

ÉLETVÉGI DÖNTÉSEK JÁRVÁNY IDEJÉN

ÉLETVÉGI DÖNTÉSEK JÁRVÁNY IDEJÉN

Szerkesztette: FILÓ MIHÁLY

Szerzők: AMBRUS ISTVÁN
BARCSI TAMÁS
BATÓ SZILVIA
ÉLŐ GÁBOR
FILÓ MIHÁLY
KISS MÁTÉ JENŐ
HÁMORI ANTAL
MATKÓ IDA
OROSZ GÁBOR VIKTOR
SÁNDOR JUDIT
ZUBEK LÁSZLÓ

MEDICINA KÖNYVKIADÓ ZRT. BUDAPEST, 2023

© *Dr. Filó Mihály, 2023*
© *Szerzők, 2023*
© *Medicina Könyvkiadó Zrt., 2023*

E könyv szövege, ábraanyaga és mindenféle tartozéka szerzői jogi oltalom és a kizárólagos kiadói felhasználási jog védelme alatt áll. Csak a szerzői jog tulajdonosának és a könyv kiadójának előzetes írásbeli engedélye alapján jogszerű a mű egészének vagy bármely részének felhasználása, illetve többszörözése akár mechanikai, akár fotó-, akár elektronikus úton. Ezen engedélyek hiányában mind a másolatkészítés, mind a sugárzás vagy a vezeték útján a nyilvánossághoz való közvetítés, mind a digitalizált formában való tárolás, mind a számítógépes hálózaton átvitt mű anyagi formában való megjelenítése jogszerűtlen.

ISBN 978-963-226-892-7

A kiadásért felel a Medicina Könyvkiadó Zrt. igazgatója

Szerkesztő: Bakos András
Műszaki szerkesztő: Dóczy Imre
Terjedelem: 10 (A/5) ív
Azonosító szám: 4164

TARTALOMJEGYZÉK

Ajánló	7
Filó Mihály szerkesztői előszó	9
Emberi méltóság – emberi jogok – jogfilozófia	11
Sándor Judit: A covid-járvány emberi jogi tanulságai	11
Barcsi Tamás: Erkölcsi döntések járvány idején	27
Orvostudomány – orvosi etika – intenzív terápia	37
Élő Gábor: Újraélesztés koronavírus-pandémia idején	37
Matkó Ida: Morális distressz I. – A hivatásrend zavara. Orvosi eszközök igazságos elosztása a covid19-járvány idején, Magyarországon	45
Matkó Ida: Morális distressz II. – A hivatásrend zavara. Orvosi eszközök igazságos elosztása a covid19-járvány idején, Magyarországon	71
Zubek László: A koronavírus-járvány hatása az intenzív terápiás orvosok gondolkodására	97
Jogtörténet – jogdogmatika – tételes jog	105
Bató Szilvia: „A ki ragályos betegség idején, a továbbterjedésnek megakadályozása végett...” A járványok elleni védekezés büntetőjogi eszközei a magyar jogban (1790–1880)	105
Ambrus István: Élet, testi épség, egészség elleni bűncselekmények és a covid19	129
Filó Mihály – Kiss Máté Jenő: Triázs és büntetőjog	145
Teológia – morálfilozófia – vallástudomány	157
Hámori Antal: Egyházi döntések koronavírus-pandémia idején (apostoli szentszéki és magyar részegyházi aktusok)	157
Orosz Gábor Viktor: Gondoskodás, gondviselés és a lehetséges iránti szenvedély – teológiai szempontok a triázsajánlások kapcsán covid19-járvány idején	171

AJÁNLÓ

Az új koronavírus és a nyomában járó világjárvány nem pusztán globális közegészségügyi katasztrófát okozott, hanem egyúttal olyan erkölcsi krízist is, amelynek társadalmi és politikai hatásai egyelőre beláthatatlanok. Morális pánik uralkodott el a világban, amikor az egészségügyi kapacitások elégtelensége miatt a gyógyító hivatásrend tagjai fájdalmas hirtelenséggel kényszerültek az emberi életek közötti választásra. A válság számtalan új, megválaszolandó kérdést vetett fel. Hogyan érvényesülnek az emberi jogok járvány idején? Milyen szempontok alapján dönthet az orvos a szűkösen rendelkezésre álló életmentő eszközök elosztásáról? Milyen tanulság vonható le az egyházak tanításaiból?

Magyarországon az életvégi döntésekre vonatkozó szakirodalom mennyiségében ugyan nem, de minőségében már utoléri a nyugat-európai országokét. Sajnálatos tény azonban, hogy a tudományos diskurzuson kívüli hazai közbeszéd jelenlegi állapotában nem alkalmas összetett társadalmi problémák megvitatására. Jelen kötet elsődleges célja így nem lehet más, mint az életvédelem járvány idején aktuális kérdéseinek hiteles ismertetése a minél szélesebb olvasóközönség számára.

A szerkesztő erre a rendkívüli vállalkozásra hívta össze az érintett szakterületek legkiválóbb ismerőit, abban a reményben, hogy az olvasó is részt vesz majd a közös gondolkodásban.

Budapest, 2021. december 1.

a Szerkesztő

SZERKESZTŐI ELŐSZÓ

Az új koronavírus és a nyomában járó világvjárvány nem pusztán globális közegészségügyi katasztrófát okozott, hanem egyúttal olyan erkölcsi krízist is, amelynek társadalmi és politikai hatásai egyelőre beláthatatlanok. *Ghebreyesus*, a WHO főigazgatója szerint korunk legjelentősebb kihívásával állunk szemben. Az a tény, hogy a kapacitások elégtelensége miatt a járvány legsúlyosabb heteiben még a fejlett ipari országokban is emberi életek közötti választásra kényszerültek az orvosok, „morális pánikot” keltett a társadalmakban.

Az ELTE Állam- és Jogtudományi Kara 2021. január 29. napján interdiszciplináris konferenciát szervezett „Életvégi döntések járvány idején” címmel. A téma aktualitásához nem fér kétség, hiszen a pandémia idején különös élességgel vetődnek fel az életvédelem terjedelmének kérdései. Ezekre a dilemmákra a jogállamnak határozott választ kell adnia, azonban az élet és a halál közötti választás megítélésében a jogtudomány is szükségszerűen támaszkodik más tudásterületek vívmányaira, az életvégi döntések horizontja napjainkban már aligha fogható át egy-egy tudományág elkülönülő nézőpontjából. Ezért a szimpóziumon megszólalási lehetőséget kapott minden érintett normatív és pozitív tudásterület: a medicina, az orvosi etika, a morálteológia, a filozófia és természetesen az egyes jogágak képviselői is.

A Szerkesztő meggyőződése, hogy a COVID19 hatásainak megértése és feldolgozása még hosszú időre megkerülhetetlen feladatot jelent a tudomány számára. A szerzői közösség ehhez a munkához kíván a jelen kötettel hozzájárulni.

Budapest, 2021. november 1.

a Szerkesztő

EMBERI MÉLTÓSÁG – EMBERI JOGOK – JOGFILOZÓFIA

„Már nem léteznek egyéni sorsok, csak kollektív sors,
pestisből és mindenki által megosztott érzelmekből áll.”

Camus: *A pestis*

A COVID19-JÁRVÁNY EMBERI JOGI TANULSÁGAI

SÁNDOR JUDIT

Egy világméretű járvány kibontakozása

2020 januárjában még a fotel kényelméből és távolságtartóan szemléltük a vuhani eseményeket. Bár kezdetben titok övezte a járvány valóságos természetét, de pár héttel később már az egész világ felfigyelt arra, hogy a kínai hatóságok rendkívüli intézkedéseket vezettek be. Először hatfős teamekben az egyes betegek lehetséges kontaktusait igyekeztek feltérképezni.¹ A járvány azonban olyan gyorsan terjedt, hogy ez a módszer hamar elégtelennek bizonyult, és ezért 2020. január 22-én a városban teljes kijárási tilalmat vezettek be. Nem sokkal később, egy másik járványügyi intézkedést, az ún. *cordon sanitaire*-t rendelték el Vuhan körül. Ez az intézkedés sem új, annak idején már a sárgaláz miatt is vezettek be hasonló intézkedéseket a spanyol–francia határon.² Az azóta eltelt emberpróbáló két év után mai fejjele szinte érthetetlen, hogy eleinte miért

¹ Buchanan, William J.; Imran, Muhammad Ali; Ur-Rehman, Masood; Zhang, Lei; Abbasi, Qammer H.; Chrysoulas, Christos; Haynes, David; Pitropakis, Nikolaos; Papadopoulos, Pavlos (2020): *Review and Critical Analysis of Privacy-Preserving Infection Tracking and Contact Tracing* in: *Frontiers in Communications and Networks*, DOI=10.3389/frcmn.2020.583376

² Chastel C. La „peste” de Barcelone. Epidémie de fièvre jaune de 1821 [The „plague” of Barcelona. Yellow fever epidemic of 1821]. *Bull Soc Pathol Exot.* 1999 Dec;92(5 Pt 2):405-7. French. PMID: 11000949.

gondoltuk az eseményeket oly távolinak tőlünk. A járvány 2020 februárjának második felétől már Olaszországban szedte áldozatait, és nem sokkal később, a bergamói^{3,4} képek láttán Európába is beköltözött a félelem.

A járvány egészségügyi, epidemiológiai, virológiai, gazdasági és egyéb következményeit ma is a bőrünkön érezzük. Ebben az írásban arra vállalkozom, hogy a járvány emberi jogi vonatkozásait elemezsem, ezek közül is elsősorban azokat, amelyek a bioetikához is kapcsolódnak. Az írásban azonban nem tértem ki a COVID19-járvány környezeti hatásainak értékelésére, mert ez külön tanulmányt érdemelne.

A diszkriminatív interpretáció lehetősége

Világjárványok korábban is voltak, mégis számos egyedi vonása is van a SARS-Cov-2 koronavírus okozta pandémiának.⁵ A COVID19-járvány alakulása leginkább az 1918 és 1919 között lezajló spanyolnáthajárvánnyal mutatja a legtöbb hasonlóságot. A spanyolnátha becslések szerint több mint 50 millió ember⁶ életét követelte világszerte. Igaz, akkoriban nem rendelkeztek védőoltással, a háború amúgy is szörnyű áldozatokat követelt, és az intenzív terápiás ellátás is gyerekcipőben járt még. Ezt a betegséget, noha földrajzi eredete ismeretlen, mégis már a világjárvány első hullámában is spanyol influenzának nevezték, de ez csupán annak köszönhető, hogy Spanyolországban nem működött a háborús cenzúra és szabadon lehetett a kibontakozó járványról írni, és emiatt terjedt el az a hamis hír, hogy a járvány Spanyolországból indult ki. Szenegálban „brazil influenzának”, Brazíliában pedig „német influenzának”, míg Lengyelországban „bolsevik betegségnek” is nevezték.

Az elmúlt évtizedekben a SARS-, MERS- és Ebola-járványok is sok áldozatot szedtek, de a SARS-Cov-2 vírus okozta jelenkori, a földön több hullámban végigsöprő járvány sok szempontból egyedi.

³ <https://www.france24.com/en/europe/20210318-a-year-on-italy-s-berga-mo-still-traumatised-by-onslaught-of-covid-19>

⁴ Perico, Norberto; Fagioli, Stefano; Di Marco, Fabiano; Laghi, Andrea; Cosentini, Roberto; Rizzi, Marco; Gianatti, Andrea; Rambaldi, Alessandro; Ruggerenti, Piero; La Vecchia, Carlo; Bertolini, Guido; Paglia, Stefano; Lorini, Ferdinando Luca; Remuzzi, Giuseppe: (2021) Bergamo and Covid-19: How the Dark Can Turn to Light, *Frontiers in Medicine*, vol. 8. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fmed.2021.609440/full>, letöltve 2021. június 20-án.

⁵ Debora Mackenzie (2020) *Covid-19 The Pandemic that never should have happened and how to stop the next one*. London. The Bridge Street Press.

⁶ <https://www.cdc.gov/flu/pandemic-resources/1918-commemoration/1918-pandemic-history.htm>

Figyelemre méltó, hogy csupán a járvány negyedik hullámában terjedt el, hogy ne „vuhani”, „brit”, „brazil” vagy „indiai” variáns elnevezéssel utaljanak a vírus különböző típusaira, hanem csak úgy, hogy delta-variánst. A járvány globális méreteket öltött, és csakis a nemzetközi összefogással, nem pedig diszkriminációval lehet leküzdeni.

A szabadságjogok korlátozása a járvány leküzdése érdekében

A COVID19-járvány az emberi jogok szinte mindegyikére komoly hatással volt: a magánélet védelmére, a szólásszabadságra, a gyülekezési jogra, a munkavállalásra. Mindezen jogok korlátozását az egészségügyi vészhelyzet érdekében rendelték el világszerte.⁷

A WHO már a járvány első fázisában, 2020 áprilisában is hangsúlyozta, hogy a járvány elleni küzdelemben az egészséghez való jognak és a globális fellépésnek kiemelt szerepet kell szánni. Ennek ellenére a járvány kitörésekor még nem sok jele volt a nemzetközi együttműködésnek.

A COVID19-járvány 2020-ban való világméretű elterjedése következtében a kijárási tilalmak több kontinensen való bevezetésével a modern kor legnagyobb tömeges karanténja jött létre, hiszen ilyen mértékű globális leállásra, bezárkózásra még nem került sor. A szokatlan korlátozásokat a korábban széles szabadsághoz szokott emberek többsége is sokáig türelemmel viselte. A járvány kezdeti szakasza iskolapéldája volt annak, hogy a szabadsághoz életében hozzászokott generáció is kész volt elfogadni jogainak átmeneti korlátozását egy fontos közösségi érdekből. Az egészség fenntartása, védelme hirtelen számos más szempontot felülírt.

Azonban, ahogy a szabályok szaporodtak, néhol egyik napról a másikra ellentétes irányba is, sőt a járvánnyal összefüggést nem mutató jogokat is érintette a szabályozás, egyre többször vetődött fel a kérdés, hogy miképpen lehet az emberi jogokat tartósan korlátozni egy ilyen súlyos járvány esetén is jogszerűen, arányosan, valamint a feltétlenül szükséges mértékben és ideig.

Hazai vonatkozások

Miután az első fertőzések Magyarországon is megjelentek, 2020 márciusában nálunk is komolyabb intézkedésekre került sor. Az iskolák egyik napról a másikra online működésre tértek át, az üzletek csak korlátozottan tartottak nyitva, és még az élelmiszerüzletekben is időszavakat alakítottak ki az érintett, idős lakosság védelmére. A járvánnyal összefüggésbe hozható első intézkedés a Felelős Operatív Törzs felállításáról szóló 1012/2020. (I. 31.) Korm. Határozat. Ezt követően az egyik legjelentősebb és

⁷ Paolo Giordano (2020) *How Contagion Works* Milan. Weiden & Nicolson.

legtöbbet vitatott törvényt az Országgyűlés 2020. március 30-án hozta, amikor megalkotta a koronavírus elleni védekezésről szóló 2020. évi XII. törvényt, ez a törvény felhatalmazást adott a rendeletek hatályának kormány általi meghosszabbítására.

Az egészségügyi ellátás egyik napról a másikra alakult át katonás szabályok szerint működő leszűkített ellátássá. Nem volt előképe ennek a radikális változásnak. És ez valószínűleg hosszú időre megváltoztatja egyrészt a gyógyítók és az egészségügyi hatóságok, másrészt az orvos és beteg viszonyát, valamint a társadalom és az egészségügy viszonyát is. Mindjárt a járvány kezdetén egy furcsa, eddig ismeretlen intézkedéssel kellett mind az orvosoknak, mind a betegeknek megbirkózniuk. Korábban minden egészségügyi felvilágosító kampány egyik legfőbb eleme a megelőzés volt. Azaz, a legfőbb tanács az volt, hogy mindenki forduljon időben orvoshoz, járjon rendszeresen szűrővizsgálatokra, s ha valami rendellenességet észlelt, azonnal keresse fel kezelőorvosát. Ezt a bevésődött üzenetet mintha egy csapásra fújta volna el a szél március közepén. Helyét egy teljesen más szlogen vette át: „Mindenkinek maradjon otthon, és csak, sürgős szükség esetén lépjen telefonon kapcsolatba az egészségügyi rendszerrel”. A háziorvosok, szakrendelők és a kórházak nagy része hirtelen elérhetetlenné vált a betegek széles tömegei számára. Ezt a radikálisan új üzenetet nyilvánvalóan majd csak hatalmas felvilágosító kampánnyal és a kórházak biztonságossá tételével lehet megváltoztatni. A várólisták a járvány harmadik hullámának lecsengése után hónapokkal hosszabbodtak meg.⁸

A második hullámot az ország határainak szeptember elsején történő lezárása és számos új intézkedés meghozatala jellemezte. A veszélyhelyzet kihirdetéséről szóló 478/2020. (XI. 3.) korm.-rendelet szerinti, az élet- és vagyónbiztonságot veszélyeztető tömeges megbetegedést okozó SARS-CoV-2 koronavírus-világjárvány következményeinek elhárítása, a magyar állampolgárok egészségének és életének megóvása érdekében elrendelt veszélyhelyzettel összefüggő sajátos szabályokat állapítja meg.

Az egymást követő egyes hullámok eltérő járványügyi intézkedéseket hoztak⁹, és a felmerülő problémák mindegyike bioetikai és emberi jogi kérdéseket is felvetett.¹⁰

Nyilvánvaló, hogy az orvos-beteg kapcsolat ilyen radikális átalakítása a bioetikai gondolkodást is újításokra ösztönözte¹¹. 2020. április 14-én jelent meg a Ma-

⁸ https://jogviszony.neak.gov.hu/varolista_pub/elojegyzesi-listak-hosszanak-lekerdezese/?ocsk133.

⁹ A 2020. évi CIX. Törvény a koronavírus-világjárvány második hulláma elleni védekezésről szól, míg a 2030/2020. (XII. 29.) Korm. határozat a koronavírus elleni nemzeti oltóanyag fejlesztésének támogatásáról.

¹⁰ Judit Sándor (2020) *Health and Legal Policy in Hungary at the time of Covid-19 Pandemic* in: *Medicine and Law*; 39(2):191-202, 2020.

¹¹ Judit Sándor (2020) *Bioethics for Pandemic* <https://www.project-syndicate.org/commentary/bioethics-principles-for-covid19-response-by-judit-sandor-2020-05> letöltve: 2021. június 15.

gyar Orvosi Kamara „Etikai megfontolások az orvosi erőforrások elosztásához a COVID19-pandémia idején” címet viselő dokumentuma¹². A kamara eddigi történetében meglehetősen egyedülálló és sok tekintetben előremutató ajánlásról van szó. Az etikai megfontolások közzétételével nyilvánvalóan az volt a kamara legfőbb törekvése, hogy megpróbálja nyíltan szembenézni nemcsak a szoros értelemben vett orvosi, de a sorolás filozófiai és etikai szempontjaival is, azaz, hogy hogyan kell a szűkös forrásokat elosztani a járvány idején.

Fontos megemlíteni, hogy a MOK ebben az állásfoglalásában tiszteletben tartja a diszkriminációmentességet, azaz hangsúlyozza, hogy nem érhet senkit hátrány pusztán kora vagy neme miatt, azaz a dokumentum készítői nem szorítkoztak egyetlen tényezőre sem a sorolásnál.

A MOK-ajánlás épp a 2020. húsvét előtti nagy számú és drasztikus hirtelenséggel elrendelt fekvőbetegszám-leépítés után született, és egy hónappal azután, hogy számos járóbeteg- és fekvőbeteg-intézet bizonytalanul hosszú időre elérhetetlenné vált a betegek széles csoportjai számára. Olyanok számára is, akik egész életükben fizették az egészségbiztosítási hozzájárulást, és joggal számíthattak arra, hogy idősebb korukban, egy végigdolgozott élet után nem kell lemondaniuk az egészségügyi ellátásukról, és az ápolás végigkíséri őket az életük végéig.

A dokumentum az utilitarista erkölcs által ihletett, letisztult, nagyon racionális logikát követ, tisztességes szándékkal, néhol tankönyvszerűen el is magyarázva a lehetséges alternatívák szempontjait. A gondoskodási és kapcsolati etikai megközelítés, a gyógyítás iránti vágy szenvedélye, a szakmai integritás, és az egészségügyi ellátáshoz való jog egyértelmű elismerése azonban hiányzott a dokumentumból.

Epidemiológiai szakemberek, bioetikusok, orvosok segíthetik az egészségügyi kormányzatot egy igazságos egészségpolitika kialakításában, de egy orvosi testületnek azt kell elsősorban érzékeltetnie, hogy csak a legvégső esetben mond le a betegek gyógyításáról, szűkítve az ellátandó betegek körét. Előtte minden eszközt bevet, hogy az egészségügy terhelhetősége növekedjék, ha kell, nemzetközi segítséget kér, és csak a végső esetben tér át a katonás sorolásra, akkor is csak a feltétlenül szükséges legrövidebb ideig, és a betegek jogainak csak arányos és a lehető legrövidebb ideig fennálló korlátozásába egyezhet bele. Ezenkívül ahol csak lehet, egyeztet a betegszervezetekkel, betegekkel, hozzátartozókkal. Az egészségügy felkészületlensége vagy a védőruházat hiányossága miatt nem háríthatók a betegekre a veszteségek. Elsőként tehát minden eszközzel harcolni kell ezek indokolt biztosításáért, ennek hiányában a betegek jogainak idő előtti feladása tartósan torzíthatja az orvos-beteg viszonyt.

A szépen felépített dokumentum bár következetes, de magáévá teszi a feszes katasztrófaellátás alapvetését, Camus szavaival élve a járvány kegyetlen és vak „cséphada-

¹² <https://mok.hu/koronavirus/tajekoztatok/etikai-megfontolasok-az-orvosi-eroforrasok-elosztasahoz-covid-19-pandemia-idejen-magyarorszagon> letöltve: 2021. Június 12.

róját”. A MOK ajánlása cseppet sem egyedi ebben a szemléletében, a hirtelen interiorizált katonás fegyelem számos szakmai szervezet ajánlását inspirálta világszerte. A hiányosság, ami a helyzet átfogóbb, az egészségügy teljes rendszerére vonatkozó ajánlásokat illeti, valamint az árnyaltabb, nem pusztán utilitarista megközelítést, illetően módon a világ legtöbb szakmai ajánlására igaz, amelyeket a járvány első hullámában fogalmaztak meg. Kivételt csak az elmúlt időszakban keletkezett emberi jogi ihletésű dokumentumok jelentenek, amelyek az emberi jogok maradéktalan fenntartását szorgalmazzák, viszont konkrét szakmai javaslatokat nem tartalmaznak.

Persze, ebben az amúgy is kiélezett helyzetben vajon van-e helye egyáltalán az érzelmeknek, vagy egy másfajta erkölcsi felfogás részleges bevonásának? Nem lenne higgadtabb csupán a több életet mentő racionális utilitarista logikát elfogadni? Az, hogy nem tudunk szenvtelenek maradni bizonyos helyzetekben, ez már önmagában is egyfajta morális kiállást jelent. Járvány idején sokat segíthet egy előre megtervezett forgatókönyv, amely persze a gyakorlatban csak ritkán állja ki a próbát, hiszen egy adott állapot súlyosságának felmérése még egy orvos számára sem egyszerű. Itt már a szakmai összehasonlíthatóság kérdése is felvetődik. És, ha a tévedés esetére van is fellebbezési lehetőség, a gyakorlatban ez nehezen érvényesíthető.

A lélegeztetőgép ki- és bekapcsolásának etikai dilemmáit eddig a gyógyíthatatlan és terminális állapotú betegek esetében tárgyalta a bioetika. Az elmúlt 30 évben az etikai normák arra épültek, hogy tiszteletben kell tartani a leginkább érintett személy, a beteg szándékát. Mivel ez volt az eddig ismert bioetikai alaphelyzet, és mivel a COVID-fertőzöttek esetében is szerepe van a lélegeztetőgéphez jutásnak, ezért talán túlságosan is erre éleződött ki nem csak a magyar, de például az olasz aneszteziológusi ajánlás is¹³. (Azóta számos, amerikai intenzív terápiát folytató orvos komolyan kétségbe vonta, hogy egyáltalán helyes-e minden esetben a lélegeztetőgépre fókuszálni a súlyos állapotú COVID-fertőzöttek esetében.)

Messziről ugyan úgy tűnhet, hogy egy teljesen hideg fejű, nem elfogódott sorolás mindig igazságosabb eredményt szül, mint amikor együttérzünk azokkal, akikről döntést hozunk. Nyilvánvalóan sokkal nagyobb érzelmi terhet jelent a szemébe nézni annak a súlyos betegnek, haldoklónak, vagy kritikus egészségügyi ellátásra szoruló embernek, ugyanakkor az egészségügyi dolgozóknak az is fontos, hogy az érzékenységük, terápiás ösztönük fennmaradjon a járvány után is. Márpedig, ha olyan intézkedéseket kell sorozatosan megtenniük, amelyek a saját morális integritásukkal ellentétesek, vagy komoly lelkiismereti problémákat vetnek fel, akkor hosszú távon megbosszulja magát a katonás elbánás.

Emberi jogi kérdések az egészségügyi dolgozók munkája során is felvetődnek. Így például, miként lehet az egészségügyi dolgozók szólásszabadságát védeni akkor, ami-

¹³ Craxì, L., Vergano, M., Savulescu, J. et al.: Rationing in a Pandemic: Lessons from Italy. *ABR* 12, 325–330 (2020). <https://doi.org/10.1007/s41649-020-00127-1>

kor a járvánnyal kapcsolatban jutnak valamely fontos következtetésre, vagy épp rábukkannak egy gyógymód hatásosságára, vagy épp hatástalanságára? Milyen etikai elvek mentén bírálják el a COVID19-re vonatkozó protokollokat az etikai bizottságok?

Miképp kezeljük a súlyos betegeket, haldoklókat, akiket nem látogathat meg a hozzátartozójuk? Olaszországban és az Egyesült Államokban is volt olyan eset, amikor az ápolók okostelefonon adtak lehetőséget a rokoni találkozóra. De lelki támogatást igényel az izoláció okozta lelki traumák feldolgozása is. Ez nyilvánvalóan elsősorban a pszichiáterek, pszichológusok feladata.

A hozzátartozók ellátatlansága, a haldoklóktól való búcsú elmaradása, a temetések elhalasztása világszerte okozott súlyos traumát. A haldoklóknak nem foghattuk a kezét, a kismamáknak nem lehetett ott a vajúdas alatt a párjuk. Sokaknak a mesterséges reprodukciós eljárásukat kellett leállítani, és milliók nem mentek szűrővizsgálatokra, rehabilitációra.

Az egészséghez való jog

A világjárványban 2021. nyár elejére már 178 millió ember fertőződött meg, és 3 800 000 ember vesztette életét. Abszolút számokban az Egyesült Államok, India, Brazília, Franciaország, Törökország, Oroszország, Anglia, Argentína és Olaszország voltak a járvány legnagyobb vesztesei.¹⁴ Azonban ha a lakosságátlagos számokat vizsgáljuk, a több, mint 30000 COVID-dal összefüggő halálzási adattal Magyarország is az „élmezőnybe” került a nyár elejére.

A járvány az emberi jogok mindegyikét érintette, a magánélet tiszteletétől a szólásszabadsáig, a gyülekezési jogtól a munkavállalás szabadságáig, de az egyik legfontosabb szféra, amelyben egyszerre mindenki érintett lett, az az egészséghez való jog területe.

Nehéz ellentmondásosabb vagy vitatottabb emberi jogot találni, mint az „egészséghez való jog” – ez egy olyan jog, ami elsősorban, bár nem kizárólagosan, a Gazdasági, Szociális és Kulturális Jogok Nemzetközi Egyezségokmányának (ICESCR) 12. cikkéből ered, és megköveteli a kormányoktól, hogy ismerjék el „mindenki jogát a testi és lelki egészség legmagasabb szintű eléréséhez”.¹⁵

A járványhelyzet hívta fel a figyelmet arra, hogy az egészséghez való jog nem marginális szerepet, hanem központi szerepet játszik más alapvető emberi jogok gyakorlása során is. Ha nem férek hozzá az alapvető és szükséges egészségügyi ellátáshoz, betegen,

¹⁴ Johns Hopkins Coronavirus Resource Center <https://coronavirus.jhu.edu/map.html> letöltve; 2021. június 15.

¹⁵ Jennifer Prah Ruger, Toward a Theory of a Right to Health: Capability and Incompletely Theorized Agreements, Yale Journal of Law and Humanities, 2006; 18(2): 3.

lázasan, ellátatlanul sem szólásszabadságomat, sem más jogaimat nem tudom gyakorolni, járvány esetén a gyülekezési jog is korlátozott.

Az egészséghez való jogot mindig is erősen befolyásolta az államberendezkedés jellege, a jóléti társadalom erősebb vagy gyengébb formája, vagy annak teljes elvetése, illetőleg az egészségügyre fordított kiadások.¹⁶ A COVID-járvány első hullámában nemcsak a COVID-dal kapcsolatos ellátások, tesztek hozzáférhetősége jelentette a problémát, hanem az egészségügyi ellátások széles köre vált egyszerre hozzáférhetővé.

Az egészségügy területén a legnagyobb fennakadást az okozta, hogy a COVID-19-járvánnyal össze nem függő betegségek gyógykezelését miként lehet fenntartani. Hamar kiderült az is, hogy az egészségügyi rendszerünk komoly próbatétel előtt áll. A járvány tavaszi hulláma szerencsére Magyarországot csak minimálisan érintette, ennek ellenére az egészségügy szinte teljes átszervezésére került sor, az egészségügyi ellátások zöme elérhetetlenné vált. A járvány során nyilvánvalóvá vált, hogy bár az eszközbeszerzéseket le lehet viszonylag gyorsan bonyolítani, azonban az infrastruktúra hiányosságait pótolni, az egészségügyi dolgozókat képezni, a kapacitásokat növelni nem lehetséges egy hirtelen kibontakozó krízis idején.

A vuhani és bergamói képsorokat látva valamelyest magyarázható a pánikhangulat, és az egészségügy készenléti állapotba állítása. Ez a járvány ismeretlen volt, tehát a túlreagálás bizonyos fokig érthető, azonban, ha az emberi jogi szempontokat nézzük, akkor egy másfajta elemzés is kínálkozik.

Míg a járvány első hullámát Közép-Európa viszonylag szerencsésen megúszta, a második és harmadik hullámnak épp ezek az országok voltak a legnagyobb vesztesei. Mivel nincs adat arra, hogy ennek virológiai okai lennének, ezért a magas halálozási adatok a posztszocialista egészségügyi rendszer visszasságainak tudhatók be. A régi szocialista rendszerben az egészségügyi ellátás hozzáférhető volt a lakosság részére az adott kor színvonalán. Ez az ágazat azonban a rendszerváltást követő piaci folyamatok következtében elgyengült, az alacsony keresetek miatt sokan el is hagyták ezt az ágazatot. Épp ezért szinte elemi csapásként érte a társadalmat az, hogy az egészségügyi szolgáltatások zöme hozzáférhetetlenné vált már a járvány tavaszi időszakában is, amikor rengeteg műtét, orvosi beavatkozás maradt el, vagy amputálni kellett érsebészeti műtét helyett. A test feletti rendelkezés szorosan összefügg a személyhez fűződő jogokkal, az emberi méltósággal.¹⁷

Míg a járvány első hulláma Magyarországon viszonylag enyhe volt, tavasszal a leg-

¹⁶ Julesz Máté (2020): *Az egészséghez való jog*. Budapest. Medicina p. 105.

¹⁷ Thomas Douglas (2020): From Bodily Rights to Personal Rights. In Von Arnould, A., Von der Decken, K., & Susi, M. (Eds.) *The Cambridge Handbook of New Human Rights: Recognition, Novelty, Rhetoric*. Cambridge: Cambridge University Press, pp. 378–384. doi:10.1017/9781108676106

nagyobb problémát a kórházak kampányszerű kiürítése jelentette, a nem fertőzöttek számára szinte elérhetetlenné vált a magyar egészségügy.

2020-ban összesen 140 900 magyar állampolgár halt meg¹⁸ – ez jelentős emelkedés az egy évvel korábbihoz képest. A statisztikából az is látszik, hogy 2020 szeptemberében ugrottak meg igazán a halálozási számok.

Az egészséghez való jogot sokan csupán a második világháború után kialakult emberi jogi optimizmus vadhajításának tekintették. Az elmúlt években a neoliberais gazdaságfelfogás ezen a területen is a piacnak szánta a vezető szerepet, és sok esetben az egészségügyet is tisztán piaci alapokra szerették volna építeni. Talán az Egyesült Államok COVID19-járvány idején tapasztalt tragédiája is megmutatta, hogy ez nem működő modell. A 2021-ben megválasztott Biden elnök épp ezért vetette fel az egészséghez való jog Egyesült Államokban már többször megbukott kérdését.¹⁹

A COVID19-járvány sok tragikus vonatkozása mellett elsősorban azzal a tanulással kell, hogy szolgáljon, hogy az egészséghez való jog az alapjogi katalógus szerves része, az egészség nélkül, vagy az egészség tartós veszélyeztetése esetén az ember nem tudja gyakorolni alapvető szabadságjogait sem. Sőt, az élethez való joggal is szoros összefüggést mutat az egészséghez való jog, ezért annak hirtelen, drasztikus korlátozása is.

Bár az egészség, az egészségügy kétségtelenül komoly költségvetési forrásokat igényel, azonban ez a világjárvány megmutatta azt, hogy az egészségügy sok más költségvetésből finanszírozott tevékenységgel szemben előnyt kell, hogy élvezzen. A járvány alatt az emberi életek csupán naponta bejelentett számadatokká redukálódtak. A járvány harmadik hullámában 2021. nyár elejére már közel 30 ezer honfitársunk életét követelte, amely lakosságárányosan a világ egyik legrosszabb halálozási adatát mutatta. A járvány nemcsak fizikailag, hanem érzelmileg is izolálta az embereket egymástól, és mindeddig elmaradt a kollektív gyász, néhány egyéni kezdeményezést leszámítva. Mindez a tudatos hátrítása a kétségtelenül nehezen feldolgozható traumának.

Mivel elsősorban az egészségügyi ellátórendszerre tevődik a járvány kezelése, ezért nem mindegy, hogy azt milyen állapotban éri egy ilyen súlyos járvány. A járvány eddigi legfőbb tanulsága, hogy az egészségügyi kapacitások tervezésénél éppenséggel egy ilyen esetre előre gondolva érdemes egy kicsit inkább mindig túltervezni a kapacitásokat. A járvány azt is megmutatta, hogy hiába létezik magánegészségügyi ellátás, a járvány számos eleme tipikusan közösségi jellegű ellátást igényel. Még azok is, akik úgy gondolták, hogy meg tudják venni a magasabb szintű ellátást, ezért kivonhatják

¹⁸ <https://www.portfolio.hu/gazdasag/20210322/ksh-veglegesek-a-tavalyi-halalozasi-szamok-475202>

¹⁹ <https://www.whitehouse.gov/briefing-room/statements-releases/2021/06/17/statement-by-president-joe-biden-on-the-u-s-supreme-court-decision-upholding-the-affordable-care-act/>

magukat a közösségi szempontok alól. Az individualista megközelítés másik véglete a katonai retorika. Bár a piac morális korlátainak elemzése során Sandel nem az egészségügyre gondol²⁰, de a kérdés megközelíthető nemcsak emberi jogi, de morális alapon is.

Az egészséghez való jog tartós korlátozása nemcsak az élethez, egészségügyi ellátáshoz való jogot veszélyezteti, de az emberi méltóságot is súlyosan érinti.

Az Oviedói Egyezmény 3. cikkében fogalmazza meg az egészségügyi ellátáshoz való igazságos hozzáférést. E szerint a „Részes Felek, figyelembe véve az egészségügyi szükségleteket és a rendelkezésre álló forrásokat, megteszik a szükséges intézkedéseket annak érdekében, hogy joghatóságuk területén biztosítsák a megfelelő minőségű egészségügyi ellátáshoz való igazságos hozzáférést.” Az Európa Tanács Bioetikai Bizottsága e passzus fontosságát az oltások lebonyolítása során is érvényesnek tekintette. Az igazságosság értelmezése a járvány kontextusában nem egyértelmű. A sorolás számos lehetséges elven alapulhat, és kérdés, hogy a katasztrófák idején alkalmazott sorolási elvek mennyiben alkalmazhatóak egy elhúzódó járvány esetén. Tehát míg rövidebb ideig könnyen lemondhat valaki a gyógykezeléséről mások járványügyi ellátása érdekében anélkül, hogy az egészségét, életét veszélynek tenné ki, hosszabb távon ez a lemondás már aránytalan terhet jelent. Vannak olyan beavatkozások, amelyek elmaradása maradandó életminőség-romlást eredményez. Bár nem étellel összeegyeztethetetlen, de az életkilátásokat, életminőséget maradandóan befolyásolja, ha a járvány miatt nem kerül sor éresebbszeti beavatkozásra, és helyette egy amúgy megmenthető lábat kell amputálni.

Oltási sorrend és igazolás

Amint megjelentek a koronavírus elleni védőoltások, újabb, eddig szintén kimunkálatlan kérdések adódtak. Így például az, hogy az oltási sorrend kialakításakor kik élvezzenek előnyt életkoruk, foglalkozásuk, betegségük alapján?

A CDBI dokumentuma²¹ a sérülékeny helyzetben lévők oltásával is foglalkozik, így a fizikai és mentális fogyatékkal élők, kisebbségek, hajléktalanok, menekültek, menedékkérők, sőt a bevándorlók oltását is biztosítani kell. Ezt nemcsak emberiség szempontok diktálják, de a társadalom védelme is, hiszen az átoltottság össztársadalmi érdek is.

²⁰ Michael J. Sandel (2012) *What Money Can't Buy: The Moral Limits of Markets* New York. Farrar, Straus and Giroux.

²¹ Covid-19 and Vaccines Ensuring Equitable Access to Vaccination during the Current and Future Pandemics [rm.coe.int/dh-bio-statement-vaccines-e/1680a12785](https://www.rm.coe.int/dh-bio-statement-vaccines-e/1680a12785), letöltve 2021. június 17-én.

A koronavírus elleni vakcina kiválasztása egy járvány idején nem tetszőleges, ugyanakkor, mivel önkéntes, és nem kötelező oltás, a döntésnek a beteggel megbeszélte orvosi szempontokon kell nyugodnia. Elvégre a döntés következményeit a páciens viseli. Mivel ez a típusú oltás önkéntes, ezáltal a páciens az oltás mellett való döntésével magát is, és a közösséget is védi. A páciens semmiképp sem kerülhető meg, a számára biztosított oltás egészségügyi szempontjainak transzparensnek kell lenniük, és a vakcina biztosítása nem alapulhat kényszeren.

