

A korona-triázs rendszer büntető- és alapjogi kérdései

I. Bevezetés

A Kormány a 478/2020. (XI.3.) Korm. rendelettel az élet- és vagyónbiztonságot veszélyeztető tömeges megbetegedést okozó SARS-CoV-2 koronavírus világjárvány következményeinek elhárítása, a magyar állampolgárok egészségének és életének megóvása érdekében Magyarország egész területére ismételtelen veszélyhelyzetet hirdetett ki.

Alapvetés, hogy a kivételes hatalom az állam kezében egy közjogi ultima ratio eszközt teremt, de ennek során az emberi méltóság és az élethez való jog nem korlátozható, sőt a rendkívüli jogrend idején előálló kivételes élethelyzetekben az alapvető jogok védelme rendkívül komoly morális kérdéseket felvető jogi aktusok meghozatalát irányozhatja elő. Az ilyen határhelyzetekben hozott jogalkotói lépések, válaszadási képességek mutatják meg véleményem szerint egy jogrendszer valódi természetét, ugyanis a próba nélküli, mechanikus működés erre ritkábban ad lehetőséget.

Hazánkban a koronavírus által okozott járványhelyzetben valószínűnek mutatkozik, de legalábbis fennáll a reális lehetősége annak, hogy az egészségügyi ellátórendszer túlterheltsége miatt nem fog elegendő intenzív terápiás erőforrás (például lélegeztetőgép) jutni az arra szoruló akut betegek számára, ahogy ez korábban sajnálatos módon más országokban is előfordult. Az ilyen helyzet szükségképpen maga után vonja a kapacitáselosztás, illetve az erre vonatkozó szempontrendszer meghatározásának kérdését.

Erre tekintettel a dolgot arra a dilemmatikus kérdésre keresi a választ, hogy konkrét jogi szabályozás hiányában hogyan alakul annak az orvosnak a felelőssége, akinek adott esetben élet és halál között kell választania, úgy hogy lényegében csupán jogi kötőerővel nem bíró szakmai ajánlás ad iránymutatást számára e körben. Tehát, hogyan lehet ezen rendkívüli érzelmi és erkölcsi kihívás esetén a büntető- és alapjogi követelménynek megfelelni, azaz kockázatot jelent-e a fenti szakmai ajánlás betartása, illetve az ezt követő praktikum megfelelni-e a jogállami követelményeknek?

II. A triázs rendszerről

Súlyos járványügyi, de úgy általában katasztrófa helyzetekben, a részletes jogi szabályok kidolgozása általában a közigazgatási jog hatókörében valósulnak meg, a büntetőjogi szabályok ennél jóval absztraktabb megfogalmazásúak. Nyilvánvaló, hogy a szakmai tartalmú kérdések az orvosi kompetencia körébe tartoznak, ugyanis ezen szakemberek vannak abban a helyzetben, hogy tudományos alapossággal állást tudjanak foglalni a követendő, leghatékonyabb eljárásrend kialakítása tekintetében.

Azonban fontos hangsúlyozni, hogy az emberi élethez és méltósághoz való jogot érintő helyzetek esetén a szabályozás fő szempontrendszerének kialakítása, a prioritások meghatározása a jogalkotó feladatát képezi. A szakmai szervezetek által megalkotott ajánlások, módszertani levelek ugyan iránymutatásokat adhatnak az adott foglalkozást űzők számára, de ha olyan etikai kérdésekben kívánnak egyfajta követendő eljárásrendet megfogalmazni, aminek alapjogokat érintő vetülete is lehet, az természetesen a jogforrási

¹ PhD, bíró (PKKB).

hierarchián kívül esik, tehát ilyen kötőerővel nem bírnak. Ily módon a triázs rendszer fogalma nem jogi kategória, hanem orvos szakmai kérdés, mely a koronavírus okozta járványhelyzetben is a rászoruló beteg vonatkozásában az életek közötti választás legfőbb differenciálási tényezője.

A Magyar Orvosi Kamara (továbbiakban: MOK) által közzétett „Etikai megfontolások az orvosi erőforrások elosztásához COVID–19-pandémia idején Magyarországon”² elnevezésű ajánlás létrehozásának elsődleges célja az volt, hogy az elégtelen számú orvosi erőforrás esetén a tiszta és helyes etikai irányelvek mellett meghozott döntésekkel életeket lehessen menteni. A katasztrófa-orvostanból ismert triázs rendszer a betegek szakmai szempontú rangsorolását jelenti, melynek során a kezelés sikerének esélyét mérik fel. Ennek megfelelően minden beteg prioritási (triázs) pontszámot kap, ami alapján három színekkel prioritási csoport jön létre (magas, közepes, alacsony) és az adott csoporthoz tartozás alapján dönthető el, hogy mely beteg részesül a magasabb szintű egészségügyi ellátásból. A legfőbb pontszámalkító tényező, hogy mekkora a túlélésre való esélye a betegnek egyrészt objektív, másrészt validált értékek alapján.

