatalához való jogot”.²⁵ A biztonság elve védi „a személyes autonómia olyan felfogását, amely magában foglalja [...] a saját testi integritás feletti, állami beavatkozástól mentes kontrollt”,²⁶ mely elv érintetté válik azokban az esetekben, amikor az állami beavatkozás az egyén testi vagy lelki integritásával kerülhet összeütközésbe; ilyennek minősül a komoly fizikai vagy lelki szenvedést okozó állami gyakorlat. Noha a szabadság és a biztonság elveit a Kanadai Legfelső Bíróság két külön érdekként kezelte, úgy ítélte meg, hogy jelen esetben a kettőt együtt lehet tárgyalni.²⁷ A bíróság megítélése szerint az egyén súlyos és gyógyíthatatlan állapotra adott válasza lény-

ges a méltósága és az autonómiája vonatkozásában,²⁸ és miközben a törvény számos lehetőséget bocsát az egyén rendelkezésére – például palliatív szedálás, a mesterséges táplálás visszautasítása –, az orvos általi halálba segítés nem teszi lehetővé. Ez a törvényi tiltás azonban – a bíróság álláspontja szerint – ütközik a betegnek azon kompetenciájával, hogy saját testi integritását és az orvosi kezeléseket érintően döntéseket hozzon, ennél fogva a törvény sérti a szabadság elvét. Azáltal pedig, hogy az olyan állapotú személyeket, mint amilyen Gloria Taylor, hagyja elviselhetetlen szenvedéseket átélni, a törvény összeütközésbe kerül a személyi biztonság elvével.²⁹ Ezzel az értelmezéssel a bíróság kimutatta, hogy a törvény az érintetteket megfosztja az élethez, a szabadsághoz és a biztonsághoz való joguktól.

A felpereseknek ugyanakkor, második lépésként, azt is bizonyítaniuk kellett, hogy a törvény jogfosztottságot eredményez, így nincs összhangban az igazságosság alapelvével. A *Rodriguez*-ügyben Sopinka bíró azt az álláspontot képviselte, hogy a kanadai büntető törvénykönyv 241(b) szakaszának célja azon sérülékeny személyek védelme, akik elgyengült pillanataikban öngyilkossághoz folyamodhatnak.³⁰ A nevezett szakasz azonban nem közvetlenül az élet megóvására irányul, vagy az öngyilkosság minden körülmények között történő megakadályozására. Az öngyilkosságot a kanadai büntető törvénykönyv már nem értelmezi bűncselekményként. A 241(b) szakasz megalkotása azt a szűkebb cél volt hivatott szolgálni, hogy a sérülékeny személyeket óvja.³¹ Ebből következően a jelenlegi jogkorlátozás nem önkényes ugyan, de mivel nem mindenki tekinthető sérülékenynek, aki öngyilkosságot tervez elkövetni – azok, akik az egészségügyi ellátásuk vonatkozásában képesek döntést hozni, akiknek a döntése önkéntes, kényszerből mentes (a sérülékeny személyek esetében ezek a feltételek azonban nem állnak fenn) –, ezért a korlátozás túl széles hatókörű, állapította meg a Kanadai Legfelső Bíróság. A törvény olyan helyzetekre is kiterjed, amelyekre a jogalkotó szándéka szerint nem kellene. Ezzel a bíróság bizonyította, hogy a törvény túl széles körben tilt bizonyos magatartásokat, így megsérti az igazságosság egyik alapelvét.

A súlyos aránytalanság kérdését a bíróság már nem vizsgálta, arra hivatkozva, hogy a túl széles hatókörű korlátozás ténye már megállapításra került. A tiltásnak a Karta 15. szakaszát érintő sérelmével szintén nem foglalkozott, arra hivatkozva, hogy a 7. szakasz sérelme már megállapításra került.