Jogi és etikai szempontból nagyon sajátosak a COVID elleni önkéntes vakcinákkal kapcsolatos betegjogok. Az első alapvető megkülönböztetés a kötelező oltásokkal szemben, hogy a COVID elleni vakcina beadásáról a beteg önkéntesen dönt. Ebből az is adódik, hogy például az állami kártalanítás szempontjából kevesebb joga van, mint a kötelező védőoltások esetén. Ugyanis kötelező oltás esetében, ha a védőoltásra kötelezett személy a védőoltás adásával összefüggésben súlyos egészségkárosodást szenved, megrokkann vagy meghal, őt, illetve általa eltartott hozzátartozóját az állam kártalanítja. Ugyanakkor az önkéntességéből és az egyént terhelő fokozott felelősségből az is következik, hogy az adott korcsoport számára rendelkezésre álló vakcinák között a házi orvosával egyeztetve, az egészségügyi okok figyelembevételével dönthessen arról, hogy a rendelkezésre álló vakcinák közül a számára leginkább megfelelőt kaphassa. Persze árnyalja a képet, hogy ez az önkéntes vakcina térítésmentes, tehát nem maga a beoltandó személy fizeti a költségeket. Ráadásul sokféle elven működő vakcina áll rendelkezésre, és vannak olyan egészségügyi, illetve a korosztályra jellemző szempontok, amelyek alapján különbség tehető a vakcinák között. Amikor a járvány tombolt, az volt a fontos, hogy minél előbb minél többen juthassanak a védőoltásokhoz. De ezt is mindenki maga mérlegelhetette, hogy csak minél előbb, mindegy, hogy mivel, vagy az adott állapotának a leginkább megfelelő vakcinát választhassa, esetleg később. A különbségeket azonban csak akkor tudjuk jól meghatározni, ha már eleget tudunk a védőoltásokról. Mindenesetre az önkéntes oltás beadása semmiképp sem lehet zsaroló, megtévesztő, vagy akár nyomásgyakorlással kicsiholt beleegyezésen alapuló, mert ekkor ez már nem önkéntes, hanem kényszeren alapuló. A vakcinákkal szembeni bizonytalanságot az információhiány is táplálta. Lehetett volna egy orvosi konzultációs vonalat létesíteni, vagy a regisztrációs rendszert interaktívabbá tenni oly módon, hogy visszajelezze az oltás várható időpontját, és a választható vakcinát is közölték volna a pácienssel. Sok stressz származik ugyanis abból, hogy az emberek abban sem biztosak, hogy sikeres volt-e a regisztrációjuk, és mivel nem kapnak információt, esetleg napon-ta hívogatják a házi orvost, aki pedig nem tud ezekre a kérdésre válaszolni.

A létrejött vakcinák iránt megnőtt a kereslet, de 2021 tavaszán még csak korlátozott volt a hozzáférés, és emiatt azoknak a csoportoknak kellett prioritást adni, amelyek különösen veszélyeztetettek a halálozás és a súlyos betegségek kialakulása, valamint a fertőzésnek kitettség szempontjából.

Miután az oltások egyre nagyobb tömegek számára váltak hozzáférhetővé, felvetődött, hogy az oltási igazolással rendelkezők külön jogokat kapjanak. Fontos kérdéseket vet fel, hogy önkéntes oltás esetében, mindaddig, amíg az oltás nem áll rendelkezésre mindenkinek, milyen következményei lehetnek a jogok egyoldalú biztosításának.

2021 márciusában az Európa Tanács az oltási igazolások emberi jogi vonatkozásairól jelentetett meg dokumentumot.²² A dokumentum kitér a vakcinaigazolásokon szereplő szenzitív adatok védelmére is. A magánélet védelme és az adatbiztonság kérdése a járványkezelés sarkalatos kérdése volt mindvégig.

Az autonómia és a közösségi szempontok egyeztetése

A bioetika és az emberi jogok egyik legfontosabb XX. századi eredménye az autonómia elismertetése az egészségügyi beavatkozások terén. Az autonómián alapuló tájékozott beleegyezés szabja meg az orvosi ellátások etikai alapját. Hozzászoktunk ehhez, és a járvány idején talán a legnehezebb az autonómia időleges feladása volt a közösségi járványérdekek miatt. Az emberek nem választhatták meg gyógykezelésüket, gyakran hozzá sem juthattak az orvosi ellátáshoz, és számos korlátozó intézkedést kellett elviselniük.

Az Alapjogi Charta óvatosan fogalmaz, amikor a 35. cikke szerint *„A nemzeti jogszabályokban és gyakorlatban megállapított feltételek mellett mindenkinek joga van megelőző egészségügyi ellátás igénybevételéhez, továbbá orvosi kezeléshez. Valamennyi uniós politika és tevékenység meghatározása és végrehajtása során biztosítani kell az emberi egészségvédelem magas szintjét.”* De épp a járványhelyzet mutatta meg, hogy egy világjárvány idején összefogásra van szükség. Míg az első hullámban az egyes legsúlyosabban érintett államok maguk, egyenként próbáltak megoldást keresni, később a járvány második és harmadik hullámában az európai államok a közös vakcinabeszerzés mellett döntöttek.

Az egészségügyi dolgozók szempontjából a sorozatos és hirtelen lépések, a kezeléseik megvonása, átszervezése, saját szakmai integritásukat mélyen érintő kérdések szintén beláthatatlan traumákat okoznak. Nemcsak a fertőzés miatt hunyt el számos egészségügyi dolgozó és orvos világszerte, de tudunk öngyilkossági esetekről²³, illetve súlyos lelki megrázkódtatásokról, amelyek hatása a járvány elmúltával is fennállhat. A szélesebb etikai megközelítés számol azzal is, hogy a fokozott lelki-fizikai megterhelésnek kitett egészségügyi dolgozók milyen pszichés támogatást, esetleg gyakrabban hozzáférhető pihenőidőt kapnak.

²² Council of Europe (2021) Protection of Human Rights and the „Vaccine Pass”, rm.coe.int/protection-of-human-rights-and-the-vaccine-pass/1680a1fac4

²³ Bryn Nelson, David B. Kaminsky (2020) COVID-19's crushing mental health toll on health care workers <https://acsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/cncy.22347>

Mindez együttesen enyhítheti csak a katonásra faragott egészségügyi ellátás során keletkezett lelki terheket, hogy a járvány csenedése után kialakulhasson a gyógyítás szempontjából ideális, őszinte és emberséges orvos-beteg viszony. A járvány megfékezésével reméljük, hogy hamarosan ismét a XXI. század egészségügyi viszonyai között találjuk magunkat, és a legújabb technológiák egészségünket javító hatásairól számolhatunk be majd ismét.

Az egészség szoros kapcsolatban áll az emberi méltóság koncepciójával. Wiktor Osiatyński is utal arra, hogy az egészséghez való jog ugyanolyan szoros kapcsolatban áll az emberi méltósággal, mint az emberi jogi katalógus első generációs jogai.²⁴ A különböző generációs jogok merev szétválasztása csupán rendszertani, strukturális, semmint igazolható elvi különbségtételen alapulnak. Ugyanakkor az egészséghez való jog nyilvánvalóan nem jelenti az egészségesség jogi biztosítását vagy garanciáját, hiszen az egészségességnek számos genetikai, környezeti és egyéb tényezője van, azonban az egészsége fenntartásának, megőrzésének a feltételeiből nem zárható ki senki.²⁵

Adatvédelem, megfigyelés, járványkezelés

A járványkezelés komolyan érintette a magánéleti jogokat és az adatvédelmet is. A 46/2020. (III. 16.) korm.-rendelet a veszélyhelyzet 2020. március 11-i kihirdetését követően öt nap múlva elrendelte, hogy az innovációért és technológiáért felelős miniszter az állami és önkormányzati szervek, gazdálkodó szervezetek, sőt: magánszemélyek birtokában lévő bármely személyes adat megismerésére és kezelésére jogosult. Ugyanilyen jogosultságot kapott a 83/2020. (IV. 3.) korm.-rendelettel az ún. Operatív Törzs az Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Térben kezelt személyes adatok tekintetében. A 179/2020. (V. 4.) korm.-rendelet felfüggesztette azt a jogot, hogy az adatkezelés megkezdését megelőzően az érintett előzetesen tájékoztatást kapjon, a közérdekű adatok kiadásának határidejét pedig 15 nap helyett kétszer 45, azaz 90 napra emelte. Az oltásokra való regisztráció is központi, a kormány által működtetett regisztrációra épült. Később az oltást és a megbetegedést igazoló immunitási igazolvány, amely tartalmazta az útlevélszámot és személyi igazolvány számát is. Az adatkezelés központosítása a járvány miatt másutt is megfigyelhető, valamint a hatósági ellenőrzés, járványügyi megfigyelés technikai applikáción keresztül való lebonyolítása is. A harmadik hullám lecsendesülése után az utasok különböző szempontok szerinti ellenőrzése, hőmérése, tesztelése, immunitási igazolásának részben vagy egészben

²⁴ Wiktor Osiatyński (2009) *Human Rights and Their Limits* Cambridge. Cambridge University Press p.129.

²⁵ Thérèse Murphy (2013) *Health and Human Rights* Oxford. Hart Publishing p. 42-43

való elfogadása a megfigyelés normalizálódását is jelenti. Fontos látni a különbséget a megfigyelés és az egészségügyi gondoskodás között. Míg ezek a hatósági, járványügyi intézkedések a járvány megfékezését célozzák, nem tolják az egészségügyi ellátást. Legyen az bármilyen tökéletes, és akár önkéntesen letöltött applikáció, önmagában a monitorozás nem eredményez egészségi ellátást. A technocentrikus látásmód kiegészítheti, de semmiképp sem pótolhatja az egészségügyi gondoskodást.

A mesterséges intelligencia, robotika, informatika széles körű és megfigyelésre is alkalmas működtetése már a COVID19-járvány előtt az emberi jogi szempontok mielőbbi beépítését sürgették. Enélkül ugyanis ez a modell a felügyelet, a surveillance teljes kiépítésére törekszik: az egyén mozgásának, kontaktusainak feltérképezésére. Járvány idején hasznosak ezek az eszközök, és sok tekintetben kényelmesebb ez a digitális kontroll. Félő azonban, hogy az így kialakuló kényelmes kormányzás fennmarad az adatok kezelése révén, és egyes jogok, pld. az utazás, a mozgásszabadság egy kiváltságos réteg privilégiuma lesz.

Számos országban kapcsolatkövetést, kontaktkimutatást végző applikációkat vezettek be. Ezek, amellet, hogy hasznos információkat tartalmaznak, például a lakóhely közelében lévő tesztállomásokat, a fertőzött személlyel való kontaktust is jelzik. Franciaországban az INRIA (Nemzeti Digitális Tudományos és Technológiai Kutatóintézet) által kifejlesztett StopCovid alkalmazást 2020. június 2-án hozták nyilvánosságra. 2020. május 29-én megjelent egy rendelet (a „StopCovid” néven ismert, az adatfeldolgozásról szóló, 2020. május 29-i 2020-650. sz. rendelet), amely meghatározza az alkalmazás megvalósításának végleges jogi kereteit.²⁶

A francia kormány 2020. október 22-én mutatta be az alkalmazás „TousAntiCovid” nevű új verzióját. Az Egészségügyi Minisztérium kijelentette, hogy a TousAntiCovid a StopCovid legújabb verziójának frissítése. Az új funkciók részeként a TousAntiCovid könnyű hozzáférést biztosít más eszközökhöz, köztük a „DepistageCovid²⁷”-hez, amely térképet nyújt a közeli tesztközpontokhoz és a várakozási időkhoz, valamint a „MesConseilsCovid”-hez, amely személyre szabott tanácsokat nyújt saját és mások védelmére. Számos digitális szolgáltatás akár növelheti is a közigazgatásba, járványkezelésbe vetett bizalmat, de nyilvánvalóan csak ideig-óráig biztosíthatja az egészségügyi biztonságérzetet, hiszen, szemben az online banki műveletekkel, az egészségügyi ellátások zöme nem oldható meg digitálisan. Ellátás hiányában pedig a páciens csak adatszolgáltató marad.

²⁶ <https://www.gouvernement.fr/info-coronavirus/tousanticovid> letöltve: 2021. június 13.

²⁷ <https://www.doctolib.fr/centre-depistage-covid> letöltve: 2021. június 13

Kínában, a már korábban is alkalmazott társadalmi creditrendszer²⁸ a mindennapok részévé tette az egyén monitorozását. Amikor a személyes adatokat összegyűjtik és közbiztonsági célokra használják fel, nincs szükség az érintett személyek beleegyezésére. A Kínai Kiberbiztonsági Igazgatóság által kiadott, a COVID19 ellenőrzésének mechanizmusaira vonatkozó közlemény előírja, hogy a Nemzeti Egészségügyi Bizottság által felhatalmazott szervezetek jogosultak engedély nélkül ezeket az adatokat gyűjteni.²⁹

A járványügyi okokból történő nyomonkövetés nem lehet az indokoltnál szélesebb, öncélú, fenyegető jellegű, nem tarthat vissza adatokat, vagy nem oszthatja azokat meg más célokra. Az emberi jogi normáknak is megfelelő nyomon követés célja a járvány leküzdése, a gondozáshoz való hozzájárulás kell, hogy legyen, és semmiképpen nem pótolhatja az egészségügyi ellátást.

Mi lehet a járvány emberi jogi következménye?

A digitalizált járványkezelés, a nyomonkövetés állandósulhat, ha a polgárok hozzászoknak az adataik rendelkezésre bocsátásához. Egy másik lehetséges szcenárió az egészségügy fejlesztéséhez vezet, a jóléti állam egyes elemeit építi vissza a járvány tanulságai alapján. A költségvetési források átcsoportosítása az egészségügy felé, például a presztízsbereuházásoktól, vagy a szolidaritás adórendszerben való megjelenítésén keresztül. Az egészségügyi dolgozók, különösen a nővéri, szakápolói munka elismerésének fokozása, a munka megfelelő anyagi elismerése is fontos eleme a járványkészültségnek. De ez a modell nem jelenti a szabadságjogok felszámolását, a magánélet és a szabadságjogok korlátozását. A járvány visszaszorítása után az elmaradt beavatkozások pótlása, a várólistán szereplő beavatkozások felgyorsítása és a lelki egészséggondozás még évekig növelni fogja az egészségügyi ellátás iránti keresletet.

A COVID19-járvány jelenlegi európai lecsendülése nemcsak a megkönnyebbülés ideje, de fontos és sürgető társadalmi változásokat is követel. Ez a globális emberi katasztrófa felhívta a figyelmet az emberi méltóság, az egészség és egyáltalán az ember sérülékenységére. Az etikai szempontok formális letudása nem elég, hiszen komolyabb környezetvédelmi, állategészségügyi, élelmezési ellenőrzésre, a víruslaborok fokozottabb társadalmi kontrolljára, a szorosabb nemzetközi együttműködésre és szolidari-

²⁸ <https://merics.org/en/report/chinas-social-credit-system-2021-fragmentation-towards-integration> letöltve 2021. június 17.-én

²⁹ <https://www.insideprivacy.com/international/china/cyberspace-administration-of-china-releases-notice-on-the-protection-of-personal-information-in-the-fight-against-coronavirus/> letöltve: 2021. június 13

tásra van szükség a járvány idején. Már eddig is sokan felvetették, hogy új társadalmi szerződésre van szükség³⁰, de a járvány után egyszerűen nem folytathatjuk ott, ahol abbahagytuk. Szükséges az emberi jogi katalógus frissítése és a másodgenerációs emberi jogok, főképp az egészséghez való jog méltó elismerése és megfelelő feltételeinek biztosítása.

³⁰ Minouche Shafik (2021) *What We Owe Each Other: A New Social Contract*. London: The Bodley Head, pp. 71–93.

Bevezetés

Minden válsághelyzet komoly következményekkel járó közösségi és egyéni erkölcsi döntések sorát kívánja meg, ez a helyzet a COVID19-járvány alatt is. Jelen sorok írásakor Magyarországon a rengeteg áldozatot követelő harmadik hullám lecsengésének időszakában vagyunk, de világszerte számos államban közel sem olyan jó a helyzet, mint nálunk. Elképzelhető, hogy ránk is vár egy negyedik hullám, ami a magas átoltottság miatt várhatóan jóval kisebb lesz, mint a harmadik. A járvány alatt az egyéni erkölcsi döntések keretét az erkölcsi alapú kormányzati döntések adják meg, amelyek kötelező erővel bírnak. Számos kérdés merülhet fel a járvány erkölcsi vonatkozásait vizsgálva. Milyen fontosabb erkölcsi dilemmákkal kellett szembenéznünk? Megfelelő erkölcsi alapú állami döntések születtek az elmúlt másfél évben? Szakszerű ellátást kaptak azok, akik megbetegedtek és kórházi kezelésre szorultak, különös tekintettel a súlyos állapotú betegekre? Amennyiben sor került súlyos állapotú betegek rangsorolására, milyen módon történt ez, érvényesült-e a Magyar Orvosi Kamara orvosi erőforrások elosztásával kapcsolatos állásfoglalása?¹ Megfelelő elveket rögzített az állásfoglalás, és hogyan viszonyul ez más országok hasonló dokumentumaihoz?² Mely betegjogok sérültek leginkább a járvány alatti egészségügyi ellátás során? Mennyiben érvényesült a betegek autonómiája, önrendelkezéshez való joga? Figyelembe vették-e a COVID-osztályokon a betegek életvégi döntéseit? Tovább sorolhatnánk a járvány kapcsán vizsgálendő kérdéseket, például az oltásetikai problémákat itt nem is említettük. Természetesen sok kérdésre csak megfelelő adatok, a pandémia időszakában történteket részletesen feltáró kutatások birtokában válaszolhatunk majd. Jelen írásban egy kantiánus alapú erkölcsi szemléletből kiindulva vizsgálók néhány felmerült dilemmát, és a járvány alatti szabadságkorlátozások szükségessége mellett érvelek. Az emlí-

¹ Etikai megfontolások az orvosi erőforrások elosztásához COVID19-pandémia idején Magyarországon (a továbbiakban: Etikai megfontolások)

https://mok.hu/public/media/source/KORONAV%C3%8DRUS/MOK_Etikai%20megfontola%CC%81sok_Covid19_final.pdf (letöltés: 2021. június 5.)

² Az olaszországi helyzetről lásd: Péter Orsolya Márta: Az igazságosság és a besorolás etikai problémái az egészségügyben, különös tekintettel a COVID19-járvány olaszországi tapasztalataira. Orvosi hetilap. 2020; 161(45): 1899–1907.

tett állásfoglalást részletesen nem elemzem, tekintve, hogy ebben a kötetben többen hozzászólnak az orvosi döntések, a triázsolás kérdéseire, a haláltabu és a betegek járvány alatti életvégi döntéseinek egyik lehetséges összefüggésével foglalkozom röviden.

Az emberi méltóság tisztelete mint morális kiindulópont

Immanuel Kant *Az erkölcsök metafizikájának alapvetésében* (*Grundlegung der Metaphysik der Sitten*, 1785) megállapítja, hogy morális autonómiájából adódóan az ember és általában minden eszes lény öncélként létezik, nem pusztán eszközként, amely egy másik akarat tetszés szerinti használatára szolgál. Kant a következőképpen fogalmazza meg az emberi méltóság tiszteletének elvét: „Cselekedj úgy, hogy az emberiségre mind saját személyedben, mind bárki máséban mindenkor mint célra, sohasem mint pusztán eszközre legyen szükséged.”³ *Az emberi méltóság filozófiája*⁴ című írásomban részletesen kifejtettem a kanti, illetve a habermasi etikára alapozott felfogásomat, ennek ismertetésére ezen a helyen nincs mód, csak néhány alapgondolatot fogalmazok meg. Álláspontom szerint az emberi méltóság elismerésével az emberi személy önértékéből következő alapvető érdekeit ismerjük el. Kiindulópontom, hogy minden emberi személy már pusztán létezésével olyan értéket valósít meg, amely abszolút tiszteletet érdemel: az emberi személynek alapvető érdeke, hogy életének fennmaradásához és kiteljesedéséhez szükséges követelményeket – életét, egyenlő szabadságát és egyedi személyiségét – a többi ember (és az állam) tiszteletben tartsa. Minden ember szabadságából adódóan részese a morálról folytatott vitának, azonban ennek során az összes emberi személy – a kommunikációs képességgel nem rendelkező, racionális morális vita lefolytatására képtelen személyek is ide tartoznak – alapvető érdekeire tekintettel kell lenni. Minden racionális morális vitában impliciten tekintettel kell lenni az emberi méltóságra. Ennek fontosságát explicit módon is hangsúlyozhatjuk, mint az érvényes normákról folytatott diskurzust elsődlegesen korlátozó értékkelvet. A morális diskurzusok elsődleges értékkorlátját az emberi személy méltóságának tisztelete jelenti. Ezt az emberi méltóság tiszteletének elvén foglalkozhatjuk össze: az emberi személy létezéséből adódóan önértékkel rendelkezik, ebből következően alapvető érdeke, hogy életének „szentségét”, lehető legkiterjedtebb szabadságát, egyedi személyiségét más személyekével egyenlő módon tiszteljük.

³ Immanuel Kant: *Az erkölcsök metafizikájának alapvetése*. Fordította Berényi Gábor, in. I. Kant: *Az erkölcsök metafizikájának alapvetése, A gyakorlati ész kritikája, Az erkölcsök metafizikája*. Budapest, Gondolat, 1991, 62.

⁴ Barcsi Tamás: *Az emberi méltóság filozófiája*. Budapest, Typotex, 2013.

Morális dilemmák a járványhelyzetben

Az egyik legalapvetőbb morális kérdés a COVID19-járvány idején, hogy *szükségesek-e a szabadságkorlátozó intézkedések?* Az új típusú koronavírusról még messze nem teljes a tudásunk, de azzal tisztában vagyunk, hogy sokaknak azok közül, akik megfertőződnek, *komoly szenvedéseket* okoz a betegség, illetve az eleve beteg és gyenge idősök, de bizonyos alapbetegségekkel küzdő fiatalok is *belehalhatnak a fertőzés okozta szövődményekbe*. 2021 június elejéig világszerte több mint hárommillió-hétszázezer, Magyarországon közel harmincezer ember halt meg a járványban.⁵ A magyar kormány a 2020 márciusában bevezetett szigorú korlátozásokat nyár elején feloldotta, majd 2020. november 4-én visszaállította a rendkívüli jogrendet és szigorú korlátozásokat rendelt el, például digitális munkarendre tértek át az egyetemek és a középiskolák, este nyolc és reggel öt óra között kijárási tilalom, illetve általános rendezvénytilalom lépett életbe, bezártak az éttermek, a szállodák nem fogadhattak turistákat, később további korlátozásokra is sor került, a közterületeken is maszkot kellett viselni. 2021 márciusában pedig be kellett zárniuk az általános iskoláknak és az üzleteknek (az élelmiszerboltok, a patikák, a drogériák és a benzinkutak kivételével). Az előírásokat aztán fokozatosan enyhítette a kormány az oltási program eredményeit figyelembe véve, májusban lényegesen szabadabb lett az élet. *A bevezetett rendelkezéseket szükségesnek látom, de indokolt lett volna a szigorú korlátozásokat korábban, 2020 szeptemberében bevezetni.* A kormány amíg lehetett, nyilvánvalóan el akarta kerülni a 2020 tavaszhoz hasonló szabadságkorlátozásokat és egy ilyen lépés negatív gazdasági következményeit. A szabadság tiszteletben tartása valóban fontos, az emberi méltóság tisztelete elvéből is ez következik. *Az állam csak indokolt esetben korlátozhatja a szabadság negatív feltételeit, ezenfelül a pozitív szabadság minimumát is biztosítania kell,* tehát mindent meg kell tennie annak érdekében, hogy az állampolgároknak legyen lehetőségük a saját életük kiteljesítésére. A pozitív szabadság értéke abból ered Joseph Raz szerint, hogy hozzájárul a személyes autonómiához.⁶ A 2020 tavaszán és novemberében bevezetett intézkedések, illetve a harmadik hullám alatti szigorítások *jelentősen korlátozták az egyén negatív szabadságát, és a pozitív szabadságát is veszélyeztették,* hiszen a rendelkezések hatására cégek mentek tönkre vagy leépítésre kényszerültek, tehát munkahelyek szűntek meg, emberek, családok kerültek bizonytalan élethelyzetbe. *Ha utilitarista*

⁵ Tavaly ősszel, a második hullám elején hasonló gondolatokat fogalmaztam meg a Magyar Bioetikai Szemlében megjelent rövid írásomban, mint e tanulmányban, de akkor még nem sejtettem, hogy mekkora pusztítást végez a második és a harmadik hullám. Úgy véltem, hogy szigorú intézkedések nélkül akár több tízezren is meghalhatnak Magyarországon. Mára kiderült, hogy a szigorú korlátozások mellett is majdnem harmincezer áldozatot követelt a járvány.

⁶ Vö. Joseph Raz: Szabadság és autonómia. Fordította: Babarczy Eszter, in. Modern politikai filozófia, Osiris Kiadó – Láthatatlan Kollégium, Bp., 1998. 95–115.

*alapon gondolkodunk, arra a következtetésre juthatunk, hogy a társadalmi összboldogságot valószínűleg az szolgálja – szolgálta volna – jobban, ha nem történnek korlátozások, és a gazdaság nem szenved el károkat. A szabadság vélelmezetttségének elvét Mill nyomán Krokovay Zsolt a következő két állításban foglalja össze: a) A bizonyítás terhe mindig azok vállát nyomja, akik korlátozni akarnak. b) Mivel a szabadságban mindig van valami jó, a kényszer mindig rossz, a szabadság korlátozása akkor indokolt, ha „mindent figyelembe véve”, „általában”, illetve „hosszú távon” jobb tiszta (nettó) egyenleget, jobb valószínű következményeket ígér, mint a szabadság, azaz a kényszer hiánya.⁷ A haszonelvű szemlélet hívei úgy érveltek a COVID19-járvány idején, hogy „mindent figyelembe véve”, „hosszú távon” jobb következményeket ígér a szabadság fenntartása, mint a szabadság korlátozása, esetleg csak minimális, a gazdaság működését, a mindennapi életet érdemben nem befolyásoló előírások bevezetésére van szükség. Ekkor ugyan jóval több sérülékenyebb embertársunk veszti életét a nyájimmunitás eléréséig, mint szigorú korlátozások esetén, azonban mindenki többé-kevésbé élheti az addig megszokott életét – ki több, ki kevesebb szorongással, a hatvan év alatti, egészséges emberek nyilván maguk miatt kevésbé aggódnak, inkább idős és/vagy beteg szeretteiket féltik –, és ekkor nem kell szembenéznünk egy súlyos gazdasági válsággal. Továbbá 2020 decemberétől rendelkezésre álltak a rekordgyorsasággal kifejlesztett vakcinák, ezek tömegesen elérhetővé tételének köszönhetően durva korlátozások nélkül is hamarosan túlleszünk a járványon (legalábbis a fejlettebb országokban), mondhatták a haszonelvű szemlélet hívei. *Ez a gondolkodásmód azonban elfogadhatatlan, mivel így feláldozzuk sérülékenyebb embertársainkat a társadalmi-gazdasági jólét érdekében, tehát eszközként és nem önmagáért való célként tekintünk emberi személyekre, vagy másképp megfogalmazva: nem vesszük figyelembe, hogy a sérülékenyebb embereknek is alapvető érdekük fűződik életük fenntartásához. Az emberi méltóság elvében foglalt alapvető érdekek közül az életszentség tiszteletének kell prioritást élveznie.* A mostani járványhelyzetben a komolyabb állami korlátozások bevezetése előtt is cselekedhetett az egyén a saját és a másik ember életének védelme érdekében, ha maszkot viselt, betartotta a védőtávolságot, idős, beteg családtagjainak, ismerőseinek segítséget nyújtott, hogy ne kelljen nekik zsúfolt helyekre menniük. Még az is, aki utilitárius alapon gondolkodott, és ellenezte a szigorú korlátozásokat, feltehetően azt szerette volna, hogy minél kevesebben haljanak meg a pandémiás időszakban, korlátozások nélkül, vagy enyhe korlátozások mellett viszont ehhez az egyének felelősségteljes magatartása szükséges. Azonban nyilvánvalóvá vált, hogy az egyéni felelősségre alapozott védekezés nem elégséges, mivel sokak még minimális odafigyelésre sem voltak hajlandók. A vírustagadók és*

⁷ Mill kárelvét lásd: John Stuart Mill: A szabadságról. Fordította: Pap Mária. Budapest, Századvég Kiadó – Readers International, 1994, 18. Ennek értelmezése: Krokovay Zsolt: Médiaetika. Budapest, L' Harmattan, 2003, 38.

a vírusszkeptikusok kifejtették tudománytalan nézeteiket, de a saját szabadságukra hivatkozók többségében talán tisztában voltak a vírus veszélyességével, viszont kijelentették, hogy vállalják a megbetegedés kockázatát, nem törődtek azzal, hogy itt nem csak róluk van szó, mivel tetteikkel mások egészségét, életét veszélyeztethetik. Kora ősszel a megbetegedések és a halálozások számának emelkedése egyértelműen jelezte, hogy baj van, a „puha” rendelkezéseket szigorítani kell, ha nem akarjuk, hogy egyre több ember haljon meg értelmetlenül. *Az államnak be kell avatkoznia* egy ilyen helyzetben, teljesítenie kell életvédelmi kötelezettségét akkor is, ha a meghozott intézkedések szükségszerűen együtt járnak a negatív szabadság korlátozásával, illetve együtt járhatnak az állampolgárok pozitív szabadságának sérelmével is. Jürgen Habermas hasonló gondolatokat fogalmazott meg az egyik interjújában a koronavírus okozta válsággal kapcsolatban: „Az állam ama erőfeszítésének, hogy minden egyes emberi életet megmentsen, abszolút elsőbbséget kell élveznie a nem kívánt gazdasági hátrányok és költségek számolgotásával szemben”.⁸

Természetesen *az élet szentségének elvét* különbözőképpen lehet értelmezni. A keresztények a fogantatástól kezdve Isten ajándékeként értelmezik az egyedi emberi életet és elutasítják az abortuszt, az öngyilkosságot és az aktív eutanáziát. A liberális gondolkodóknak szintén fontos az élet szentségének tiszteletben tartása, csak szerintük az emberi élet a születéssel veszi kezdetét, és az egyéni szabadság részeként utalnak az öngyilkosságra és az eutanáziára. Ahogy Ronald Dworkin írja: vannak, akik úgy gondolják, hogy a természet vagy Isten hozzájárulása az élet szakrális jelentőségéhez maximális, a kultúráé és az emberi cselekvése elhanyagolható, mások felfogása szerint a természet szerepe kisebb, a kultúráé és az emberi cselekvése a főszerep, persze köztes álláspontok is elképzelhetők, amelyek e két szélsőséges nézet közötti kompromisszum alapján fogalmazódnak meg.⁹ De akárhogy is fogjuk fel az élet szentségét, egy biztos: *ha tétlenül nézzük, hogy emberek halnak meg vírusfertőzés következtében, miközben haláluk – a felelős egyéni viselkedés mellett elsősorban bizonyos állami intézkedésekkel – megelőzhető lenne, akkor nem az emberi élet tiszteletének szellemében járunk el.* A szigorú korlátozások ellenére is meghalt eddig majdnem harmincezer ember Magyarországon. Bár pontos adatok nincsenek, az tudható, hogy nem egy olyan egészségügyi intézmény volt, ahol a második és a harmadik hullám felfutásakor a COVID-betegek számára nyitott intenzív osztályokon nem állt rendelkezésre megfelelő számú ágy és/vagy szakképzett személyzet. Ha a szigorú korlátozó intézkedéseket még

⁸ Jürgen Habermas a koronavírusról: „Még sohasem volt ennyi tudásunk a nem-tudásról”. Markus Schwering Jürgen Habermassal készített interjúja. In: Frankfurter Rundschau, 2020. április 10. Weiss János kéziratos fordítása.

⁹ Vö. Ronald Dworkin: *Life's Dominion. An Argument About Abortion, Euthanasia, and Individual Freedom*. Knopf, New York, 1993, 69–87.

később vezetik be, az egészségügyi rendszer nem bírta volna a terhelést, és jóval többen veszítették volna életüket, köztük számos olyan ember is, akik megfelelő ellátással megmenthetőek lettek volna. Azok, akik pusztán egyéni kényelmi vagy (az előzőnél nyilván erkölcsileg magasabbrendű) utilitarista szempontok miatt ellenezték a szigorú szabadságkorlátozásokat, természetesen nem akartak meghalni és azt sem akarták, hogy a szeretteik meghaljanak, *ha szükséges áldozatokról beszéltek, arctalan emberekre gondoltak, „valakikre”*. Ez persze már azért is problémás, mert hiába reménykedik az egyén abban, hogy őt és a szeretteit megkíméli a vírus, erre semmiféle biztosíték nincs, még egy fiatal, látszólag egészséges embernek is lehet olyan rejtett betegsége, ami miatt életveszélyes állapotba kerülhet (nem is beszélve arról, hogy a kutatások alapján olykor azoknál is, akik viszonylag könnyen átvészeli a betegséget, hónapok múlva neurológiai és szívproblémák jelentkezhetnek). A legnagyobb gond ezzel a felfogással azonban az, hogy akik így gondolkodnak, nem érzékelik, hogy *azok a „valakik”, akiket feláldoznának, létezésükből adódó önértékkel bíró egyének, olyan emberek, akik még élni szeretnének, akkor is, ha idősek, akik nem idő előtt egy kórházi ágyon megfulladva, vagy öntudatlan állapotban a lélegeztetőgéphez kapcsolva akarják befejezni az életüket*. Persze a hosszas kórházi kezelésre szoruló, de végül felépülő betegek szenvedéseire sem lehet csak úgy legyinteni. Az érzékenyítésben szerepük volt az egészségügy „frontvonalán” dolgozó orvosok és ápolók, illetve a betegek és hozzátartozóik különböző médiafelületeken megjelenő beszámolóinak. Problémás, hogy Magyarországon a médiumokat nem engedték be a COVID-betegeket kezelő intézményekbe, mert az ott készült felvételek hozzásegítették volna a korlátozásokat ellenző embereket, hogy megértsék, mi is a vírus elleni védekezés tétje. Ahogy említettem, a MOK-nak az orvosi erőforrások elosztásával kapcsolatos állásfoglalását ebben az írásban nem elemzem, de azt megjegyzem, az állásfoglalásban megfogalmazottak összhangban állnak az emberi méltóság tiszteletének elvével. Ha olyan helyzet alakul ki, hogy rangsorolni kell a betegeket, ezt nem lehet a betegek társadalmi hasznosságát figyelembe véve megtenni (6. ajánlás).¹⁰ Az állásfoglalás szerint: „a gyógyulást követően még várható élettartam prioritásként nem vehető figyelembe, ehelyett csak a gyógyulás, túlélés esélye, a továbbélést lehetővé tevő tényezők játszhatnak szerepet, vagyis végeredményben a legtöbb élet megmentése az egyetlen előnymaximalizálási alapelv” (1. ajánlás).¹¹

A járványhelyzetben az államnak nem csak a korlátozó intézkedések bevezetése a feladata, hanem *számos más teendője is van az életvédelemmel összefüggésben*, például elősegíteni a fertőzöttek kiszűrését és elkülönítését széles körű és gyors teszteléssel; a lehető legmagasabb szintű egészségügyi ellátás biztosítása érdekében szembenézni az egészségügyi rendszer tényleges problémáival, és segítséget nyújtani ezek megoldásá-

¹⁰ Etikai megfontolások 9.

¹¹ Etikai megfontolások 6.

hoz, figyelve a „frontvonalon” küzdők meglátásaira, jelzéseire; mielőbb és minél szélesebb körben hozzáférhetővé tenni a biztonságos védőoltásokat. Az életvédelemnek kell az első helyen állnia, de *az egyének pozitív szabadságát ért sérelmének csökkentése érdekében is lépéseket kell tenni*, többek között a betegségük miatt keresőképtelenné válók támogatásával, a gondokkal küzdő gazdasági szereplők megsegítésével. Amennyiben az egészségügyi helyzet már nem teszi indokolttá az elrendelt szigorú szabadságkorlátozásokat – a virológus és népegészségügyi szakértők véleménye alapján –, ezeket meg kell szüntetni, hiszen ilyen korlátozások csak addig rendelkezhetők el, amíg fennáll az egészségügyi veszélyhelyzet.

A haláltabu és az életvégi döntések a járvány időszakában

A főképp a nyugati társadalmak vonatkozásában emlegetett haláltabu – a halál jelenségének tabuizálódása – nyilvánvalóan sokak járványhoz való viszonyulását befolyásolta, és ez problémás döntéseket, magatartásmódokat eredményezhetett. A halál tabuizálása nem csak Nyugaton van jelen, Magyarországon valószínűleg inkább problémát jelent ez, mint több nyugati országban, pl. Hollandiában, ahol élénk társadalmi diskurzus folyik az életvégi döntésekről¹², ilyen diskurzusnak nincs nyoma hazánkban. Számos gondolkodó szerint a halál egzisztenciális komolyan vétele a jó élet egyik alapvető feltétele.¹³ A jó élet részét képezi a „jó meghalásra” való törekvés is, ami az egyéni életvégi döntéseken alapul. A pandémia alatt minden érintett országban jóval több szó esett a halálról, mint addig, napi szinten tudósított a média arról, hogy hány áldozatot szed a járvány, közismert emberek halálával, a hozzátartozók gyászával foglalkoztak a híroldalak és a bulvármagazinok, és sokan voltak, akik legalább egy személyes ismerősük haláláról értesültek, még ha a szűkebb családi és baráti körükben nem is esett áldozatul senki. Mindez a halállal szembesülni nem kívánó egyéneknél vagy még inkább megerősítette az „elfedés”, az „elfordulás” stratégiáját, vagy éppen ellenkezőleg, az „elfedés” halálfélelemmé alakult át. Természetesen elképzelhető az is, hogy egyesek éppen a járvány időszakában kezdtek törekedni a halálhoz való saját, egzisztenciális viszony kialakítására. Az „elfedők” persze tisztában vannak azzal, hogy egyszer közeli hozzátartozóik és ők is meghalnak, de „nem most”, „majd egyszer, sokára”. Társadalmi szinten az „elfedés” a veszélyesebb, mert amíg a halálfélelemből a vírussal szembeni körülmények egyéni védekezés következhet (amely nem csökkenti a rettegést, mert

¹² Vö. Bérczes Tibor: Élni és halni hagyni. Beszélgetések a holland eutanáziagyakorlatról. Budapest, Corvina, 2016.

¹³ Lásd erről: Barcsi Tamás: Mít jelent megtanulni meghalni? I-II. Nagyerdei Almanach 2015/1, 6. évf. 1., 61–131.

az ilyen ember felnagytja a veszélyeket és a védekezés során elkövetett „hibákat”), addig azok, akik legyintenek a járványra, mert nem érzik úgy, hogy az ő életük, vagy szeretteik élete veszélybe kerülhet, óvatlanságuk miatt nagyobb eséllyel betegedhetnek meg és fertőzhetnek meg másokat. A mostani járvány alatt az „elfordulás” stratégiájának megerősödése azért valószínűbb, mert ugyan sok szó esett a halálról a pandémia alatt, de akinek nem volt a közvetlen környezetében haláleset, az pusztán a statisztikákkal szembesült, ezek megerősíthették az egyént abban, hogy arctalan „valakik” haltak meg, akik egyébként is szenvedtek más betegségekben, az ismert emberek vagy távolabbi személyes ismerőseinek a haláleseteivel igyekeznek nem foglalkozni, vagy valamilyen magyarázatot talál a történetekre (pandémia nélkül is hamarosan meghaltak volna, mert egészségtelenül éltek, stb.). Ha pszichológiai szempontból vizsgáljuk a kérdést, akkor azt mondhatjuk, hogy – többek között – a tagadás és a racionalizáció elhárító mechanizmusait alkalmazhatták ezek az emberek.