Az ajánlás tehát arra az álláspontra helyezkedik, hogy döntési kényszer esetén azoknál a betegeknél szükséges lemondani a kezeléstről, akiknél nem látható vagy nagyon alacsony a sikeres kezelés esélye míg akik magasabb túlélési eséllyel bírnak és a továbbiakban is jobb prognózisúak, inkább azok részesüljenek az intenzív terápiás ellátásból (például: lélegeztetőgép).

A fenti szempontrendszer letéteményesének az ajánlás a triázs tisztet³ jelöli meg, akinek a feladata nem kevesebb, mint dönteni arról, hogy mely betegek kapják a legnagyobb prioritást a kritikus állapotú betegek ellátása során. Ennek során jogában áll a már intenzív osztályos kezelésben részesülő beteg esetén e kezelés megszüntetéséről dönteni és e kezelésben egy új, nagyobb prioritású beteg részesíteni.

Fontosnak tartom kiemelni azt is, hogy az ajánlás kifejezetten felhívja arra a figyelmet, hogy az iránymutatásokat a mindenkori gyakorlati körülmények között, a lehetőségekhez képest javasolt alkalmazni.

Véleményem szerint a vázolt eljárásrend több olyan, az életek közötti választás problémáját kívánja rendezni, aminek gyakorlati szempontból elsősorban a büntetőjogi megítélése lehet kérdéses. Főként ilyennek tekintem az életek rendszerbe sorolásának tényét, a versengő (azonos prioritással rendelkező) betegek közötti választás, újraelosztás témakörét, továbbá az életkor és a társadalmi hasznosság szempontjainak figyelembevételét, illetve a triázs tiszt döntésével szembeni fellebbezés lehetőségét is.

III. Jogi alapvetés

Általánosságban rögzíthető, hogy ha az orvos úgy dönt, hogy a beteg orvosi kezelését szándékosan nem kezdi meg vagy a megkezdett kezelést abbahagyja, illetve azt más módon folytatja és a beteg ennek következtében meghal vagy egészsége károsodik, emberölést vagy testi sértést valósít meg (Btk. 160. § és 164. §).

A fenti foglalkozásból fakadó cselekvési kötelezettség alóli mentesülés igen szűk körű, erre akkor van lehetőség, ha a beteg önrendelkezési jogával élve az ellátást az egészségügyről

²https://mok.hu/public/media/source/KORONAV%3%8DRUS/MOK_Etikai%20megfontola%CC%81sok_Covid19_final.pdf

³ Az ajánlás szerint a triázs tiszt olyan, a kritikus állapotú betegek ellátásában nagy szakértelemmel rendelkező szakorvos, aki jó vezetői képességekkel, konfliktusmegoldó képességgel és kommunikációs készségekkel rendelkezik.

szóló 1997. évi CLIV. törvény (Eütv.) rendelkezései szerint, az ott meghatározott eljárásrendben visszautasítja (az ún. passzív eutanázia esete). Ilyenkor az ellátás elmaradása folytán bekövetkezett halál vagy egészségsérelem tekintetében az orvos büntetendőségét a Btk. 24. §-ában szereplő jogszabály engedélye zárja ki.

Ennek hiányában azonban az Eütv. 17. § és 23. §-a alapján a beteg beavatkozásokba történő beleegyezését vélelmezni kell, és ugyanígy az egészségügyi dolgozóknak az Eütv. 125. §-a szerint a sürgős szükség fennállását is, ami az ellátás megkezdését követeli meg.

Abban az esetben, ha az orvos a MOK által közzétett prioritási elvek alapján úgy dönt, hogy például az adott intézményen még rendelkezésre álló egy darab lélegeztetőgép használatát két egyformán rendkívül súlyos, az eszköz hiányában szinte biztos halállal fenyegető állapotba kerülő betegek közül az egyik (jobb túlélési eséllyel rendelkező) személy számára biztosítja, a másik kevésbé jó triázs csoportban szereplővel szemben és ennek következtében az utóbbi személy meghal, a Btk. 23. §-ában szabályozott végszükség merülhet fel a büntetőjogi felelősség alóli mentő okként.

IV. A végszükségről

Eszerint ugyanis nem büntetendő annak a cselekménye, aki más személyét közvetlen és másként el nem hárítható veszélyből menti, feltéve, hogy a cselekmény nem okoz nagyobb sérelmet, mint amelynek elhárítására törekedett. Megjegyzem, hogy a törvény ismeri a bűnösséget kizáró végszükség esetét is, de a dolgozat témáját képező helyzetekben a büntetlenség hiányát nem az alanyi oldalon bekövetkező állapotváltozás területén kell keresni (hiszen az orvos nem ijedtségből cselekszik úgy ahogy), hanem a cselekmény (tárgyi oldal) büntetendőségét indokolt vizsgálni.