AMELLETT, HOGY KANADÁBAN 1993 ÓTA EGYRE EMELKEDETT AZ ORVOS ÁLTAL ASSZISZTÁLT HALÁL TÁRSADALMI TÁMOGATOTTSÁGA, 2010-RE AZ ASSZISZTÁLT HALÁL VALAMILYEN FORMÁJA NYOLC JOGRENDszerben IS ENGEDÉLYEZETTÉ VÁLT

*A bíróság határozata
és a kanadai szövetségi kormány válasza*

A fentebb kifejtettek alapján a Kanadai Legfelső Bíróság 2015. február 6-án a következő álláspontot fogalmazta meg: „Azt a következtetést vontuk le, hogy az élet megszakításához orvosi segítség nyújtását tiltó törvény olyan formában sérti meg Gloria Taylornek a Karta 7. szakaszában nevesített, élethez, szabadsághoz és biztonsághoz való jogát, ami nincs összhangban az alapvető igazságosság elveivel, és ez a jogsérelem nem igazolható a Karta 1. szakaszával.”³²

A bíróság a Gloria Taylor esetére vonatkozó következtetést más, belátóképességgel rendelkező felnőtt betegek vonatkozásában is érvényesnek tekintette, akik megfelelnek a következő két feltételnek: (1) egyértelmű hozzájárulást adnak az életük megszakításához, és (2) olyan súlyos és gyógyíthatatlan állapotban vannak (értve ez alatt betegséget, kóros állapotot vagy a fogyatékosságot), ami számukra tűrhetetlen, folyamatos szenvedést okoz.³³

Az érvénytelenséget kimondó határozatát a bíróság 12 hónapra – 2016. február 6-ig – felfüggesztette, amivel elegendő időt kívánt adni a jogalkotónak arra, hogy az alkotmányellenes helyzetet megfelelő módon rendezze. A bíróság a határozat felfüggesztését 2016 januárjában további 4 hónapra, 2016. június 6-ig meghosszabbította.

Az orvos által asszisztált halál vonatkozásában nemzetközi szinten is jelentős változásokra került sor az 1993-ban lezárult *Rodriguez-ügy* óta, és ezek szintén lényeges szerepet játszottak a most ismertett ügy során. Amellett, hogy Kanadában 1993 óta egyre emelkedett az orvos által asszisztált halál társadalmi támogatottsága,³⁴ 2010-re az asszisztált halál valamilyen formája nyolc jogrendszerben is engedélyezetté vált: Hollandiában, Belgiumban, Luxemburgban, Svájcban, Kolumbiában, továbbá az USA államai közül Oregonban, Washingtonban és Montanában. A Kanadai Legfelső Bíróság szerint „[e]zek a rendszerek megmutatták az orvos által asszisztált halállal kapcsolatos gyakorlati és jogi feladatokat, illetve a sérülékeny személyek védelmére létrehozott eszközök hatékonyságát.”³⁵ Az, hogy a törvénybe iktatott garanciák kellően hatékonyak lehetnek, nagyon fontos megállapítása volt a Brit Columbiai Legfelső Bíróságnak, és ezzel a Kanadai Legfelső Bíróság egyetértett. Az ügy során a kanadai kormánynak ugyanis nem sikerült bizonyítania, hogy azon sérülékeny embereket, akik öngyilkosságot fontolgatnak,

csak akkor lehet megvédeni – ez lenne ugyanis a jogalkotó célja –, amennyiben teljes tiltást alkalmaznak.

A kanadai szövetségi kormány válasza a legfelső bírósági határozatra a C-14-es törvényjavaslat volt,³⁶ amelyet a kanadai parlament 2016. június 17-én fogadott el. A törvény módosításokat vezetett be a büntető törvénykönyvbe is, melyben a „egészségügyi halálba segítés” („Medical Assistance in Dying” [MAiD]/„aide médicale à mourir”) meghatározásra került. „Egészségügyi halálba segítés” alatt két gyakorlatot kell értenünk: (a) egy személynek kérésére olyan szer beadása orvos vagy kiterjesztett hatáskörű ápoló („nurse practitioner”)³⁷ által, ami az illető halálát okozza; vagy (b) egy személynek orvos vagy kiterjesztett hatáskörű ápoló által kérésére olyan szer felírása vagy rendelkezésére bocsajtása, amit az illető a saját szervezetébe

juttathat, és így előidézheti a saját halálát. Világosan kivehető itt az orvostikai irodalomban hagyományosan aktív eutanáziának és asszisztált öngyilkosságnak nevezett gyakorlatok különválasztása, illetve egy új ernyőfogalom, „az „egészségügyi halálba segítés” megalkotása. Megjegyzendő, hogy mivel nemcsak orvosok, hanem kiterjesztett hatáskörű ápolók is szerepet kapnak, nem fordíthatjuk a kifejezést „orvos által asszisztált halálba segítés”-nek.