Aki tabuizálja, „elfedi” a halált, az nyilvánvalóan az életvégi döntéseket is elodázza, olykor még súlyos, végstádiumú betegként is. Fontos életvégi rendelkezés az ún. „élő végrendelet”, ami az egyén belátási képességének birtokában megfogalmazott olyan nyilatkozata, amely különböző rendelkezéseket tartalmaz arra az esetre, ha a nyilatkozatot tevő akaratnyilvánításra képtelen állapotba kerül, ez többek között útmutatásul szolgálhat különböző kezelések alkalmazásának mellőzését illetően.¹⁴ A magyar egészségügyi törvény (az 1997. évi CLIV. tv.) 22. §-a is lehetőséget ad ilyen előzetes rendelkezésre, de nagyon kevesen tesznek ilyen nyilatkozatot, aki gondol erre, azt visszatarthatja, hogy csak közjegyző előtt nyilatkozhat. Abban a tájékoztatóban, amit kórházi ellátásra szoruló COVID-betegek számára állítottak össze, felhívták a figyelmet arra, hogy a beteg hozza magával az élő végrendeletét, ha van neki ilyen. Talán nem kevesen éppen ebből a tájékoztatóból tudták meg, hogy van lehetőség előzetes nyilatkozatot tenni. Azonban ha valaki kórházi ellátásra szoruló COVID-betegként úgy gondolta, hogy tenne „élő végrendeletet”, erre tényleges lehetősége már nem volt, hiszen nem tudott eljutni közjegyzőhöz. Így nem rendelkezhetett arról, hogy milyen kezelésekre egyezik bele, és melyekre nem, abban az esetben, ha akaratnyilvánításra képtelen állapotba kerül. Persze az is kérdés, hogy az orvosok figyelembe vették-e az akaratnyilvánításra még képes súlyos állapotú betegeknek az ellátás visszautasítására irányuló rendelkezéseit vagy sem? Például ha egy beteg nem akart lélegeztetőgépre kerülni, akkor – elegendő számú intenzív ág esetén – orvosai vajon figyelembe vették-e az akaratát, vagy a jótékonyság bioetikai elvét az autonómia elve elé helyezték? Talán erre vonatkozóan is lesznek majd kutatások.

¹⁴ Az „élő végrendeletéről” lásd: Kovács József: A modern orvosi etika alapjai. Bevezetés a bioetikába. Budapest, Medicina, 1999, 434–440.

Befejezésként

A pandémia sok szenvedéssel és nehézséggel járt, de remélhetőleg hamarosan túlélszünk rajta, ami nem jelenti azt, hogy hasonló járványok nem törhetnek ki újra, akár a közeljövőben. A válság ugyanakkor nem csak megpróbáltatást jelent, hanem tanulási lehetőséget is: a COVID19-járvány is sok tapasztalattal gazdagított bennünket – és nem csak orvostudományi, virológiai, közegészségügyi tapasztalatokkal. A morális, pragmatikus és az ezekhez kapcsolódó jogi kérdéseket megvitató társadalmi diskurzusok nélkülözhetetlenek válsághelyzetben, a különböző szempontokat megjelenítő „ügyvédek” vitájának eredménye ideális esetben befolyásolja az állami döntéshozókat is. A felmerült morális és jogi dilemmák, problémák, az esetlegesen elkövetett erkölcsi és jogi hibák utólagos megvitatása szintén nagyon fontos, ezek azt szolgálják, hogy egy hasonló világméretű járvány esetén morális és jogi szempontból is felkészültebbek legyünk.

ÚJRAÉLESZTÉS KORONAVÍRUS-PANDÉMIA IDEJÉN

ÉLŐ GÁBOR

Bevezetés, epidemiológia

A koronavírus-világjárvány az emberiség egyik legnagyobb globális kihívása a második világháború óta. Mindennapi életünk menete és szabályai egyaránt jelentősen megváltoztak, mellyel nap mint nap tömegek szembesülnek. Emellett az egészségügyi ellátás fókuszpontba került; részletei, eljárásai és erőforrásainak megfeleltetése a mindennapi közbeszéd jelentős témájává váltak. Szakmai tudásunk, tapasztalataink bővülésével a koronavírusos betegek ellátásának rendje és szervezése egyaránt folyamatos változáson, fejlesztésen ment keresztül, igazodva a pandémiás hullámok aktuális állapotához. Az újraélesztés alaposan kidolgozott szakmai ajánlásai ugyanakkor a járványhelyzettől függetlenül túlnyomó részben változatlanok maradtak, illetve elsősorban bioetikai megközelítésük hangsúlyosabbá vált.

Az újraélesztés története bő fél évszázadra nyúlik vissza, Peter Safar és kollégái az 1950-es évek második felében dolgozták ki az eljárást a klinikai halál állapotában lévő személy lélegeztetésére és keringésének visszaállítására. A mellkasi kompressziókat defibrillációval kiegészítve William Kouwenhoven ismertette a műtét közben beálló szívhalál sikeres újraélesztését.¹ Napjainkra az újraélesztés a klinikai halál kezelésének általánosan elfogadott eljárásává vált, és mind a mai napig kötelező eleme az orvosi ellátásnak. A beteg előzetes autonóm döntésének hiányában – a hasztalanság eseteit kivéve – azonnal végre kell hajtani a beavatkozást a klinikai halál beálltakor, figyelembe véve az ellátók mindenkori biztonságát. A folyamat minőségének biztosítása és fejlesztése céljából nemzeti, majd nemzetközi társaságok jöttek létre. Az újraélesztési társaságok internacionális kapcsolattartó bizottsága (International Liaison Committee on Resuscitation [ILCOR]) az újraélesztési előírások és irányelvek bizonyítékainak szisztematikus értékelésével és a nemzeti és regionális különbségek azonosításával

konszenzusra jutottak a nemzetközi újraélesztési irányelvekről, valamint a 2005-ös, a 2010-es és a 2015-ös nemzetközi tudományos és kezelési ajánlásokról. A regionális és országos újraélesztési irányelvek finom eltérései ugyanakkor nyilvánvalóak maradtak.² Napjainkban az európai adatok a kórházon kívüli újraélesztések (OHCA) tekintetében már az országok mintegy 70%-ában elérhetők, és széles körben állnak rendelkezésre a kórházi újraélesztések (IHCA) körében is. Hazánk néhány más európai országgal együtt sajnálatosan csak lokális adatbázist működtet. Az OHCA európai incidenciája 67-170/100 000 lakos az IHCA előfordulása pedig 1,5–2,8 ezer kórházi betegfelvételtre vetítve. A kórházon kívüli újraélesztések 50-60%-át (19-97/100 000 fő) képzett személyzet kezdi meg vagy folytatja. A laikus újraélesztések aránya ugyanakkor országoként és régióként is jelentős változékonyságot mutat (58%, 13–83%). Az országok 80%-ában – így hazánkban is – lehetőség van távolról telefonon asszisztált újraélesztés kivitelezésére is. A tagállamok 75%-a automata külső defibrillátor (AED) -regisztrert is működtet. A túlélési arány OHCA tekintetében 8%-os átlagot mutat jelentős szórással (0–18%), mely kismértékű emelkedés a korábbi adatokhoz képest. A kórházi újraélesztések túlélési aránya pedig 15% és 34% közt változik a 30 napos túlélést, valamint a kórház elhagyását illetően.³ Az epidemiológiai adatok egyértelműen mutatják, hogy az újraélesztés hatékonysága még mindig nagyon alacsony. Ezért annak minőségét szisztematikus adatgyűjtéssel, valamint prospektív vizsgálatok facilitálásával, és az így nyert bizonyítékok alapján a módszertan további fejlesztésével, illetőleg a várhatóan rossz kimenetelű beavatkozásokról adott konszenzusos tájékoztatással és rendelkezéssel, végső soron az újraélesztés visszautasításával lenne mód továbbfejleszteni.⁴

Az újraélesztés visszautasítása és a komplex életvégi tervezés

A modern bioetika és a szekularizált államok betegjogi szabályozása a kompetens személy önrendelkezésének alapján nyugszik, ezért a beteg joga az életmentő kezelés visszautasítása (Do Not Attempt Cardiopulmonary Resuscitation – DNACPR) is. A magas időfaktor, a beavatkozás elmaradása esetén bizonyosan bekövetkező halál és a klinikai halál állapotában lévő személy cselekvőképtelensége okán azonban a beteg korábbi érvényes rendelkezése, illetőleg egyéb kizáró ok hiányában vélelmezni kell a beleegyezést a kezeléshez. Ennek megfelelően hazánkban az 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről (Eütv.) 23. § (1) bekezdése kétség esetén az életfenntartó, illetve életmentő beavatkozás elvégzéséhez történő beleegyezés vélelmét rendeli alkalmazni. A European Resuscitation Council (ERC) vonatkozó szakmai ajánlása szerint pedig kizáró körülmény hiányában szintén haladéktalanul meg kell kezdeni az újraélesztést.⁵

Az Eütv 20. §-ában foglaltak szerint a betegség természetes lefolyását lehetővé téve a beteg joga az életfenntartó vagy életmentő kezelés visszautasítása rövid időn belül,

megfelelő orvosi kezelés mellett is halálhoz vezető, súlyos és gyógyíthatatlan betegség esetén. A betegnek megfelelő alaki feltételekkel nyilatkoznia kell a kezelés visszautasítása felől. A diagnózist és a beteg belátási képességét háromtagú orvosi bizottság (kezelőorvos, a beteg gyógykezelésében részt nem vevő szakorvos és pszichiáter szakorvos) ítéli meg. A beteg a visszautasításra irányuló szándékát a vizsgálatot követő harmadik napon két tanú előtt ismételten kinyilvánítja. Életfenntartó vagy életmentő kezelés jogszerű előzetes visszautasítására és/vagy helyettes döntéshozó jelölésére (előzetes rendelkezés) hazánkban az Eütv. 22. §-ában foglaltak szerint van lehetőség közokirati formában, amennyiben a rendelkező cselekvőképes személy gyógyíthatatlan betegségben szenved, és betegsége következtében önmagát fizikailag ellátni képtelen, illetve fájdalmai megfelelő gyógykezeléssel sem enyhíthetők. Nyilatkozatát figyelembe venni azonban csak az Eütv. 21. § (4) bekezdése szerint összehívott orvosi bizottság döntése után lehet, mely feltétel az újraélesztés sürgősségi helyzetében nehezen teljesíthető. A rendelkezés megfelelőségét a beteg belátási képessége is befolyásolja, mely már a gyógyíthatatlan betegség korai szakaszában is korlátozott lehet. A kompetencia hiánya különös erővel mutatkozik meg öngyilkosok újraélesztése során, ahol a beszűkült tudatállapot és az inkompetens döntéshozatal lehetősége miatt az öngyilkosság akaratnyilatkozatként történő vélelmezése súlyos hiba volna.⁶ Különösen fontos fentiek hangsúlyozása annak tükrében, hogy a polgári jogból származtatott betegjogi szabályozás vélelmezi a cselekvőképes beteg kompetenciáját, ez mutatkozik meg például az Alkotmánybíróság előzetes rendelkezéssel kapcsolatos 24/2014. (VII. 22.) határozatának előzetes pszichiátriai vizsgálatot megszüntető rendelkezésének indoklásában is. Hazánkban az egyes egészségügyi ellátások visszautasításának részletes szabályait megállapító 117/1998. (VI. 16.) Korm. rendelet 8. § (1) bekezdése szerint a beteg az előzetes rendelkezését tartalmazó közokiratot átadhatja háziorvosának, aki azt a beteg egészségügyi dokumentációjában megőrzi. Ugyanezen szakasz (2) bekezdése szerint a nyilatkozatról a beteg tájékoztatja az egészségügyi szolgáltatót, illetve átadja részére a nyilatkozat egy példányát. A vonatkozó európai (ERC) ajánlás a DNACPR-nyilatkozatok tekintetében az alábbi konjunktív feltételeket írja elő: jelenlévő, valós és alkalmazható. Komplex életvégi tervezést és ennek megfelelően elektronikus adatbázisban is elérhető dokumentációját javasolja alkalmazni.⁵ Az előzetes rendelkezés hazai eljárási és nyilvántartási szabályai nem elégitik ki ezen alkalmazhatósági követelményeket (jelenlévő, valós, alkalmazható), ezért azok jelen formájukban nem alkalmasak az újraélesztés visszautasításának szabályozására.

A betegek életmentő vagy életfenntartó kezelést visszautasító rendelkezése jelentős mértékben az orvostól származó információkon alapul. A beteget akkor is megilleti a tájékoztatás joga, ha beleegyezése egyébként nem feltétele a gyógykezelés megkezdésének (hazánkban: Eütv.14.§ [3]). A tájékoztatás során azonban alapvető jelleggel jelenhetnek meg az orvos és a szakmai társadalom értékítéletét tükröző szempontok is, melyek jelentősen eltérhetnek a betegek preferenciáitól. Ezek hátterében a nem

megfelelő orvos-beteg kommunikáció, az orvosok betegekétől eltérő értékrendje és a betegek valóságot kevésbé tükröző elvárásai egyaránt szerepelhetnek.⁷ Nemzetközi vizsgálatunk szerint a betegek és hozzátartozóik mintegy harmada nem ért egyet az orvosok által megfelelőnek tartott kezelés tekintetében, mely egyaránt ronthatja a kezelés minőségét és a betegelégedettséget is.⁸ Rendkívül fontos ezért az alapos és folyamatos kommunikáció a beteg, hozzátartozói és az orvos között. Az orvosok etikai tárgyú továbbképzése tovább javíthatja a rendelkezések validitását (a beteg preferenciái megfelelőbben tükröződnek a rendelkezésekben), és ezzel az ellátás minőségét több klinikai vizsgálat, köztük saját vizsgálatunk szerint is.^{7,9} A DNACPR-rendelet alapul szolgálhat az életvégi döntések során a további kezelések visszautasításához is. A vonatkozó ERC-ajánlás ezért fokozott figyelmet javasol fordítani a komplex életvégi tervezésre (advance care plans), mely magában foglalja a kommunikációt a beteggel és családtagjaival a releváns kérdések tekintetében, az életvégi tervezés felajánlását fokozott kockázatú betegeknél, valamint annak elfogadását és támogatását a beteg kérése esetén.⁵

Az életvégi tervezés és ennek részeként az újraélesztés visszautasítása tehát a beteg autonóm döntésén nyugszik, melyet a szekularizált jogrendszerek és a vonatkozó szakmai ajánlások egyaránt támogatnak. A beteg informáltsága, megfelelő fizikális és mentális állapota, valamint az orvosi értékítéletek befolyásától mentes döntési helyzet az autonóm döntés konjunktív feltételei. Szükséges továbbá, hogy a DNACPR-nyilatkozat – lehetőleg a komplex életvégi terv részeként – konkrét esetben azonnal rendelkezésre álljon, és alkalmazható is legyen. Hazánkban a fent említett tényezők együttesen jelentős mértékben nehezítik meg a betegek autonóm döntésének megjelenését az újraélesztés visszautasításával kapcsolatban. A Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézet Életvégi Munkacsoportja által is javasolt komplex életvégi tervezési segédlet (POLST), valamint a nyilatkozatok EESZT-elérhetősége segítséget nyújthatna a szabályozási kérdések gyakorlati alkalmazhatósága terén.¹⁰

A megfelelő újraélesztés és a koronavírus-pandémia

Az epidemiológiai adatok ismertetése során látható, hogy az újraélesztés minőségének biztosítása és fejlesztése a minőségirányítás klasszikus módszertanán nyugszik. Ennek főbb elemei, illetőleg módszerei: a szisztematikus adatgyűjtés alapvetően az utsteini kritériumok alapján, az adatok értékelése és a módosítások tervezése nemzeti és nemzetközi tudományos társaságok által, és az irányelvek gyakorlati bevezetése a mindennapi gyakorlatba, melynek kiemelkedően fontos része azok strukturált oktatása és képzése. Az újraélesztés minőségét és hasznosságát alapvetően bizonyítékokon alapuló szakmai szabályok határozzák meg. A magas időfaktor miatt kiemelkedően fontos a túlélési lánc korai bevezetése és konzekvens alkalmazása. Ez az egészségügyi

intézményen belül minden dolgozó megfelelő szintű képzésével, készségeik szinten tartásával, megfelelő sürgősségi ellátó csapat (MET-team) megszervezésével, az újraélesztések pontos dokumentálásával (Utstein) és azok rendszeres értékelésével érhető el. Kórházon kívüli újraélesztések (OHCA) esetében a defibrillációval kiegészített alapszintű újraélesztés (BLS-AED) mind szélesebb körű rendszeres laikus oktatása, az AED-készülékek széleskörű elérhetővé tétele és az emelt szintű újraélesztést (ALS) folyamatosan nyújtani képes szolgálat fenntartása biztosíthatja a beavatkozás megfelelőségét. Mindezeket kiegészíti az újraélesztő személy védelme (biztonságos környezet), mely szempont a koronavírus-pandémia során kapott kiemelt jelentőséget. A módszertant, az irányelvek gyakorlati bevezetését és oktatását a frissített nemzetközi ajánlások részletesen tárgyalják, és magunk is megfelelően kifejtettük korábbi publikációnkban, ezért erre itt részletesen nem térek ki.^{2,4,11}

A koronavírus-pandémia jelentős változásokat hozott az újraélesztési gyakorlatban mind laikus, mind pedig professzionális szinten. A kórházon kívüli újraélesztések (OHCA) előfordulása nem különbözött ausztrál szerzők tanulmánya szerint a megelőző időszakhoz képest, míg a nyilvános helyen történt szíveredetű halálesetek a járvány idején majdnem felére csökkentek ($p < 0,001$), csakúgy, mint az AED-k használata ($p = 0,037$). A sürgősségi orvosi szolgálat (EMS) által végzett újraélesztések száma is szignifikáns csökkenést mutatott (46,9%, illetve 40,6%, $p = 0,001$), a legfontosabb beavatkozások pedig (defibrilláció, első adrenalin-idő) jelentős késedelmet szenvedtek. A másodlagos túlélés a kórházi elbocsátásig így 50%-kal csökkent a pandémiás időszakban ($p = 0,002$).¹² Hat hasonló tanulmány metaanalízise során szintén arra a következtetésre jutottak a szerzők, hogy a pandémiás időszakban csökkent a tanúsított szívmegeállások, valamint a laikusok és mentőszolgálat (EMS) által kezdeményezett újraélesztések száma is, különösen Európában. Ezenkívül a mentők reagálási ideje jelentősen késett az összes vizsgálatban. 2020-ban a vizsgált betegek 4–6% -a volt SARS-CoV-2 pozitív és 5–26%-nak voltak klinikai tünetei (láz és köhögés vagy dyspnoe). A kórházon kívüli szívmegeállás rövid távú következményei rosszabbak voltak a pandémiában, mint nem pandémiás időszakban, melyet közvetlenül a koronavírus-fertőzés illetve az egészségügyi rendszerek lezárásának és megzavarásának közvetett hatásai okozhattak.¹³

A WHO ajánlása a pandémia korai szakában az aeroszolképződés miatt jelentős fertőzési kockázatként azonosította az újraélesztési tevékenységet, ezért védőöltözet (*personal protective equipment – PPE*) használatát írta elő a beavatkozáshoz. A teljes védőöltözet az alábbiakból áll aeroszolképző beavatkozásokhoz: vízlepergető, teljes testet takaró védőruha, gumikesztyű, jól illeszkedő szemvédelem, FFP3-maszk. Az aeroszolképződés szempontjából magas kockázatú beavatkozások a valószínűség sorrendjében: tracheális intubáció, extubáció és a kapcsolódó tevékenységek, 2. noninvasív lélegeztetés (NIV), 3. tracheosztómia, 4. maszkos lélegeztetés. Szintén aeroszolképző, de kevésbé veszélyes beavatkozások: pozitív nyomású lélegeztetés nyílt légút

mellett, nyílt tracheális váladékleszívás, brochoszkópia, köpés, magas áramlású nazális oxigén, egyes fogászati beavatkozások, nazogasztrikus szonda levezetése (?), mellkasi kompressziók.¹⁴ Későbbi tanulmányok nem tudták meggyőzően igazolni a kezdeti fel-tételezést az újraélesztés aeroszolgeneráló voltával kapcsolatban, különösen a mellkasi kompressziók, illetve a defibrilláció esetében. Hangsúlyozták azonban a bizonyítékok limitált voltát.¹⁵

Fentiek miatt az ILCOR az alábbi ajánlásokat adta ki: 1. Laikus újraélesztők esetén valószínűtlen, hogy megfelelő védőöltözet rendelkezésre állna. Mindazonáltal a hirtelen szívhálál gyakran otthon történik, ahol az újraélesztő(k) már kontakt személy(ek) lehetnek. Javasolt ilyenkor a jelenlévők számának minimalizálása, az újraélesztendő felnőtt arcának eltakarása, a légzésvizsgálat elhagyása és csak a mellkasi kompressziók alkalmazása. A gyermekek újraélesztésénél a mellkasi kompressziók lélegeztetéssel történő kiegészítése javasolt azon laikus újraélesztők esetében, akik erre hajlandóak, képzettek és képesek. Nyilvános helyen, amennyiben elérhető AED, annak alkalmazása minimális fertőzési kockázattal jár. 2. Professzionális újraélesztés esetén a megfelelő védőeszközök (PPE) viselése javasolt. Mérlegelendő mechanikus újraélesztés (mCPR) alkalmazása, külső kompresszióra alkalmas eszközök segítségével (pl. LUCAS). Az aeroszolképződés csökkentésére korai, professzionális intubáció és gépi lélegeztetés, valamint HEPA-filter használata javasolt. Szükséges a jelenlévő személyek számának lehetséges mértékig történő csökkentése, és az esetleges fertőzési veszély egyértelmű és korai kommunikálása. Kórházi újraélesztések (IHCA) esetén a fent említett teljes védőöltözet viselése javasolt az újraélesztő személyzet részére. Minden súlyos koronavírusos beteg kórházi felvétele után mérlegelendő az életvégi tervezés bevezetése, a beteggel vagy hozzátartozóival történő megbeszélése. A romló állapotú betegek emelt szintű monitorozása csökkentheti a legnagyobb aeroszolképződéssel járó sürgősségi intubáció szükségességét. A már intubált és lélegeztetett betegeknél HEPA-filter alkalmazása, 100%-os oxigén, 6ml/ttkg légzési volumen (tidal volume), 10-es percenkénti légzésszám, az autotrigger kikapcsolása és megfelelő végkilégzési nyomás (PEEP) alkalmazása javasolt. A hason fektetett beteg hanyatt fordítása szükséges az újraélesztéshez.¹⁶ Előzetes kommunikáció alkalmazásával hasztalansági alapon mérlegelni lehet a korlátozott újraélesztést súlyos és romló általános állapotú betegeknél. Ilyenkor a mellkasi kompressziók elhagyása (Do Not Initiate Compressions – DNIC) és szükség esetén defibrilláció történik.¹⁷

A koronavírus-pandémia jelentős impulzust adott az irányelvek felülvizsgálatához. Míg a részletes módszertan a korábbi eljárásrendekhez képest csak kismértékben változott, az önrendelkezést illetően a DNACPR-nyilatkozat a komplex életvégi tervezés körében kerül említésre, emellett pedig a járvány kapcsán jelentősen előtérbe került a biztonságos környezet kérdésköre mind laikus, mind pedig képzett újraélesztő esetén. A koronavírus-betegség (COVID19) jelentős hatással van a szívmegállás és a túlélés gyakoriságára is. A feladat a helyes egyensúly megtalálása az esetleges koronavírus-fer-

tőzéssel rendelkező személy számára az újraélesztés során az újraélesztőt érintő lehetséges veszély és a beavatkozás késésének kockázata között. Az irányelvek a kifejezetten gyanús vagy megerősített koronavírus-fertőzéssel rendelkező betegekre vonatkoznak. Ahol bizonytalanság áll fenn, a kezelést dinamikus kockázatértékeléssel javasolják mérlegelni, amely figyelembe veheti a koronavírus prevalenciáját, a beteg specialitásait (pl. kontakt státusz, tünetek), a kezelés hatékonyságának valószínűségét és az egyéni védőeszközök (PPE) mindenkorai rendelkezésre állását. A járványhelyzetnek megfelelően ezek a tényezők dinamikusan változhatnak. Az ajánlás szerint a mellkasi kompresszió és az újraélesztés alacsony bizonyossággal aeroszolt generálhat. A koronavírus-járványban a laikus újraélesztők fontolják meg a csak kompressziós újraélesztést és a nyilvános hozzáférésű defibrillációt (AED). Az egészségügyi szakembereknek koronavírus-fertőzött betegeknel egyéni védőeszközöket javasolt használniuk az aeroszolképző eljárásokhoz újraélesztés során, ugyanakkor kockázat/haszon elemzése alapján mérlegeljék a defibrillálást, mielőtt aeroszolt generáló tevékenységet kezdenének.¹⁸

IRODALOMJEGYZÉK

1. Acierno, L. J. and Worrell, L. T.: Peter Safar: Father of Modern Cardiopulmonary Resuscitation. *Clin. Cardiol.* 30, 52–54 (2007).
2. Perkins, G. D., Neumar, R., Monsieurs, K. G. et al. The International Liaison Committee on Resuscitation—Review of the last 25 years and vision for the future. *Resuscitation* 121 (2017) 104–116. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2017.09.029>
3. J.-T. Gräsner, et al., European Resuscitation Council Guidelines 2021: Epidemiology of cardiac arrest in Europe. *Resuscitation* (2021), <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.02.007>
4. Perkins, G. D., et al., European Resuscitation Council Guidelines 2021: Executive summary, *Resuscitation* (2021), <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.02.003>
5. Mentzelopoulos, S. D. et al., European Resuscitation Council Guidelines 2021: Ethics of resuscitation and end of life decisions, *Resuscitation* (2021), <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.02.017>
6. Sontheimer, D.: Suicide by advance directive? *J Med Ethics* 2008. 34:e4.
7. Hakim, R. B., Teno, J. M. és mtsai.: Factors associated with do-not-resuscitate orders: patients, preferences, prognoses and physicians' judgement. (SUPPORT study) *Ann. Intern. Med.* 1996; 125: 284–293.
8. Wilson, M. E., Dobler, C. C., Zubek, L., Gajtic, O., Talmor, D., Curtis, J. R., Hinds, R. F., Banner-Goodspeed, V. M., Mueller, A., Rickett, D. M., Elo, G., Filipe, M., Szucs O., Novotny, P. J., Piers, R. D., Benoit, D. D.: Prevalence of Disagreement About Appropriateness of Treatment Between ICU Patients/Surrogates and Clinicians. *Chest*, 2019; 155: 1140-7. <https://doi.org/10.1016/j.chest.2019.02.404>
9. Élő G., Diószeghy Cs., Dobos M., Andorka M.: Ethical considerations behind limitation of cardiopulmonary resuscitation in Hungary—the role of education and training. *Resuscitation*.2005; 64: 71–77.

10. Somody B., Stánicz P.: A tények tükröződése az életvégi döntések alapjogi dogmatikájában. *Fundamentum*. 20: 4; 34–46.
11. Élő G., Zubek L.: Etikai és jogi megfontolások, DNAR. in László I, Szabó Z, Fülesdi B (szerk). Budapest: Medicina Könyvkiadó, 2018. pp. 435–445.
12. J. Ball, J., Nehme, Z., Bernard, S. et al: Collateral damage: Hidden impact of the COVID-19 pandemic on the out-of-hospital cardiac arrest system-of-care. *Resuscitation*. 156 (2020). 157–163.
13. Scquizzato, T., Landoni, G., Paoli, A. et al: Effects of COVID-19 pandemic on out-of-hospital cardiac arrests: A systematic review. *Resuscitation*. 157 (2020). pp 241–247.
14. Cook, T. M.: Personal protective equipment during the coronavirus disease (COVID) 2019 pandemic – a narrative review. *Anaesthesia* 2020, 75, 920–927.
15. Couper, K., Taylor-Phillips, S., Grove, A. et al: COVID-19 in cardiac arrest and infection risk to rescuers: A systematic review. *Resuscitation* 151 (2020). 59–66.
16. Edelson, D. P., Topjian, A. A. on behalf of the American Heart Association: ECC Interim COVID Guidance Authors Interim Guidance for Basic and Advanced Life Support in Adults, Children, and Neonates With Suspected or Confirmed COVID-19. *Circulation*. 2020;141:e933–e943. DOI: 10.1161/CIRCULATIONAHA.120.047463
17. Rosen, R. J.: Physician-discretion DNIC (Do Not Initiate Compressions) in the COVID era. *Resuscitation* 153 (2020): 161.
18. Nolan, J. P., Monsieurs, K. G., Bossaert L et al.: European Resuscitation Council COVID-19 guidelines executive summary. *Resuscitation* 153, (2020) 45-55. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2020.06.001>

*„Amikor elmegyek valamely országba, nem azt vizsgálom, vajon jók-e ott a törvények, hanem azt, hogy végrehajjták-e a meglévőket, mert jó törvények mindenütt akadnak”.**

Montesquieu

MORÁLIS DISTRESSZ I. – A HIVATÁSREND ZAVARA

ORVOSI ESZKÖZÖK IGAZSÁGOS ELOSZTÁSA COVID19-JÁRVÁNY IDEJÉN, MAGYARORSZÁGON

DR. MATKÓ IDA PHD. MED. HABIL.

A COVID19-világjárvány nemzetközi és hazai hatása és háttere

A WHO főtitkára, Tedros Adhanom Ghebreyesus 2020. 03. 11-én a SARS-CoV-2-pandémia jelenlétére hívja fel a világ figyelmét.¹ A „lehetetlen” megtörtént: az a világ, amiről tudtunk és körülvelt bennünket, leállt. Az addig ismert kórházi szintér katonás szabályok szerint működő gépezetté alakult, a kórházakban kirendelt katonák jelentek meg, élükre kórházparancsnok állt. A járvány megjelenése után, március 11-én országos veszélyhelyzetet hirdettek ki, különleges jogrend lépett életbe Magyarországon. A kórházaknak április 15-ig az ágyaik 60 százalékát (teljes kapacitással számolva durván 40 ezer férőhelyet) kellett szabaddá tenniük. A válsághelyzeti ellátás sokféle változást hozott nemcsak itthon, de világszerte is az egészségügyi ellátók működésében (COVID-kórház, COVID-osztályok, kórházi épületek kiürítése, áttelepítése, tervezett műtétek elhalasztása, új szakmai irányelvek létrehozása). Kína után leghamarabb Észak-Olaszországban jelentkezett tömeges megbetegedés. Így érthető, hogy a legkorábbi drámai jelzést az érzéstelenítés, fájdalomcsillapítás, újraélesztés és intenzív ellátás területén tevékenykedő szakemberek olasz társaságának munkacsoportja (SIAARTI)² tette nyilvánossá 2020. 03. 06-án írásos dokumentum formájában, amelyben

* Gábor György: Gondolatok könyve., Magvető, Budapest, 1966

¹ WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19–11March 2020. Available from: <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19-11-march-2020>

² Vergano M, Bertolini G, Giannini A, et al :Clinical ethics recommendations for the allocation of intensive care treatments in exceptional, resource-limited circumstances. Italian Society of Anaesthesia, Analgesia, Resuscitation and Intensive Care (SIAARTI) <http://www.siaarti.it/>

javaslatot tettek a tömeges betegbeáramlás miatt kialakult eszközhiány válsághelyzeti kezelésére. A Sky News televíziócsatorna hamarosan (2020. 03. 20.) a bergamói önkormányzat kérésére rögzített „propagandariportot” közöl a világ nyilvánosságával, megdöbbentő videóban mutatja be a bergamói kórházban uralkodó állapotokat, ahol az intenzív osztályra csak azok kerültek be, akik szó szerint haldokoltak, a kritikus állapotban lévőknek már nem jutott hely.

A Magyar Orvosi Kamara Etikai Kollégiuma 2020. 04. 14-én „Etikai megfontolások az orvosi erőforrások elosztásához COVID19-pandémia idején, Magyarországon”³ címmel ajánlást (továbbiakban Megfontolások) tesz közzé, ugyanakkor az Észak-Olaszországban kialakult kórházi állapotokhoz hasonló helyzet az ajánlás megszületésekor nem volt Magyarországon.

A Megfontolások visszavonását és átalakítását javasoltam egy héttel annak megjelenését követően, azonban az említett dokumentum változatlan felfogással a koronavírus-hullám második szakaszában markáns idézetekkel jelent meg a szaksajtóban csakúgy, mint a nagyobb politikai heti- és napilapokban. Akkor foglalkoztam írásban a Megfontolásokkal nyilvánosan.⁴

A Magyar Orvosi Kamara ajánlása, kérdések és válaszok

I. Etikai dilemma – igazságosság jog és etika határán

Járvány idején a megfigyelői perspektíva távolságtartását a résztvevő nézőpontja váltja fel. Nem szükséges túlzott morális intuíció ahhoz, hogy bárki beleképzelje magát a súlyosbodó légszomjial küzdő ember helyzetébe, a kórházba kerüléstől egy osztályra vagy intenzív osztályra érkezésig. A laikus is tudta, hogy egy ismeretlen, rosszindulatú fertőző betegség dönti le az embereket, hatásos ellenszere nincs, kezelése tüneti, a MOK-ajánlás megszületésének időpontjában legfontosabbnak a lélegeztetőgép alkalmazása tűnt a fenyegető oxigénhiány és következményeinek kivédésére.

A COVID19-járvány etikájáról szóló közbeszéd általában a gyógyítás erőforrásaiban a szűkösségre és a polgári szabadságjogok védelmére összpontosít. Az ágy mellett másként gondolkodik az orvos, mint azt a protokollok feszes katasztrófalógiája

SiteAssets/News/COVID19-20/documenti/SIAARTI/20-Covid19

³ Etikai megfontolások az orvosi erőforrások elosztásához COVID19-pandémia idején, Magyarországon. Magyar Orvosi Kamara. Etikai Kollégium, 2020.

⁴ Pálos M.: Koronás krétakőr. Magyar Narancs 2020. XXXII. 18. 26–28, Matkó I.: Túlélési esélyek és eutanázia. 168 óra XXXII. 51. 34–35.

kívánja, mert helyzete összetett és roppant törékeny is egyben, mint Camus Rieux doktoráé, aki gyógyít, rendületlenül teszi a dolgát, bár tudja, hogy képtelen legyőzni a halált.⁵

A drasztikus kényszerintézkedések közepette az orvosok napról napra kerültek közelebb a „mit is kell tenni” szakmai kérdéshez, alig tudtunk valamit a betegségről, a szerteágazó tünetek diagnosztikus kérdéseket vetettek fel, az életveszélyes állapotok kezelését bizonytalan tapasztalatok alig támogatták, a betegek tömeges beáramlása az orvosi eszközök igazságos elosztásának etikai kérdését élesen vetette fel.

Kedvezőbb időkben az egalitárius etikai megközelítéseket helyezik előtérbe,⁶ katasztrófák idején automatikusan érvényesül egy haszonelvű keretrendszer⁷, általában az utilitarizmus felé fordulás jellemző,⁸ mert az utóbbi a hétköznapi gondolkodást, megérzéseinket követi, miszerint nagy szűkösség vagy verseny idején áldozatokra van szükség, és mivel szűkösség van, az áldozatok elfogadhatóak.⁸ Negligálva azt a tapasztalatot, hogy az alapvető egyenlőtlenségek⁹ az ilyen intézkedések következtében elsősorban mértékben súlyosbodnak.¹⁰ A járvány disztópikus forgatókönyvéből korán sejteni lehetett, hogy a félelmetes világjárványra soha nem látott hatékonysággal és gyorsasággal válaszolni kényszerül a kutatás, a biotechnológia, nemzetközi szinten a szemünk előtt változik a gazdaság és a politika, új piacok nyílnak, új árucikkeket fejlesztenek ki a védekezés, a rendészet és az ellátás területein, továbbá, hogy a karanténszabályok mellett a polgári szabadságjogokat korlátozni lehet. A történésekre reagál 2020. április 23-án az ENSZ főtitkára tweetjében: „COVID19 közegészségügyi vészhelyzet – amely gyorsan emberi jogi válsággá válik.”¹¹ Amikor a mikroallokációs döntések az ellátás

⁵ Camus, A.: 2020: A pestis. 1947.

⁶ Hick, J. L., Rubinson, L., O’Laughlin, D. T. et al., Clinical review: Allocating ventilators during large-scale disasters – problems, planning, and process. *Crit Care* 11, 217 (2007). <https://doi.org/10.1186/cc5929>

⁷ Emanuel, E. J., Wertheimer, A.: Public health: who should get influenza vaccine when not all can. *Science* 2006; 312: 854-5.

⁸ Emanuel, E. J., Persad, G., Upshur, R., Thome, B., Parker, M., Glickman, A. et al.: Fair allocation of scarce medical resources in the time of Covid-19. *N Engl J Med.* 2020; 382:2049–55.

⁹ Tierney, K.: *The Social Roots of Risk: Producing Disasters, Promoting Resilience (High Reliability and Crisis Management)* 2014. Stanford University Press 1-459 <https://doi.org/10.1515/9780804791403>

¹⁰ Kovács K. (2006): A halandóság és az egészségi állapot vertikális és horizontális társadalmi egyenlőtlenségei. In: Szántó Zs., Susánszky É. (szerk.): *Orvosi szociológia*. Semmelweis Kiadó, Budapest, p. 39–54.

¹¹ Wintour, P.: ‘Coronavirus Pandemic is Becoming a Human Rights Crisis, UN Warns’, *The Guardian* 23 April 2020, <https://www.theguardian.com/world/2020/apr/23/coronavirus-pand->

körülményeit közvetlenül a kórteremben, intenzív osztályon érintették, az orvosi és bioetikai társaságok a hazai orvosi kamarához hasonló vagy eltérő tartalmú, részben átdogozott ajánlásokat,¹² vagy új szabályokat, etikai kereteket hoztak nyilvánosságra az igazságos orvosi eszközök elosztásával kapcsolatban, válaszul a COVID19-járvány okozta kényszerhelyzetre, többször már a járvány nyomása alatt². A felduzzadt, közel 12 000-es számhoz közelítő irodalom, alig áttekinthető, a világiárvány idején született bonyolult pontszám- és algoritmikus triázisprotokollok nem az ágy mellett idő és energia hiányában dolgozók munkáját segíthetik, hanem a döntéshozók részére jelentenek választható etikai és szakmai kereteket. Már kezdetben látszott, hogy a 2019-2020-ban jelentkező SARS-CoV-2 (COVID19) -járvány több embert érint, elhúzódóbb, ezért szisztematikusabb döntéseket és járványkezelési protokollokat igényel, mint mintául szolgáló elődjei, a H1N1 (1918), a H2N2 (1957–1958), a H3N2 influenza (1968) és a H1N1 vírus (2009) okozta járványok idején.