Annak a kérdésnek az eldöntése, hogy a triázs rendszer által létrejött élet-élet elleni helyzetekben a végszükség jogintézménye alkalmazható-e, elsőként a mentési tevékenység fogalmát kell megvizsgálni.

A dolgozat témáját érintő szituációkban, az esetleges kapacitás hiány esetén az eljáró orvos az emberi életet közötti választási kérdésének relációjában lényegében két fajta magatartást tanúsíthat, aszerint hogy az az erőforrások elosztása vagy újraelosztása során merült-e fel. Így előbbi esetben, (az eredeti példánál maradva) ha a két rászoruló beteg közül csak az egyik számára biztosítja a lélegeztetőgép használatát, mulasztása révén hal meg a másik személy, míg utóbbi esetkörben a már lélegeztetőgépen lévő, gyengébb túlélési eséllyel rendelkező betegről vonja meg a kezelés használatát, más, jobb triázs csoportba sorolt betege megmentése érdekében, ami aktív cselekvést feltételez.

A mulasztás további esetköre lehet az is, ha ugyan van elegendő orvosi eszköz az arra rászoruló életek megőrzésére, de a humán erőforrás hiánya miatt nem tud adott esetben az orvos arra rászoruló további emberi életet menteni.

A lehet-e mulasztással védekezni végszükségben kérdésre, a korábbi jogirodalom⁴ ugyan javarészt nemmel felelt, mivel ezalatt aktív magatartást feltételeztek, azonban a recens kommentáriródalom a passzív magatartás lehetőségét is elismeri.⁵

A törvényi definíció szerint ugyanis „az a cselekmény nem büntetendő” formulával él, ami az én olvasatomban akár passzív magatartást (tevési kötelezettség megszegését) is jelenthet, lévén, hogy a fogalom a tényállásszerű cselekményt jelöli, ami aktív és passzív

⁴ Lásd például Gerőcz Kálmán: A büntetőjogi végszükség, Budapest, 245. o.

⁵ Balogh Ágnes: Kommentár a Büntető Törvénykönyvről szóló 2012. évi C. törvényhez, Menedzser Praxis, Budapest, 2014. 89. o.

változattal is bírhat az adott bűncselekménytől függően, és ami ugyanúgy nélkülözheti a társadalomra veszélyességet, mint az aktív magatartás.⁶

A tudomány az ilyen szituációk egy szegmensét egyébként kötelesség-összeütközés elnevezés alatt ismeri, amely fogalom tulajdonképpen korábban önálló jogellenességet kizáró oknak volt tekinthető, de véleményem szerint a hatályos Btk. óta a végszükségbe olvadt, annak egyik speciális eseteként. Nagy Ferenc szerint, ez akkor forog fenn, ha két vagy több koincidáló jogi kötelezettség a konkrét szituációban olyan viszonyban áll egymással, hogy a kötelességek egyikének a teljesítése egyúttal kényszerűen más kötelezettségek sértését jelenti, s ezáltal büntetéssel fenyegetett cselekmény látszik megvalósulni.⁷

A szerző, az ezredelőn írt tanulmányában még inkább tankönyvi példának szánt esetében úgy szemléltette a fenti fogalmat, hogy annak a kisebb kórháznak az orvosa is ilyen helyzetben cselekszik, aki két életveszélyes sérült ellátására köteles, azonban az ahhoz szükséges lélegeztetőgépből csak egy áll rendelkezésre.⁸ Mára már az ilyen élethelyzet sajnálatos módon reális közelségbe került.

Tehát a dolgozat témáját illető döntési szituációkban, azaz ha az eljáró orvos két rossz között köteles választani akár aktív, akár passzív módon, magatartása a végszükség keretein belül mindenképpen értelmezhető, hiszen több ellátásra szoruló beteg életének veszélye egyértelműen közvetlen és az erőforrás hiányára tekintettel másként el nem hárítható. A döntő kérdés így tehát az, hogy cselekménye megfelel-e ilyen esetben az arányosság követelményének.

A törvényi definíció szerint a végszükségben lévő cselekménye a fenyegető veszélynél nagyobb sérelmet nem okozhat, amiből implicite következik, hogy azonos, szó szerint arányos sérelem okozható ártatlan javakban. A jogirodalomban ugyanakkor szinte örökzöld kérdésnek számít a végszükségi arányosság mértéke, ennek eldöntésére egyik oldalon erkölcsi-morális érvek, a másik oldalon a haszonelvűséget valló nézetek sorakoztathatók fel, javarészt azonos súllyal, bár gyakorlat hiányában ezen populáris témakört ezidáig főként fiktív jogesetekkel szemléltették a szerzők.

A kérdés, hogy lehet-e az emberi élet mennyiségi összehasonlítás tárgya, pontosabban ki lehet-e oltani emberi életet végszükségre hivatkozással?