A törvény a segítség ezen formájához való hozzáférés feltételül szabta többek között, hogy a beteg „súlyos és gyógyíthatatlan állapotban” legyen, a súlyos és gyógyíthatatlan állapot egyik kritériumául pedig azt, hogy a „természetes halál észszerűen előre látható” legyen. A halál észszerű módon előre látható voltának kritériuma azonban nem szerepelt a Kanadai Legfelső Bíróság *Carter v. Canada* ügyben hozott döntésében, ezért nem meglepő, hogy a törvény hatályba lépését követően megtámadták ennek a kritériumnak a jogosságát, illetve megkérdőjelezték az alkotmányosságát.

A TRUCHON V. CANADA-ÜGY
ÉS A SZÖVETSÉGI KORMÁNY
VÁLASZA

Nicole Gladu és Jean Truchon, degeneratív betegséggel élő québec-i lakosok alkotmányellenesnek tartották Québec állam vonatkozó jogszabályát³⁸ és a kanadai büntető törvénykönyvet is. Az előbbi illetően kifogásolták azt a kritériumot, miszerint a betegnek már az élete végén kell járnia. A kanadai büntető törvénykönyvnek pedig a 241.2 szakasz (2)(d) pontját

támadták, amely a betegtől megköveteli az „egészségügyi halálba segítés” igénybevételéhez, hogy természetes halála észszerűen előre látható³⁹ legyen. Álláspontjuk szerint ezek a feltételek indokolatlanul korlátozzák a kanadai Karta 7. szakaszában szereplő élethez, szabadsághoz és biztonsághoz, valamint a Karta 15. szakaszában szereplő egyenlő bánásmódhoz való jogukat.

A québeci felsőbb bíróság döntése 2019. szeptember 11-én született.⁴⁰ A bírósági ügy vélte – a kanadai legfőbb ügyész álláspontjával egyezően –, hogy az érintett törvények egyik fő célja

a sérülékeny személyek védelme, viszont arra az álláspontra helyezkedett – eltérve a legfőbb ügyésztől –, hogy önmagában egy adott csoporthoz való tartozás (legyen szó mozgáskorlátozottságról vagy diagnosztizált lelki betegségről)

még nem tesz valakit automatikusan sérülékennyé, ugyanis nem foszt meg egy személyt attól, hogy egészségügyi ellátásával kapcsolatos döntések tekintetében – így például az „egészségügyi halálba segítés” igénybe vételének megfontolásában és megítélésében – döntésképesnek legyen minősíthető. A bíróság a legfőbb ügyész álláspontjától eltérően a kollektív sérülékenység koncepciója helyett az egyéni sérülékenység koncepciója mellett foglalt állást:⁴¹ egy orvosnak a halálba segítés lehetőségét igénybe venni kívánó beteg döntésképesességének értékelése során azt a személyt kell sérülékenynek tekinteni, aki nem képes a hozzájárulását kinyilvánítani, aki az ellátását illető döntés meghozatalában mások segítségére szorul, aki nyomásgyakorlás vagy abúzus elszenvedője lehet.⁴² Az „egészségügyi halálba segítés” kapcsán tehát minden esetben egyénileg kell elbírálni a döntésképeséget.