II. Szemben a szűkösség valóságával, hogyan lehet igazságosan elosztani az orvosi erőforrásokat?

Általában a javak elosztása az egészségügyben a materiális igazságosság szerint történhet a jogos szükséglet és igény alapján; léteznek a hasznot maximalizáló és az egyenlő elosztást középpontba helyező értelmezések, vagy mindezek kombinációja. A modern egészségügy alig finanszírozható, egészségügyi költségrobbanásról beszélnek, a gyakorlatban aligha van a világon olyan gazdag egészségügyi rendszer, amely minden beteg számára minden szükséges ellátást biztosítani képes.¹³ Az igazságosság, az igazságos elosztás¹⁴ kérdése az egészségügyben 1990 óta egyre inkább a bioetika homlokterébe került, az egyre drágább diagnosztikus és terápiás technológiák megjelenése miatt, a mikro- és makroallokáció körüli viták markánsabbá váltak, számos sokszor szélsőséges nézeteket előhívva.¹⁵ A gazdag országok most a járvány okozta tömeges betegbeáramlás miatt szembesülnek a betegellátás ellehetetlenülésével, hiánnyal, tömeges sorolás

emic-is-becoming-a-human-rights-crisis-un-warns

¹² Fiest, K. M., Krewulak, K. D., Plotnikoff, K. M. et al: Allocation of intensive care resources during an infectious disease outbreak: a rapid review to inform practice. BMC Medicine 2020. 18:404, 1-17 <https://doi.org/10.1186/s12916-020-01871-9>

¹³ Kovács J.: A modern orvosi etika alapjai. Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest, 1997. 153–237.

¹⁴ Orosz É.: Az egészségügyi rendszerek kihívásai a gazdasági válság időszakában. Egészségügyi Gazdasági Szemle, 2013 1. 1–11.

¹⁵ Kilner, J. F.: Who lives? Who dies? Ethical criteria in patient selection. Yale University Press, New Haven, CT, 1990.

szükségességével a második világháború óta.¹⁶A hazai egészségügyi ellátás évek óta, a COVID-járvány előtt is hiányokkal küzdött,¹⁷ aminek következtében sok esetben indokolatlanul utilitarista megközelítéssel válaszolt a betegek igényeire¹⁸ az elosztás és finanszírozás¹⁹ átláthatatlan körülményei között, ami konkrét ellátások helyett²⁰ szimpla kezelésmegvonást²¹ is jelentett a rászorulóknak számára.²²

A kiteljesedő járvány okozta szükséghelyzetben²³ számos lehetőség vetődött fel a maximális számú élet megmentése érdekében: az intenzív ágyak rangsorolása a legjobb prognózisú betegek számára, az életfenntartó kezelések megvonására vonatkozó döntések felgyorsítása²⁴ (az életfenntartó kezelések megtagadása, felfüggesztése), az intenzív ágyak számának minden áron való növelése (fekvőbeteg-ellátó falain belül, távoli, új intenzív egységek gyors felállítása). Mindegyik opció ajánlása és alkalmazása előfordult a gyakorlatban, bár valójában mindegyik megoldás eltért az intenzív terápiás kezelés és osztály hagyományos felfogásától, és számos etikai és alkalmazási gyakorlati kérdést vetett fel, mégis a legfájóbb a „legkiszolgáltatottabb betegek feláldozásának”

¹⁶ Orosz É.: Globális és hazai egészségügyi kihívások és egészségpolitikai törekvések a 21. század elején. *Esély* 2009. 6, 4-16.

¹⁷ Orosz É., Kollányi Zs.: Egészségi állapot, egészség-egyenlőtlenségek nemzetközi összehasonlításban In: Tóth, István György (szerk.) *Hungarian Social Report*, 2019. Budapest, Társadalomkutatási Intézet Zrt., 237-257.

¹⁸ Kovács K.: Az egészségi állapot egyenlőtlenségei. In: Óri P. – Spéder Zs. (szerk.). *Demográfiai portré*, 2012., Budapest: KSH Népeségtudományi Kutatóintézet. pp.73–88.

¹⁹ Az egészségügy finanszírozása. Az egészségügyi átalakítás összefüggése az államháztartási finanszírozással, az állami és a magánellátással, 2019., *Századvég Gazdaságkutató Zrt.*, 19–38.

²⁰ Kovács K.: Jövedelmi egyenlőtlenségek és mortalitás. In: Daróczy Etelka-Kovács Katalin (szerk.). *Halálozási viszonyok az ezredfordulón: társadalmi és földrajzi választóvonalak*. 2004 KSH NKI Kutatási Jelentések 77. Budapest: KSH NKI. pp. 75–101.

²¹ Józán P.: Halálozási viszonyok és életkilátások a 21. század kezdetén a világ, Európa és Magyarország népességében. *Magyar Tudomány*, 2009/10: 1231–1244.

²² Zubek L.: Ki és hogyan dönt az élet-halál kérdésben? Életvégi döntéshozatal a magyarországi intenzív osztályokon. 2016, *Állam- és Jogtudomány* LVII. 4. 105–119.

²³ White, D. B., Lo, B.: A Framework for Rationing Ventilators and Critical Care Beds During the COVID-19 Pandemic *JAMA*. 2020; 323 (18): 1773–1774.

²⁴ Maves, R. C., Downar, J., Dichter, J. R. et al.: Triage of scarce critical care resources in COVID-19 an implementation guide for regional allocation. An Expert Panel Report of the Task Force for Mass Critical Care and the American College of Chest Physicians *Chest*, 2020. Jul.; 158 (1): 212-225. <https://doi.org/10.1016/j.chest.2020.03.063>

elméleti kockázata és ajánlása: az etikai indokolással javasolt triázsterv annak érdekében, hogy a lehető legtöbb ember számára maximalizálják az előnyöket.²⁵

Ha a tervet alkalmaznák, az utilitárius etika elsőbbséget élvezne az egyéni személyiségvédelemre alapozott etikával szemben, és a közegészségügyi cél elérése érdekében az egyéni szabadságot korlátozó eszközöket alkalmazná. Ez drámai élményt jelentene, amelyben az időhiány, a súlyos érzelmi tényezők és a betegek hatalmas beáramlása miatt az indokolt stratégia kárára választanak. Egy ilyen helyzet valószínűleg ellentmond a gyógyítás és ápolás etikai értékeinek.²⁶

A rendelkezésre álló ágyak hiányát a döntéshozatali folyamat több tényezője tovább súlyosbítja: „élet vagy halál” döntések meghozatalához szükséges idő minimálisan csökkenése, a látogatási tilalom, valamint az érkező betegek folyamatos áramlásának nyomása.

III. Olaszország tapasztalata

Senki nem vitatja az olasz munkacsoport (SIAARTI) jóhiszeműségét, feltételezve, hogy tájékoztatásnak szánták videóüzenetüket, nyilvánossá tették a kiobbant járvány kíméletlen hatását, és elismerték a helyi kórházak felkészületlenségét. A munkacsoportjuk szerint, ha az igények és a rendelkezésre álló erőforrások között kivételes aránytalanság mutatkozik, akkor az elosztásban a legnagyobb, várható egyéni haszon utilitarista szempontját kellene alkalmazni. Ajánlásuk, amely megelőzte a hazai kamaráét, hasonló következtetésre jut, mint az amerikai és ausztrál szerzők ajánlata,²⁷ amely szerint az intenzív terápiás ellátásban előnyt élvez a fiatal beteg, akinek túlélési esélye jobb²⁸ és a kezeléssel megmenthető²⁹, várható életévei számát tekintve a legtöbb

²⁵ Einav, S., Hick, J. L., Hanfling, D., Erstad, B. L., Toner, E. S., Branson, R. D. et al.: Surge capacity logistics: care of the critically ill and injured during pandemics and disasters: CHEST consensus statement. *Chest*. 2014;146(4 Suppl): 17S–43S.

²⁶ Brown, M. J., Goodwin, J., Liddell, K. et al: Allocating medical resources in the time of Covid-19. *N Engl J Med*. 2020. <https://doi.org/10.1056/NEJMc2009666>

²⁷ Antommara, A. H. M., Gibb, T. S., McGuire, A. L. et al.: Ventilator Triage Policies During the COVID-19 Pandemic at U.S. Hospitals Associated With Members of the Association of Bioethics Program Directors. *Ann Intern Med* 2020 Aug 4; 173 (3):188–194.

²⁸ Buck, T.: Analysing the impact of the Australian health sector emergency response plan for Nevel Coronavirus (COVID-19): A proposed approach. *Evaluation Journal of Australasia* 2020, Vol. 20(4) 197–211.

²⁹ Vergano, M., Bertolini, G., Giannini, A. et al.: Clinical ethics recommendations for the allocation of intensive care treatments in exceptional, resource-limited circumstances: the Italian perspective during the COVID-19 epidemic. *Crit Care* 2020; 24: 165.

hasznot remélheti a kezeléstől.³⁰ Olaszországban megbotránkozás,³¹ a szakmai szervezetek (Fogorvosi Kamarák Nemzetközi Szövetségének elnöke, a geriátria területén működő egészségügyieket tömörítő, valamint az ápolói kamara) részéről heves indulatok fogadták³² a SIAARTI-dokumentumot. A kor és tartós fogyatékoság depriorizáló szempontként történő beiktatása az anyagukba pedig az európai szervezetek részéről talált visszautasításra, az olasz lakosság körében félelmet és haragot keltett, míg példátlanul gyors nemzetközi nyilvánosságot kapott vegyes visszhanggal. A munkacsoport beszámolóját nem támasztja alá *Dr. Maurizio Cecconi JAMÁ-nak adott interjúja, amelyben arról számolt be, hogy az észak-olaszországi régió napok alatt együttműködő intenzív osztályok hálózatát létrehozva kezelte a kritikus helyzetet (Grasselli), biztosítva a szükséges ellátást minden rászoruló részére, így a tömeges kezelés megtagadása, a kemény sorolás érvényesítése nem okozta idős emberek sorozatos halálát. (Riva). Az európai tudományos társaságok elutasítása mellett az olasz szaksajtó is háborgott: *„Nem voltak járványra vonatkozó felkészülési tervek, amelyeket strukturált jogi és etikai megfontolások támasztottak alá. Az intenzív ellátást igénylő betegeknel végzett triázsolás szükségszerűen diszkriminációt jelent. Az olyan kritériumok, mint az életkor, vagy a krónikus fogyatékoság, egyértelműen a megkülönböztetés indokolatlan formái még közegészségügyi vészhelyzet esetén is (...) az intenzív osztályos kezeléshez való hozzáférés triázssal kapcsolatos döntéshozatali folyamatába csak betegek lehetnek, akik számára a klinikusok megkísérlik megbecsülni a túlélést előre jelző releváns tényezőket.”*³³ A SIAARTI anyaga tanulmányozásra azért érdemes, mert a Megfontolások hasonló következtetésre jut a járványkezelés vonatkozásában.

³⁰ Vergano, M., Bertolini, G., Giannini, A. et al.: SIAARTI recommendations for the allocation of intensive care treatments in exceptional, resource-limited circumstances. *Minerva Anestesiol.* 2020; 86: 469–472.

³¹ Grasselli, G., Pesenti, A., Cecconi, M.: Critical Care Utilization for the COVID-19 Outbreak in Lombardy, Italy: Early Experience and Forecast During an Emergency Response. *JAMA.* 2020; 323 (16):1545–1546. doi:10.1001/jama.2020.4031 March 13, 2020.

³² Anelli (FNOMCeO) on the Siaarti document: “The Deontological Code shall continue to be our guide”. [FNOMCeO, 7 March 2020. elérhető: <https://portale.fnomceo.it/anelli-fnomceo-su-documento-siaarti-nostra-guida-resta-il-codice-deontologico/>

³³ Riva, L., Petrini, C.: Ethics of triage for intensive-care interventions during the COVID-19 pandemic: Age or disability related cut-off policies are not justifiable. *Clinical Ethics.*2020 <https://doi.org/10.1177/1477750920971803>

* Prof. Maurizio Cecconi is the President-Elect of the European Society of Intensive Care Medicine (ESICM). He is also the Head of Department Anaesthesia and Intensive Care Units & Professor of Anaesthesia and Intensive Care Humanitas University Milan, Italy.

IV. Erkölcs – etika – értékválasztás

Nem kevesebbről van szó, mint arról, hogy megkérdőjelezheti-e a cselekvési tér változása az eddig ismert orvosetikai alapelveket és fogalmakat, érintheti az emberi méltóságot, a szabadságot, a humanitást, az igazságosság érvényességét, a többség által elfogadott morális normát és a hatályos törvényt? Ebben a megvilágításban okoz a hazai ajánlás zavart, mert az orvoslásban, az orvos-beteg viszonyban deontológiai (kötelességre alapozott) szemlélet és törvényi szabályozás figyelmen kívül hagyásával szélsőséges haszonelvű gondolkodásnak nyit teret és ad lehetőséget a cselekvésre.

A kialakuló közegészségügyi vészhelyzetek idején az egészségügyi ellátás etikailag megalapozott keretrendszerének egyensúlyban kellene maradnia a betegközpontú gondozási kötelezettség (amit az orvosetika hétköznapi körülmények között elvár a betegellátótól) és a közösségre összpontosító feladatok ellátása (a személyek egyenlősége, az előnyök és veszteségek elosztása) között. Az egyensúly létrejöttéhez kompromisszumok, átláthatóság és együttműködés szükséges. Mivel az orvosok, az ápolók általában a gondozási feladatra, a résztvevők ellátására fókuszálnak, a betegközpontú gyakorlattól a közegészségügyi megfontolások felé irányított betegellátás, illetve azok válsághelyzettől függő alkalmazása feszültséget okoz. Különböző etikai ajánlások értékelésénél érdemes figyelembe venni azt a különbséget, amely a fejlett országok, különösen a jóléti államok második világháború utáni kiépülésével létrejött az amerikai és az európai egészségügyi rendszerek között, ami a konkrét szervezeti jellemzők (pl. a finanszírozás módjában) mellett az alapvető politikai és etikai elvekben is megmutatkozik. Az amerikaitól eltérően a nyugat-európai országokban tradicionális, évszázados érték a szolidaritás, és a jelenlegi modern egészségügyi rendszerekben is alapvető politikai prioritás az esélyegyenlőség a szolgáltatásokhoz való hozzájutásban.³⁴

Az orvosi ellátás szempontjából, az orvos szemszögéből alapvető a Beauchamp és Childress által megfogalmazott gyógyítási/gondozási kötelezettség, amit minden orvos számára az orvosetika (bioetika) ír elő³⁵, megköveteli a beteg iránti hűséget, a szenvedés enyhítését, a károkozás tilalmát, valamint a betegek jogainak és preferenciáinak tiszteletben tartását. Mindez optimális esetben a mindennapokban működő egyenrangú, bizalmi orvos-beteg, kórház-beteg kapcsolatban, az ágy melletti klinikai etikai konzultációs szolgáltatások működésében, az intézményi politika kialakításá-

³⁴ Silva, D. S., Gibson, J. L., Robertson, A. et al.: Priority setting of ICU resources in an influenza pandemic: a qualitative study of the Canadian public's perspectives. *BMC Public Health*. 2012;26(12):241.

³⁵ Sándor J.: Gyógyítás és ítélkezés. Orvosi „műhiba-percek” Magyarországon. Medicina Könyvkiadó, Budapest, 1997. oldal.

ban, valamint az orvosok etikai oktatása és képzése által valósul meg. Az egészségügyi ellátásban hétköznapi körülmények között is a szakmaiság teljesítése mellett gyakoriak az etikai kihívások, mert a gyógyítás nem légüres térben történik, az ellátó reagál az emberi szenvedésre. Az életveszélyes betegségben szenvedő betegeket érintő körülmények, a cselekvőképesség, majd annak elvesztése bizonytalanságot és szorongást kelt az intenzíven dolgozó orvosban, ápolóban egyaránt. Már évekkkel ezelőtt itthon is szorgalmazták az intézményi etikai szolgáltatások szervezését (klinikai etikai tanácsadó, etikai bizottságok) abból a célból, hogy segítsen reagálni a nehéz helyzetekre. Ezzel segítve az orvosokat, a betegeket és a családtagokat a súlyos betegség okozta teendőik átgondolásában és a megalapozott döntések meghozatalában, amelyek a betegek jogaira és preferenciáira reflektálnak a betegek javára, valamint figyelembe veszik a beteget ellátó támogatását, hogy kötelességeit a konkrét szituációban átlássa.

Az intenzív terápiás erőforrások elosztása a haszonelvű etikai keretrendszerben³⁶ a kollektív jólétet helyezi előtérbe az egyének személyközpontú érdekeinek figyelembevétele helyett, a méltányosságot és a pártatlanságot etikai alapnak tekinti, mégis mindez kérdéseket vet fel az emberek iránti tisztelet és igazságosság vonatkozásában.³⁷ Nem csak itthon, de számos hivatkozás aggodalmat tükröz a COVID19-járványra adott egyes válaszokkal szemben mindenütt a világon.³⁸

V. Hazai helyzet – A Megfontolások kiemelt részlete – Emberölés lehet-e a megoldás az elosztásnál?

A Megfontolásokból (MOK) a „részletet, mozzanatot”, a lélegeztetőgép kikapcsolását kifogásoltam elsősorban, mert ez az ajánlás leginkább kirívó mozzanata, mint cseppben a tenger mutatkozik meg benne élesen az ajánlás szemlélete. *„A Beteg intenzív terápiájának felfüggesztése, például levétele a gépről, mivel az előnyök maximalizálása pandémiahelyzetben kulcsfontosságú, meggyőződésünk, hogy egy-egy páciensnél indokolt*

³⁶ Committee on Bioethics (DH-BIO). DH-BIO Statement on human rights considerations relevant to the COVID-19 pandemic [Internet]. 2020. <https://rm.coe.int/inf-2020-2-statement-covid-19-e/16809e2785> (First version 14.4.2020).

³⁷ UNESCO International Bioethics Committee (IBC), UNESCO World Commission on the Ethics of Scientific Knowledge and Technology (COMEST). Statement on COVID-19: Ethical Considerations from a global perspective. 2020. <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000373115> (First version 6.4.2020).

³⁸ Ovidói Egyezmény. Magyarországon kihirdette: 2002. évi VI. törvény az Európa Tanácsnak az emberi lény emberi jogainak és méltóságának a biológia és az orvostudomány alkalmazására tekintettel történő védelméről szóló, 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.

lehet az intenzív terápia felfüggesztése, ezzel együtt osztályról történő kiadása, vagy életvégi ellátás megkezdése”. Megengedi, hogy kritikus pillanatban, amikor megítélése szerint „élet áll élettel szemben” az eszköz-, géphiány- és az ellátó személyek csekély száma miatt, a jobban menthető életnek adjanak prioritást az orvosok. Akár úgy, hogy a kevésbé reményteljes páciens „leveszik” a lélegeztetőgépről, ami ennek a betegnek rövid időn belül a halálát okozza, biztosabban, mintha rá se tették volna lélegeztetőgépre, majd a szabad géppel a jobb életkilátással bekerült beteget kezelik tovább. Mivel nem agyhalottnál állítják le a respirátort, az immár támogató kezelés nélkül maradt beteg haldoklása eltart egy darabig, az „életvégi ellátásának megkezdése” elég fenyegetőnek hangzik, hiszen addig gyógyszerekkel is ellátott (szedálás, fájdalomcsillapítás, esetleg izombénító, vagy egyéb gyógyszerek mellékhatásaival kötelező számolni) él, van szív-működése, felületesen lélegzik, vagy gaspol. Az, hogy a fulladásos halál miatt szenved-e, vagy mennyit érez, vagy él meg ebből az állapotból, mennyit se, senki nem tudja. NB. életszerű, ha a fulladásos haláltusát nem akarják végignézni, adnak valamit, morfint, terminális szedálást, vagy bármi más gyógyszerkeveréket izombénítóval, vagy anélkül? Hogyan időzítik és biztosítják az egész eljárást és mi a „palliatív ellátás” konkrét esetben, amikor a géptől eltávolított beteg haldoklik? Végeredményben: ezen a ponton a „haszonmaximalizálás” tetszetős céljából egy „kevésbé reményteljes” beteg életének kioltása lesz, amire a Megfontolások szerint az intenzív osztály személyzetétől független, külön szervezett triázsteam vezetőjét hatalmazná fel.

A helyzet más, mint az ismert és az intenzív osztályon alkalmazott gyakorlat, amikor klinikus konzílium és/vagy a kezelőorvos dönt a gépi lélegeztetés vagy egyéb életmehosszabbító terápiák megszüntetéséről a végstádiumba jutott betegnél, mert a haldoklás meghosszabbítása legkevésbé a beteg érdeke, ahogy az orvosé sem.³⁹ A kezelőorvos az intenzív osztályon haldokló beteggel kapcsolatban hozott döntés miatt naponta vállal konfrontációt,⁴⁰ tapasztalat szerint a legjobb eredményt⁴¹ a kiegyensúlyozott szakmai-etikai döntés biztosítja,⁴² amelynek lényeges mozzanata az aktuálisbe-

³⁹ Zubek L., Tőke B., Szabó L. és mtsai.: Jogos védelem: a tájékozott beleegyezés jogi és etikai problémái. *Orv. Hetil.*2007, 148, 1155–1162.

⁴⁰ Fassier, T., Valour, E., Colin, C., Danet, F.: Who Am I to Decide Whether This Person Is to Die Today Physicians’ Life-or-Death Decisions for Elderly Critically Ill Patients at the Emergency Department-ICU Interface: A Qualitative Study. *Ann Emerg Med.* 2016 Jul; 68 (1):28-39 doi: 10.1016/j.annemergmed.

⁴¹ Adams, J. G., Walls, R. M.: Supporting the Health Care Workforce During the COVID-19 Global Epidemic. *JAMA.* 2020; 323 (15):1439–1440. doi:10.1001/jama.2020.3972.

⁴² Meyer-Zehnder, B., Barandun Schäfer, U., Wesch, C. et al.: Weekly Internal Ethical Case Discussions in an ICU-Results Based on 9 Years of Experience With a Highly Structured Approach. *Crit. Care Explor.* 2021 Mar 15; 3 (3): e0352. doi: 10.1097/CCE.0000000000000352.

teggel kapcsolatos döntés⁴³ részletes megbeszélése orvosok – ápolók – szakasszisztens – család között.⁴⁴ Az orvosi irányelvek részletes ismertetését mellőzve,⁴⁵ haldoklónál a gépi lélegeztetés megszüntetésének,⁴⁶ mint ismert eljárásnak szakmai és etikai irodalma szerteágazó,⁴⁷ és többféle⁴⁸ metodikát követ.⁴⁹ Nem helytálló kijelentés, hogy „egyes intézmények egyedi megközelítéseire, vagy egyes orvosok pillanatnyi megérzéseire” alapoznák a lélegeztetést megszüntető döntést itthon, sőt az sem, hogy „egyetlen mérés, adat, érték” alapján hoztak döntést kezelés felfüggesztéséről. A lélegeztetőgépről történő levétel más esetben is megtörténik, elég szigorú szabályok között pl.: izolált agyhalál esetén a hasznosíthatónak ítélt szerv/szervek eltávolítása után megállítják a donor keringését megfelelő oldattal, vagy a szívet távolítják el, majd ezt követően leállítják a gépi lélegeztetést, meghatározott elvek és szabályok szerint. Nem hinném, hogy itthon az orvos „pillanatnyi megérzésre alapozott” kezelésfelfüggesztést végezne, éppen csak arra járva az intenzív osztályon, de ha mégis, azzal az orvosi kamarának érdemben kellene foglalkoznia.

⁴³ Piers, R. D., Azoulay, E., Ricou, B. et al.: Perceptions of appropriateness of care among European and Israeli intensive care unit nurses and physicians 2001. *JAMA* 306 (24):2694-703. doi: 10.1001/jama.2011.1888.

⁴⁴ Kleinpell, R., Heyland, D. K., Lipman, J. et al.: Council of the World Federation of Societies of Intensive and Critical Care Medicine, Patient and family engagement in the ICU: Report from the task force of the World Federation of Societies of Intensive and Critical Care Medicine. *Journal of Critical Care* 2018, doi: 10.1016/j.jcrc.2018.09.006.

⁴⁵ Cerit, B., Çoşkun, S., Çalışkan, M. A. et al.: The Relationship Between Nurses' Ethical Sensitivity Levels and Their Attitudes Toward Principles About Die with Dignity. *J Relig Health*. 2021 (1):162-177. doi: 10.1007/s10943-020-01102-8.

⁴⁶ Fumis, R. R. L., Amarante, G. A. J., Nascimento, A. F. et al.: Moral distress and its contribution to the development of burnout syndrome among critical care providers. *Ann Intensive Care* 2017 (1):71 DOI: 10.1186/s13613-017-0293-2.

⁴⁷ Campbell, M. L., Robert, R., Reignier, J.: Discussion on Terminal weaning or immediate extubation for withdrawing mechanical ventilation in critically ill patients *Intensive Care Med*. 2018; 44 (2):275-276. doi: 10.1007/s00134-017-5037-0.

⁴⁸ Giannini, A., Miccinesi, G.: Mechanical ventilation withdrawal at end of life: terminal extubation and terminal weaning *Minerva Anestesiol.* 2017, 83(4):350-352. doi: 10.23736/S0375-9393.17.11951-6.

⁴⁹ Thellier, D., Delannoy, P. Y., Robineau, O.: Comparison of terminal extubation and terminal weaning as mechanical ventilation withdrawal in ICU patients. *Minerva Anestesiol.* 2017 Apr; 83 (4):375-382. doi: 10.23736/S0375-9393.

Kétségtelen, hogy számos hasonló „iránymutatás”⁵⁰ olvasható az irodalomban, részben elméleti, részben gyakorlati útmutatók⁵¹, és azok szerzői is a hasonló eljárást „erkölcsi értelemben megfelelő magatartásnak” titulálhatják, azonban orvosetikai értelemben nem az, és számos híradás van arról,⁵² hogy honfitársaik sem tartják annak.⁵³ A lehető legtöbb élet megmentésével⁵⁴ egyet lehet érteni, de egy kiszolgáltatott ember halálának előidézésével, a kezelőorvos vagy bármilyen más orvos által – lelkiismeret-furdalás, stressz és trauma elszívásával vagy anélkül – nem. Annak bemutatása hiányzik a Megfontolásokból, hogy rendkívül szűkös elosztási körülmények között, közegészségügyi vészhelyzetben ezek a „megoldások” vitatottak mindenütt a világon.⁵⁵ Ezt igazolja a nemzeti ajánlások, protokollok hihetetlenül duzzadó tömege⁵⁶ (etikai ajánlások, keretrendszerek, triázisprotokollok), hogy kompromisszumos megoldást keressenek⁵⁷, és a triázisprotokollba úgynevezett biztonsági szelepeket építsenek be⁵⁸ a tévedések minimalizálása céljából. A triáziscsoport bármely tagjának, elsősorban az

⁵⁰ Butler, C. R., Wong, S. P. Y., Wightman, A. G. et al.: US Clinicians’ Experiences and Perspectives on Resource Limitation and Patient Care During the COVID-19 Pandemic, *JAMA Network Open*. 2020;3(11): e2027315. doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.27315.

⁵¹ McGuire, A. L., Aulisio, M. P., Davis, F. D. et al.: Ethical Challenges Arising in the COVID-19 Pandemic: An Overview from the Association of Bioethics Program Directors (ABPD) Task Force, *Journal of Bioethics*, 20:7, 15-27, DOI: 10.1080/15265161.2020.1764138 <https://doi.org/10.1080/15265161.2020.1764138>

⁵² Stoeklé, H. C., Hervé, C.: COVID-19: act first, think later. *Am J Bioeth* 2020; 20: W1.

⁵³ Fink, S.: Ethical Dilemmas in Covid-19 Medical Care: Is a Problematic Triage Protocol Better or Worse than no Protocol at All? *Am J Bioeth* 2020; 20 (7):1-5. <https://doi.org/10.1080/15265161.2020.1788663>

⁵⁴ Khan, Z., Hulme, J., Sherwood, N.: An assessment of the validity of SOFA score based triage in H1N1 critically ill patients during an influenza pandemic. *Anaesthesia* 64 (12): 1283–1288. doi:10.1111/j.1365-2044.2009.06135.x.

⁵⁵ N. Berlinger, M. Wynia, T. Powell et al.: Ethical Framework for Health Care Institutions Responding to Novel Coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19) Guidelines for Institutional Ethics Services Responding to COVID-19 Managing Uncertainty, Safeguarding Communities, Guiding Practice The Hastings Center, 2020, 1-12.

⁵⁶ Emergency planning and preparedness. Ontario Health Plan for an Influenza Pandemic 2013. elérhető: http://www.health.gov.on.ca/en/pro/program/emb/pan_flu/pan_flu_plan.aspx

⁵⁷ Christian, M. D., Hawryluck, L., Wax, R. S. et al.: Development of a triage protocol for critical care during an influenza pandemic. *CMAJ* 2006; 175: 1377–1381.

⁵⁸ Winsor, S., Bensimon, C. M., Sibbald, R. et al.: Identifying prioritization criteria to supplement critical care triage protocols for the allocation of ventilators during a pandemic influenza. *Healthc Q*. 2014; 17: 44–51.

orvosnak, amennyiben kezeléskorlátozásra, vagy a kezelés felfüggesztésére törvény hatalmazza fel, ugyanúgy a mindenkor hatályos egészségügyi törvény ide vonatkozó szabályát kell betartania, mint más cselekvőképtelen beteg esetén, akinek legjobb érdekei szerint köteles eljárnia (parens patriae doktrína).

VI. A sorolás

A Megfontolások a lélegeztetés elkezdését vagy a gépi lélegeztetés megszüntetését (esetleg más életfenntartó kezelést) sorolással magyarázza. Valójában a sorolás az egészségügyi ellátás korlátozása, a beteg egyáltalán nem kap, vagy nem időben kap meg számára szükséges nem életfenntartó ellátást vagy kezelést. A két forma közül a kemény sorolás a ritka, itt nehezen hozzáférhető életfenntartó erőforrások nyílt, egyértelmű kritériumok alapján való elosztásáról van szó, döntés élet-halál mezsgyéjén, amiről még az ellátás előtt mindenkinek – orvosnak, civileknek – szükséges tudomást szereznie.

A közreadott nyilatkozatok szerint sem a hazai közvélemény, sem pedig a gyakorlatban dolgozó orvosok többsége nem vagy nem pontosan ismeri a sorolás bioetikai tartalmát. A sok nyilatkozat egy irányba mutat,⁵⁹ a tájékoztatlanságra, azzal kapcsolatban, mi történik a hazai gyakorlatban, másrészt mi áll a vonatkozó törvényben és az Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Szakmai Kollégium ajánlásában⁶⁰. A Megfontolások a kemény sorolást, az életfenntartó kezelés megvonását vagy megtagadását követendő gyakorlatnak fogadja el anélkül, hogy erről a betegnek vagy bárki másnak a priori ismerete lenne, az emlegetett „nyílt, explicit kritérium” tehát csak a triázsolást végrehajtónak az. Ezzel párhuzamosan a sajtószövegekben megjelenik a „puha sorolás”, ami definíció szerint a paciens számára a mérsékelten hasznos kezelés vagy beavatkozás nem nyilvános elhagyása, és ami valójában az egészségügyi rendszerekben szinte mindenütt megtalálható a világon, nemcsak a magyarban. Majd a következő olvasható a MOK etikai kollégiuma vezetőjének nyilatkozatában a hazai helyzetről: *„esetenként a kórházi osztályon dolgozók úgy döntenek el, »hogy melyik betegben van perspektíva«, hogy az illető nem is kerül intenzív osztályra, ahol kaphatna még egy esélyt. Előfordul, hogy a beteg életéről szóló elhatározás előtt nincs semmilyen objektív mérce, szakmai protokoll alapján*

⁵⁹ 1997. évi CLIV. törvény EüM-rendelet az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvénynek a szerv- és szövetátültetésre, valamint -tárolásra és egyes kórszövettani vizsgálatokra vonatkozó rendelkezései végrehajtásáról.

⁶⁰ Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Szakmai Kollégium 2007-es és 2016-os szakmai ajánlása az életmentő és életfenntartó kezelésekkal kapcsolatban.

*végzett konzílium, a beteg felvilágosítása elmarad.*⁶¹ Jobban átgondolva a fentieket, a hazai orvoslás erkölcsi és etikai⁶² állapotára vonatkozó lesújtó kijelentés valójában összemosza a puha és kemény sorolást, visszaható hatással „mérsékeltén hasznos kezelésnek”⁶³ nyilvánítva életfenntartó és meghosszabbító kezelések felfüggesztését, egy tagadott gyakorlatot, amely valójában a látszólag orvosi kezelésben részesülő emberek meghalni hagyása.

Az intenzív kezelés személyi és eszközös feltételeinek szűkösségével⁶⁴ való szembenézés nem új keletű sem a hazai gyakorlatban, sem bárhol a világon.⁶⁵ Hozzáteve hazai szinten a folyamatosan fennálló elosztási gondok, hiányok miatt (rendelkezésre álló intenzív ágy, eszköz, kezelőorvos, ápoló, szakasszisztens),⁶⁶ illetve az orvosi eszközök szűkös rendelkezésre állása miatt az elosztás kérdése a közép európai országokkal hasonlítható probléma, és más dimenzióban létezik, mint a mintául szolgáló nyugati országokban.

A betegjogok és betegbiztonság gyakorlata, kultúrája valóban nem áll szilárd talajon hazánkban, ezért megérdemli a hivatásrend a belső kritikát.⁶⁷ Történetek kísérletek a javításra, és további változtatás nem tűr halasztást,⁶⁸ ami elvezethet egy európai álla-

⁶¹ Barát J.: Döntések életről, halálról – Eljött-e a katasztrófa-orvostan ideje? 168 óra, 2020. XXXII. 49.

⁶² Matkó I.: Szemet hunyni? Retorika és realitás. Párbeszéd a halálról. Eutanázia a jogrend peremén. 2011, Literatura Medica Kiadó; 205–209.

⁶³ Busa Cs., Zeller J., Csikós Á.: Ki döntsön az élet végén? Az ellátás előzetes tervezésének nemzetközi gyakorlata és hazai lehetőségei. Orv Hetil. 2018; 159: 131–140.

⁶⁴ Vitrai J., Bíró É.; Girán J. et al.: Milyen legyen a népegészségügy legújabb iránya? Vitaindító az új népegészségügyi szemlélet sajátosságairól. 2021. Egészségfejlesztés. 62: 1. 81-9.

⁶⁵ Jöbges, S, Vinay, R., Luyckx, V. A. et al.: Recommendations on COVID-19 triage: international comparison and ethical analysis. Bioethics.2020; 34:948–959. <https://doi.org/10.1111/bioe.12805>

⁶⁶ Svéd T.: Intenzív terápiás osztályok – Realitás. FORRÁS: <https://mok.hu/realitas/cikk/intenziv-terapias-osztalyok-realitas>

⁶⁷ Vitrai J.: Miért és hogyan kellene a hazai népegészségügyet megújítani? 2019 Egészségfejlesztés 60:2.3-5.

⁶⁸ Szalai Bálint: MOK: Ne legyen több intenzív ágy, mert már így sincs elég személyzet. Szabad Európa. 2020. <https://www.szabadeuropa.hu/a/mok-ne-legyen-tobb-intenziv-agy-mert-mar-igy-sincs-eleg-szemelyzet/30945824.html>

pothoz hasonló erkölcsi, etikai kultúrához, tudatossághoz, áhított változást generálva⁶⁹ az egész ellátórendszerben. Az életvégi döntések,⁷⁰ a szükséges nyilatkozatok, más, az egészségügyi törvényben nevesített jogosultságok „jogi transzplantáltakként” léteztek és léteznek⁷¹ ma is. Ez azt jelenti, hogy az orvos-beteg, kórház-beteg kapcsolatban nem működnek, vagy csak zavaróan hiányosan vannak jelen, amiben az orvosi kamarának nem elhanyagolható szerepe volt, mert kezdettől fogva bizalmatlan távolságtartással kezelte a betegjogok létezését, szükségességét, működését, ezzel évtizedes hátrányba hozva a gyógyítókat, betegeket egyaránt. A járvány élesen rámutatott a lakosság és az ellátók egészség tudatosságának és a betegellátást érintő jogi ismereteinek részleges, de jelentős mélységű hiányára.

Az alapvető jogok biztosának 2012-ben leírt mondatai 2021-ben sem vesztek érvényességükből: *„De az elmélkedés ma már nem elég... A gyengék lesznek itt a vesztesek?... Nehéz az egyensúlyt megtalálni, de ennek híján az egészségügy totalitárius sziget, avagy korrump enkláve lesz a demokráciában, avagy, ha a jogállami demokrácia egyébként nem működik, akkor az általános jogállami válság és degradáció egyik alrendszere lehet”.*⁷²

Különös éleslátás nem szükséges annak belátására, hogy egy horizontálisan és vertikálisan jól kommunikáló, kevésbé hierarchizált egészségügyi rendszerben minden szereplő kevésbé kiszolgáltatott, a beteg, az ápoló és az orvos is.⁷³ A világjárvány idején is sok segítséget jelentett volna a nyílt, őszinte és hiteles kommunikáció, akár az egyes kórházak, régiók együttműködésében, akár az egyének, az ellátásban résztvevők között is.

⁶⁹ Szabó M.: Beteg vagy egészségügy. A betegjogok helyzete egy átalakuló rendszerben, avagy kinek fontos a beteg? Az alapvető jogok biztosának konferenciakiadványa. 2012, 5–19.

⁷⁰ Filó M.: Pillanatfelvétel a magyar eutanáziavitról – megjegyzések Hámori Antal írásához. Magyar Jog. 2017. 11. 668.

⁷¹ Watson, A.: Legal Transplants: An Approach to Comparative Law, Edinburgh, 1974.

⁷² Szabó M.: Beteg vagy egészségügy. A betegjogok helyzete egy átalakuló rendszerben, avagy kinek fontos a beteg? Az alapvető jogok biztosának konferencia kiadványa. 2012, 5–19.

⁷³ Ádám Gy.: Az orvos lelkiismereti szabadságának jogáról. *Lege Artis Medicinae*, 1991 (1) 13: 864–871.

VII. Eutanázia?

Bizonyos megvilágításban az életfenntartó lélegeztetés megszüntetése, a gép kikapcsolása⁷⁴ a Megfontolásokban említett módon, eutanáziát propagál, mégpedig aktív kényszereutanáziát. Az olvasható eljárás leginkább a XX századi diszkreditálódott⁷⁵ cselekvés szomorú jelen századi felidézése. Lehet az eutanázia⁷⁶ megnevezést vitatni, mert nincs egységes eutanáziadefiníció, nevezhetjük „kemény sorolásnak” is a leírtakat,⁷⁷ végeredményben itt a beteg közvetlen halálát a triázsolást követő egyetlen mozdulat okozza.⁷⁸ Az eutanázia nem jogi fogalom,⁷⁹ mai elfogadott egyik jelentése: a gyógyíthatatlan beteg halálának beleegyezésével történő meggyorsítása vagy előidézése, szenvedésének megrövidítése céljából.⁸⁰ Az ajánlásban nem erről van szó.⁸¹ A beteg, amikor az intenzív osztályra kerül, lázas, köhög, nehézlégzése van, a hipoxia mérhető jeleivel, és segítséget kér, nem halálba segítséget. Nincs terminális állapotban, mert a COVID19 ismeretlen lefolyású betegség, nem tekinthető haldoklónak,⁸² azért kerül intenzív osztályra, mert bizonyítottan nincs visszafordíthatatlan szervi elégtelensége,⁸³ a lélegeztetőgép alkalmazása vagy egyéb lélegeztetést segítő eljárás, szervi támogatás az átvészelés célját szolgálja, akkor kezd haldokolni, amikor a gépi lélegeztetést megszünt-

⁷⁴ Filó M.: Az egészségügyi „mikroallokáció” aktuális kérdései: gondolatok a szűkösen rendelkezésre álló eszközök elosztásának büntetőjogi dilemmáiról. COVID19 és a büntetőjog, ELTE Eötvös Kiadó, 2021. Budapest. 33–41.