Hazánkban ezen lehetőséget cáfoló szerzők szerint, az élet megmentésével csak testi sértés vagy vagyoni kár okozható, mivel az emberi élet nem számszerűsíthető.⁹ Ugyanezen holdudvarhoz tartozó más szerzők szerint, a jogellenesség kizárásának elutasítása azért helyes, mert egy menthetetlen személy megölése is az élet önkényes megrövidítését jelenti, ha ezt megengednénk, feladnánk azt a tételt, hogy a halálba menő élete is a jogrend védelme alatt áll.¹⁰

⁶ Így például ha egy lángoló épület tizedik emeletén rekedt mozgássérült személyt a menekülők magára hagynak, mert a körülmények miatt a lift nem üzemel és a lépcsőn való azonnali távozás hiánya a tűz tovaterjedése miatt mindegyikük biztos halálát eredményezné. További ilyen esetkör lehet, ha a közlekedési balesetben érintett jármű vezetője azért nem áll meg a baleset helyszínén és győződik meg arról, hogy valaki megsérült-e, illetve az életét vagy testi épségét közvetlenül fenyegető veszély miatt segítségnyújtásra szorul-e, mert életveszélyes állapotban lévő hozzátartozóját szállítja a kórházba és a megállással járó idővesztés a beteg életének elvesztésével járna.

⁷ Nagy Ferenc: Büntethetőségi akadályok szabályozása az új Büntető Törvénykönyvben, különös tekintettel a jogellenességet kizáró okokra, Büntetőjogi Kodifikáció, 2001/1. 30. o.

⁸ Nagy Ferenc: i. m. 31. o.

⁹ Hegedüs István – Karsai Krisztina: Kommentár a Büntető Törvénykönyvhöz, Complex, Budapest, 2013. 93.o.

¹⁰ Gellér Balázs – Ambrus István: A Magyar Büntetőjog Általános Tanai I., ELTE Eötvös kiadó, Budapest, 2019. 290. o.

Véleményem szerint a fenti álláspontok azt a hazánkétól eltérő német jogfelfogást tükrözik, amely a végszükség hatókörét, de az élethez való jog korlátozhatóságát is, erkölcsi elvekre hivatkozással szűkebb körben engedi érvényesülni. Ennek egyik hozadéka, hogy Németországban a koronavírus okozta járványhelyzetben, a jelen dolgozattal egyező témájú, az orvosok jogi felelősségét tárgyaló jogirodalmi polémiák megélénkültek, ugyanis a végszükség jogintézménye nem alkalmazható a mostani helyzetre megnyugtatóan, de mindenképpen jogbizonytalanságot okoz.

A német Btk. ugyanis a végszükség két esetkörét szabályozza, egy jogellenességet és egy bűnösséget kizáró formáját. Előbbi esetben csak kisebb sérelem okozható, míg utóbbi tekintetében akár nagyobb is, de ha ezt harmadik személy irányába gyakorolják más végszükségben lévő személy javára, az csak korlátozott személyi kört érinthet (hozzátartozót vagy egyéb közel álló személyt).

Ráadásul a német jogirodalom és alkotmánybíróági gyakorlat is azon a talajon áll, hogy ugyan minden jogilag védett érdek érvényesíthető végszükségi beavatkozás révén, de ez alól az emberi életet kivételnek tekintik, mivel az nem lehet mennyiségi összehasonlítás tárgya, ugyanis minden élet tekintet nélkül a még várható időbeli tartamára és minőségére, azonos alkotmányos védelmet élvez.¹¹

Ezen elv maximalizálása (bár rendkívül hangzatos) de a gyakorlati életben felmerülő végszükségi helyzetek elbírálása tekintetében igazságtalan végeredményt szülhet. Másrészt, ahogy említettem a harmadik személy (tehát veszélyen kívül álló személy) részéről gyakorolható mentési tevékenység is indokolatlanul szűk körben került megfogalmazásra (az 1871. évi német Btk.-hoz hűen). A jelenleg Németországot is sújtó járványügyi helyzetben tehát az eljáró orvosok, erőforrás (lélegeztetőgép) hiánya esetén, az emberi életek választása során a végszükségre, mint büntetési akadályra nem sok eséllyel hivatkozhatnának. Természetesen létezik hazánkéhoz hasonló orvosszakmai ajánlás az ilyen esetek során követendő eljárásrendről, de ezek jogi kötőerővel nem bírnak.