A bíróság következőképpen úgy ítélte meg, hogy a kanadai büntető törvénykönyv 241.2 szakasz (2)(d) pontjában szereplő korlátozás, amely a betegtől megköveteli, hogy természetes halála észszerűen előre látható legyen, túl széles és aránytalan is egyúttal, indokolatlanul korlátozza a felpereseknek a Karta 7. szakaszában szereplő élethez, szabadsághoz és biztonsághoz való jogát, valamint a Karta 15. szakaszában szereplő egyenlő bánásmódhoz való jogát.⁴³ Továbbá, a québec-i törvény 26. szakasz 1. paragra-

fusának (3) pontja, amely a betegtől megköveteli, hogy élete végén járjon, indokolatlanul korlátozza meg a betegeknek a Karta 15. szakaszában szereplő egyenlő bánásmódhoz való jogát.⁴⁴ A québec-i kormány nem fellebbezte meg ezt a döntést, és 2020. március 11-én a québec-i törvényből kikerült az életvégi állapot kritériuma.

A Truchon-ügyben hozott bírósági döntésre válaszul a szövetségi kormány 2020 februárjában előterjesztette a C-7-es törvényjavaslatot.⁴⁵ A szövetségi kormány különböző indokok miatt – választások, a

koronavírus-járvány – többször is haladékat kért a bíróságtól, végül az új szabályozás 2021. március 17-én lépett hatályba. A jelenlegi szabályozás „kétutas”: külön kezeli azokat a személyeket, akik esetében a természetes halál észszerűen előre látható és azokat

a személyeket, akik esetében a természetes halál észszerűen nem látható előre.⁴⁶ Azokat a személyeket, akiket kizárólag lelki betegséggel diagnosztizáltak, elzárta az „egészségügyi halálba segítés” igénybevételének lehetőségétől, első körben 2024. március 17-ig, majd a határidő meghosszabbításával egészen 2027. március 17-ig.

ZÁRSZÓ

A kanadai szabályozás láthatóan folyamatosan „fejlődik”, mivel a jogalkotók és az egészségügyi szakemberek rendszeresen értékelik a jogszabályok hatékonyságát és a társadalmi hatásokat. Már a jelenlegi szabályozás első formáját is rendkívül széles társadalmi vita előzte meg, ez példaértékű lehet minden olyan ország számára, amely a jelenlegi tiltó szabályozás valamilyen mértékű feloldása felé kíván elmozdulni. A jogalkotói szándék arra irányul, hogy a magasra értékelt személyes autonómia életvégi helyzetekben is jelentős szerepet kapjon. A jelenlegi kanadai társadalmi diskurzusban ugyanakkor rendkívül intenzív kritikai hang is jelen van – ami különösen erős a lelki betegséggel diagnosztizált személyek védelméről folytatott vitákban –, vagyis a halálba segítés dekriminalizációját követő kanadai gyakorlat igen mélyreható és tanulságos „kritikai olvasata” tárul elénk.