⁷⁵ Kovács J.: A modern orvosi etika alapjai. Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest, 1997. 391–461.

⁷⁶ Sándor J.: Az eutanázia mint politikai kérdés. Párbeszéd a halálról. Eutanázia a jogrend peremén. 2011, Literatura Medica Kiadó; 83–95.

⁷⁷ Jobbágyi G.: Eutanázia. Párbeszéd a halálról. Eutanázia a jogrend peremén. 2011, Literatura Medica Kiadó; 63–81.

⁷⁸ Dózsa Á.: Az életvégi döntések jogi szabályozásának dilemmái. Párbeszéd a halálról. Eutanázia a jogrend peremén. 2011, Literatura Medica Kiadó; 95–103.

⁷⁹ Jakab T.: Az eutanázia és amit annak hisznek. Párbeszéd a halálról. Eutanázia a jogrend peremén. 2011, Literatura Medica Kiadó; 105–120.

⁸⁰ Vadász G.: Mit nevezhetünk eutanáziának és mit nem? Az életvégi döntésekről. Párbeszéd a halálról. Eutanázia a jogrend peremén. 2011, Literatura Medica Kiadó; 181–191.

⁸¹ Filó M.: Ölni vagy halni hagyni? A dogmatika, a valóság és a józan ész. Párbeszéd a halálról. Eutanázia a jogrend peremén. 2011, Literatura Medica Kiadó; 141–154.

⁸² Hámori A.: Az eutanázia problémája a kánonjogi nézőpontból – világi jogi kitekintéssel. Párbeszéd a halálról. Eutanázia a jogrend peremén. 2011, Literatura Medica Kiadó; 120–141.

⁸³ Hegedűs K.: A hospice és a palliatív ellátás, mint az eutanázia alternatívája. Párbeszéd a halálról. Eutanázia a jogrend peremén. 2011, Literatura Medica Kiadó; 157–166.

tették.⁸⁴ Belátom, az orvosi hivatás önmagáról alkotott képével sok szempontból jobban harmonizál, ha sorolásról, priorizálásról⁸⁵, nem pedig aktív kényszereutanáziáról vagy szándékos emberölésről vitázunk.⁸⁶

VIII. Emberölés?

A Megfontolásokból „kiemelt részlet” – a depriorizált beteg lélegeztetésének megszüntetése, a kezelés megtagadásának etikai-jogi vizsgálata.

A Megfontolásokban említett és kifogásolt „ritka” előfordulásának titulált kemény sorolás az életmentő kezelés felfüggesztése, emberölés. Zavaró, hogy a kezelés felfüggesztését ajánlják a járvány legtöbb napi halálozást jelentő időszakában. A médiaszereplők hivatkoznak a nevesítetlen kezelés megtagadásának eseteire, gyakorlatára,⁸⁷ de ha előfordult egyetlen hasonló eset is Magyarországon, az nem hagyható szó nélkül, mert az nem szolgálja az átláthatóságot, nem felel meg a bioetika szabályainak, nem magyarázható a járvány okozta helyzetben amerikai ajánlással, az etikai szabályok kollíziójával, és mert a gyakorlatban lelkiismereti válságot okoz a kivételezésben résztvevőknek és szemtanúknak, félelmet, szorongást keltve orvosban, ápolóban a büntetőjogi következmények miatt, nem alaptalanul, mert törvényellenes.

A Megfontolásokban foglaltaknak pontos jogszakmai megítélése jogászok feladata. A laikus az emberölés bűncselekmény törvényi tényállási elemeit találja meg, a halál beállta az orvosi beavatkozás, a gépi lélegeztetés megszüntetésének a következménye,⁸⁸ van tényállásszerű magatartás, és látványosan fennáll az ok-okozati összefüggés a covidbeteg halála és az orvos és/vagy orvosi személyzet cselekvése között. Szándékos cselekedet, mert az orvos vagy ápoló tudatilag és érzelmileg azonosul a halál okozásával,

⁸⁴ Szebik I.: Életvégi döntések. Gondolatok a hasztalan kezeléstről. Párbeszéd a halálról. Eutanázia a jogrend peremén. 2011, Literatura Medica Kiadó; 211–221.

⁸⁵ Halmi G.: Alkotmányos jog az élethez és a halálhoz. Párbeszéd a halálról. Eutanázia a jogrend peremén. 2011, Literatura Medica Kiadó; 51–63.

⁸⁶ Filó M.: Pillanatfelvétel a magyar eutanáziavitáról – megjegyzések Hámori Antal írásához. Magyar Jog, 2017. 11. 668.

⁸⁷ Serdült V.: „Hiába van gépem, oxigénem, személyzet nélkül nincs intenzív ágy” HVG. 2021. https://hvg.hu/itthon/20210312_sved_tamas_interju_intenziv_koronavirus

⁸⁸ Sprung, C. L., Zimmerman, J. L., Christian, M. D. et al.: Recommendations for intensive care unit and hospital preparations for an influenza epidemic or mass disaster: summary report of the European Society of Intensive Care Medicine’s Task Force for intensive care unit triage during an influenza epidemic or mass disaster. Intensive Care Med. 2010;36(3):428–43.

időpontjával, azt meghatározza, sürgeti, mert a másik paciens vár a lélegeztetésre.⁸⁹ A Megfontolások szavakban utal arra,⁹⁰ hogy „az emberéletet emberélettel összemérni nem lehet, minden ember élete, méltósága azonos értékű. Ezzel együtt a kezelési erőforrások alkalmazása felelősségteljesen kell, hogy történjen, amikor azok szűkösen állnak rendelkezésre”. Valójában a Megfontolások összemér, életet az élettel, mert a betegebnek ítélt paciens életének kisebb értéket tulajdonít, mint egy másik életnek. A felelősség kérdésének felvetése helyénvaló, mert a pontrendszer és algoritmusok önmagukban megbízhatatlanok, mert a kezelőorvos lelkiismeretével ellentétes döntést megengedik, vagy kivesszik a döntést a kezelőorvos kezéből, anélkül, hogy az érdekeltek véleménye ismert volna az eljárásról.

Összefoglalva

- a) **A kifogásolt konkrét cselekvés**, az életfenntartó kezelés megszüntetése a legnagyobb várható haszon utilitarista ajánlására alapozva a bioetika alapelveit sérti, a legalapvetőbb prima facie kötelezettséget, a „Ne árts” cselekvési parancsot sérti és tagadja.
- b) **Haszonelvű** (életkori) diszkriminációt enged.
- c) **Az élet-halál döntést** nem a beteg, nem is a kezelőorvos hozza.
- d) **Szakmai szempontból**: a gépi lélegeztetés megszüntetését/megtagadását javasolja, amikor nincs agyhalálhoz közeli /agyhalál-állapot, nem hasztalan orvosi kezelésről van szó, fel sem vet más megoldást.
- e) **A gépi lélegeztetés megszüntetése**/megtagadása az élethez és az emberi méltósághoz, önrendelkezéshez való jog megsértését jelenti, ha a beteget nem tájékoztatják, vagy tájékoztatása bizonytalan és a döntését nem veszik figyelembe.
- f) **Testközelből a Megfontolásokban leírt cselekedet** nem tesz eleget a kínzás és embertelen bánásmód tilalma követelményének, büntetőjogi vonatkozásban tényállásszerű emberölés valósulhat meg, az orvosra nézve összes következménnyel.
- g) **A COVID19-betegség természetes lefolyása, kezelése** ismeretlen, bizonytalan vagy döntő részben az, a túlélési esélyt minimálisnak tekinteni egy betegnél bekövetkező hirtelen rosszabbodásra alapozva kétséges és bizonytalan döntés (rövid távú túlélés), a bizonytalanság ténye hangsúlyosan nem jelenik meg a szövegben.
- h) **A soroláshoz pontrendszert is használ** (SOFA, MSOFA), amelynek eredménye

⁸⁹ Guest, T., Tantom, G., Donlin, N. és mtsai.: An observational cohort study of triage for critical care provision during pandemic influenza: ‚clipboard physicians’ or ‚evidenced based medicine’ Anaesthesia 2009; 6: 1199–120.

⁹⁰ Christian, M. D., Hawryluck, L., Wax, R. S. et al.: Development of a triage protocol for critical care during an influenza pandemic. CMAJ 2006; 175: 1377–1381.

részben függ a helyi kezelés szakmai/szervezési minőségétől, a COVID19-betegségben validálatlan, bár alkalmazzák, de megbízhatóságát kétségbe vonják, pontatlansága hangsúlyosan nem jelenik meg a Megfontolásokban.

- i) **A járvány intenzitása és az ITO-ágyak rendelkezésre állása** országonként és egyetlen ország régióin belül is nagyon eltérő. Megoldást jelentett számos országban a „földrajzi” egyenlőtlenségek mérséklése érdekében a betegtranszfer olyan területekről, ahol drámai hiány lépett fel az intenzív osztályon fekvő betegek ellátását tekintve, olyan területekre, ahol a járvány kevésbé sújtott le. További lehetőség az ágyak hiányának felszámolására egy járvány idején új intenzív egységek gyors felállítása a kórházban vagy távoli egységben. Ez a lehetőség több országban gyakorlatilag csaknem 100%-kal növelte az intenzív ágyak számát, és megkönnyítette a nagyszámú, mechanikus lélegeztetést igénylő beteg helyszíni befogadását. Számos feltétel mellett a páciens számára a kezelés előnyeit ellensúlyozza a szállítás és az átadás kockázata, a lebonyolítás további orvostikai kérdéseket vet fel, de megoldás, amely a hazai ajánlásban fel sem vetődik.

Záró gondolat

Az új súlyos akut légzési szindrómát okozó koronavírus (SARS-CoV-2) által okozott COVID19-betegség elterjedése miatt a nemzeti egészségügyi rendszernek a szolgáltatások drámai átszervezésével kellett megküzdenie. A járvány alatt számos nemzeti és nemzetközi szervezet kidolgozott irányelveket az orvosi erőforrás-elosztás etikai szempontjainak kezelésére, ráirányítva a figyelmet a méltányosság és méltóság egyensúlyának morális jelentőségére a vészhelyzeti ellátás során. Tekintettel a COVID19-járvány következtében kialakuló kivételes erőforráshiányra, úgy tűnik, jelenleg nincs helyes vagy helytelen válasz az etikai kérdések megválaszolásakor, mert az allokációs döntés olyan rendszerszintű prioritásokon alapul, amelyek beágyazódnak az adott ország kulturális, politikai és társadalmi kontextusába, amelyben e döntéseket meghozzák. Az erőforrások és lehetőségek egyenlő eloszlásának elvi és gyakorlati meghatározása a nemzeti kormányok és az egészségügyi intézmények számára mindenütt problémát jelentett a járvány természete miatt, így ez az etikai kérdés globális dimenziót ért el.

Rövidítések és megjegyzés

ITO: Intenzív Terápiás Osztály

SARS-CoV-2: súlyos akut légzőszervi tünetegyüttest okozó koronavírus-2

SIAARTI: (Società Italiana di Anestesia, Analgesia, Rianimazione e Terapia Intensiva)

Olasz Aneszteziológiai, Analgesias, Reanimációs és Intenzív Terápiás Társaság

SOFA: szekvenciális szervi elégtelenség értékelése

mSOFA vagy MSOFA: módosított szekvenciális szervi elégtelenség értékelése

WHO: Egészségügyi Világszervezet

IRODALOMJEGYZÉK

WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19–11 March 2020.

Available from: <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19-11-march-2020>

Vergano, M., Bertolini, G., Giannini, A. et al.: Clinical ethics recommendations for the allocation of intensive care treatments in exceptional, resource-limited circumstances. Italian Society of Anaesthesia, Analgesia, Resuscitation and Intensive Care (SIAARTI) <http://www.siaarti.it/SiteAssets/News/COVID19-20/documenti/SIAARTI/20-Covid19>

Etikai megfontolások az orvosi erőforrások elosztásához COVID19-pandémia idején, Magyarországon. Magyar Orvosi Kamara. Etikai Kollégium, 2020.

Pálos M.: Koronás krétakör. Magyar Narancs, 2020. XXXII. 18. 26–28.

Matkó I.: Túlélési esélyek és eutanázia. 168 óra, XXXII. 51. 34–35.

Camus, A. 2020: A pestis. 1947.

Hick J. L., Rubinson L., O' Laughlin, D.T. et al.: Clinical review: Allocating ventilators during large-scale disasters – problems, planning, and process. *Crit Care* 11, 217 (2007). <https://doi.org/10.1186/cc5929>

Emanuel, E. J., Wertheimer, A.: Public health: who should get influenza vaccine when not all can *Science* 2006; 312: 854-5.

Emanuel, E. J., Persad, G., Upshur, R. et al.: Fair allocation of scarce medical resources in the time of Covid-19. *N Engl J Med.* 2020; 382:2049–55.

Tierney, K.: The Social Roots of Risk: Producing Disasters, Promoting Resilience (High Reliability and Crisis Management) 2014. Stanford University Press 1-459 <https://doi.org/10.1515/9780804791403>

Kovács K. (2006): A halandóság és az egészségi állapot vertikális és horizontális társadalmi egyenlőtlenségei. In: Szántó, Zs, Susánszky É. (szerk.): Orvosi szociológia. Semmelweis Kiadó, Budapest, p. 39-54.

Wintour, P.: 'Coronavirus Pandemic is Becoming a Human Rights Crisis, UN Warns', *The Guardian* 23 April 2020, <https://www.theguardian.com/world/2020/apr/23/coronavirus-pandemic-is-becoming-a-human-rights-crisis-un-warns>

Fiest, K. M., Krewulak, K. D., Plotnikoff, K. M. et al.: Allocation of intensive care resources during an infectious disease outbreak: a rapid review to inform practice. *BMC Medicine* 2020. 18:404, 1-17 <https://doi.org/10.1186/s12916-020-01871-9>

- Kovács J.: A modern orvosi etika alapjai. Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest, 1997. 153–237.
- Orosz É.: Félúton vagy tévúton. Egészségügyünk félmúltja és az egészségpolitika alternatívái. Egészséges Magyarorszáért Egyesület. 2001. 118–121.
- Orosz É.: Az egészségügyi rendszerek kihívásai a gazdasági válság időszakában. Egészségügyi Gazdasági Szemle, 2013, 1. 1-11.
- Péter O. M.: Az igazságosság és a besorolás etikai problémái az egészségügyben, különös tekintettel a COVID19-járvány olaszországi tapasztalataira. Orvosi Hetilap, 2020; 161 (45): 1899–1907.
- Kilner, J. F.: Who lives? Who dies? Ethical criteria in patient selection. Yale University Press, New Haven, CT, 1990.
- Orosz É.: Globális és hazai egészségügyi kihívások és egészségpolitikai törekvések a 21. század elején. Esély 2009. 6, 4-16.
- Orosz É., Kollányi Zs.: Egészségi állapot, egészség-egyenlőtlenségek nemzetközi összehasonlításban In: Tóth, István György (szerk.) Hungarian Social Report 2019. Budapest, Társi Társadalomkutatási Intézet Zrt. 237–257.
- Kovács K.: Az egészségi állapot egyenlőtlenségei. In: Öri P.–Spéder Zs. (szerk.) Demográfiai portré, 2012, Budapest: KSH Népeségstudományi Kutatóintézet. pp.73–88.
- Kovács K.: Jövedelmi egyenlőtlenségek és mortalitás. In: Daróczi Etelka–Kovács Katalin (szerk.). Halálózási viszonyok az ezredfordulón: társadalmi és földrajzi választóvonalak. 2004, KSH NKI Kutatási Jelentések 77. Budapest: KSH NKI. pp. 75–101.
- Az egészségügy finanszírozása. Az egészségügyi átalakítás összefüggése az államháztartási finanszírozással, az állami és a magánellátással. 2019, Századvég Gazdaságkutató Zrt. 19-38.
- Józan P.: Halálózási viszonyok és életkilátások a 21. század kezdetén a világ, Európa és Magyarország népességében. Magyar Tudomány, 2009/10: 1231–1244.
- Zubek L.: Ki és hogyan dönt az élet-halál kérdésben? Életvégi döntéshozatal a magyarországi intenzív osztályokon. 2016, Állam-és Jogtudomány LVII. 4. 105–119.
- White, D. B., Lo, B.: A Framework for Rationing Ventilators and Critical Care Beds During the COVID-19 Pandemic. JAMA. 2020; 323 (18): 1773–1774.
- Maves, R. C., Downar, J., Dichter, J. R. et al.: Triage of scarce critical care resources in COVID-19 an implementation guide for regional allocation. An Expert Panel Report of the Task Force for Mass Critical Care and the American College of Chest Physicians Chest 2020 Jul; 158 (1): 212-225. <https://doi.org/10.1016/j.chest.2020.03.063>
- Einav, S., Hick, J. L., Hanfling, D. et al.: Surge capacity logistics: care of the critically ill and injured during pandemics and disasters: CHEST consensus statement. Chest. 2014;146(4 Suppl): 17S–43S.
- Brown, M. J., Goodwin, J., Liddell, K. et al.: Allocating medical resources in the time of Covid-19. N Engl J Med. 2020. <https://doi.org/10.1056/NEJMc2009666>.
- Antommara, A. H. M., Gibb, T. S., McGuire, A. L. et al.: Ventilator Triage Policies During the COVID-19 Pandemic at U.S. Hospitals Associated With Members of the Association of Bioethics Program Directors. Ann Intern Med 2020 Aug 4; 173 (3):188–194.
- Buck, T.: Analysing the impact of the Australian health sector emergency response plan for Novel Coronavirus (COVID-19): A proposed approach. Evaluation Journal of Australasia 2020, Vol. 20(4) 197–211.
- Vergano, M., Bertolini, G., Giannini, A. et al.: SIAARTI recommendations for the allocation of intensive care treatments in exceptional, resource-limited circumstances. Minerva Anestesiol. 2020; 86: 469–472.

- Vergano, M., Bertolini, G., Giannini, A. et al.: Clinical ethics recommendations for the allocation of intensive care treatments in exceptional, resource-limited circumstances: the Italian perspective during the COVID-19 epidemic. *Crit Care* 2020; 24: 165.
- Grasselli, G., Pesenti, A., Cecconi, M.: Critical Care Utilization for the COVID-19 Outbreak in Lombardy, Italy: Early Experience and Forecast During an Emergency Response. *JAMA*. 2020; 323 (16):1545–1546. doi:10.1001/jama.2020.4031 March 13, 2020.
- Anelli (FNOMCeO) on the Siarti document: “The Deontological Code shall continue to be our guide”. FNOMCeO, 7 March 2020. elérhető: <https://portale.fnomceo.it/anelli-fnomceo-su-documento-siarti-nostri-guida-resta-il-codice-deontologico/>
- Riva, L., Petrini, C.: Ethics of triage for intensive-care interventions during the COVID-19 pandemic: Age or disability related cut-off policies are not justifiable. *Clinical Ethics*. 2020 <https://doi.org/10.1177/1477750920971803>
- Silva, D. S., Gibson, J. L., Robertson, A. et al.: Priority setting of ICU resources in an influenza pandemic: a qualitative study of the Canadian public’s perspectives. *BMC Public Health*. 2012;26 (12):241.
- Sándor J.: Gyógyítás és ítékezés. Orvosi „műhiba-perek” Magyarországon. Medicina Könyvkiadó, Budapest, 1997. oldal.
- Committee on Bioethics (DH-BIO): DH-BIO Statement on human rights considerations relevant to the COVID-19 pandemic. 2020. <https://rm.coe.int/inf-2020-2-state-ment-covid-19-e/16809e2785> (First version 14.4.2020).
- UNESCO International Bioethics Committee (IBC), UNESCO World Commission on the Ethics of Scientific Knowledge and Technology (COMEST): Statement on COVID-19: Ethical Considerations from a global perspective. 2020. <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000373115> (First version 6.4.2020).
- Ovidói Egyezmény. Magyarországon kihirdette: 2002. évi VI. törvény az Európa Tanácsnak az emberi lény emberi jogainak és méltóságának a biológia és az orvostudomány alkalmazására tekintettel történő védelméről szóló, 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.
- Zubek L., Tőkei B., Szabó L. és mtsai.: Jogos védelem: a tájékozott beleegyezés jogi és etikai problémái. *Orv. Hetil.* 2007, 148, 1155–1162.
- Fassier, T., Valour, E., Colin, C., Danet, F.: Who Am I to Decide Whether This Person Is to Die? Today Physicians’ Life-or-Death Decisions for Elderly Critically Ill Patients at the Emergency Department-ICU Interface: A Qualitative Study. *Ann Emerg Med*. 2016 Jul; 68 (1):28-39 doi: 10.1016/j.annemergmed.
- Adams, J. G., Walls, R. M.: Supporting the Health Care Workforce During the COVID-19 Global Epidemic. *JAMA*. 2020; 323 (15):1439-1440. doi:10.1001/jama.2020.3972.
- Meyer-Zehnder, B., Barandun Schäfer, U., Wesch, C. et al.: Weekly Internal Ethical Case Discussions in an ICU-Results Based on 9 Years of Experience With a Highly Structured Approach. *Crit Care Explor*. 2021 Mar 15;3 (3): e0352. doi: 10.1097/CCE.0000000000000352.
- Piers, R. D., Azoulay, E., Ricou, B. et al.: Perceptions of appropriateness of care among European and Israeli intensive care unit nurses and physicians 2001. *JAMA* 306 (24):2694-703. doi: 10.1001/jama.2011.1888.

- Kleinpell, R., Heyland, D. K., Lipman, J. et al.: Council of the World Federation of Societies of Intensive and Critical Care Medicine, Patient and family engagement in the ICU: Report from the task force of the World Federation of Societies of Intensive and Critical Care Medicine. *Journal of Critical Care* 2018, doi: 10.1016/j.jcrc.2018.09.006.
- Cerit, B., Çoşkun, S., Çalışkan, M. A. et al.: The Relationship Between Nurses' Ethical Sensitivity Levels and Their Attitudes Toward Principles About Die with Dignity. *J Relig Health*. 2021 (1):162-177. doi: 10.1007/s10943-020-01102-8.
- Fumis, R. R. L., Amarante, G. A. J., Nascimento, A. F. et al.: Moral distress and its contribution to the of burnout syndrome among critical care providers. *Ann Intensive Care* 2017 (1):71 DOI: 10.1186/s13613-017-0293-2.
- Campbell, M. L., Robert, R., Reignier, J.: Discussion on Terminal weaning or immediate extubation for withdrawing mechanical ventilation in critically ill patients *Intensive Care Med*. 2018; 44 (2):275-276. doi: 10.1007/s00134-017-5037-0.
- Giannini, A., Miccinesi, G.: Mechanical ventilation withdrawal at end of life: terminal extubation and terminal weaning. *Minerva Anesthesiol*. 2017, 83 (4):350-352. doi: 10.23736/S0375-9393.17.11951-6.
- Thellier, D., Delannoy, P. Y., Robineau, O.: Comparison of terminal extubation and terminal weaning as mechanical ventilation withdrawal in ICU patients. *Minerva Anesthesiol*. 2017 Apr; 83(4):375-382. doi: 10.23736/S0375-9393.
- Butler, C. R., Wong, S. P. Y., Wightman, A. G. et al.: US Clinicians' Experiences and Perspectives on Resource Limitation and Patient Care During the COVID-19 Pandemic, *JAMA Network Open*. 2020;3(11): e2027315. doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.27315.
- McGuire, A. L., Aulisio, M. P., Davis, F. D. et al.: Ethical Challenges Arising in the COVID-19 Pandemic: An Overview from the Association of Bioethics Program Directors (ABPD) Task Force, *Journal of Bioethics*, 20:7, 15-27, DOI: 10.1080/15265161.2020.1764138 <https://doi.org/10.1080/15265161.2020.1764138>.
- Stoeklé, H. C., Hervé, C.: COVID-19: act first, think later. *Am J Bioeth* 2020; 20: W1.
- Fink, S.: Ethical Dilemmas in Covid-19 Medical Care: Is a Problematic Triage Protocol Better or Worse than No Protocol at All? *Am J Bioeth* 2020; 20 (7):1-5. <https://doi.org/10.1080/15265161.2020.1788663>
- Khan, Z., Hulme, J., Sherwood, N.: An assessment of the validity of SOFA score based triage in H1N1 critically ill patients during an influenza pandemic. *Anaesthesia* 64 (12): 1283–1288. doi:10.1111/j.1365-2044.2009.06135.x.
- Berlinger, N., Wynia, M., Powell, T. et al.: Ethical Framework for Health Care Institutions Responding to Novel Coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19): Guidelines for Institutional Ethics Services Responding to COVID-19 Managing Uncertainty, Safeguarding Communities, Guiding Practice. The Hastings Center, 2020, 1-12.
- Emergency planning and preparedness. Ontario Health Plan for an Influenza Pandemic 2013, elérhető: http://www.health.gov.on.ca/en/pro/program/emb/pan_flu/pan_flu_plan.aspx
- Christian, M. D., Hawryluck, L., Wax, R. S. et al.: Development of a triage protocol for critical care during an influenza pandemic. *CMAJ* 2006; 175: 1377–1381.
- Winsor, S., Bensimon, C. M., Sibbald, R. et al.: Identifying prioritization criteria to supplement critical care triage protocols for the allocation of ventilators during a pandemic influenza. *Healthc Q*. 2014; 17: 44–51.

1997. évi CLIV. törvény EüM rendelet az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvénynek a szerv- és szövetátültetésre, valamint -tárolásra és egyes kórszövettani vizsgálatokra vonatkozó rendelkezései végrehajtásáról.
- Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Szakmai Kollégium 2007-es és 2016-os szakmai ajánlása az életmentő és életfenntartó kezelésekkel kapcsolatban.
- Barát József: Döntések életről, halálról – Eljött-e a katasztrófa-orvostan ideje? 168 óra 2020. XXX-II. 49.
- Matkó I.: Szemet hunyni? Retorika és realitás. Párbeszéd a halálról. Eutanázia a jogrend peremén. 2011, Literatura Medica Kiadó; 205–209.
- Busa Cs., Zeller J., Csikós Á.: Ki döntsön az élet végén? Az ellátás előzetes tervezésének nemzetközi gyakorlata és hazai lehetőségei. Orv Hetil. 2018; 159: 131–140.
- Jöbges, S., Vinay, R., Luyckx, V. A. et al.: Recommendations on COVID-19 triage: international comparison and ethical analysis. Bioethics.2020. 34:948–959. <https://doi.org/10.1111/bioe.12805>
- Svéd T.: Intenzív terápiás osztályok – Realitás. Forrás: <https://mok.hu/realitas/cikk/intenziv-terapias-osztalyok>. Realitás.
- Vitrai J.: Miért és hogyan kellene a hazai népegészségügyet megújítani? 2019, Egészségfejlesztés 60:2.3-5.
- Szalai B.: MOK: Ne legyen több intenzív ágy, mert már így sincs elég személyzet. Szabad Európa. 2020. <https://www.szabadeuropa.hu/a/mok-ne-legyen-tobb-intenziv-agy-mert-mar-igy-sincs-eleg-szemelyzet/30945824.html>
- Szabó M.: „Beteg vagy egészségügy”? A betegjogok helyzete egy átalakuló rendszerben, avagy kinek fontos a beteg? Az alapvető jogok biztosának konferencia-kiadványa. 2012, 5-19.
- Filó M.: Pillanatfelvétel a magyar eutanázia-vitáról – megjegyzések Hámori Antal írásához. Magyar Jog 2017. 11. 668.
- Watson, A.: Legal Transplants: An Approach to Comparative Law, (Edinburgh, 1974).
- Ádám Gy.: Az orvos lelkiismereti szabadságának jogáról. Lege Artis Medicinae, 1991 (1) 13 864–871.
- Vitrai J., Bíró É., Girán J. et al.: Milyen legyen a népegészségügy legújabb iránya? Vitaindító az új népegészségügyi szemlélet sajátosságairól. 2021.Egészségfejlesztés. 62: 1. 81-9
- Filó M.: Az egészségügyi „mikroallokáció” aktuális kérdései: gondolatok a szűkösen rendelkezésre álló eszközök elosztásának büntetőjogi dilemmáiról. COVID19 és a büntetőjog, ELTE Eötvös Kiadó. 2021. Budapest. 33–41.
- Kovács J.: A modern orvosi etika alapjai. Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest,1997 391–461.
- Jobbágyi G.: Eutanázia. Párbeszéd a halálról. Eutanázia a jogrend peremén. 2011, Literatura Medica Kiadó; 63–81.
- Sándor J.: Az eutanázia mint politikai kérdés. Párbeszéd a halálról. Eutanázia a jogrend peremén. 2011, Literatura Medica Kiadó; 83–95.
- Dózsa Á.: Az életvégi döntések jogi szabályozásának dilemmái. Párbeszéd a halálról. Eutanázia a jogrend peremén. 2011, Literatura Medica Kiadó; 95–103.
- Jakab T.: Az eutanázia és amit annak hisznek. Párbeszéd a halálról. Eutanázia a jogrend peremén. 2011, Literatura Medica Kiadó; 105–120.
- Vadász G.: Mit nevezhetünk eutanáziának és mit nem? Az életvégi döntésekről. Párbeszéd a halálról. Eutanázia a jogrend peremén. 2011, Literatura Medica Kiadó; 181–191.

- Filó M.: Ölni vagy halni hagyni? A dogmatika, a valóság és a józan ész. Párbeszéd a halálról. Eutanázia a jogrend peremén. 2011, Literatura Medica Kiadó; 141–154.
- Hámori A.: Az eutanázia problémája a kánonjogi nézőpontból – világi jogi kitekintéssel. Párbeszéd a halálról. Eutanázia a jogrend peremén. 2011, Literatura Medica Kiadó; 120–141.
- Hegedűs K.: A hospice és a palliatív ellátás, mint az eutanázia alternatívája. Párbeszéd a halálról. Eutanázia a jogrend peremén. 2011, Literatura Medica Kiadó; 157–166.
- Szebik I.: Életvégi döntések. Gondolatok a hasztalan kezelésről. Párbeszéd a halálról. Eutanázia a jogrend peremén. 2011, Literatura Medica Kiadó; 211–221.
- Halmi G.: Alkotmányos jog az élethez és a halálhoz. Párbeszéd a halálról. Eutanázia a jogrend peremén. 2011, Literatura Medica Kiadó; 51–63.
- Serdült V.: „Hiába van gépem, oxigénem, személyzet nélkül nincs intenzív ágy”. HVG. 2021. https://hvg.hu/itthon/20210312_sved_tamas_interju_intenziv_koronavirus
- Sprung, C. L., Zimmerman, J. L., Christian, M. D. et al.: Recommendations for intensive care unit and hospital preparations for an influenza epidemic or mass disaster: summary report of the European Society of Intensive Care Medicine’s Task Force for intensive care unit triage during an influenza epidemic or mass disaster. *Intensive Care Med.* 2010;36(3):428–43.
- Guest, T., Tantam, G., Donlin, N. et al.: An observational cohort study of triage for critical care provision during pandemic influenza: ‘clipboard physicians’ or ‘evidenced based medicine’. *Anaesthesia* 2009; 6: 1199–120.
- Christian, M. D., Hawryluck, L., Wax, R. S. et al.: Development of a triage protocol for critical care during an influenza pandemic. *CMAJ* 2006; 175: 1377–1381.

„Amikor elmegyek valamely országba, nem azt vizsgálom, vajon jók-e ott a törvények, hanem azt, hogy végrehajtják-e a meglévőket, mert jó törvények mindenütt akadnak”.*

Montesquieu

MORÁLIS DISTRESSZ II. – A HIVATÁSREND ZAVARA

ORVOSI ESZKÖZÖK IGAZSÁGOS ELOSZTÁSA COVID19-JÁRVÁNY IDEJÉN, MAGYARORSZÁGON

DR. MATKÓ IDA PHD. MED. HABIL.

A COVID19-VILÁGJÁRVÁNY HATÁSA, HÁTTERE

A (SARS-CoV-2) világjárvány végső kimenetele és távhatása jelenleg bizonytalan, a COVID19-betegség mindenütt a világon az egészségügyi infrastruktúra túlterheléséhez vezet, rendkívüli és tartós igénybevételt jelent a közegészségügyi és az egészségügyi rendszereknek, valamint a szolgáltatóknak. A járvány következtében nemcsak a fekvőbeteg-ellátás és intenzív osztályos kezelés, hanem az egészségügy teljes ellátórendszere leterhelődik, a rendelkezésre álló orvosi felszerelések és beavatkozások iránti igény és a lehetőségek között olyan gyorsan alakul ki egyensúlytalanság, hogy az a nemzeti kormányokat és az ellátókat is az orvosi erőforrások elosztására kényszeríti. A kérdés, hogyan lehet igazságosan elosztani az erőforrásokat egy COVID19-járvány idején az egészségügyben, hazánkban is felmerült.

Az orvos idegen test az egészségügyi ellátórendszerben, vagy csak az intenzív terápiás osztályon az? Igazságos elosztás, osztályozás

Hazai vonatkozások

A MOK Etikai Kollégiumának ajánlása (továbbiakban Megfontolás) a COVID19 közegészségügyi járványhelyzetben a következőt ajánlja: „A katasztrófabehelyzetből adódó aránytalanság optimális kezelését biztosító allokációs rendszer a triázs. A triázs egyrészt alkalmas az egyén állapotának, veszélyeztetettségének felmérésére (mikro-

* Gábor György: Gondolatok könyve., Magvető, Budapest, 1966

*allokáció), másrészt az ellátórendszer aktuális kapacitásának optimális felhasználására (makroallokáció). Tekintettel a döntés súlyára, ezt a triázst egy szakmai ellátóktól független team kell, hogy végezze, folyamatos rendelkezésre állással. Az egyes team tagjai közvetlenül az adott szolgáltató felelős vezetőjéhez rendelten függetlenek. Kinevezésük a szolgáltató érintett szakterületeit vezető szakemberek jóváhagyásával történik.”*¹ A triázs működését a 44/2018.(XII.19) EMMI-rendelet és annak 5 módosítása szabályozza.² A jelenlegi hazai szabályozás szerint a triázstiszt nem a beteg kezelőorvos, a Megfontolásban az szerepel, hogy mivel érzelmileg kevésbé érintett, mint a döntésre egyébként a jog által felhatalmazott kezelőorvos, az intenzív kezelésekre kiterjesztett beteg osztályozására alkalmasabb személy. A triázstiszt szerepét a szöveg merev alá-fölérendeltség kinyilvánításával hangsúlyozza, döntésének megkérdőjelezhetetlenségét azzal támasztja alá, hogy a triázstiszt nincs függelmi viszonyban a kezelőorvossal/kezelőkkel, intenzív ellátókkal.

A hazai intenzív osztályon (továbbiakban ITO) a kezelőorvos (fertőző, nem fertőző intenzív részleg vezető orvosa), amennyiben a járvány regionális, vagy országos helyzetéről elfogadható mennyiségű és minőségű adattal rendelkezik, képes meghozni szakmai és orvosetikai döntést a beteg számára haszontalan kezelés felfüggesztéséről, vagy a beteg intenzív osztályos fogadásáról, áthelyezéséről. Gyakorlata van a változó állapot szakmai és etikai megítélésében, kommunikálni képes a kórházi menedzsmenttől a családig mindenkivel, beleértve hasonló osztályok vezetőit is.

A jelenleg érvényes törvény szerint az intenzív osztályon a kezelőorvos az, aki a diagnosztikus és terápiás döntéseket hozza, ezért ő felel a rábízott beteg állapotáért. A Megfontolás úgy tünteti fel, mintha a triázs levenné a kezelők válláról a felelősséget. A deontológiai alapokon nyugvó hazai szabályozás alapján a kezelés megtagadása vagy felfüggesztése a triázstra áthárítva csak látszólag szünteti meg az ellátásban közreműködő orvosok felelősségét. A javasolt triázscsoport, amely nem vesz részt a betegellátásban, a saját döntéséért felelne, a kezelőorvos pedig a beteg kezeléséért (betegség/betegségek természetes lefolyása: terápiás, diagnosztikus hiányok, általánosságban hibás gyógyszolgáltatás).

A felelősség delegálása lényegében hárítás, egyáltalán nem csökkenti, inkább fokozza a feszült környezetben dolgozó, szakmai munkával túlterhelt, saját biztonsága

¹ Etikai megfontolások az orvosi erőforrások elosztásához COVID19-pandémia idején, Magyarországon. Magyar Orvosi Kamara. Etikai Kollégium.2020 76.

² Filó M.: Az egészségügyi „mikroallokáció” aktuális kérdései: gondolatok a szűkösen rendelkezésre álló eszközök elosztásának büntetőjogi dilemmáiról. COVID19 és a büntetőjog, ELTE Eötvös Kiadó.2021. Budapest. 33-41.

³ 1997. évi CLIV. törvény.

miatt is aggodó kezelőorvos traumatizáltságát. Az erőforrásokat deontológiai szellemű jogi és orvosetikai elvek szerint elosztó intenzív orvos egy tisztán haszonelvű döntési mechanizmust követő „iránymutatót” kap a triázstiszt személyében, akit bevallottan azért vonnak be az ellátási folyamatba, hogy a kezelő számára lelkiismeretét terhelő, „nehéz”, elfogadhatatlan döntést szentesítsen.

A hazai intenzív osztály⁴ működési feltételei évtizedek óta korántsem azonosak a gazdagabb országok hasonló célból szervezett betegellátó egységeinek járvány előtti ellátottságával.⁵ A hazai intenzív kezelőorvosok (intenzív osztályok vezetői) évek óta gyakorlatot szereztek szűkös kapacitás mellett⁶ kezelni, osztályozni a betegeket, életvégi döntéseket hozni eltérő megbízottsági és betegjogi környezetben,⁷ mint amerikai, vagy nyugat-európai kollegáik.⁸ A magyar lakosság egészségi állapota elmarad az ország gazdasági fejlettsége alapján elvárható szinttől, ahogy azt a születéskor várható élettartam mutatja, amely hazánkban 76,5 év volt 2019-ben, ami közel 5 évvel alacsonyabb az Európai Unió átlagánál (81,3 év), és a legalacsonyabb a visegrádi régióban.⁹ Míg a rendelkezésre álló szervezett ágyak száma tekintetében hazánk az európai középmezőnyben helyezkedik el (13,8/ 100 000 lakos), ami jobb az összeurópai átlagnál (11,5/100 000 lakos),¹⁰ a hiányok azonban feltűnőek,¹¹ ha az ágyon fekvő több, számos esetben elhanyagolt társbetegséggel rendelkező beteget gyógyítani és ápolni

⁴ Zubek L.: Ki és hogyan dönt az élet-halál kérdésben? Életvégi döntéshozatal a magyarországi intenzív osztályokon. 2016., Állam-és Jogtudomány, LVII.4.105–119.