A fenti helyzet jogi megítélését vizsgálta művében Armin Engländer és Till Zimmermann szerzőpáros is, akik arra a következtetésre jutottak, hogy az életek közötti választás szempontjait taglaló szakmai ajánlások szerinti magatartást emberölésként is lehet értékelni, így az orvosok szükségtelen büntetőeljárásoknak is ki vannak téve. Véleményük szerint az erre vonatkozó külön szabályozás hiányában ez az ex lege állapot sérti az Alaptörvény rendelkezéseit, ezért annak átfogó jogi szabályozása lenne kívánatos, meghatározva a büntetőjogi felelősség kereteit.¹²

A mulasztással megvalósuló esetek büntetőjogi felelősség alóli mentesülését jogellenesség (bűncselekmény) hiányában vélik megoldhatónak, a kötelesség-összeütközés fent kifejtett tanára hivatkozva, ami olvasatomban egy „törvény feletti végszükségi” esetkörre takar. Ennek indokául az a nehezen vitatható érv szolgál, miszerint nem cselekedhet az eljáró orvos másként, mint ahogyan azt tette, ugyanis az egyik kötelesség teljesítése automatikusan kizárja a másik teljesítésének a lehetőségét, lehetetlenre pedig a törvény nem kötelezhet senkit („impossibilia nulla est obligatio”).¹³

A fő problémát a német jogirodalom szerint az aktív módon elkövetett esetek jogi következménye jelenti, magyarán a lélegeztetőgépen lévő beteg kezelésének a megszakítását, mely kérdéskörre lentebb még kitérek.

¹¹ Lásd például: Hans-Heinrich Jescheck: Lehrbuch des Strafrechts Allgemeiner Teil, Duncker und Humblot, Berlin, 1988. 324–325. o.

¹² Armin Engländer – Till Zimmermann: „Rettungstötungen“ in der Corona-Krise? Die Covid-19-Pandemie und die Zuteilung von Ressourcen in der Notfall- und Intensivmedizin, Neue Juristische Wochenschrift, C.H. Beck, 2020. 1402. o.

¹³ Detlev Sternberg-Lieben: Corona-Pandemie, Triage und Grenzen rechtfertigender Pflichtenkollision, Medizinrecht, Springer, 2020. 630. o.

Mindezekből jól látható, hogy speciális jogszabályok megalkotásának hiányában, illetve egy jogintézmény túlságosan szűk körű meghatározása milyen gyakorlati bizonytalanságokat okozhat.

A német megoldással szemben a magyar jogrendszer végszükségi emberképét jóval reálisabbnak és modernebbnek tartom, azzal, hogy az elhárítandó veszéllyel azonos sérelem is okozható ártatlan érdekkörökben, mivel lehetővé teszi a mennyiségi összehasonlítás lehetőségét a veszélyben lévő emberi életek tekintetében is.

Véleményem szerint az Alkotmánybíróság döntéseiből is felsejlik, hogy szűk körben az élethez való jog korlátozható. A testület a 23/1990. (X. 31.) Ab. határozatában és az azt követő, ezen jog érvényesülését vizsgáló határozataiban lefektette az élet korlátozásának önkényes eseteit, például a halálbüntetést vagy az aktív eutanáziát. Lábady Tamás és Tersztyánszky Ödön alkotmánybírák fenti határozathoz fűzött párhuzamos indokolásukban kifejtették, hogy maradnia kell tere az élet és emberi méltóság nem önkényes megfosztásának eseteinek is, így azonos értékek egymással versenghetnek, ilyenkor csupán helyzeteket rendez a törvényhozó, ami nélkülözi az önkényességet. Sólyom László párhuzamos indokolásában szintén alappal hivatkozik arra, hogy ha az élethez való jogtól megfosztás fogalmilag önkényes, akkor senkinek, semmilyen körülmények között nem lehet joga arra, hogy egy másik ember életét elvegye. Ez alól kivételként a jogos védelem, végszükség és az előljáró parancsa esetét sorolja fel.

Magam is úgy vélem, hogy társadalomra hasznos, ha engedélyt adunk az egyik személy megmentésére, mint arra, hogy inkább mindkettőt veszni hagyjuk, de lévén, hogy az emberi életek minőségileg azonosak (egyformán értékesek és védendőek), csak számszaki módon dönthető el az elhárító magatartás arányossága. Az ezzel ellentétes nézetet valló szerzők hivatkozását a fentebb kifejtettekre tekintettel tehát nem tartom helytállóknak. Annak a kérdésnek az eldöntése, hogy az etikai megfontolások milyen mélységben és hogyan válnak a jogszabály részévé a jogalkotó feladatát képezi, de önmagukban contra legem jogalkalmazói gyakorlat kialakítására nem sarkallhatnak.¹⁴

Fentiekre tekintettel tehát úgy gondolom, hogy a tárgyalt magatartás a végszükség keretein belül arányos veszély elhárító cselekménynek minősülhet, még akkor is, ha ezt olyan személy gyakorolja, aki nincs veszélyben (orvos), illetve a veszélyben lévőkhöz sem kötődik érzelmileg, ugyanis a társadalmi szolidaritás és a foglalkozásból fakadó cselekvési kötelezettség kellő legitimációs forrást jelent számára.