1. Jocelyn DOWNIE – Kate SCALLION: The path from Rodriguez to Bill C-14 and beyond: Lessons about MAiD law reform from Canada, in *International perspectives on end-of-life law reform*, eds. Ben P. WHITE – Lindy WILLMOTT, Cambridge, Cambridge University Press, 2021, 17–18, <https://doi.org/10.1017/9781108779364.005>.
2. Mona GUPTA: The medical regulator as law reformer. Québec’s act respecting end-of-life care, in *International Perspectives on End-of-Life Law Reform. Politics, persuasion and persistence*, eds. Ben P. WHITE – Lindy WILLMOTT, Cambridge, Cambridge University Press, 2021, 169–174, <https://doi.org/10.1017/9781108779364.011>; Marie-Eve BOUTHILLIER – Catherine PERRON – Delphine ROIGT et al.: The implementation of assisted dying in Québec and the interdisciplinary support groups: what role for ethics? *HEC Forum*, 2022, 355–369, 356–357, <https://doi.org/10.1007/s10730-022-09484-w>.
3. *Carter v. Canada (Attorney General)* 2015 SCC 5, [2015] 1 SCR 333 [1].
4. *Carter v. Canada (Attorney General)* 2015 SCC 5, [2015] 1 SCR 333 [12].
5. *Carter v. Canada (Attorney General)* 2015 SCC 5, [2015] 1 SCR 333 [12].
6. A nevezett szakasz általánosságban is tiltotta az asszisztált öngyilkosságot, az asszisztált öngyilkosság egyik esete az orvos által asszisztált öngyilkosság.
7. *Carter v. Canada (Attorney General)* 2015 SCC 5, [2015] 1 SCR 333 [40]. A bíróság fogalomértelmezése jelentős kritikát kapott, lásd például: John KEOWN: *Euthanasia, Ethics and Public Policy. An Argument against Legalisation*. Cambridge, Cambridge University Press, 2018, 398–400. Keown nehezményezte az eufémisztikus szóhasználatot, kiemelve, hogy tulajdonképpen az orvosi közreműködéssel elkövetett öngyilkosság és az emberölés bűncselekményeiről van itt szó. Azt sem tartotta elfogadhatónak, hogy a halálos mennyiségű szert a felperesek is „gyógyszer”-nek (*medication*) nevezték.
8. *Carter v. Canada (Attorney General)* 2013 BCCA 435.
9. *Carter v. Canada (Attorney General)* 2015 SCC 5, [2015] 1 SCR 333 [55].
10. *Carter v. Canada (Attorney General)* 2015 SCC 5, [2015] 1 SCR 333 [2].
11. *Rodriguez v. British Columbia (Attorney General)* 1993 SCR 519.
12. *Carter v. Canada (Attorney General)* 2015 SCC 5, [2015] 1 SCR 333 [10].
13. *Canada (Attorney General) v. Bedford* 2013 SCC 72, 42. par.; *Carter v. Canada (Attorney General)* 2015 SCC 5, [2015] 1 SCR 333 [44].
14. Jocelyn Downie és Simone Bern már 2008-ban azt az álláspontot képviselték, hogy az asszisztált öngyilkosság kanadai tiltása a Büntető törvénykönyv révén alkotmányellenes. Lásd: Jocelyn DOWNIE – Simone BERN: Rodriguez Redux. *Health Law Journal*, 2008, 27–54.
15. DOWNIE–BERN (14. lj.) 31–41.
16. *Canadian Foundation for Children, Youth and the Law v. Canada (Attorney General)* 1 SCR 76 [8].
17. *R. v. Heywood* [1994] 3 SCR 761.; DOWNIE–BERN (14. lj.) 40–41.
18. A fundamentális igazságságosság elveinek részletesebb elemzéséhez lásd például: Peter W. HOGG: *Constitutional Law of Canada*, Scarborough, Thomson Carswell, 2007; Nader R. HASAN: Three Theories of “Principles of Fundamental Justice”, *The Supreme Court Law Review: Osgoode’s Annual Constitutional Cases Conference*, 2013.
19. *Carter v. Canada (Attorney General)* 2012 BCSC 886.
20. Az élethez való jog különböző interpretációit tekintve lásd például: Elizabeth WICKS: *The Right to Life and Conflicting Interests*, Oxford, Oxford University Press, 2010; *The Right to Life and the Value of Life. Orientations in Law, Politics and Ethics*, ed. Jon YORKE, London, Routledge, 2016. Az élethez való jog kvalitatív és kvantitatív interpretációkra való felosztása a bíróság értelmezése.
21. *Carter v. Canada (Attorney General)* 2015 SCC 5, [2015] 1 SCR 333 [61].
22. Uo., *Carter v. Canada (Attorney General)* 2012 BCSC 886 [1322].
23. *Carter v. Canada (Attorney General)* 2015 SCC 5, [2015] 1 SCR 333 [62].
24. *Carter v. Canada (Attorney General)* 2015 SCC 5, [2015] 1 SCR 333 [64].
25. *Carter v. Canada (Attorney General)* 2015 SCC 5, [2015] 1 SCR 333 [64]; *Blencoe v. British Columbia (Human Rights Commission)* 2000 SCC 44, [2000] 2 S.C.R. 307 [54].
26. Uo.; *R. v. Morgentaler* [1988] 1 SCR 30.
27. Uo.
28. *Carter v. Canada (Attorney General)* 2015 SCC 5, [2015] 1 SCR 333 [66].
29. Uo.
30. *Rodriguez v. British Columbia (Attorney General)* [1993] 3 SCR 519, 595.
31. *Carter v. Canada (Attorney General)* 2015 SCC 5, [2015] 1 SCR 333 [78].
32. *Carter v. Canada (Attorney General)* 2015 SCC 5, [2015] 1 SCR 333 [126].
33. *Carter v. Canada (Attorney General)* 2015 SCC 5, [2015] 1 SCR 333 (Held) [334], ill. [127].
34. Udo SCHÜKLENK – Johannes J. M. VAN DELDEN – Jocelyn DOWNIE et al.: End-of-life decision-making in