⁵ Busa Cs., Zeller J., Csikós Á.: Ki döntsön az élet végén? Az ellátás előzetes tervezésének nemzetközi gyakorlata és hazai lehetőségei. Orv Hetil. 2018; 159: 131–140.

⁶ Filó M.: Pillanatfelvétel a magyar eutanázia-vitáról – megjegyzések Hámori Antal írásához. Magyar Jog 2017. 11. 668.

⁷ Watson A.: Legal Transplants: An Approach to Comparative Law, Edinburgh, 1974).

⁸ Szabó M.: Beteg vagy, egészségügy. A betegjogok helyzete egy átalakuló rendszerben, avagy kinek fontos a beteg? Az alapvető jogok biztosának konferenciakiadványa. 2012, 5–19.

⁹ Az egészségügy finanszírozása. Az egészségügyi átalakítás összefüggése az államháztartási finanszírozással, az állami és a magánellátással. 2019, Századvég Gazdaságkutató Zrt. 19–38.

¹⁰ Gresz M.: Az intenzív osztályok 2012. évi átalakításának hatása Magyarországon. Orvosi Hetilap, 2016, 157 (44), 1757–1761.

¹¹ Orosz É.: Az egészségügyi rendszerek kihívásai a gazdasági válság időszakában. Eü.-i Gazdasági Szemle, 2013 1. 1–11.

kell.¹² Manapság a factor limitans¹³ az intenzíven dolgozó, szakképzett ápoló és orvos, továbbá az intenzív kezelés és ápolás¹⁴ eszközeinek részleges, esetleg helyi hiányai.¹⁵

Empátia – döntés az életfenntartó kezelésről

A halál mindennapos élménye az intenzív terápiát életpályának tekintő orvos számára, nem járványos időben is napi feladata terminális állapotban levő, vagy haldokló beteg ágya mellett szembenézni a gyógyítás kudarcával, az elmúlással, betege elvesztésével. A szakmai felelősség okozta feszültség, stressz akkor traumatizál, ha a hiányok miatt tehetetlenné válik a kezelő/team, ellehetetlenül vagy eredménytelen a gyógyítás. A beteg iránti empátia, érzelmi kötődés nem alapja a frusztrációnak, a munkahelyi stressz megsokszorozódásának, ez tévedés. Az empátia nem azonosulást jelent a beteggel, hanem helyzetének átélését jelenti, implikálva, hogy a kezelőorvos függetlenítő tudatossággal képes személyre alapozott kezelésre és érzelmi semlegességre, a beteget és a kezelés körülményeit széles látószöggel, távolságtartással áttekinti.¹⁶ Jelentős leegyszerűsítéssel, a legtöbb emberi képességhez hasonlóan az empátia elsősorban azt szolgálja, aki empatikusan érez és nem azt, akinek a helyébe beleérzi magát.

Az orvost terhelő nyomás megoldása nem a döntés alóli felmentés, hanem a gyógyításhoz elengedhetetlen személyi és eszközös feltételek biztosítása, továbbá a nehéz döntéskor az együttműködés lehetőségének megteremtése és előmozdítása az egyes orvosi szakmák között, a döntés interdiszciplináris megközelítése céljából, továbbá a konzultáció biztosítása jogi, etikai, vallási vonatkozásokban.¹⁷

Számos közlemény részletesen tárgyalja az intenzív osztályok munkakörülményeit, járványtól független is jelenlevő, az ott dolgozóakra nehezedő fizikai és lelki terhelést kiváltó tényezőket, amelyek között fontos szerepe van az orvosok és ápolók közötti

¹² véd T.: Intenzív terápiás osztályok 2020. MOK. Realitás.

¹³ Szalai B.: MOK: Ne legyen több intenzív ágy, mert már így sincs elég személyzet. Szabad Európa. 2020. <https://www.szabadeuropa.hu/a/mok-ne-legyen-tobb-intenziv-agy-mert-mar-igy-sincs-eleg-szemelyzet/30945824.html>

¹⁴ Serdült V.: „Hiába van gépem, oxigénem, személyzet nélkül nincs intenzív ágy”. HVG. 2021. https://hvg.hu/itthon/20210312_sved_tamas_interju_intenziv_koronavirus

¹⁵ Orosz É.: Globális és hazai egészségügyi kihívások és egészségpolitikai törekvések a 21. század elején. Esély. 2009. 6,4-16.

¹⁶ Buda B.: Az empátia az orvoslásban és a pszichológiai munkában. In: Empátia. A beleélés lélektana. 2006 Budapest, Urbis.219–232.

¹⁷ Breithaupt, F.: Önmagunk elvesztése. In: Az empátia árnyoldalai.2020 Budapest, Typotex. 41-76.

szakmai egyet nem értésnek. Egy beteg kezelése során ellentétes vélemény alakulhat ki, legtöbbször az életfenntartó kezelések megítélésével, a beteg további sorsával (palliatív kezelés és ellátás) kapcsolatban¹⁸ a kezelő intenzív osztály orvosai, az orvosok és ápolók, valamint az ITO és a beteg családja között.¹⁹ A mindezek által okozott stressz feloldására létező ajánlások, modellek vannak, amelyek hatékony alkalmazása az extra terhelést okozó járvány előtt is ismeretes volt.²⁰ A COVID19-járvány az akár egy műszak alatt elvesztett betegek jelentős számában, a megváltozott munkakörülményekben jelent megsokszorozott folyamatos fizikai és lelki terhelést.

Mindezek ismeretében, nehezen érthető a triázstiszt intenzív osztályos felhatalmazása és annak argumentációja. *„Tekintettel a döntés súlyára, ezt a triázst egy szakmai ellátóktól független team kell, hogy végezze, folyamatos rendelkezésre állással. Ő kommunikál a kezelőorvossal és hívja fel a figyelmét, hogy mely beteget kell a prioritási lista élére állítani. E döntések során a triázstiszt nem alkalmazhat más elveket, mint ami ebben a dokumentumban szerepel.”* Korántsem teljes az ellenvetések listája: az ajánlás hogyan hatalmazhat fel a hatályos törvénnyel szembeni cselekvésre; milyen kiképzést kap az orvos végzettségű triázstiszt, amiért alkalmasabb összeegyeztetni, kizárólag közegészségügyi veszélyhelyzetben az orvosetikai köteleket a népegészségügyi etika aktuális kívánalmaival, vagy megfordítva, az orvosetika kötelei rá miért nem érvényesek, amelyeket törvények erősítenek? A „döntés súlya” eddig is, évekig az intenzív osztály többéves tapasztalattal rendelkező osztályvezető orvosáé volt, részfelelősséggel a beosztott szakorvosoké, szakápolóké. A járvány okozta orvosi vészhelyzetben a hazai járvány harmadik hullámában, ahogy a hazai körülmények alátámasztják, a többség képes volt az egyénre és a társadalomra egyaránt figyelmező döntést hozni.

A katasztrófa

Összehasonlítva a modern kor számos katasztrófaszituációjával a természeti katasztrófáktól, az ipari baleseteken át a bioterror-cselekményekig, az embert megbetegítő koronavírus (SARS-CoV-2) okozta világjárvány időben elhúzódó, több hullámban,

¹⁸ Piers, R. D., Azoulay, E., Ricou, B. et al.: Perceptions of appropriateness of care among European and Israeli intensive care unit nurses and physicians 2001. JAMA 306 (24): 2694-703. doi: 10.1001/jama.2011.1888.

¹⁹ Cerit, B., Çoşkun, S., Çalişkan, M. A. et al.: The Relationship Between Nurses' Ethical Sensitivity Levels and Their Attitudes Toward Principles About Die with Dignity. J Relig Health. 2021 (1):162-177. doi: 10.1007/s10943-020-01102-8.

²⁰ Fumis, R. R. L., Amarante, G. A. J., Nascimento, A. F. et al.: Moral distress and its contribution to the development of burnout syndrome among critical care providers Ann Intensive Care 2017 (1):71 DOI: 10.1186/s13613-017-0293-2.

súlyos klinikai tünetekkel támadó, akár halálos következménnyel járó betegség (COVID19). Voltak a járványnak előképei (pl. Ebola, H1N1), azonban nem hagyható figyelmen kívül, hogy a világjárvány nem klasszikus katasztrófahelyzet (pl. a bhopali katasztrófa), mert időben felismerve a járványveszélyt, az közegészségügyi, járványügyi intézkedésekkel befolyásolható, kontrollálható. Feltehető, hogy a jövőben hasonló járványok előfordulnak, a felkészülés és a lakosság felkészítésének szükségessége tapasztalat szerint a jövő feladata. Háború, föld- és tengerrengés, tűzvész, terrorcselekmények, sáskajárás és egyéb katasztrófahelyzetek és valamiféle kórokozó okozta orvosi vészhelyzet kezelése nehezen képzelhető el egyféle módon, azonos protokollal. Számos formája létezik az egészségügyi vészhelyzetnek, ahol nem cél az összes érintett kórházban való elhelyezése (ellátás távol a kórháztól).

Az orvosi veszélyhelyzetben, a járvány okozta triázsolásnak, a triázsteamnek a sürgősségi betegellátó osztályon vagy helyszínen jelentkező betegek ellátásában van teendője, ahol felelőssége dönteni, hogy kéri vagy nem kéri a beteg felvételét intenzív osztályra, milyen betegutat határoz meg a sürgősségi betegellátó osztályra panasszal jelentkezőnek.²¹

Nehezen belátható, hogy jelenleg az egyébként krónikus orvos, szakasszisztens és ápoló hiányával küzdő, egymással is nehezen kapcsolatba lépő hazai fekvőbeteg-ellátó kórházak és klinikák, háttérben a területi eloszlását és ellátói kapacitását tekintve aránytalanul kiépült hazai ellátórendszerrel, honnan toboroz a feladatra szakmailag kellően felkészült triázstisztet, nővért és adminisztrációs szakembert újabb hiányok láthatóvá tétele és lokális kórházi/klinikai konfliktusok generálása nélkül?

Mások hogyan osztják el a szűkös forrásokat?

Etikai irányelvek, keretrendszer, osztályozás

Az új súlyos akut légzési szindrómát okozó koronavírus (SARS-CoV-2) által okozott COVID19-betegség elterjedése miatt a nemzeti egészségügyi rendszerek a szolgáltatások drámai átszervezésével küzdöttek meg. Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) felhívta a figyelmet a járványos helyzet okozta szűkös erőforrások elosztására vonatkozó iránymutatások kidolgozására, meglévő protokollok adaptálására. Ráirányította a kormányok, az egészségügyi intézmények és döntéshozók figyelmét a hasznosság és a méltányosság (méltányos elosztás) elve közötti feszültség megnövekedésére, továbbá arra, hogy a méltányosság elve az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférésben az egyén

²¹ Péter O. M.: Az igazságosság és a besorolás etikai problémái az egészségügyben, különös tekintettel a COVID19-járvány olaszországi tapasztalataira. *Orv Hetil.* 2020; 161(45): 1899–1907.

védelmét helyezi központi szerepbe²² (Oviedói Egyezmény 3. és 14. cikk). Ez a kötelezettség szintén jelen van a bioetikáról és az emberi jogokról szóló UNESCO-nyilatkozatban (2005), még a szűkös erőforrások összefüggésében is.²³ Számos etikailag megengedett megközelítés létezett a szűkös életfenntartó erőforrások elosztására,²⁴ de ezek az elméletek ellentmondásos definíciókat adnak; az utilitarista az előny maximalizálására, míg az egalitárius megközelítés az esélyek és a szükségletek egyenlőségére összpontosít.²⁵

A COVID19-járvány alatt az orvosi erőforrás-elosztás aktuális etikai szempontjainak kezelésére irányelveket dolgoztak ki,²⁶ szabályozták a kezeléshez való hozzáférést, az életvégi döntésekre vonatkozó szabályokat.²⁷ Korántsem egységes etikai elvek négy alapvető értéket érintenek: szűkös erőforrásokból származó előnyök maximalizálását, egyenlő bánásmódot az emberekkel, az instrumentális érték elismerését, törekvést a legrosszabb elkerülésére.²⁸ Az előnyök maximalizálását úgy értelmezik, mint a legtöbb egyéni élet megmentését vagy mások a legtöbb életét megmentését azáltal, hogy elsőbbséget biztosítanak azoknak a betegeknek, akik valószínűleg túlélnek a kezelés után, az instrumentális érték az ellátók elsőbbségét jelenti, a legrosszabb helyzetűek prioritása a legbetegebbek vagy a fiatalabbak elsőbbségét jelzi az erőforrás elosztásnál.

Az irodalmi hivatkozások hangsúlyozzák, hogy az ajánlásaik a betegközpontú elvítés, valamint a közegészségügyi etika középpontjában álló, a személyek egyenlősé-

²² Kémeri Zs. E.: Az Oviedói Egyezmény szerepe az emberi jogok európai védelmében. 2017 *Fundamentum* 3-4,5-14

²³ Committee on Bioethics (DH-BIO). DH-BIO Statement on human rights considerations relevant to the COVID-19 pandemi.2020. Strasbourg, <https://rm.coe.int/inf-2020-2-statement-covid19-e/16809e2785>

²⁴ UNESCO International Bioethics Committee (IBC), UNESCO World Commission on the Ethics of Scientific Knowledge and Technology (COMEST). Statement on COVID-19: Ethical Considerations from a global perspective. <https://unesco.oc.unesco.org/48223/pf0000373115> (First version 6.4.2020).

²⁵ Singer, P. A., Mapa, J. Ethics of resource allocation: dimensions for healthcare executives. *Hosp Q.* 1998. 24.

²⁶ Emanuel, E. J., Wertheimer, A.: Public health: who should get influenza vaccine when not all can? *Science* 2006; 312: 854-5.

²⁷ Persad, G., Wertheimer, A., Emanuel, E. J.: Principles for allocation of scarce medical interventions. *Lancet* 2009; 373: 423-31.

²⁸ Escher, M., Cullati, S., Hudelson, P. et al.: Admission to intensive care: A qualitative study of triage and its determinants. *Health Serv Res.* 2019 Apr; 54 (2): 474–483

gét elismerő kötelesség között²⁹ egyensúlyt teremtő irányelvek kidolgozását célozzák, egyenrangú kapcsolatban a döntéshozók és a közvetlen betegellátásban dolgozókkal, azok támogatását célként jelölve meg. A szakirodalmi kutatás 11 539 egyedi hivatkozást azonosított a járványok idején használt osztályozási kritériumokkal kapcsolatban, amelyből 697 cikket értékelték,³⁰ az algoritmusalapú és pontalapú triázskritériumokat az érvényesíthetőség és működés szempontjából vizsgálták. Tekintettel a bizonytalanságra, amely abból adódik, hogy az osztályozási protokollok nagy többségükben nincsenek validálva, javasolják prospektív és retrospektív adatok gyűjtését.³¹ A nemzeti egészségügyi rendszereknek mérlegelniük kell, mely etikai elvvel, értékkel támasztanak alá egy triázskritériumot, amely akkor képvisel társadalmi értéket, ha arról nyilvánosan döntenek.³²

Mivel a nyilvánosság viseli e döntések következményeit, az erkölcsi viszonyítási pontok ismerete kritikus fontosságú az érdekeltek számára, mert az indokolatlan eltérések súlyosbíthatják a strukturális egyenlőtlenségeket, elherdálhatják az értékes erőforrásokat és alááshatják a közegészségügy működésébe vetett bizalmat,³³ amint azt az Olaszországban folytatott viták bizonyítják a kirekesztési kritériumokról, valamint az életkor és a fogyatékoság hátrányos megkülönböztetéséről.

²⁹ Berlinger, N., Wynia, M., Powell, T. et al.: Ethical Framework for Health Care Institutions Responding to Novel Coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19) Guidelines for Institutional Ethics Services Responding to COVID-19. The Hastings Center 2020

³⁰ Fiest, K. M., Krewulak, K.D., Plotnikoff, K. M. et al.: Allocation of intensive care resources during an infectious disease outbreak: a rapid review to inform practice. BMC Medicine. 2020. 18:404,1-17. <https://doi.org/10.1186/s12916-020-01871-9>

³¹ Silva, D. S., Gibson, J. L., Robertson, A. et al.: Priority setting of ICU resources in an influenza pandemic: a qualitative study of the Canadian public's perspectives. BMC Public Health. 2012; 12:241.

³² Mannelli, C.: Whose life to save? Scarce resources allocation in the COVID-19 outbreak. J Med Ethics. 2020; 46:364–6.

³³ Antommaria, A. H. M., Gibb, T. S., McGuire, A. L. et al.: Ventilator Triage Policies During the COVID-19 Pandemic at U.S. Hospitals Associated With Members of the Association of Bioethics Program Directors. Ann Intern Med 2020 Aug 4; 173 (3):188-194.25.

Nemzetközi kitekintés

Rövid idő alatt a legsúlyosabban érintett országoknak,³⁴ Kínának, az USA-nak, Olaszországnak és Spanyolorzágnak³⁵ a szűkös erőforrások kiosztásának kérdéseivel kellett megküzdeniük. Az intenzív ágyak vagy a speciális szolgáltatások elosztása, a döntés a gépi lélegeztetés alkalmazásáról vagy felfüggesztéséről, még akkor is, ha a COVID19 esetében az adatok bizonytalanságot mutattak a gépi lélegeztetés hatékonyságával kapcsolatban a kezdetektől, a járvány előrehaladtával sürgetővé vált. A központi kérdés a világjárvánnyal kapcsolatban, hogy miként lehet megalapozni a méltányos forráselosztást, és hogyan lehet garantálni, hogy a döntéseket etikusan és következetesen hozzák meg.³⁶ 2005-ben az Egyesült Államokban, Kanadában frissítették a pandémiás influenzatervet, amely modellezte a mérsékelt és súlyos influenzajárványok lehetséges egészségügyi hatásait. A COVID19-járvány modellezése bár kihívást jelentett, de jelezte és felmérte az egészségügyi rendszer kapacitását, előre jelezte, hogy az egészségügyi szükségletek hol és milyen mértékben haladják meg a kórházak kapacitását. A korábbi járványok tapasztalata alapján olyan közegészségügyi intézkedéseket alkalmaztak, amelyek csökkentik a vírusok terjedését (távolságtartás, a maszk használata, kézhigiéné), áttételesen enyhíthetik az erőforráshiányt, a szükséglet és a rendelkezésre álló ellátás kínálata közötti szakadékot. Ezek a lehetőségek a korábbi járványok alapján ismertek voltak, mint ahogy az is, hogy közegészségügyi szabályokkal elérhető enyhítési törekvések nem szüntetik meg a járványt, és nem is helyettesítik a szűkös erőforrások elosztásának feladatát. Gyorsan elkövetkezett az az állapot, amikor egyes COVID19-betegek mechanikus lélegeztetésre, mások testen kívüli membrán oxigenizációra szorultak, azonban az említett eszközök részben limitált számban elérhetőek, vagy nem alkalmazhatók jelentős számú esetben, emellett az intenzív osztályok (ITO) ágyainak hiánya is általánossá vált³⁷ a járvány kiterjedésével.

³⁴ Rosenbaum, L.: Facing Covid-19 in Italy—ethics, logistics, and therapeutics on the epidemic’s front line. *N Engl J Med.* 2020; 382:1873–5.

³⁵ Sprung, C. L., Danis, M., Iapichino, G. et al.: Triage of intensive care patients: identifying agreement and controversy. *Intensive Care Med.* 2013; 39:1916–24.

³⁶ Emanuel, E. J.: Persad G, Upshur R, et al: Fair allocation of scarce medical resources in the time of Covid-19. *N Engl J Med.* 2020;382(21):2049–55.

³⁷ Sprung, C. L., Zimmerman, J. L., Christian, M. D. et al.: Recommendations for intensive care unit and hospital preparations for an influenza epidemic or mass disaster: summary report of the European Society of Intensive Care Medicine’s Task Force for intensive care unit triage during an influenza epidemic or mass disaster. *Intensive Care Med.* 2010;36(3):428–43.

Az USA egyes kórházaiban a létező osztályozási (triázs-) protokollok lehetővé tették, hogy amikor az erőforrások korlátozottsága egy funkcionálisan egyenértékű ellátást nem tett lehetővé, áttérjenek a válsághelyzetben alkalmazott ellátásra, a meglévő keretrendszeren alapuló, működőképes osztályozási algoritmusokat továbbfejlesztve. A klinikusokat erősen motiválta, hogy elkerüljék azokat a helyzeteket, amelyekben kategorikusan visszautasítanak kezelést, ezért alternatív megoldások kifejlesztésén dolgoztak (unortodox terápiák alkalmazása, nem hagyományos kezeléseket megközelítő, nem optimális, de potenciálisan nem káros kezelések). Elfogadták a „mindenkinek egy kicsit rosszabb ellátás biztosítása” elvét, ritkán tudtak egyértelmű határt húzni az elfogadható és az elfogadhatatlan ellátás között, ezért leginkább arra összpontosítottak, hogy a lehető legjobbat tegyék a rászorulókkal az adott körülmények között.³⁸ Mivel az elosztás fogalmának általában negatív konnotációi vannak, az orvosok nem beszéltek nyíltan az egészségügyi források elosztásáról, hogy mely betegek kapnak életmentő terápiákat, melyek nem, leginkább életkoruk és/vagy társbetegségük alapján. Ezt gyakran úgy tekintették, mint a normális klinikai döntéshozatal spektrumának része, és azon belül a gyakorlat köre. Az alacsonyabb minőségű vagy késleltetett kezeléseket esetén a klinikusok és a klinikai csoportok önbizalomhiányra, erkölcsi szorongásra panaszkodtak, az életkor szerinti szelekciót vagy a társbetegség miatti kezeléselvonást nem támogatták.

Méltányos elosztás

A méltányos elosztáshoz többértékű etikai keretrendszert alkalmaznak, az elfogadott etikai értékekből hat konkrét ajánlást tesznek az orvosi források kiosztására COVID19-pandémiában, ezek:

- a) az előnyök maximalizálása;
- b) az egészségügyi dolgozók előnyben részesítése;
- c) nem érkezési sorrendet követő ellátás;
- d) a járványra vonatkozó szakmai ismeretek követése és válasz a közben felmerülő tudományos bizonyítékokra;
- e) kutatásban való részvétel elismerése;
- f) az ellátáshoz való azonos hozzáférés biztosítása a COVID19- és nem COVID19-betegek számára.

Hangsúlyozzák, hogy a járvány kontrollálásával kapcsolatos különféle beavatkozásokhoz (tesztelés, követés, ellátás, védőoltás, kezelés) eltérő körülmények között több

³⁸ Butler, C. R., Wong, S. P. Y., Wightman, A. G. et al.: US Clinicians' Experiences and Perspectives on Resource Limitation and Patient Care During the COVID-19 Pandemic, JAMA Network Open. 2020; 3 (11): e2027315. doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.27315

etikai érték kiegyensúlyozására van szükség, amelynek során változhat az egyes kritériumok értéke és súlya. Az igazságos és következetes osztályozás magába foglalja az érintett felek bevonását, orvosokat, betegeket, köztisztviselőket. Az osztályozási protokollt szükségesnek tartják, de megtervezett irányelvek is kihívást jelenthetnek a valós idejű döntéshozatalban és végrehajtásban. Tekintettel arra, hogy a triázisprotokoll célja a beteget kezelő klinikusok támogatása, nem határozzák meg, ki végezze az elosztást, számos megoldást elemeznek: az intézmények alkalmazhatnak osztályozási tisztviselőket, a közvetlen betegellátáson kívüli feladatokat ellátó orvosokat vagy tapasztalt orvosokat és etikusokat, hogy segítsenek az irányelvek alkalmazásában, az arányos döntésekben, vagy egyenesen döntéseket hozzanak.³⁹ Irodalmi adatok támasztják alá, hogy a független triáziscsoport működése elkerülhetetlen konfliktusokat generálhat⁴⁰ az intenzíven dolgozó orvosok, ápolók, szakasszisztensek és a triázisprotokollt végrehajtók között (triázissteam hibáztatása, sorolás megtagadása, jogi eljárások kezdeményezése).

Méltóság – méltányosság – elmélet-gyakorlat

Az etikai irányelvek elemzése a méltányosság elvének központi szerepére, az egalitárius, az utilitarista és az igazságos ellátás etikai elméletének kapcsolatára világít rá.⁴¹ Az egalitárius megközelítés⁴² lényege a méltányosság és megkülönböztetésmentesség,⁴³ amely szerint a triáziskritériumokat minden betegre alkalmazni kell,⁴⁴ így a COVID-

³⁹ McGuire, A. L., Aulisio, M. P., Davis, F. D. et al.: Ethical Challenges Arising in the COVID-19 Pandemic: An Overview from the Association of Bioethics Program Directors (ABPD) Task Force, *Journal of Bioethics*, 20:7, 15-27, <https://doi.org/10.1080/15265161.2020.1764138>

⁴⁰ Jöbges, S., Vinay, R., Luyckx, V. A. at al.: Recommendations on COVID-19 triage: international comparison and ethical analysis. *Bioethics*. 2020 <https://doi.org/10.1111/bioe.12805>

⁴¹ Solomon, M. Z., Wynia, M. K., Gostin, L. O.: Covid-19 Crisis Triage — Optimizing Health Outcomes and Disability Rights . *N Engl J Med* 2020; 383:e27

⁴² Committee on Bioethics (DH-BIO). DH-BIO Statement on human rights considerations relevant to the COVID-19 pandemi.2020. Strasbourg, <https://rm.coe.int/inf-2020-2-statement-covid19-e/16809e2785>

⁴³ UNESCO International Bioethics Committee (IBC), UNESCO World Commission on the Ethics of Scientific Knowledge and Technology (COMEST). Statement on COVID-19: Ethical Considerations from a global perspective. <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000373115> (First version 6.4.2020).

⁴⁴ Pontifical Academy for Life. Global Pandemic and Universal Brotherhood. Note on the Covid-19 emergency. 2020. p. 1–7. 27.

és a nem COVID-beteg⁴⁵ között különbségtétel⁴⁶ nem lehetséges.⁴⁷ A haszonelvű megközelítés: egyensúlyba hozza a méltányosság és hasznosság elvét. A hasznosság elvét széles körben úgy írják le, hogy maximalizálja a szűkös erőforrásokból származó előnyöket a legtöbb ember számára. Csökkenti a halálozást, növeli a társadalmi előnyöket, növeli a megmentett életek számát,⁴⁸ a megmentett életek számát⁴⁹ vagy az életminőséggel és a páciens kezelésben részesülési képességével⁵⁰ kapcsolatos megtakarított évek teljes számát. Az igazságosság elvének és az ellátás etikájának összefüggése alapján készült iránymutatás egyensúlyban tartja Beauchamp és Childress orvosetikájának négy alapelvét,⁵¹ az ellátás arányosságát és megfelelőségét, valamint az egészségügyi szakember gondozással kapcsolatos felelősségét.⁵²

Az allokációs erőforrások gyakorlati helyzetben történő alkalmazásához az irányelvek meghatározzák a triázskritériumok sorát, meghatározzák, hogy kiknek és hogyan

⁴⁵ Bioethics Commission. Management of scarce resources in healthcare in the context of the COVID-19 pandemic. Austria; 2020 p. 15 (first version march 2020).

⁴⁶ Belgium Society of Intensive Care. Ethical principles concerning proportionality of critical care during the COVID-19 pandemic: advice by the Belgian Society of IC medicine. Belgium Society of Intensive Care. 2020. p. 1–4.

⁴⁷ UK Department of health and Social Care; Guidance: Responding to COVID-19: the ethical framework for adult social care. 2020. <https://www.gov.uk/government/publications/covid-19-ethical-framework-for-adult-social-care/responding-to-covid-19-the-ethical-framework-for-adult-social-care>

⁴⁸ Ammer, V., Elmet, K., Erikson, K., Ginter, J., Juurik, M., Kudeviita, M., et al.: Recommendations on clinical ethics for Estonian hospitals for distribution of limited health care resources during the COVID-19 pandemic. 2020. p.10–5

⁴⁹ Swiss Academy of Medical Sciences. COVID-19 pandemic: triage for intensive-care treatment under resource scarcity. Swiss medical weekly. 2020.p.1–8 <https://www.samw.ch/en/Ethics/Topics-A-to-Z/Intensive-care-medicine.html>

⁵⁰ General Medical Council. Coronavirus: Your frequently asked questions. 2020. <https://www.gmc-uk.org/ethical-guidance/ethical-hub/covid-19-questions-and-answers#Decision-making-and-consent>

⁵¹ Vergano, M., Bertolini, G., Giannini, A., Gristina, G., Livigni, S., Mistraletti, G., et al.: Raccomandazioni di etica clinica per l'ammissione a trattamenti intensivi e per la loro sospensione in condizioni eccezionali di squilibrio tra necessità e risorse disponibili. [Internet]. 2020. <http://www.siaarti.it/SiteAssets/News/COVID19-ocumentiSIAARTI/SIAARTI-Covid19-Raccomandazionidieticaclinica.pdf> (first version 6.3.2020).

⁵² British Medical Association. COVID-19—Ethical Issues. A guidance note 2020. p. 1–9. <https://www.bma.org.uk/media/2360/bma-covid-19-ethics-guidance-april-2020.pdf> (first version April 2020).

kell hozzáférniük az intenzív ellátáshoz. A legkedvezőbb prognózist széles körben tekintik az elsőbbség fő kritériumának.⁵³ A méltányossági elv szerint ezt a kritériumot 2 különböző megközelítés határozza meg: kvantitatív egészséggel kapcsolatos triázkritériumok és a betegekkel kapcsolatos klinikai megítélés. Az egészséggel kapcsolatos kvantitatív triázkritériumok a kedvező prognózist súlyos, krónikus társbetegségek miatt pontszámmal kiegészítve az ITO-ra történő felvétel elutasítását jelzik. Néhány irányelv meghatározza, hogy a triázkritériumoknak a megmentett életek, a megmentett életévek és a beteg életéveinek teljes értékelésén is alapulniuk kell, életkori küszöböt vezet be, míg mások szerint az életkor nem tekinthető önmagában kritériumnak.

Egyes irányelvek meghatározzák, kik nem jutnak hozzá a kezeléshez: a halálos beteg, vagy az, aki előzetes irányelvek alapján nem járult hozzá a kezeléshez, vagy akik kognitív károsodásban szenvednek. Az irányelvek többsége nem tesz különbséget a kezeléseket visszatartása és visszavonása között. Két irányelv szerint azonban az orvosnak jogában áll visszavonni az intenzív egység erőforrásait egy negatív prognózisú betegről, ha azok jobb prognózisú beteg kezeléséhez szükségesek. Ez a gyakorlat kapcsolódik a betegek rendszeres értékeléséhez: valójában minden irányelv előírja az ITO-betegek napi értékelését. Számos etikai irányelv nem alkalmaz specifikus, az egészséggel összefüggő klinikai osztályozási kritériumokat, hanem általánosabb, a betegekkel kapcsolatos klinikai megítélést fogad el.⁵⁴ A francia nemzeti konzultatív etikai bizottság által kidolgozott iránymutatás nyíltan megerősíti, hogy az osztályozási kritériumok mindig megkérdőjelezhetők,⁵⁵ a német etikai bizottság pedig megerősíti, hogy semmilyen kritérium nem lépheti túl az emberi jogi keretet.⁵⁶ A triázkritérium mellett figyelembe veszik a beteg klinikai állapotát, a sürgősséget, a társbetegség súlyosságát, az invazív kezeléseket arányosságát és megfelelőségét, valamint a kezelés prognosztikai hatékonyságát a valószínű gyógyulás szempontjából. Szükség van az aránytalan ellátás időben történő azonosítására, nem kötelező a klinikailag nem megfelelő kezelés biztosítása.

⁵³ Ehni, H. J., Wiesing, U., Ranisch, R.: Saving the most lives—A comparison of European triage guidelines in the context of the COVID-19 pandemic. *Bioethics*. 2021. <https://doi.org/10.1111/bioe.12836>

⁵⁴ Nuffield Council on Bioethics. Rapid policy briefing—ethical considerations in responding to the COVID-19 pandemic [Internet]. 2020. p. 1–11. <https://www.nuffieldbioethics.org/news/responding-to-the-covid-19-pandemic-ethical-considerations> (first version 25.3.2020).

⁵⁵ Delmas-Goyon, P., Hirsch, E.: COVID-19 CONTRIBUTION FROM THE FRENCH NATIONAL Ethical issues in the face of a pandemic 2020p. 1–11. https://www.ccne-thique.fr/sites/default/files/publications/ccne_contribution_march_13_2020.pdf (first version 13.3.2020).

⁵⁶ Deutscher Ethikrat. Solidarity and Responsibility during the Coronavirus Crisis [Internet]. 2020. p. 1–8. <https://www.ethikrat.org/en/press-releases/2020/solidarity-and-responsibility-during-the-coronavirus-crisis/>

Ebben a tekintetben a hiábavalóság, az arányosság vagy az aránytalan ellátás az etikai irányelvek között jelent meg a kezelések visszatartásának és a terápiás cél palliatív ellátás irányába történő átirányításának kritériumaként, akkor, ha az ITO-kezelést nem tekintik előnyösebbnek a beteg számára. Minden irányelvben jelen van az egészségügyi szakemberek gondozási kötelessége, amely kapcsolódik a szolidaritás etikájához.⁵⁷ Az etikai irányelvek hangsúlyozzák a klinikusok felelősségét, hogy időben tájékoztassák a betegeket és családtagjaikat a triázkritériumokról,⁵⁸ és elsősorban azt a felelősséget, hogy időben előrehaladott ellátás-tervezés mellett elősegítsék a páciens döntését az intenzív kezeléstről. Mivel nehéz döntésekről van szó, a helyi etikai bizottságok, etikusok vagy bármilyen egyéb támogatás, beleértve a pszichológiai támogatást is, az egészségügyi szakemberek erkölcsi szorongásának kezelésére és csökkentésére irányul különösen azokban a helyzetekben, ahol a már megkezdett kezelések felfüggesztése szükséges. Az etikai irányelvek azt is megjegyzik, hogy a strukturált döntéshozatali eljárás alkalmazása és a döntésért felelős személyek azonosítása alapvető fontosságú a beteg, családtagjai és maga a közösség számára. Egyes etikai irányelvek kiemelik az egyénre szabott és személyközpontú ellátás szükségességét, a diszkrimináció elkerülését még a közegészségügyi vészhelyzetek esetén is, az ITO-kezelés csak akkor függeszthető fel vagy tagadható meg, ha a kezelések nem tekinthetők előnyösnek az egyes betegek számára.

A kommunikáció és a triázmenedzsment vonatkozásában kiemelik az átláthatóságot, az érszerűséget, az inkluzivitást, a nyitottságot és a triázkritériumok egységes alkalmazását az ellátás különböző szintjein. Hangsúlyozzák megoldásként az intenzív terápiában közvetlenül nem érintett egészségügyi szakemberek bevonását, eseti orvosi bizottság kollektív döntésének lehetőségét, az irányelvek, a triázkritériumok és a döntések felülvizsgálatát, fellebbezés lehetőségét. Minden elemzett iránymutatás az emberi méltóság tiszteletben tartását mérföldkőként ismeri el. Az alkalmazott definíció szerint a méltóság minden olyan személy belső értéke, aki osztozik a lényeges emberi tulajdonságokban („belső méltóság”). Az érték elismeréséből következik, hogy az egészségügyi szakembereknek erkölcsi kötelességük a betegségekben és sérülésekben szenvedők ellátása, Jöbges és munkatársai szerint az egyenlőség és méltányosság elvére való hivatkozás az európai irányelvek között a konszenzus területét jelenti, következésképpen az emberi méltóság tiszteletben tartása az emberek egyenlő értékének elvében rejlik.

⁵⁷ Jeffrey, D. I.: Relational ethical approaches to the COVID-19 pandemic *J Med Ethics*, 2020 46(8):495-498.

⁵⁸ Buck, T.: Analysing the impact of the Australian health sector emergency response plan for Novel Coronavirus (COVID-19): A proposed approach. *Evaluation Journal of Australasia* 2020, Vol. 20(4) 197–211

Felmerült a szigorúan haszonelvű megközelítés az európai iránymutatások közötti is, de ez elsősorban az amerikai és az ausztrál irányelveket jellemzi. Vannak szerzők, akik egyetértenek abban, hogy a szűkös erőforrás visszavonása egy betegtől mások megmentése érdekében nem gyilkosság, és nem igényli a beteg beleegyezését, sőt etikus megoldás, mások viszont elutasítják a fenti értékekből levont ilyen következtetést, az intenzív osztályon dolgozó klinikusra bízva továbbra is az erőforrások elosztását. A páciens előnyeire és a kezelés utáni eredményekre gyakran hivatkoznak az európai irányelvek, támogatják az autonómiájához, átláthatóságához, magánéletéhez és titkoságához fűződő jogok tiszteletben tartását. Az iránymutatások előírják a tájékozott beleegyezés és az előzetes irányelvek meghozatalára vonatkozó eljárásokat, a konzultációt a törvényesen felhatalmazott helyettes döntéshozókkal. A Hastings Center irányelv⁵⁹ megerősíti, az egészségügyi dolgozók ellátási elsőbbségét, akik a SARS-CoV-2 terjedésének megelőzésében, a kezelésben részt vállaltak. Következésképpen a legmagasabb kockázatú csoportok, például az idős felnőttek, az immunrendszer sérülése és a krónikus alapbetegségben szenvedők (például szív- vagy tüdőbetegek, cukorbetegség) egy másik prioritást élveznek, ami összhangban van a kiszolgáltatott csoportok gondozásának koncepciójával.

Korábbi tanulmányok

Korábbi tanulmányok az ITO életvégi gondozási gyakorlatairól⁶⁰ kiemelik, hogy az intenzív kezelések visszatartásával és visszavonásával kapcsolatos döntéseket leginkább a beteg életkora, akut és krónikus diagnózisa, az intenzív osztályon töltött napok száma, valamint a kulturális és vallási meggyőződés befolyásolja. Az irányelvek nagy száma mellett az individualizált megközelítés fontosságát hangsúlyozzák, továbbá a COVID19-betegség akut és krónikus állapota közötti különbségtételt. Míg az első esetben egyértelmű lehet a túlkezelés, és előfordulhat az állapot gyors romlása, a COVID19 során a gyors állapotromlás nem feltétlenül felel meg az élet végének, és a tracheostomia megmentheti a beteg életét. Következésképpen a rövid távú túlélés megítélésében óvatosságot ajánlanak.

⁵⁹ Gostin, L. O., Friedman, E. A., Wetter, S. A.: Responding to Covid-19: Hot to Navigate a Public Health Emergency Legally and Ethically. Hastings Cent Rep. 2020.

⁶⁰ Curtis, J. R., Vincent, J. L.: Ethics and end-of-life care for adults in the intensive care unit. The Lancet. 2010.