Külön gyakorlati problémát vehet fel ugyanakkor a már megkezdett orvosi kezelés megszüntetésének esetköre, tehát például egy lélegeztetőgépen lévő beteg kezelésének, aktív magatartással történő megszüntetése, más jobb túlélési eséllyel rendelkező beteg számára történő biztosítása érdekében. Több német szerző ugyanis úgy véli, hogy az ilyen helyzetek a végszükség körén kívül esnek. Eszerint nem a betegek állapota, hanem a kórházba való érkezési sorrend határozza meg, hogy kinek jut az életmentő kezelésből (státuszvakság), ami a status quo fenntartását tekintti fő elvnek, azaz a már lélegeztetőgépen lévő beteg kezelésének a folytatását. E körben tehát mindegy, hogy az adott beteg ily módon csupán pár nappal él tovább a társával szemben, aki nagyobb eséllyel a szükséges orvosi eszköz igénybevétele mellett felgyógyult volna a betegségből. Ennek indokát a szerzők abban látják, hogy tulajdonképpen a két beteg nincs összehasonlítható helyzetben, csupán az egyik van veszélyben, akinek már nem jutott lélegeztetőgép.¹⁵

Fenti álláspontot azért nem tartom helytállóknak, mert a végszükség nem csak veszélyközösségi esetekben alkalmazható, azaz nem követeli meg a jogalkotót, hogy két

¹⁴ Ezzel azonos állásponton például: Belovics Ervin (szerk.): Büntetőjog Általános Rész, Hvg-Orac, Budapest, 2018. 264. o. és Görgényi Ilona (szerk.): Magyar Büntetőjog Általános Rész, Wolters Kluwer Hungary Kft., Budapest, 2019. 186. o.

¹⁵ Detlev Sternberg-Lieben: i. m. 636. o.

veszélyben lévő személy „versengjen” az életéért, hanem ún. veszélyáthárítási helyzetekben is. Utóbbiról akkor van szó, ha egy olyan ártatlan személynek okoz sérelmet a veszélyben lévő, aki nem volt abban. Például ugyanez a helyzet, ha a tenger közepén hajótörést szenvedők közül a mentőcsónakra feljutott személyek köréből az oda szintén feljutni kívánó személy, életének megmentése érdekében egy főt a vízbe taszít. Tény, hogy az ilyen szituáció erkölcsileg még jobban megkérdőjelezhető, de végszükségi jogunk ilyesfajta korlátozást nem ismer, ezért a vázolt, ellátást megszakító, aktív magatartások esetén is alkalmasnak tartom az erre való hivatkozást.

Mindent egybevetve tehát úgy vélem, hogy hazánkban az eljáró orvos a betegek élete közötti választásával bűncselekményt végszükségre hivatkozással nem valósít meg, cselekménye nem büntetendő. Így teljesen mindegy hogy két betege közül melyik életét menti meg, a büntetőjogi felelősség alól már akkor mentesül, ha egy életet, más rovására megment, mivel a végszükség egy generális büntethetőségi akadály, speciális szempontrendszer e körben nem érvényesíthető. *Ezzel együtt azonban felmerül a kérdés, hogy mi van akkor, ha az orvos nem a MOK ajánlás szerint javasolt (kedvezőbb triázs csoportba tartozó) személy életét menti meg? Sajnálatos módon az ilyesfajta kérdésekre történő válaszok jelenleg a jogon kívül állnak.*

V. Speciális szabály igénye és összegzés

Álláspontom szerint, ha olyan helyzet áll elő, hogy szükségesnek tartják az élet feláldozását egy újabb élet megmentése érdekében, akkor ennek az eljárásrendnek nyitottnak, átláthatónak, következetesnek és államilag elismertnek, támogatottnak lennie. A kórházba került légzési nehézségekkel küzdő személyek jogosultak tudni, hogy mire számíthatnak az életmentő kezelés szempontjából. Jogukban áll tudni, hogy ha ilyen ellátásra van szükségük, az korlátozható-e, azaz akarataik ellenére megszakítható-e a kezelés. Emellett az orvosok is megérdemlik, hogy tudják, hogy amit tanácsolnak és tesznek, az összhangban van a jogszabályokkal.

Úgy vélem azzal, hogy végszükség jogcímén mentesülhetnek az orvosok a büntetőjogi felelősség alól a probléma nem megoldott, mivel ennél egy jóval összetettebb, speciális, több etikai aggályt felvető élethelyzetről van szó, ami részletesebb válaszokat is igényel a jogi felelősség megítélésének szempontjából is.

A már ismertetett MOK ajánlás véleményem szerint megfelelő szempontrendszert állított fel az erőforrás hiányának esetére, de kötelező erő hiányában bármely orvos juthat arra a következtetésre, hogy más etikai elvek alapján dönt az ilyen helyzetekben, jogi felelősségüket ez nem érinti.