- Canada: the report by the Royal Society of Canada expert panel on end-of-life decision-making, *Bioethics*, 2011/November (Suppl 1), 17–20. A jelentés 1. fejezetének 8. része a kanadaiaknak az önkéntes eutanáziával és az asszisztált öngyilkossággal kapcsolatos attitűdjeit tárgyalja, számos kutatás eredményét ismerteti; külön alfejezetekben ismerteti a közvélemény, az egészségügyben dolgozó szakemberek, valamint a betegek álláspontjait. A jelentés a Royal Society of Canada honlapján is elérhető: <https://rsc-src.ca/en/end-life-decision-making>.
35. *Carter v. Canada (Attorney General)* 2015 SCC 5, [2015] 1 SCR 333 [8].
 36. C-14 Törvényjavaslat a Büntető Törvénykönyv és egyéb kapcsolódó jogszabályok módosításáról („egészségügyi halálba segítés”).
 37. A „nurse practitioner” Kanadában önállóan diagnosztizálhat és kezelhet betegségeket, elrendelhet különféle tesztek, valamint kiértékelheti azokat, gyógyszereket írhat fel, illetve orvosi beavatkozásokat végezhet. A „nurse practitioner” a kiterjesztett hatáskörű ápoló egyik formája; lásd erről a Canadian Nurses Association honlapját: <https://www.cna-aic.ca/en/nursing/advanced-nursing-practice/nurse-practitioners>.
 38. A québec-i „tisztelettel életvégi ellátás”-ról szóló törvény („Act respecting end-of-life care”) jelenleg hatályos változata elérhető: <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/en/document/cs/S-32.0001>.
 39. Az „ésszerűen előre látható” (immár korábbi) törvényi kritérium kimerítő elemzéséhez lásd Jocelyn DOWNIE – Kate SCALLION: Foreseeably unclear: The meaning of the „reasonably foreseeable” criterion for access to medical assistance in dying in Canada, *Dalhousie Law Journal* 2018/1, 23–57, <https://doi.org/10.2139/ssrn.3126871>.
 40. *Truchon v Canada (Attorney General)* 2019 QCCS 3792.
 41. A sérülékenység kérdése nem elválasztható a társadalmi egészségdeterminánsok és az „egészségügyi halálba segítés” közötti kapcsolat kérdésétől; ehhez lásd pl. Jocelyn DOWNIE – Udo SCHUKLENK: Social determinants of health and slippery slopes in assisted dying debates: Lessons from Canada, *Medical Ethics*, 2021/10, 662–669, <https://doi.org/10.1136/medethics-2021-107493>; William ROONEY – Udo SCHUKLENK – Suzanne VAN DE VATHORST: Are concerns about irremediableness, vulnerability, or competence sufficient to justify excluding all psychiatric patients from medical aid in dying?, *Health Care Analysis*, 2018/4, 326–343, <https://doi.org/10.1007/s10728-017-0344-8>.
 42. *Truchon v Canada (Attorney General)* 2019 QCCS 3792 [253].
 43. *Truchon v Canada (Attorney General)* 2019 QCCS 3792 [638], [690], [734].
 44. *Truchon v Canada (Attorney General)* 2019 QCCS 3792 [735].
 45. C-7 Törvényjavaslat a Büntető Törvénykönyv módosításáról („egészségügyi halálba segítés”).
 46. A kétutas szabályozásról áttekintő infografika található a kanadai kormány portálján: https://www.justice.gc.ca/eng/cj-jp/ad-am/docs/MAID_Infographic_EN.pdf