Értékelő tanulmányok

Értékelő tanulmányok szerint az európai etikai irányelvek nagyon érzékenyek a szigorú triázskritériumokból fakadó diszkrimináció kockázatára, különös tekintettel az életkorra és a fogyatékosságra. Az előrehaladott betegségben szenvedő betegek vagy a többszörös társbetegségben szenvedő idős betegek osztályozása „szürke zónának” tekinthető a nem pandémiás helyzetekben is. Az életkoron alapuló megkülönböztetés széles körben elterjedt az amerikai és a mexikói etikai irányelvek között.⁶¹ White és Lo, 2020-ben igazolja az „ageizmust”,⁶² míg az American Society of Geriatrics (ASG) úgy értékeli, hogy a sok esetben alkalmazott arányosítási stratégiák, amelyek részben az életkor figyelembevételén alapulnak, azt sugallják, hogy az idős ember „élete kevésbé értékes, mint másoké.”⁶³

A közegészségügyi vészhelyzetek idején az egészségügyi ellátás etikailag megalapozott keretrendszerének ki kell egyensúlyoznia a betegközpontú gondozási kötelezettséget,⁶⁴ és a társadalmi kockázatok és előnyök elosztását, amire az ajánlott értékek alkalmazhatók.

A személyre szabott ellátás tartalma kritikus helyzetben

- a) minden beteg multidiszciplináris, többdimenziós és individualizált értékelése;
- b) az etikai irányelvek kontextusba helyezése, bevonva azokat, akik közvetlenül érintettek;
- c) hatékony palliatív ellátás biztosítása; és
- d) az egészségügyi szakemberek támogatásának megvalósítása az életmentő-életfenntartó kezelésekkel kapcsolatos döntésében

⁶¹ Auriemma, C. L., Molinero, A. M., Houtrow, A. J. et al.: Eliminating categorical exclusion criteria in crisis standards of care frameworks. *Am J Bioeth.* 2020. Volume 20, 2020 20 (7):28-36

⁶² White, D. B., Lo, B.: A framework for rationing ventilators and critical care beds during the COVID-19 pandemic. *J Am Med Assoc.* 2020. 12;323 (18):1773-1774

⁶³ Farrell, T. W., Francis, L., Brown, T. et al.: Rationing Limited Healthcare Resources in the COVID-19 Era and Beyond: Ethical Considerations Regarding Older Adults. *J Am Geriatr Soc.* 2020, 68 (6):1143-1149. doi: 10.1111/jgs.16539

⁶⁴ Grissom, C. K., Brown, S. M., Kuttler, K. G. et al.: A Modified Sequential Organ Failure Assessment (MSOFA) Score for Critical Care Triage Disaster Med Public Health Prep. 2010 doi: 10.1001/dmp.2010.40.

A triázisprotokoll – SOFA- és mSOFA-pontszám alkalmazása

A Sequential Organ Failure Assessment (SOFA) pontszámot a kritikus betegek tömeges beáramlása esetén használják az ITO-n a beteg állapotának felméréséhez, meghatározni, kik azok, akik folyamatos kritikus ellátási erőforrásokat igényelnek, ezáltal a lélegeztetőgépek, az egyéb felszerelések és a személyi feltételek iránti igény tervezhető. A szekvenciális szervhiba-felmérés (SOFA) és egy egyszerűbb módosított szekvenciális szervhiba-értékelési pontszám (mSOFA) képes megjósolni a halálozást és a mechanikus lélegeztetés szükségességét betegre bontva. A mérések nem csak az erőforrások kezdeti elosztása szempontjából fontos mutatók, hanem az erőforrások időbeli átcsoportosítására, a kritikus betegségben túlélők folyamatos szükségleteinek támogatására is. Az egyszerűbb módosított szekvenciális szervhiba-értékelési (mSOFA) pontszámot a laboratóriumi erőforrásigény minimalizálása érdekében alkották meg.

Az mSOFA-pontszám kiküszöböli a vérlemezkeszámot, a pulzoximéterrel mért artériás oxigéntelítettséget veszi figyelembe, és a szérumbilirubin-mérést helyettesíti a scleralis icterus vagy sárgaság klinikai értékelésével. Az egyetlen laboratóriumi érték, amely az mSOFA-hoz szükséges, a kreatinin, amelyet egy ágy melletti point-of-care vizsgálati eszközzel lehet mérni. A módszer hibája, hogy bármelyik pontszám osztályozási eszközként való használata sok olyan pácienszt zárhat ki az ellátásból, akik egyébként túlélnek.⁶⁵ Nagyszámú betegen alkalmazva megfigyelték, hogy akinek SOFA- vagy mSOFA-pontszáma meghaladta a 11-et, túléltek,⁶⁶ például egy influenzajárványban. A pontszám prediktív értékét vizsgálva⁶⁷ azt találták, hogyha a triázisdöntést a pontszám alapján hozzák, nyolc beteg közül öt esetében visszavonják az ellátást.⁶⁸ A szerzők arra a következtetésre jutottak: *„A SOFA-pontszám alapján történő osztályozás az életfenntartó kezelés visszavonásához vezethet olyan kritikus betegeknel, akik elfogadhatóan alacsony tartózkodási idővel tudnak túlélni az intenzív osztályon”*.

⁶⁵ Christian, M. D., Sprung, C. L., King, M. A., et al.: Triage: care of the critically ill and injured during pandemics and disasters: CHEST consensus statement. *Chest* 2014; 146: 4 Suppl: e61S–e74S.

⁶⁶ Guest, T., Tantam, G., Donlin, N. et al.: An observational cohort study of triage for critical care provision during pandemic influenza: ‘clipboard physicians’ or ‘evidenced based medicine’? *Anaesthesia*, 2009, 64, 1199–1206 doi:10.1111/j.1365-2044.2009.06084.x

⁶⁷ Stoeklé, H. C., Hervé, C.: COVID-19: act first, think later. *Am J Bioeth* 2020; 20: W1.

⁶⁸ Khan, Z., Hulme, J., Sherwood, N.: An assessment of the validity of SOFA score based triage in H1N1 critically ill patients during an influenza pandemic. *Anaesthesia* 64 (12): 1283–1288. doi:10.1111/j.1365-2044.2009.06135.x

Beszámoltak arról, hogy a mechanikus lélegeztetésre szoruló betegek egyike sem kapta volna meg a túléléshez szükséges ideig a gépi lélegeztetést, ha a pontszám alapján döntenek.⁶⁹ Bár a SOFA/mSOFA-pontozás csábító, lehet rá hivatkozni, mert számszerű adatokat generál, azonban a vizsgálok rövid időn belül belátták, hogy adatgyűjtés és további vizsgálatok indokoltak. Szükséges minimalizálni a kezelésből való kizárással kapcsolatos tévedés lehetőségét, azaz a pontozási rendszernek maximalizálnia kell a prediktív érvényességet és az etikai tisztességet. A pontszám prediktív érvényességét a COVID19-betegség okozta légzési elégtelenség összefüggéseinek vonatkozásában nem validálták, így megalapozott allokációs döntéshez a klinikai adatokkal minden esetben össze kell kapcsolni.

A triázdöntés és a palliatív ellátás

Az irányelvek többsége palliatív ellátás biztosítását szükségesnek tartja olyan betegnél, aki nem részesül ITO-kezelésben. Ez a lehetőség az emberi méltóság tiszteletben tartásának szemléletét képviseli, úgy értelmezhető, hogy a betegség által sújtott ember nem veszíti el belső értékét, sem a támogatáshoz és a védelemhez való jogát sem. Egyes irányelvek hangsúlyozzák, hogy azoknak a betegeknek, akik nem vesznek részt az intenzív kezelésben (vagy akiknek a kezelését vissza kell vonni), joguk van a rendelkezésre álló legjobb, folyamatos alternatív és együttérző ellátáshoz, az igazságosság elve alapján.

A COVID19-járvány következtében Bergamóban kivételes erőforráshiány alakult ki, az intenzív terápiás kezeléseket elosztása számos aggályt vetett fel: az intenzív ellátás iránti növekvő igény akadályozta az ellátás színvonalát; az erőforrások kimerültek, más, nem COVID19-betegségben szenvedő betegek ellátása veszélybe került. A SIA-ARTI ajánlása azonban jogos aggodalmat is kiváltott a témát követőkben, mert a különösen kényes kérdést, az intenzív terápiás kezeléseket korhatárát emlegeti, amely szerint a korlátozott forrásokat fenntartanak azok számára, „*akiknek sokkal nagyobb a túlélési esélye és a várható élettartam valószínűsége*”. Számos ajánlásban az életkor mellett értékelni kell a kritikus állapotú beteg társbetegségeit és funkcionális állapotát is. A törekeny idős betegeknél nagyobb valószínűséggel lehet szükséges hosszabb és erőforrásokat felemésztő klinikai lefolyás, mint az egészségesebb és fiatalabb betegeknél, akiknek a klinikai ellátása viszonylag rövidebb ideig tart. A SIAARTI ez esetben javasolja a palliatív ellátást, azonban az erre fordítható, szükséges források a járvány

⁶⁹ Fink, S.: Ethical Dilemmas in Covid-19 Medical Care: Is a Problematic Triage Protocol Better or Worse than no Protocol at All? Am J Bioeth 2020 20 (7):1-5. <https://doi.org/10.1080/15265161.2020.1788663>

előtt sem voltak megfelelőek⁷⁰ és a COVID19-járvány kitörése⁷¹ tovább erősítette a palliatív ellátás forráshiányát,⁷² így az életfenntartó kezelésekből kizárt személyek esetében nehezen lehet etikailag igazolni a palliatív ellátást alternatívaként.⁷³

Hazai körülmények között kérdés, hogy a hospice ellátás hálózata hogyan reagál járvány idején, amikor a fertőzött és nem covid betegek számának⁷⁴ emelkedése miatt egy fokozott betegbeáramlásra kerülne sor.⁷⁵

A tartalékok vészhelyzetben számítanak – felkészülés a jövő pandémiákra

Preventív szemlélet és egészségtudatosság. A lakosság egészségi állapota a társadalmi és gazdasági fenntarthatóság egyik kulcskérdése,⁷⁶ amelynek fontosságára a jelenlegi járvány is rámutatott. A lakosság nem megfelelő egészségi állapota (kezeletlen vagy elhanyagolt társbetegségek, elhízás) nem csak egyéni és családi, hanem társadalmi szinten is jelentős következménnyel jártak, sőt biztosan szerepük van a COVID19-betegség okozta halálozásban hazánkban. Hosszú távú megoldást keresve a lakosság jó egészségi állapota tartalék lehetne. A növekedési tartalékok kiaknázásához, a lakosság egészségi állapotának fenntartható javításához szemléletváltásra van szükség az egyéni felelősség szintjén és a hazai egészségügyi ellátórendszert illetően is, utóbbinál a preventív szemlélet és ennek megfelelő intézményi struktúra megerősítése a megoldás. A tanulmány felveti: „A magyarok kielégítetlen egészségügyi szükséglete meghaladja a régiós és uniós átlagot, ám mindez jelentős mértékben a nem megfelelő egyéni hozzáállásból adódik”. A lakosság egészségtudatosságának, az egészségügyi ellátáshoz preventív céllal történő hozzáférési hajlandósága kétségtelen egyéni hozzáállás kérdé-

⁷⁰ Lancet, T.: Palliative care and the COVID-19 pandemic. *The Lancet* 2020.395 (10231), 1168. DOI: 10.1016/S0140-6736 (20) 30822-9

⁷¹ Persad, G., Wertheimer, A. and Emanuel, E. J.: Principles for allocation of scarce medical interventions. *The Lancet* (2009) 373 (9661), 423–431.

⁷² Radbruch, L., Knaul, F. M., de Lima, L., et al.: The key role of palliative care in response to the COVID-19 tsunami of suffering. *The Lancet* (2020) 395 (10235), 1467–1469

⁷³ Kuai, In Tam: An ethical conundrum: Palliative care in the COVID-19 pandemic. 2021. *Palliative and Supportive Care*, 2021 Volume 19, Issue 2, April, pp. 127 – 128 DOI: <https://doi.org/10.1017/S1478951521000055>

⁷⁴ Hegedűs K., Lukács M., Schaffer J., Csikós Á.: A hazai hospice- és palliatív ellátás helyzete, lehetőségei, nehézségei. *Orvosi Hetilap* 83:1504–1509, 2014

⁷⁵ Benyó G., Lukács M., Busa Cs. et al.: A magyarországi palliatív-hospice ellátás helyzete, kihívásai, kitörési pontjai. 2017 *Magyar Onkológia* 61:292–299

⁷⁶ Asztalos P.: MNB: egészség nélkül nincs fenntartható felzárkózás. *Infostart*. 2021. <https://infostart.hu/gazdasag/2021/07/08/mnb-egeszseg-nelkul-nincs-fenntarthato-felzarkozas#>

se, azonban az idézetnél bonyolultabb összetételen keresztül valósul meg, részletes elemzést igényelne, lényegében visszautat a betegbiztonság és betegjogok érvényesülésének hazai sanyarú viszonyaira. Reményt jelent, hogy amilyen mértékben képes javulni az egészségügyi rendszer működése által közvetlenül befolyásolt okok sokasága, várhatóan javulnak a lakosság egészségtudatossága által befolyásolt közvetett okok és szemlélet is, felelőssége saját egészségével, jólétével kapcsolatban.

Graduális oktatás

Az intenzív terápia szakemberhiánya miatt a hazánkat sújtó járvány nehéz heteiben be kellett vonni az ellátásba medikusokat, akiket bizonyos speciális feladatokra, az intenzív ápolásban, monitorok, lélegeztetőgép, vagy az infúziós pumpák felügyeletére „gyorstalpaló” módon fel kellett és lehetett készíteni. Egy ARDS-ben vagy több szervi elégtelenségben szenvedő beteg ápolása, forgatása, a felfekvések megelőzése egy-egy betegnél rendszeresen négy intenzív szakápoló és egy orvos közreműködését igényli. Más szakterületen dolgozó orvosok meghatározott időtartamú átvezénylése az intenzív ellátás területére képzettség és gyakorlat hiánya miatt is feszültségekkel járt. A tapasztalatok világosan rámutatnak arra a tudásdeficitre, amelyek oka a graduális orvoscépzésben lelhető fel, és oly fájdalmasan hiányként mutatkozik meg itthon, de valamennyi európai államban is. Az ok orvosolható azzal, hogy az orvoscépzés egyetemi curriculumában az anesztézia, fájdalomcsillapítás és intenzív terápia oktatása helyet kap.^{77,78} Amerikai tapasztalat azt mutatja, hogy ha a kórháztól távol állítanak fel intenzív osztályt, a nagyszámú intenzív ágy ellátásához alapképzéssel rendelkező ápolók 4-6 hetes szimulátor oktatás és tapasztalat birtokában már képesek helyállni az önkéntesként vállalt ellátásban.

Megfontolások harmonizálása

A megfontolások harmonizálása a következő szempontok szerint indokolt:

Hazánkban az emberi élet morális és jogi értelemben egyenrangú, jelenleg az orvos tevékenységét a normatív etika deontológiai kontextusában értelmezik, tehát a kötelezettség oldaláról tekintik és szabályozzák. Kiegyensúlyozatlan utilitarista alapon hozott döntések sérthetik az emberi jogokat, az emberi méltóságot. Minden beteget

⁷⁷ Cheung, V., Critchley, L. A., Hazlett, C.: A survey of undergraduate teaching in anaesthesia *Anaesthesia*, 1999;54(1):4-12 DOI: 10.1046/j.1365-2044.1999.00640.x

⁷⁸ Smith, A., Carey, C., Sadler, J. et al.: Undergraduate education in anaesthesia, intensive care, pain, and perioperative medicine: The development of a national curriculum framework *Med Teach*. 2019 Mar; 41 (3):340-346. DOI: 10.1080/0142159X.2018.1472373

terápiás/diagnosztikus ellátás illet meg, azonban minden beteg orvosi, ellátási igényét tekintve betegsége, egészségi állapota szerint különbözik. A diagnózist és terápiát a kezelő orvos autonóm döntése határozza meg, felelőssége ajánlással nem vonható el, személyiségét, gyógyítási szabadságát mentális terhelését figyelembe kell venni. A ritka, drága orvosi eljárások, kezelések átlátható elosztása, tudatos kommunikációja az érintett orvosi szakmák, a gyógyító-ápoló-gondozó hivatásrendek és az érintett közösségek bevonásával történhet. A járvány rámutatott, hogy beteg vagy a helyettes döntéshozó bevonását az életfenntartó és életmegg hosszabbító kezeléssel kapcsolatos döntésbe minden jelenleg hatályos hazai és uniós törvény/szabály előírja ugyan, de a gyakorlatban nincs hazánkban előrelépés, ismeretlenek a hazai vonatkozó adatok, procedurális szabályok hiányoznak.

A triázisprotokoll kidolgozása, nyilvános, átlátható megfogalmazása nemzetközi és hazai etikai szabályok és ajánlások figyelembevételével a katasztrófahelyzettől függetlenül sürgető teendő. A Megfontolásokban foglaltak lehetőséget jelentenek a vitára, ami elmaradt. Az életmentő orvosi eszközök igazságos elosztásának kérdése nyílt megbeszélést igényel a hivatásrend, az érintett társszakmák között, a jövőben is előforduló pandémiák miatt új társadalmi szerződést indokolnak. Egy új „társadalmi szerződésnek” arról is kellene szólnia: mit vár el a társadalom, a beteg az orvosi hivatásrendtől, ápolóktól, szociális feladatot ellátóktól, hogy tevékenységüket a köteleességek oldaláról szabályozza törvény, vagy engedje meg, hogy a haszonelvű megfontolás alapján menedzseljen az orvos kivizsgálást, kezeljen, lásson el beteget ápoló, szociális munkás.

Zárási gondolatok

Az igazságos erőforrás-allokációra vonatkozó etikai elméletek a méltányosság és az egyes ember méltósága között egyensúlyozva határozzák meg a betegellátásban a kezeléshez való hozzáférést, a döntéshozatal folyamatát. Abban a helyzetben, amikor írott szabályok, jogi garanciák hiányoznak, hiányosak vagy nem működnek, megnő a jelentősége az íratlan szabályoknak, az erkölcs és szokások mellett az önként vállalt elvek iránti elkötelezettségnek, a szakmai etikának, továbbá a döntéshozó személyes kvalitásainak. A hazai beszámolókat bizonytalan híreket közvetítenek, nehéz megjósolni, hogy milyen gyakorlati következményei lehetnek egy ajánlásnak, nemzeti irányelveknek, osztályozási kritériumoknak az ellátás pandémiától független minőségére, az ellátásban dolgozók jogkövetésére, gondozási kötelezettségük megtartására, morális tartásukra.

Rövidítések

ITO: Intenzív Terápiás Osztály

SARS-CoV-2: súlyos akut légzőszervi tünetegyüttest okozó koronavírus-2

SIAARTI: (Società Italiana di Anestesia, Analgesia, Rianimazione Terapia Intensiva)

Olasz Aneszteziológiai, Analgesiás, Reanimációs és Intenzív Terápiás Társaság

SOFA: szekvenciális szervi elégtelenség értékelése

mSOFA, vagy MSOFA: módosított szekvenciális szervi elégtelenség értékelése

WHO: Egészségügyi Világszervezet

UNESCO: az Egyesült Nemzetek Nevelésügyi, Tudományos és Kulturális Szervezete

IRODALOMJEGYZÉK

- Etikai megfontolások az orvosi erőforrások elosztásához COVID-19-pandémia idején, Magyarországon. Magyar Orvosi Kamara. Etikai Kollégium. 2020 76.
- Filó M.: Az egészségügyi „mikroallokáció” aktuális kérdései: gondolatok a szűkösen rendelkezésre álló eszközök elosztásának büntetőjogi dilemmáiról. COVID-19 és a büntetőjog, ELTE Eötvös Kiadó. 2021. Budapest. 33–41.
1997. évi CLIV. törvény.
- Zubek L.: Ki és hogyan dönt az élet-halál kérdésben? Életvégi döntéshozatal a magyarországi intenzív osztályokon. 2016, Állam-és Jogtudomány LVII. 4.105-119
- Busa Cs., Zeller J., Csikós Á.: Ki döntsön az élet végén? Az ellátás előzetes tervezésének nemzetközi gyakorlata és hazai lehetőségei. Orv Hetil. 2018; 159: 131–140.
- Filó M.: Pillanatfelvétel a magyar eutanázia-vitáról – megjegyzések Hámori Antal írásához. Magyar Jog. 2017. 11. 668.
- Watson, A.: Legal Transplants: An Approach to Comparative Law, Edinburgh (1974).
- Szabó M.: „Beteg vagy egészségügy”? A betegjogok helyzete egy átalakuló rendszerben, avagy kinek fontos a beteg? Az alapvető jogok biztosának konferencia kiadványa. 2012, 5–19.
- Az egészségügy finanszírozása. Az egészségügyi átalakítás összefüggése az államháztartási finanszírozással, az állami és a magánellátással 2019, Századvég Gazdaságkutató Zrt.19–38.
- Gresz M.: Az intenzív osztályok 2012. évi átalakításának hatása Magyarországon. Orvosi Hetilap, 2016, 157 (44), 1757–1761.
- Orosz É.: Az egészségügyi rendszerek kihívásai a gazdasági válság időszakában. Egészségügyi Gazdasági Szemle 2013 1. 1–11.
- Svéd T.: Intenzív terápiás osztályok 2020. MOK. Realitás13. Szalai Bálint: MOK: Ne legyen több intenzív ágy, mert már így sincs elég személyzet. Szabad Európa. 2020. <https://www.szabadeuropa.hu/a/mok-ne-legyen-tobb-intenziv-agy-mert-mar-igy-sincs-eleg-szemelyzet/30945824.html>14. Serdült Viktória: „Hiába van gépem, oxigénem, személyzet nélkül nincs intenzív ágy”. HVG.2021. https://hvg.hu/itthon/20210312_sved_tamas_interju_intenziv_koronavirus
- Orosz É.: Globális és hazai egészségügyi kihívások és egészségpolitikai törekvések a 21. század elején. Esély. 2009. 6,4-16.

- Buda B.: Az empátia az orvoslásban és a pszichológiai munkában. In: *Empátia. A beleélés lélektana*. 2006 Budapest, Urbis.219–232.
- Breithaupt, F.: Önmagunk elvesztése. In: *Az empátia árnyoldalai*.2020 Budapest, Typotex. 41–76.
- Piers, R. D., Azoulay, E., Ricou, B. et al.: Perceptions of appropriateness of care among European and Israeli intensive care unit nurses and physicians 2001.*JAMA* 306 (24): 2694-703. doi: 10.1001/jama.2011.1888.
- Cerit, B., Çoşkun, S., Çalışkan, M. A. et al.: The Relationship Between Nurses' Ethical Sensitivity Levels and Their Attitudes Toward Principles About Die with Dignity. *J Relig Health*. 2021 (1):162-177. doi: 10.1007/s10943-020-01102-8.
- Fumis, R. R. L., Amarante, G. A. J., Nascimento, A. F. et al.: Moral distress and its contribution to the development of burnout syndrome among critical care providers. *Ann Intensive Care* 2017 (1):71 DOI: 10.1186/s13613-017-0293-2
- Péter O. M.: Az igazságosság és a besorolás etikai problémái az egészségügyben, különös tekintettel a COVID–19-járvány olaszországi tapasztalataira. *Orv Hetil*. 2020; 161(45): 1899–1907.
- Kémeri Zs. E.: Az Ovidiói Egyezmény szerepe az emberi jogok európai védelmében. 2017 *Fundamentum* 3-4,5-14.
- Committee on Bioethics (DH-BIO). DH-BIO Statement on human rights considerations relevant to the COVID-19 pandemic.2020. Strasbourg, <https://rm.coe.int/inf-2020-2-statement-covid19-e/16809e2785>
- UNESCO International Bioethics Committee (IBC), UNESCO World Commission on the Ethics of Scientific Knowledge and Technology (COMEST). Statement on COVID-19: Ethical Considerations from a global perspective. https://unesco.oc.unesco.org/48223/pf000_03731_15 (First version 6.4.2020).
- Singer, P. A., Mapa, J.: Ethics of resource allocation: dimensions for healthcare executives. *Hosp Q*. 1998. 24.
- Emanuel, E. J., Wertheimer, A.: Public health: Who should get influenza vaccine when not all can? *Science* 2006; 312: 854-5.
- Persad, G., Wertheimer, A., Emanuel, E. J.: Principles for allocation of scarce medical interventions. *Lancet* 2009; 373: 423-31.
- Escher, M., Cullati, S., Hudelson, P. et al.: Admission to intensive care: A qualitative study of triage and its determinants. *Health Serv Res*. 2019 Apr; 54 (2): 474–483.
- Berlinger, N., Wynia, M., Powell, T. et al.: Ethical Framework for Health Care Institutions Responding to Novel Coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19): Guidelines for Institutional Ethics Services Responding to COVID-19. The Hastings Center 2020.
- Fiest, K. M., Krewulak, K. D., Plotnikoff, K. M. et al.: Allocation of intensive care resources during an infectious disease outbreak: a rapid review to inform practice. *BMC Medicine*. 2020. 18:404,1-17. <https://doi.org/10.1186/s12916-020-01871-9>
- Silva, D. S., Gibson, J. L., Robertson, A. et al.: Priority setting of ICU resources in an influenza pandemic: a qualitative study of the Canadian public's perspectives. *BMC Public Health*. 2012; 12:241.
- Mannelli, C.: Whose life to save? Scarce resources allocation in the COVID-19 outbreak. *J Med Ethics*. 2020; 46:364–6.
- Antommara, A. H. M., Gibb, T. S., McGuire, A. L. et al.: Ventilator Triage Policies During the COVID-19 Pandemic at U.S. Hospitals Associated With Members of the Association of Bioethics Program Directors. *Ann Intern Med* 2020 Aug 4; 173 (3):188-194.25.

- Rosenbaum, L.: Facing Covid-19 in Italy—ethics, logistics, and therapeutics on the epidemic's front line. *N Engl J Med.* 2020; 382:1873–5.
- Sprung, C. L., Danis, M., Iapichino, G. et al.: Triage of intensive care patients: identifying agreement and controversy. *Intensive Care Med.* 2013; 39:1916–24.
- Emanuel, E. J., Persad, G., Upshur, R. et al.: Fair allocation of scarce medical resources in the time of Covid-19. *N Engl J Med.* 2020;382(21):2049–55.
- Sprung, C. L., Zimmerman, J. L., Christian, M. D. et al.: Recommendations for intensive care unit and hospital preparations for an influenza epidemic or mass disaster: summary report of the European Society of Intensive Care Medicine's Task Force for intensive care unit triage during an influenza epidemic or mass disaster. *Intensive Care Med.* 2010;36(3):428–43.
- Butler, C. R., Wong, S. P. Y., Wightman, A. G. et al.: US Clinicians' Experiences and Perspectives on Resource Limitation and Patient Care During the COVID-19 Pandemic, *JAMA Network Open.* 2020; 3(11): e2027315. doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.27315.
- McGuire, A. L., Aulisio, M. P., Davis, F. D. et al.: Ethical Challenges Arising in the COVID-19 Pandemic: An Overview from the Association of Bioethics Program Directors (ABPD) Task Force, *Journal of Bioethics,* 20:7, 15-27, <https://doi.org/10.1080/15265161.2020.1764138>
- Jöbges, S., Vinay, R., Luyckx, V. A. et al.: Recommendations on COVID-19 triage: international comparison and ethical analysis. *Bioethics.* 2020 <https://doi.org/10.1111/bioe.12805>
- Solomon, M. Z., Wynia, M. K., Gostin, L. O.: Covid-19 Crisis Triage — Optimizing Health Outcomes and Disability Rights. *N Engl J Med* 2020; 383:e27.
- Committee on Bioethics (DH-BIO): DH-BIO Statement on human rights considerations relevant to the COVID-19 pandemic 2020. Strasbourg, <https://rm.coe.int/inf-2020-2-statement-covid19-e/16809e2785>
- UNESCO International Bioethics Committee (IBC), UNESCO World Commission on the Ethics of Scientific Knowledge and Technology (COMEST): Statement on COVID-19: Ethical Considerations from a global perspective. <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000373115> (First version 6.4.2020).
- Pontifical Academy for Life: Global Pandemic and Universal Brotherhood. Note on the Covid-19 emergency. 2020. p. 1–7. 27.
- Bioethics Commission: Management of scarce resources in healthcare in the context of the COVID-19 pandemic. Austria; 2020 p. 15 (first version march 2020).
- Belgium Society of Intensive Care: Ethical principles concerning proportionality of critical care during the COVID-19 pandemic: advice by the Belgian Society of IC medicine [Internet]. Belgium Society of Intensive Care. 2020. p. 1–4.
- UK Department of health and Social Care; Guidance: Responding to COVID-19: the ethical framework for adult social care. 2020. <https://www.gov.uk/government/publications/covid-19-ethical-framework-for-adult-social-care/responding-to-covid-19-the-ethical-framework-for-adult-social-care>
- Ammer, V., Elmet, K., Erikson, K., Ginter, J., Juurik, M., Kudeviita, M. et al.: Recommendations on clinical ethics for Estonian hospitals for distribution of limited health care resources during the COVID-19 pandemic. 2020. p.10–5.
- Swiss Academy of Medical Sciences: COVID-19 pandemic: triage for intensive-care treatment under resource scarcity. *Swiss medical weekly.* 2020.p.1–8 <https://www.samw.ch/en/Ethics/Topics-A-to-Z/Intensive-care-medicine.html>

- General Medical Council. Coronavirus: Your frequently asked questions [Internet]. 2020. <https://www.gmc-uk.org/ethical-guidance/ethical-hub/covid-19-questions-and-answers#Decision-making-and-consent>
- Vergano, M., Bertolini, G., Giannini, A., Gristina, G., Livigni, S., Mistraletti, G. et al.: Raccomandazioni di etica clinica per l'ammissione a trattamenti intensivi e per la loro sospensione in condizioni eccezionali di squilibrio tra necessità e risorse disponibili. [Internet]. 2020. <http://www.siaarti.it/SiteAssets/News/COVID19-ocumentsIAARTI/SIAARTI-Covid19-Raccomandazionidieticaclinica.pdf> (first version 6.3.2020).
- British Medical Association. COVID-19—Ethical Issues. A guidance note 2020. p. 1–9. <https://www.bma.org.uk/media/2360/bma-covid-19-ethics-guidance-april-2020.pdf> (first version April 2020).
- Nuffield Council on Bioethics. Rapid policy briefing—ethical considerations in responding to the COVID-19 pandemic [Internet]. 2020. p. 1–11. <https://www.nuffieldbioethics.org/news/responding-to-the-covid-19-pandemic-ethical-considerations> (first version 25.3.2020).
- Ehni, H. J., Wiesing, U., Ranisch, R.: Saving the most lives—A comparison of European triage guidelines in the context of the COVID-19 pandemic. *Bioethics*. 2021. <https://doi.org/10.1111/bioe.12836>
- Delmas-Goyon, P., Hirsch, E.: COVID-19 contribution from the French N Ethical issues in the face of a pandemic 2020p. 1–11. https://www.ccne-thique.fr/sites/default/files/publications/ccne_contribution_march_13_2020.pdf (first version 13.3.2020).
- Deutscher Ethikrat. Solidarity and Responsibility during the Coronavirus Crisis [Internet]. 2020. p.1–8. <https://www.ethikrat.org/en/press-releases/2020/solidarity-and-responsibility-during-the-coronavirus-crisis/>
- Jeffrey, D. I.: Relational ethical approaches to the COVID-19 pandemic *J Med Ethics*, 2020 46(8):495-498.
- Buck, T.: Analysing the impact of the Australian health sector emergency response plan for Novel Coronavirus (COVID-19): A proposed approach. *Evaluation Journal of Australasia* 2020, Vol. 20(4) 197–211
- Gostin, L. O., Friedman, E. A., Wetter, S. A.: Responding to Covid-19: How to Navigate a Public Health Emergency Legally and Ethically. *Hastings Cent Rep*. 2020.
- Curtis, J. R., Vincent, J. L.: Ethics and end-of-life care for adults in the intensive care unit. *The Lancet*. 2010.
- Auriemma, C. L., Molinero, A. M., Houtrow, A. J. et al.: Eliminating categorical exclusion criteria in crisis standards of care frameworks. *Am J Bioeth*. 2020. Volume 20, 2020 20 (7):28-36.
- Farrell, T. W., Francis, L., Brown, T. et al.: Rationing Limited Healthcare Resources in the COVID-19 Era and Beyond: Ethical Considerations Regarding Older Adults. *J Am Geriatr Soc*. 2020, 68(6):1143-1149. doi: 10.1111/jgs.16539.
- White, D. B., Lo, B.: A framework for rationing ventilators and critical care beds during the COVID-19 pandemic. *J Am Med Assoc*. 2020. 12;323 (18):1773-1774
64. Grissom, C. K., Brown, S. M., Kuttler, K. G. et al.: A Modified Sequential Organ Failure Assessment (MSOFA) Score for Critical Care Triage. *Disaster Med Public Health Prep*. 2010 doi: 10.1001/dmp.2010.40.
- Christian, M. D., Sprung, C. L., King, M. A. et al.: Triage: care of the critically ill and injured during pandemics and disasters: CHEST consensus statement. *Chest* 2014; 146: 4 Suppl: e61S-e74S.

- Guest, T., Tantam, G., Donlin, N. et al.: An observational cohort study of triage for critical care provision during pandemic influenza: ‘clipboard physicians’ or ‘evidenced based medicine’? *Anaesthesia*, 2009, 64, 1199–1206 doi:10.1111/j.1365-2044.2009.06084.x.
- Stoeklé, H. C., Hervé, C.: COVID-19: act first, think later. *Am J Bioeth* 2020; 20: W1.
- Khan, Z., Hulme, J., Sherwood, N.: An assessment of the validity of SOFA score based triage in H1N1 critically ill patients during an influenza pandemic. *Anaesthesia* 64 (12): 1283–1288. doi:10.1111/j.1365-2044.2009.06135.x.
- Fink, S.: Ethical Dilemmas in Covid-19 Medical Care: Is a Problematic Triage Protocol Better or Worse than No Protocol at All? *Am J Bioeth* 2020 20 (7):1-5. <https://doi.org/10.1080/15265161.2020.1788663>
- Lancet, T.: Palliative care and the COVID-19 pandemic. *The Lancet* 2020.395 (10231), 1168. DOI: 10.1016/S0140-6736 (20) 30822-9.
- Persad, G., Wertheimer, A., and Emanuel, E. J.: Principles for allocation of scarce medical interventions. *The Lancet* (2009) 373 (9661), 423–431.
- Radbruch, L., Knaul, F. M., de Lima, L. et al.: The key role of palliative care in response to the COVID-19 tsunami of suffering. *The Lancet* (2020) 395 (10235), 1467–1469.
- Kuai In Tam: An ethical conundrum: Palliative care in the COVID-19 pandemic. 2021. *Palliative and Supportive Care*, 2021 Volume 19, Issue 2, April, pp. 127 – 128 DOI: <https://doi.org/10.1017/S1478951521000055>
- Hegedűs K., Lukács M., Schaffer J., Csikós Á.: A hazai hospice- és palliatív ellátás helyzete, lehetőségei, nehézségei. *Orvosi Hetilap* 83:1504–1509, 2014
- Benyó G., Lukács M., Busa Cs. et al.: A magyarországi palliatív-hospice ellátás helyzete, kihívásai, kitörési pontjai. 2017 *Magyar Onkológia* 61:292–299.
- Asztalos P.: MNB: egészség nélkül nincs fenntartható felzárkózás. *Infostart*. 2021. <https://infostart.hu/gazdasag/2021/07/08/mnb-egeszseg-nelkul-nincs-fenntarthato-felzarkozas#>
- Cheung, V., Critchley, L. A., Hazlett, C.: A survey of undergraduate teaching in anaesthesia *Anaesthesia*, 1999;54(1):4-12 DOI: 10.1046/j.1365-2044.1999.00640.x.
- Smith, A., Carey, C., Sadler, J. et al.: Undergraduate education in anaesthesia, intensive care, pain, and perioperative medicine: The development of a national curriculum framework *Med Teach*. 2019 Mar; 41 (3):340-346. DOI: 10.1080/0142159X.2018.1472373

A KORONAVÍRUS-JÁRVÁNY HATÁSA AZ INTENZÍV TERÁPIÁS ORVOSOK GONDOLKODÁSÁRA

ZUBEK LÁSZLÓ¹

Az orvostudomány több ezer éves története jól láthatóan két részre különíthető el. A régi időkre jellemző volt a kevés tudományos ismeret, így a betegellátás során inkább az ápolás volt a hangsúlyos rész, de minden olyan beteg megkapta ezt a minimális ellátást, aki az erre szakosodott ellátók látóterébe került. Természetesen ezekben az időkben is volt halmozott elhalálozás, elsősorban a háborúk és a járványok jelentettek okot az emberek tömegeinek gyors pusztulására, de ezt érdemben befolyásolni orvosi eszközökkel kevésbé tudták. Az orvostudomány második világháború utáni fejlődésére már jellemző volt a tudományos eredményeken alapuló gyógyítás, az elérhető ellátások – oki terápiák – tömegei jelentek meg. A szervpótló kezelések kifejlesztésével megteremtődtek az intenzív ellátás alapjai, ezzel pedig elérhetővé vált a halál időpontjának érdemi és tömeges befolyásolása, az élet határainak kitolása. Ezzel párhuzamosan azonban más jellegű problémák kerültek előtérbe, mivel ez magával hozta az egészségügyi költségek robbanását, így az adott ellátás már nem volt mindenki számára biztosítható, még a legfejlettebb és leggazdagabb országokban sem. Az orvosi etikának pedig szembe kellett néznie a drága orvosi eszközök elosztásának kérdéseivel, melyre tökéletes válasz azóta sem született (1).

A modern intenzív kezelés kialakulásával, közel negyed évszázaddal ezelőtt egy Egyesült Államokban készült vizsgálat alapján világossá vált, hogy a kezeléskorlátozás a leggyakoribb halálokká vált az intenzív osztályokon (2), ezt az eredményt azóta nagy intenzív osztályos beteganyagban nemzetközi szinten is sikerült megerősíteni (3-4). A koronavírus-pándémia kapcsán a bioetika alapelvei természetesen megmaradtak, de új jelentéstartalmakkal bővültek, átértékelődtek. Az alábbiakban ezek változását mutatom be.

1. **A jótékonyág elve** két részből áll, a pozitív jótékonyág és a hasznosság elvéből. Azt hiszem, mindenki számára magától értetődő, hogy az egészségügyi ellátószemélyzet milyen áldozatot vállalt azzal, hogy egy potenciálisan életveszélyes vírusjárványban gyógyította a kórházi ellátásra szoruló, fulladó betegek tömegeit, valamilyen megoldást kínálva az egészségügyi problémájukra. Ebben az intenzív ellátásban dolgozó orvosok, nővérek, gyógytornászok mellett részt vett más egészségügyi végzettségű emberek mel-

¹ Dr. Zubek László, PhD. Egyetemi docens, Semmelweis Egyetem

lett az orvostanhallgatók és az önkéntes segítők tömege is. A hasznosság elve pedig a választott terápiás módszer tekintetében jelent meg a COVID-betegek ellátása során, igyekeztünk a beteg állapotának, perspektívájának megfelelő gyógmódot biztosítani.