Véleményem szerint ezért elengedhetetlen e körben a nyilvános vita és bizonyos mértékű társadalmi konszenzus arról, hogy mikor és hogyan lehet differenciálni abban a tekintetben, hogy kinek jusson például lélegeztetőgép vagy hogyan lehet az ilyen kezelést megszakítani. Ideális esetben tehát a jogalkotó feladatát képezi ezen szempontrendszernek jogszabályban történő lefektetése.

E tekintetben a MOK által publikált ajánlásokat lehetne elsősorban figyelembe venni. Tulajdonképpen ez esetben a felelősség alól a Btk. 24. §-ában szereplő jogszabály engedélye, büntethetőségi akadály mentesítene, mely jogszabálynak természetesen az arányos jogkorlátozás szempontrendszerének ugyanúgy meg kellene felelnie.

Így például az olyan jogszabályi megoldások, mint például a külföldi jogirodalomban gyakran emlegetett Maryland állambeli törvényi rendelkezés, mely szerint az egészségügyi szolgáltató mentes a polgári vagy büntetőjogi felelősség alól, ha jóhiszeműen egy

egészségügyi katasztrófahelyzetben (szükséghelyzetben) cselekedett, nyilvánvalóan nem felel meg a fent említett követelménynek konkrét feltételrendszer hiányában.¹⁶

A dolgozat témájához rendkívül hasonló életbeli helyzetet szabályozó szervátültetésre vonatkozó joganyagok alkalmazhatóságára is gyakorta hivatkoznak szerzők, de véleményem szerint mintaként kellően konkrét prioritások lefektetésének hiányában ezen jogszabályok sem szolgálhatnak. Az elosztási sorrend meghatározása ugyanis orvos szakmai kérdés és kompetencia, mely meglehetősen tág jogi mozgásteret jelöl ki.¹⁷

Álláspontom szerint az életmentő egészségügyi kapacitás hiány esetén, egy esetleges jövőbeni jogforrásnak, hasonlóan a MOK által közzétett ajánláshoz, a legtöbb élet megmentésének az elvéből kell kiindulnia és azokat a betegeket kell előnyben részesíteni, akik orvos szakmai szempontból kedvezőbb túlélési (felépülési) eséllyel bírnak. Teljesen egyértelmű, hogy az életkor, azaz, hogy idős vagy fiatal a beteg nem lehet döntő szempont, így a még leélhető várható élettartam sem. Ennek indoka, hogy az élethez való jog minden ember tekintetében egyformán védendő, mivel azok azonos értékkel bírnak.

Hangsúlyozandó az is, hogy nemzeti, etnikai, faji, vallási vagy bármilyen más csoporthoz tartozás ténye szintén nem képezheti a differenciálás alapját, az ilyen eseteket szankcionálni szükséges. E körben felmerül az a kérdés is, hogy hogyan védjük a megmentőket? Azaz az egészségügyi ellátásban résztvevő dolgozók előnyben részesíthetők-e megbetegedésük esetén az életmentő orvosi eszközök igénybevétele tekintetében pusztán azon tényre hivatkozással, hogy birtokában vannak annak a tudásnak, mellyel más személyek életét a jövőben megmenthetik. Meglátásom szerint ez a társadalmi hasznosság szintén nem írhatja felül az életek egyenértékűségének elvét, ugyanis ha ennek teret engednénk, akár parttalan mértékben kiterjeszhetnénk azt más hasonló foglalkozást űzőkre is. Az élet ténye számít, nem pedig annak haszna vagy kevésbé hasznossága.

A fentiekben már részletezett érkezési sorrend elvét, miszerint a korábban lélegeztetőgépre kapcsolt személy lesz jogosult használni a készüléket függetlenül túlélési esélyeitől, akár más kedvezőbb triázs csoportba sorolt beteg kárára szintén elvetendőnek tartom. *A „jut akinek jut” álláspont az orvosok és társadalom számára formálisan valóban nyújthat egyfajta objektív, előre kiszámítható eljárásrendet, de véleményem szerint akkor járunk el helyesen, ha mennyiségi alapon vizsgálva, a valóban megmenthető (felépülést eredményező) életek prioritása szerint járunk el.* A status quo fenntartása akkor merülhet fel, ha a túlélési esélyek egyenlők a betegek tekintetében, de mint erre lentebb kitérek ilyenkor más fajta döntéshozatalra is sor kerülhet.

A MOK ajánlásával egyetértve, magam is a mennyiségi alapú koncepciót támogatom, habár itt is felmerülnek nehéz esetek. Az egyik ilyen, ha patthelyzet alakul ki két beteg között, *azaz, ha egyforma túlélési eséllyel rendelkeznek, de mindkettőnek szüksége van az életmentő orvosi eszköz igénybevételére. Az ajánlás szerint ilyenkor a betegek nyers prioritási pontszámait kell figyelembe venni és az alacsonyabb nyers pontszámmal rendelkezőnek van előnye.* Ha még mindig patthelyzet van, akkor annak feloldásához sorsolást (azaz véletlenszerű allokációt) kell használni.

Ezt a külföldi szakirodalomban *lottó-eljárásnak* is szokás nevezni. Ennek kivételes létjogosultsága abban ragadható meg, hogy ha szakmai alapú, igazságos döntés nem hozható,

¹⁶ Hivatkozás: <https://law.justia.com/codes/maryland/2005/gps/14-3A-06.html>

¹⁷ Éppen ezért az ún. „várólistás” esetekben a várakozási sorrendtől eltérő szervátültetések elvégzése jogi felelősségét általában nem von maga után. Az egyik ilyen német ügyben az eljáró orvos a májátültetésre vonatkozó szabályok megszegésével, betegek orvosi eredményének manipulálásával juttatott saját betegeinek szerveket és az emiatt emberölés kísérlete miatt emelt vád alól felmentették a nem kellően konkrét jogszabályi megfogalmazás miatt.

Hivatkozás:

<http://juris.bundesgerichtshof.de/cgi-bin/rechtsprechung/document.py?Gericht=bgh&Art=en&Datum=Aktuell&nr=78726&linked=pm>

akkor az esélyegyenlőséget legalább formális módon biztosítsák egy pártatlan eljárás keretében. Meghökkenítőnek tűnhet úgymond szerencsejátékot szervezni az intenzív osztályon, de ezen eljárásban benne rejlik az a fajta közömbösség, ami az életek abszolút egyenértékűségének elvét jelenti, és amelyet a véletlen garantál. Ily módon a versengő betegeknek egyforma esélye van a túlélést jelentő eszköz igénybevételére. Ezt a bizonytalan döntéshozatali helyzetet a jogrendünk pontosan azért fogadhatja el, mert más alternatív lehetőség hiányában, a tétlenség helyett jogilag egyenlőségjelet húz élet és élet közé, függetlenül életkoruktól vagy hivatásuktól.

Az ajánlás a lottó-eljárás fair lefolytatása érdekében előírja, hogy a sorsolás folyamatát és eredményét pontosan dokumentálni kell, célszerűen a döntéshozatalban részt vevőktől szervezeti értelemben minél inkább független tanúk bevonásával. Az ennek során felmerülő, a kiválasztás eredményét befolyásoló esetleges korrupciós eseteket természetesen szankcionálni szükséges, melynek megakadályozása egy olyan átlátható, szigorú és független eljárásrendet kíván meg, ami valóban a véletlen kiválasztás elvét biztosítja, ugyanis ennek hiánya utóbb már nem reparálható veszteséggel jár.

A másik nehéz eset, amire még ki kívánok térni, amikor két egyforma túlélési eséllyel bíró személy közül, az egyik gyermeket vár. Az ajánlás szerint ilyenkor a minél több élet megmentése elv révén a terhes nőt kell előnyben részesíteni, amivel magam is egyetértek, de ha ez jogszabályi szinten is rögzülne, felmerülne az az örökzöld kérdés is, hogy a magzatot ezzel jogilag emberként ismerhetjük el és az élethez való jog minden eleme rá is vonatkozhatna? Ha igen, az rendkívül komoly paradigmaváltást jelentene jogrendszerünkben, ha viszont nem, akkor önmagában az államnak a magzat tekintetében fennálló intézményvédelmi kötelezettsége nem emelné jogi értelemben más személy életével egyenlő helyre.

Végezetül megemlítem még a triázs tiszt döntésével szembeni fellebbezés lehetőségét is, amit az ajánlás igen részletesen szabályoz. E körben a gyors, hatékony és pártatlan felülbírált lehetőségének garantálása jogállami érdek, ahogyan az is, hogy az esetleges szakmai hibából fakadó károkból eredő követelések bírósági úton érvényesíthetők legyenek.

Jól látható mindezek alapján, hogy jelenleg a koronavírus okozta járványhelyzetben olyan súlyos, erkölcsi aggályokat felvető élethelyzet vált realitássá, mint az esetlegesen előforduló tárgyi vagy személyi jellegű kapacitás hiány miatti emberi életek közötti választás terhe. Véleményem szerint ezen probléma megnyugtató és igazságos feloldása, komplex rendezése, a fogalmak és felelősségi keretek meghatározása az orvosok, valamint a betegek és hozzátartozóik szempontjából csak jogszabályi szinten mehet végbe, ugyanis a jog nem állhat télenül ilyen alapvető sorsfordító helyzetekben, a generális szabályok ugyanis csak tüneti megoldást nyújthatnak. Az etikai ajánlások, színvonaluktól és jó szándékuktól függetlenül önmagukban erre nem megfelelő eszközök. Úgy vélem a triázs rendszer, annak jogszabályi alapjainak lefektetésével megfelelő döntéshozatali eljárást jelenthet, a legtöbb emberi élet megmentésének elvével összhangban, nem csak a jelenlegi, de akár a jövőben előforduló hasonló, egészségügyi katasztrófa helyzetekben is.