2. Az igazságosság a koronavírus-pándémia elleni társadalmi szintű válaszban érhető tetten. A világ minden országában igyekeztek a lehető legmagasabb szintű ellátást biztosítani a betegek számára. A pándémia mindenhol jobban érintette a rosszabb szociális helyzetű csoportokat, az idős-beteg embereket, illetve sok olyan kellemetlen szabályt hoztak be az állampolgárok számára, melyek a jogaikat és kötelességeiket alapjaiban befolyásolták.

Az emberi jogok területén rendkívül sok, a betegek és hozzátartozóik számára kellemetlen korlátozás történt (5). Sérült az egészségügyi ellátáshoz való joga a betegeknek, a nem életmentő beavatkozások és műtétek halasztottan kerültek ellátásra, a betegek nem találkozhattak személyesen háziorvosukkal, illetve a kisebb problémák a súlyosabbak miatt háttérbe szorulhattak. A sok járványügyi szabályozás hosszú távú hatásai miatt még akár évek is eltelhetnek, míg sikerül feldolgozni ezeket az egészségügyi problémákat, a hosszúra nyúlt várólistákat ledolgozzuk. A járvány miatt túlterhelt rendszerben sérült az orvosválasztás joga is, hiszen nem látogathatták a páciensek a megszokott orvosukat, illetve az orvosok járványügyi vezénylése történt meg, előfordult, hogy valaki az otthonától messze teljesített szolgáltatást. Sérülhetett a legfontosabb alapjog – az emberi méltósághoz való jog – is, mivel a beteg személyes szabadsága korlátozódhatott járványügyi célból, de biztosan sérült a kapcsolattartáshoz való jog is, a látogatási tilalom, vagy erősen korlátozott látogatás lehetősége, vagy házi karantén elrendelése miatt. A betegekről a hozzátartozókat nagyrészt telefonon világoztuk fel, amelyben sok problémát okozott például a hozzátartozó beazonosítása. Ilyen súlyos járvány esetén sérül a beteg joga a gyógyintézet elhagyására, más emberek megfertőződésének lehetősége miatt is. Az orvos-beteg kapcsolatot általában a közvetlen szóbeliség jellemzi, de ennek hiányában az egészségügyi tájékoztatáshoz való jog érvényesítése is zavart szenvedhetett. Az önrendelkezéshez való jog is átalakult, mivel a tájékozott beleegyezés megszerzése is nehézségekbe ütközött, az írásos dokumentáció is fertőzöttnek minősült, így sokszor szóbeli beleegyezésre kényszerültünk, vagy a ráutaló magatartást tekintettük formális beleegyezésnek. Az ellátás visszautasításának joga járványügyi helyzetben teljesen formálissá válhat, hiszen a páciens döntését csak a vonatkozó járványügyi szakmai és jogszabályok alapján hozhatja meg. A beteg az egészségügyi dokumentációját is csak minimális mértékben ismerhette meg, mivel a dokumentáció tisztaságának megőrzése alapvető fontosságú volt, így csak a személyzet elmondása alapján tájékozódhatott és hozhatott döntéseket.

Az egészségügyi dolgozók jogai hasonlóan nagymértékben sérültek, röviden utalok az egészségügyi dolgozók külföldre utazásának tilalmára, a kötelező szűrővizsgálatokra és védőoltásokra, a szabadság kivételének tilalmára, vagy a továbbképzéshez való

jog formálissá válására az online konferenciák térnyerésével, vagy a munkahely nem önkéntes megválasztására a vezénylesek beköszöntével. Az egyik legsúlyosabb, erősen demoralizáló hátrányos változás volt a nővér/beteg arány kényszerű megváltoztatásáról szóló szakmai minimumfeltételek járványügyi megváltoztatása, ami magával hozta a szakszemélyzet minőségi betegellátás iránti igényének a jelentős restriktívóját, és a betegek halálozási mutatóinak romlását egyaránt.

A **ne árts** elve sérült talán legkevesebbet a felsoroltak közül, azonban tisztában kell lenni azzal, hogy az alkalmazott járványügyi intézkedéseknek számtalan káros hatása lett akaratlanul is. Az ellátók és ellátottak arányának felborulásáról már ejtettem szót, de legalább ugyanilyen kedvezőtlen hatású volt a tervezhető műtétek elhalasztása, a szűrővizsgálatok háttérbe szorulása, az orvosokhoz való közvetlen hozzáférés korlátozása is. A jobb minőségű és óriási humán erőforrást igénybe vevő járványügyi ellátásért sok áldozatot hozott az ellátók és ellátottak közössége egyaránt. A kezelés korlátja nemcsak a rendelkezésre álló egészségügyi személyzet véges száma volt, hanem az ellátóeszközök (például lélegeztetőgépek, személyi védelmi eszközök) korlátozott száma is. Óriási szakmai probléma volt, hogy a teljesen új helyzetre nem volt megfelelő tapasztalat, protokoll, oki kezelés vagy a megelőzést lehetővé tévő védőoltás. A szakmai irányelvek minden hullám után a tapasztalatok fényében módosultak, az információk féléletideje néhány hónapra redukálódott. A gyógyszer- és oltóanyag-fejlesztések felgyorsultak, így azonban nem mindig derült ki minden káros mellékhatás. A betegellátás irányításában is a katasztrófamenedzsment első szabálya érvényesült: hozz egygel több jó döntést, mint rosszat, akkor jól kezelted a válságot. Az ellátást minden országban és minden kórházban igyekeztek saját belső protokollok alapján egységesíteni, a lehetőség szerint optimalizálni, próbáltak minden betegcsoport számára adekvát kezelési algoritmusokat csinálni.

Végül az **autonómia** kapcsán ki kell emelni, hogy egy járványügyi veszélyhelyzet kapcsán ez az elv sérül a legjobban. A betegjogok viszonylatában beszélhetünk a kórház- vagy orvosválasztás megszűnéséről, a saját kezelésbe való beleegyezés korlátozásáról vagy a kezelés megválasztása jogának sérüléséről, a lakhely vagy kórház elhagyásának tilalmáról, a kapcsolattartás nehézségeiről egyaránt. Az orvosok számára is nagyrészt megszűnt a gyógyítás szabadsága, a munkahely szabad megválasztásának joga, és a pihenéshez és továbbképzéshez való jog is korlátozottan érvényesült.

A fentiek alapján jól látható, hogy nemcsak a jogrend, hanem az erkölcs és az etika (bioetika) is jelentősen változik egy rendkívüli állapot bekövetkeztekor, aminek hatásai lehetnek átmenetiek vagy akár tartósak is. Amennyiben a járványhelyzet rendeződik, természetesen a jogi és etikai normáknak is vissza kell állni a veszélyhelyzet előtti állapotba, később már megszűnik a többségi érdek az emberi jogok korlátozására.

Az intenzív osztályok viszonylatában több speciális bioetikai kérdés merült fel a járvány idején, ezeket az alábbiakban külön tárgyalom.

Ki az intenzív ellátásra szoruló beteg?

A kérdés megválaszolása általánosságban sem könnyű, járványok idején pedig még nehezebb. Az intenzív beteg definíciójának konjunktív feltételei vannak. Egyfelől lennie kell legalább egy szerv vagy szervrendszer viszonylatában valamilyen szervelégtelenségnek, vagy legalább ennek reális (fenyegető) esélyének. Másfelől fontos az állapot rendezésének képessége az ellátók részéről, így fontos a szervelégtelenség reverzibilitása. Az intenzív osztályon alkalmazott szervpótló kezelések általánosságban úgynevezett átmeneti (bridge) terápiák, így a szervezet állapotának rendeződése esetén képesek megmenteni valakinek az életét. Harmadrészt a betegnek nem lehet rövid úton halálhoz vezető betegsége, és nem lehet haldokló (moribund) állapotban sem. Negyedrészt fontos, hogy a beteg kooperációja és tudati állapota lehetővé tegye a saját gyógyulásának elősegítését, mert nem lehet elvárni, hogy tudat nélküli (kómás vagy előrehaladott demenciában, illetve elmebetegségben szenvedő) betegek reálisan túléljenek egy hosszabb intenzív kezelést. Ötödször fontos a beteg támogató családi és baráti köre, szociális háttere, mivel ezek híján minden betegség prognózisa sokkal rosszabb lehet. Hatodszor a beteg akaratának felmérése, akár előzetes rendelkezés megléte is befolyásolhatja a döntést. Látható, hogy az egyszerűnek tűnő kérdésnek milyen aspektusait kell egy intenzív terápiás konzílium során átgondolni.

Melyik beteget mikor vegyük fel az intenzív osztályra?

A kórfolyamatok az idő előrehaladtával változnak, romolhatnak vagy gyógyulhatnak az alkalmazott kezelésekre hatására. Így azt mondhatjuk, hogy valamely beteg felvételének van egy optimális időpontja a betegség progressziója szempontjából, de ebben az is benne van, hogy a beteget mégsem kell felvinnünk, mert a betegség gyógyulásával nem igényli már az intenzív ellátást. A kórfolyamatok alakulásának előrejelzéséhez kell talán a legnagyobb szakmai gyakorlat, hiszen a betegség dinamikájának helyes becsléséhez rengeteg hasonló beteg gyógyulását kell figyelemmel kísérnünk. Ha túl korán – preventíven – vesszük fel a betegeket, akkor óhatatlanul olyan betegek is intenzív ellátásra fognak kerülni, akik igazából nem igénylik azt, és mások elől veszik el a helyet, valamint az osztály erőforrásait lemerítik. Ezzel szemben, ha túl későn, a kórfolyamatok jelentős romlása után vesszük fel valakit, az azzal a veszéllyel jár, hogy már gyógyíthatatlan, befolyásolhatatlan állapotban kerül felvételre, amikor a kórfolyamat orvosilag nem befolyásolható, és biztosan halálhoz vezet. Ez mellett, hogy ugyanúgy – illetve még nagyobb mértékben – pazarolja az osztály anyagi és humán erőforrásait, a betegellátók gyors pszichés kiegészéséhez is vezet, hiszen a küldetésük lehetetlen, és az ilyen betegeket mind elveszítik. A fenti sorok fokozottan érvényesek

pándémiák, tömegszerencsétlenségek vagy háborúk esetén, mivel az alapkérdésben szereplő formaidőzítés lehetetlenné válik az egészségügyi rendszer túlterhelése, a növekvő kapacitáshiány miatt.

A túlélés önmagában nem kezelési cél

Az intenzív osztályokon kezelt betegek hosszú távú (1 éven túli) túlélése az irodalmi adatok szerint átlagosan 50% körüli, ennek körülbelül fele az intenzív osztályon hal meg, további 25% pedig az első kezelés utáni évben, elsősorban a kezelés során szerzett másodlagos károsodások miatt. Ezek közül a tudati (30–80%) és hangulati (10–50%) problémák, az izomvesztés és gyengeség (25–50%), a neurológiai (neuromuszkuláris) problémák (85–95%) típusosak, sok beteg számol be krónikus fájdalomról (6) is. A betegek életminősége alacsonyabb a kontrollcsoportokénál, gyakori a fizikai és mentális teljesítmény csökkenése (7).

Természetesen a kezelés előtti fizikai és pszichés állapot kiemelkedően fontos faktora a túlélésnek, a kísérőbetegségek és a felvételt indokló alapbetegség mellett. Egy Németországban végzett klinikai vizsgálat adatai szerint, ahol kifejezetten a 80 év feletti populáció túlélését vizsgálták a bekerülés előtti elesettség (Frailty állapot) függvényében, azt találták, hogy az idős betegek között a Clinical Frailty Scale 7 vagy e fölötti értéke akár akut egészségügyi probléma esetén, akár tervezett beavatkozás esetén nagyon nagy valószínűséggel a betegek halálához vezet minden orvosi törekvés ellenére is (8). Az intenzív osztályra felvett betegek gyenge fizikai állapota – elesettsége – a halálozás független prediktora. Az idős betegek intenzív kezelését, illetve a hosszú távú túlélését vizsgáló másik klinikai vizsgálat adatai szerint mind az intenzív osztályos (20–50%), mind a kórházon belüli (30–60%), illetve az egyéves halálozás (60–75%) is jóval magasabb volt esetükben (9), mint a teljes, intenzív osztályon kezelt betegpopulációban.

Az életminőség a másik fontos reláció

A betegek életminőségének optimálisan az intenzív kezelés előtti szintre való növelése a túlélés mellett a másik terápiás cél az intenzív betegellátással foglalkozó szakemberek számára napjainkban. Az orvosi kezelés célja alapvetően nem is lehet más, mint a betegség megszüntetése vagy a beteg állapotának tökéletes rendezése. Természetesen az emberek életminőségét befolyásolhatja az egyén testi és szellemi állapota, a mozgékonyága, a krónikus alapbetegségei, családi és baráti háttere és számos egyéb szocioökonómiai faktor is. Az intenzív kezelés során már a betegek felvételétől arra törekszünk, hogy a másodlagos károsodások kialakulását megelőzzük, vagy lehetőség szerint minimalizáljuk.

Milyen kezelési elvet válasszunk a szakirodalom és a tapasztalat hiányában?

A koronavírus-világjárványhoz hasonló nem fordult még elő az emberiség történelme során. A védekezésnek is több módja jött szóba, ezek országoként és a fertőzés újabb és újabb hullámai során is eltérőek lehettek. Ahogy már említettem, a kezelés során több szakmai probléma volt. Legfontosabb a tapasztalatok és a szakmai ajánlások teljes hiánya. Az orvosi munka nagyrészen a gyógyítás során felgyülemlett tapasztalatok analíziséből, feldolgozásából áll, amelyek ebben az esetben nem voltak hozzáférhetőek. Az egészségügyi cégek kétségbeesetten igyekeztek valamilyen oki terápiát keresni, kezdetben nem sok sikerrel, így az első két hullámban a járvány kezelése a betegek izolálásából, és szupportív (szervtámogató) kezelés alkalmazásából állt. Egy ilyen helyzetben fontos a tapasztalatok megosztása egymással, mivel ilyenkor több tapasztalaton osztozunk, és eltérő nézőpontokból keressük a megoldást. A helyzet alapjaiban változott meg a védőoltások, és a mind eredményesebb vírusellenes kezelések alkalmazhatóságával. A terápiás elvek az egyes hullámok között mindig megváltoztak, ahogyan egyre jobban sikerült megismerni a koronavírus-fertőzés kezelésének lehetőségeit.

Mit tanultak az intenzíves orvosok a koronavírus-járványból?

Az intenzív osztályokon a „kezeléskorlátozás időszakának” megkezdődése óta folyamatosan kutatás alatt állt a különböző halálozást becslő pontrendszerek kifejlesztése, melyek a múlt század nyolcvanas éveiben jelentek meg, közülük az APACHE-, a SAPS-, és az MPM-rendszer használata terjedt el világszerte (10), és fejlesztik őket regulárisan azóta is. A hozzájuk fűzött reményeket valószínűleg több ok miatt nem váltották be: egyrészt az élettani értékektől való eltérés súlyosságát számították ki, nem vették figyelembe a betegek társbetegségeit, erőnlétét, kognitív képességeit, motivációját, regenerációs képességeit, szocioökonómiai tulajdonságait. Mint tudjuk, ezeken a paramétereken múlhat sokszor a betegek túlélése, a gyógyulásuk gyorsasága és mértéke.

A járvány hatására – mivel fokozott igény volt a kezelés korlátozására, az intenzív igényű betegek sokasága és az intenzív ellátást nyújtó helyek közötti arány felborulásával – felgyorsult a túlélést becslő modellek fejlődése is. Ezek a modellek már figyelembe vették a beteg társbetegségeit, előrehaladott életkorát vagy rossz funkcionális státuszát, illetve használják a frailty (esendőség) kiszámítására a CFS (Clinical Frailty Scale) vagy MFI (Modified Frailty Index) értékeit, illetve az akut élettani eltéréseket egyaránt. Változott az intenzív ellátás összetettsége is, a teljes spektrumú kezelésen kívül a meghatározott idejű kezelés (intenzív próba) lehetősége is megjelent, ahol 48 vagy 72 óra alatt megnézik a beteg állapotának javulását, és csak akkor részesül to-

vábbi intenzív ellátásban, ha a beteg állapota stabilizálódott vagy javult. Az ellátások választási lehetőségei között megjelent a palliatív célú komfortkezelés is, így amennyiben a beteg állapota nem javítható orvosilag, akkor komfortellátásban (folyadék- és táplálékadás, fájdalomcsillapítás, a beteg igénye szerinti axiolízis vagy enyhe szedáció) részesül. A lehetőségek között van természetesen a beteg állapotának és a kezelés intenzitásának újraértékelése is, így a terápiás terv módosulhat.

A COVID-pándémia kapcsán voltak olyan vélemények, hogy a beáramló betegek triázsolása hozzájárulhat a források eredményes elosztásához. A legegyszerűbb rendszer szerint a CFS-pontszámot három részre osztanák (11). A legkevésbé esendő 1-3 pontszámú csoport teljes intenzív kezelést, a 4-6 pontszámú csoport egy időhatárolt intenzív próbát, míg a 7-9 pontszámú csoport palliatív kezelést kapna. Fontos kiemelni, hogy az ismertetett elvek tudományos publikációkból származnak, így valószínűleg tiszta formában sehol sem működtek. A szervelégtelenségek számának és mértékének mérlegelésére az irodalmi adatok a SOFA-pontrendszert ajánlották leggyakrabban (12).

Az alkalmazott etikai elvek a COVID19-járványban jelentősen átértékelődtek, ahogy már a bevezetőben említettem. Az előnyök maximalizálása a „ments meg minél több életet” és a „ments meg minél több életévet” elvek szerint történhetett meg a járvány idején is, javasolták ezen elvek maximális figyelembevételét. A betegek egyenlőségének elve több olvasatban is használható, egyrészt aki előbb érkezik, az részesül ellátásban, illetve a beteglőtt (sorsolás) elveinek érvényesülése is megjelenhet, de az ezen elvek alapján végzett betegellátást egyáltalán nem javasolták a járvány alatt. A sorsolás elve csak olyan betegek között volt elfogadható, akiknek a prognózisa hasonló volt.

Az értékek jutalmazásának elve, mely vagy a teljesített vagy a jövőbeli bekövetkezés valószínűségét jutalmazza, úgy módosult, hogy a kutatásokban résztvevő személyzet és az egészségügyi vagy a védekezés szempontjából egyébként fontos betegek gyógykezelését premizálta a rendszer. A legrosszabb helyzetűek előnyben részesítése csak akkor valósulhatott meg, ha ez más előnyök maximalizálásával járhatott (13).

Összefoglalásul a koronavírus-járvány hatásainak elemzéséből azt emelném ki, hogy a COVID19 kapcsán megtanultuk, hogy az egészségügyi rendszer a normális működéshez képest könnyen túlterhelődhet katasztrófák bekövetkezése esetén, amit csak a bejövő betegek triázsolásával oldhatunk meg. A katasztrófa helyzetben a már eleve elesett vagy nagyon öreg populáció halmozottan hátrányos helyzetbe kerül, mert minden túlélést becsló skálán hátrányba kerül (14). A szelekció elveinek szilárdaknak kell lenniük, és a folyamatot elkülönült személyzetnek kell végeznie, fontos a nagy pszichés megterheléssel járó feladatokat ellátó személyek pihentetése és reguláris cseréje. Törekednünk kell minél több életet vagy életévet megmentenünk, de mód van bizonyos – a túlélés szempontjából fontos – betegcsoport premizálására is. A beáramló betegek tömegeinek kell valamilyen terápiás gyógymódot biztosítanunk, kiemel-

kedően fontos a palliatív ellátás elérhetősége is a nem menthető betegek számára. A túlélés megbecsülésére olyan pontrendszerek használhatóak, melyek figyelembe veszik a betegek krónikus betegségeit vagy egészségügyi problémáit is, és a heveny élet-tani eltéréseit egyaránt.

IRODALOMJEGYZÉK

1. Kovács József: A modern orvosi etika alapjai. Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest 1999. 286–287.
2. Prendergast, T. J., Luce, J. M. (1997) Increasing incidence of withholding and withdrawal of life support from the critically ill. *Am J Respir Crit Care Med* 155:15–20
3. Charles L. Sprung et al.: End-of-life practices in European intensive care units: the Ethicus Study *JAMA*. 2003 Aug 13;290(6):790-7. doi: 10.1001/jama.290.6.790.
4. Alexander Avidan et al.: Variations in end-of-life practices in intensive care units worldwide (Ethicus-2): a prospective observational study. *Lancet Respir Med* 2021 Oct;9(10):1101–1110. doi: 10.1016/S2213-2600(21)00261-7.
5. 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről
6. Paula Caitano Fontela et al.: Quality of life in survivors after a period of hospitalization in the intensive care unit: a systematic review, *Rev Bras Ter Intensiva*. 2018 Oct-Dec; 30(4): 496–507. doi: 10.5935/0103-507X.20180071
7. Duarte P. A. D. et al.: Characteristics and Outcomes of Intensive Care Unit Survivors: Experience of a Multidisciplinary Outpatient Clinic in a Teaching Hospital, *CLINICS* 2017;72(12):764-772
8. Johanna M Muessig et al.: Clinical Frailty Scale (CFS) reliably stratifies octogenarians in German ICUs: a multicentre prospective cohort study *BMC Geriatr*. 2018 Jul. 3;18(1):162.
9. Boumendil A. et al., ICE-CUB Study Group (2011): On the benefit of intensive care for very old patients. *Arch Intern Med* 171:1116–1117.
10. Tiffany Purcell Pellathy et al.: Intensive Care Unit Scoring Systems. *Crit Care Nurse* (2021) 41 (4): 54–64.
11. O. T. Ranzani et al.: Focus on the frail and elderly: who should have a trial of ICU treatment?, *Intensive Care Medicine* volume 46, 1030–1032(2020)
12. Erika Satomi et al.: Fair allocation of scarce medical resources during COVID-19 pandemic: ethical considerations, DOI: 10.31744/einstein_journal/2020AE5775
13. Ezekiel J. Emanuel et al: Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time of Covid-19, *N. Engl. J. Med.* 2020; 382:2049-2055
14. Clegg: Frailty in elderly people *Lancet*. 2013 Mar 2;381(9868):752-62. doi: 10.1016/S0140-6736(12)62167-9. Epub 2013 Feb 8.

„A KI RAGÁLYOS BETEGSÉG IDEJÉN, A TOVÁBBTERJEDÉSNEK MEGAKADÁLYOZÁSA VÉGETT...”

A JÁRVÁNYOK ELLENI VÉDEKEZÉS BÜNTETŐJOGI ESZKÖZEI A MAGYAR JOGBAN
(1790–1880)

BATÓ SZILVIA

A címben szereplő félmondat az első magyar büntető törvénykönyv (1878. évi V. tc.) közegészség elleni bűncselekményeket szabályozó XXI. fejezetéből származik. A hazai büntetőjog történetében a 316. § a legkorábbi olyan rendelkezés, amely tisztán blankettás keretdiszpozíció formájában határozza meg a járvány továbbterjedésének megakadályozására hozott közigazgatási rendelkezések megsértését.¹ Jelen tanulmány az önálló magyar kodifikációs törekvések kezdetétől a Csemegi-kódexig vizsgálja a járványok megfékezésére szolgáló közigazgatási intézkedések büntetőjogi vonatkozásait, illetve azt, hogy a járványos betegséggel megfertőzés hogyan jelenik meg a büntetőjogban. A téma egyrészt szorosan összefügg az orvostudomány fejlettségével, vagyis azzal, hogy a betegség okát mennyire ismerik, és ez mikor éri el a büntetőjogi gondolkodás „ingerküszöbét”. Másrészt ezek a normák a szabályozási technika miatt érdekesek, hiszen a járványügyi intézkedésekhez kapcsolódó bűncselekmények általában klasszikus keretdiszpozíciók, amelyeket tartalommal a közigazgatási rendelkezések töltenek meg.

I. Kutatási előzmények és feltételek

Kifejezetten ezt a kérdést vizsgáló közlemény nem született a magyar büntetőjog történetét feldolgozó szakirodalomban. A közegészségügyi (járványügyi) igazgatás történetére vonatkozó adatok jelentős részét sajátos módon nem a szakigazgatás-történet,

¹ Legújabbban a rendelkezésről: Ambrus 2020, 2–3; Bató-2022.

hanem a tágan értelmezett történettudomány szolgáltatója: az egyes intézkedések a történeti demográfiai,² orvostörténeti,³ társadalomtörténeti,⁴ levéltár- és hivataltörténeti,⁵ valamint helytörténeti⁶ munkákból ismertek. Az orvostörténeti és közigazgatás-történeti feldolgozások határára sorolhatóak Balázs Péter és Krász Lilla publikációi.⁷ A közigazgatási jog történetével foglalkozók csak megemlékeztek a közegészségügyi közigazgatásról.⁸ A kiegyezés utáni közegészségügyi szervezetrendszerrel és a járványok elleni védekezéssel Pálvölgyi Balázs foglalkozik.⁹ A szakigazgatás-történeti feldolgozások időben egyenetlenek, a 18. század utolsó harmadára és a kiegyezés utánra vonatkoznak, a modern (büntető)jogi gondolkodás kialakulásának időszaka fehér folt.

A büntetőjog-történeten belül az élet és testi épség elleni cselekmények 1848 előtti történetére vonatkozóan egy monográfia tartalmaz releváns utalásokat.¹⁰

A járványok elleni védekezés büntetőjogi eszközeinek vizsgálata összetett, hiszen a büntetőjog ebben az esetben egyértelműen egy másik jogág – közigazgatási jog – rendelkezéseinek érvényesítését szolgálja. Figyelembe kell venni a két jogág eltérő belső fejlődését és a kapcsolódási pontokat: a megfelelő periodizáció a jogági korszakolások „összefésülésével” érhető el. A problémakör „alapanyaga” azonban jogtudományon kívüli, az orvostudomány fejlettsége a legmeghatározóbb eleme a korszakhatárok megállapításának.

Az 1878. évi V. tc. előtti időszak a hatályos büntetőjog szemléletével a jogforrási adottságok (szokásjog) miatt nem kutatható, így a büntetőjog-történet feladata az 1880 előtti epidémiákkal kapcsolatos büntetőjogi normák és alkalmazásuk feltárása. A jogtörténeti szempontú feldolgozáshoz három feltételt kell vizsgálni: az orvostudomány járványokkal kapcsolatos felfogását, a közegészségügyi igazgatás kiépítésének folyamatát és a büntetőjogi gondolkodás fejlődését.

Az orvostudomány bakteriológiai fordulata (19. század utolsó harmada) előtt egyes betegségek (pestis és kolera) fertőző jellegét már felismerik, de a járványok pontos

² Faragó 2008.

³ Gortvay 1953; Kapronczay 2001.

⁴ Deáky 2002.

⁵ Felhő-Vörös 1961; Sashegyi 1965; Fábíánné Kiss 1976; F. Kiss 1987.

⁶ Somogyi 2014; Dancs 2019.

⁷ Balázs 2004; Balázs 2007; Balázs 2016; Krász 2013; Krász 2018.

⁸ Pl.: Csizmadia 1976.

⁹ Pálvölgyi 2005; Pálvölgyi 2011.

¹⁰ Bató 2012a.

okát nem lehet azonosítani, így a tapasztalati úton kialakult rendszabályok érvényesülnek.¹¹

A téma vizsgálatához szükséges egy stabil és szervezett, a közegészségügyet is feladatának tekintő, általános hatályú jogi normák alkotására és alkalmazására képes közigazgatási szervezet, valamint a keletkezett joganyagot rendszerbe foglaló és értelmező szakirodalom. Magyarországon közigazgatási jogi szakirodalommal azonban csak 1850-től számolhatunk, az is csak leíró jellegű.¹² A közigazgatás-történet fordulópontjai erősen kötődnek a politikatörténeti és közjogi periodizációhoz, ettől eltérőek a büntetőjogi modernizáció fázisai.¹³ A két jogág korszakai együttesen jelölik ki a 7 hosszabb-rövidebb homogén időszakot: a jogtörténeti reformkor (1790–1848), a forradalom és szabadságharc (1848–1849), a neoabszolutizmus kiépítése (1849–1852), az osztrák jog uralma (1852–1860), az átmenet kora (1861–1867), a polgári jogrendszer kiépítésének korai időszaka (1867–1876), valamint a közegészségügyi törvény és az első büntető törvénykönyv hatályba lépése közötti időszak (1876–1880) vehető figyelembe.

A kutatás a közigazgatási jog vonatkozásában alapvetően szekunder forrásokra épül, csak ott kerül bevonásra a teljesség igénye nélkül primer forrás, ahol a korszakra vonatkozóan egyáltalán nem áll rendelkezésre feldolgozás. A büntetőjogi rendelkezések eredeti szövege és magyar fordítása együttesen kerül elemzésre az élet és testi épség elleni bűncselekmények kapcsán kidolgozott – a jogi tárgyat azonosító és az általános törvényi tényállást kis eltéréssel modellként használó – módszertan alapján.¹⁴

II. A jogtörténeti reformkor (1790–1848)

II.1. A járványügyi igazgatás jogforrásai, szervezete és működése

A korszak egyszerre hoz a közegészségügyi közigazgatásban addig ismeretlen kihívásokat és nyugodt időszakot. A 18. század második felétől a közigazgatási jog jogforrása a pátens vagy a helytartótanácsi rendelet, így a közegészségügyi közigazgatás sem nyer törvényi szabályozást.¹⁵ Erre tekintettel a rendeletalkotás határait meghatározó 1791. évi 12. tc. szerint továbbra sem kell a Habsburg-kormányzatnak bevonnia az országgyűlést ennek a jogterületnek a szabályozásába. A jogtörténeti reformkor egyik

¹¹ Gortvay 1953, 7; Kapronczay 2001, 151; Balázs 2004, 31, 103, 285; Balázs 2007, 31, 175, 356.

¹² Jakab 2015, 193, 196.

¹³ A korszakolásról eltérő hangsúlyokkal: Bató 2011a, 41–52; Nagy 2015, 266–267.

¹⁴ Bató 2012a, 17–22.

¹⁵ Csizmadia 1976, 69.

jellegzetes vonása azonban a kodifikációs munkálatok megkezdése, az 1791. évi 67. tc. által kiküldött rendszeres bizottságok közül a közjogi egyik feladata egy közegészségügyi operátum előkészítése. A Fáy Pál (1750–1803) által 1793-ra előkészített tervezet – szemben az 1794-es erdélyivel – egyáltalán nem tartalmaz járványügyi előírásokat, erre 1830-ban sem történik kísérlet. Mire országgyűlési tárgyalás alá kerülhetne, addigra a javasolt rendelkezések jelentős része már rendeletként átmegy a gyakorlatba.¹⁶

A közegészségügyi igazgatást az 1770. október 4-én (4698.) kiadott helytartótanácsi rendelet (Generale Normativum in Re Sanitatis) és kiegészítései határozzák meg, a járványok kezelésével kapcsolatos II. rész apróbb módosításaival.¹⁷ A pestissel kapcsolatban 1806. március 11-én (3744.) ad ki körrendeletet a helytartótanács, 1841-ben pedig (1353.) az 1837. június 30-ai udvari rendeletet küldik meg a törvényhatóságoknak.¹⁸

A „nevezetes tollvonás” visszaállítja az 1780-as közigazgatási szervezetet és a hatásköröket, valamint a szokásjogi büntetőjogot, azonban a jozefinizmus közegészségügyet érintő reformjainak egy része tovább él. A helytartótanács 1783-ban felállított egészségügyi ügyosztálya (Departamentum sanitatis) a szervezeti kereteket,¹⁹ az 1786-ban bevezetett rendszeres törvényhatósági főorvosi jelentés a rendeletalkotás és az intézkedések megalapozását,²⁰ a protomedicus kinevezése a törvényhatóságok munkájának irányítását teszi lehetővé.²¹ A polgári egészségügyben a helytartótanács jogalkotási és igazgatási szerepe változatlan, az 1802. évi hivatali utasításon kívül újdonság, hogy az országos főorvos vezeti az egészségügyi ügyosztályt 1818-tól.²² A katonai egészségügy külön rendszert alkot, 1848 októberéig az Oberstfeldärztliche Direction irányítása alatt működik.²³ A 19. század első fele az ügyintézés lassú korszerűsödésének időszaka-

¹⁶ *Opinio* 1831, 139–140; Gortvay 1953, 5, 117–118; Csizmadia 1976, 76; Balázs 2007, 104; Balázs 2016, 17, 20–22, 25, 30, 35, 127–128, 145, 149, 200, 211.

¹⁷ Linzbauer 1852, 535–571; Récsi 1854, 65; Gortvay 1953, 4, 10, 104, 106, 110; Felhő-Vörös 1961, 113–114, 258; Balázs 2004, 11, 13; Gazda-Kapronczay 2008, 13; Balázs 2007, 92, 96–98, 103; Pálvölgyi 2011, 195; Krász 2018, 130.

¹⁸ Récsi 1854, 65; Linzbauer 1855, 202; Linzbauer 1861, 396.

¹⁹ Gortvay 1953, 104–105; Felhő-Vörös 1961, 258–260; Csizmadia 1976, 35, 70, 196; Deáky 2002, 46; Krász 2018, 137.

²⁰ Gortvay 1953, 107–108; Felhő-Vörös 1961, 115, 258; Csizmadia 1976, 4, 62; Deáky 2002, 46–47, 59; Krász 2013, 166, 168, 170; Krász 2018, 141–142.

²¹ Gortvay 1953, 104, 114–116; Felhő-Vörös 1961, 259–260, 526–527; Fábíánné Kiss 1976, 295; F. Kiss 1987, 423–424; Pálvölgyi 2011, 16; Balázs 2016, 85.

²² Gortvay 1953, 115; Felhő-Vörös 1961, 527; Fábíánné Kiss 1976, 295.

²³ Fábíánné Kiss 1976, 297; F. Kiss. 1987, 424.

ka,²⁴ a központi rendelkezések végrehajtása azonban a nehézkesen működő vármegyei és városi igazgatáson múlik.²⁵ A védekezés egyik hatékony eszköze a korszakban a járványügyi statisztika, ennek első lépése az 1827-es helytartótanácsi rendelet a halálügyi statisztikáról.²⁶ Az egykorú közigazgatás azonban – különösen krízisek idején – nem alkalmas a pontos adatszolgáltatásra, járvány idején a jelentéseket készítő nagy része nem szakember, így ezek az adatok nem alapozzák meg kellően az intézkedéseket.²⁷ Az utolsó Magyarország területére veszélyes pestisjárvány (1795) ellen királyi biztosok kiküldésével és új veszteglőintézetekkel reagál a kormányzat.²⁸

II.2. Egy új jelenség: kolera

Az 1830-as évektől a járványt Magyarországon a kolera jelenti, amelynek az okát az orvosok sem ismerik.²⁹ Ezért a védekezés a korábban kipróbált szabályok szerint működik, egy teljesen új járványos megbetegedés esetén is ehhez az eszköztárhoz nyúlnak. Új elemként jelenik meg 1830 novemberében 2 orvos kiküldése tanulmányútra a fertőzött területre.³⁰ Az országos főorvos 1830. december 21-én közlésezi a kolera elleni védekezésről szóló, az 1770-es alaprendeletre épülő, a pestisre alkalmazott óvintézkedésekre hivatkozó, de a betegek kezelésére is instrukciókat tartalmazó utasítást.³¹ Első körben a veszélyeztetett területeken határozatot rendelnek el 1830. december 28-án, majd ezt tavasszal a veszély látszólagos elmúltával visszavonják, pedig ez a leghatékonyabb eszköz a behurcolás ellen.³² Veszteglőhelyeket állítanak fel, a szokásos passzus mellett egészségügyi igazolást is fel kell mutatnia az utazóknak.³³ Királyi biztosokat küldenek ki, majd visszavonják a megbízásukat, és 1831 nyarán a járvány felfutásakor ismét kiküldik őket.³⁴ Az első belföldi beteg megjelenését (1831. június 13.) követően

²⁴ Csizmadia 1976, 77.

²⁵ Gortvay 1953, 105; Csizmadia 1976, 10; Stipta 1995, 8.

²⁶ Gortvay 1953, 211; Kapronczay 2001, 153; Kapronczay 2004, 50.

²⁷ Faragó 2008, 6, 8–9.

²⁸ Felhő-Vörös 1961, 529–532, 535.

²⁹ Gortvay 1953, 25; Pálvölgyi 2005, 76.

³⁰ Linzbauer 1860, 425–426.

³¹ Linzbauer 1860, 448–455; Gortvay 1953, 23–24; Felhő-Vörös 1961, 260, 528; Pálvölgyi 2005, 76; Balázs 2007, 104; Dancs 2019, 75–77.

³² Pálvölgyi 2005, 76; Dancs 2019, 77, 88, 90, 94.

³³ Dancs, 2019, 82–83.

³⁴ Pálvölgyi 2005, 76; Dancs 2019, 77, 87, 89–90, 92–93; pl. Linzbauer 1860, 891.

megpróbálják azonosítani a vele kapcsolatba került személyeket.³⁵ Az országon belül belső övezeteket hoznak létre, ez a mezőgazdasági munkások mozgását akadályozza, ami felkelésekhez vezet.³⁶ A vármegyei egészségügyi bizottságok saját intézkedései: az utakról térkép készítése, a mellékutak lezárása, a többi őrizete, büntetés terhe mellett idegenek befogadásának tiltása, jelentések a halálesetekről és klórmész biztosítása a házipénztár terhére a fertőtlenítéshez.³⁷ A közegészségügyi igazgatás professzionálisabbá válására mutat, hogy a királyi biztosok mellé tanácsadó orvost is kirendelnek a védekezés szakmai irányítására.³⁸ Az Orvosi Tár 1831–1832. évfolyama nemcsak komoly járványügyi szakirodalmat tesz közzé, hanem a programjának megfelelően a központi intézkedéseket is leközi.³⁹

Az első nagy kolerajárvány idején nem születik a járványügyi védekezést támogató új büntetőjogi rendelkezés, az 1770-es alaprendelet kiegészítése (1831. július 21.) csak visszautal a korábbi szabályra.⁴⁰ Ismert vármegyei statútum az utak mellé kirendelt örök kötelességzegésének büntetésére,⁴¹ de országosan nincs a kolera elleni védekezésre vonatkozó szabályok megszegését szankcionáló norma. Erdélyben viszont 1831 nyarán két területen is statárium van érvényben a zárvonat áthágásáért és járványügyi szabályok megsértéséért.⁴² Az örökös tartományok határán kihirdetett rögtönbíráskodást pedig 1831 októberében visszavonják.⁴³ Magyarország területén azonban a járványügyi szabályok megsértésére nincs statárium, a hatályos rendelet (4783/1813.) nem tartalmaz ilyen tényállást.⁴⁴ Az 1831. augusztus 16-ai rendelet pedig csak „tumultus” vagy „turba”, tehát zavargás esetére engedélyezi 8 vármegyére a Zemplén megyei lázongások miatt a rögtönbíráskodást, ezt a jogosultságot a helytartótanács az 1837-es statáriális rendelet munkaanyagai között is teljesen külön kezeli.⁴⁵

³⁵ Dancs 2019, 91.

³⁶ Gortvay 1953, 26; Pálvölgyi 2005, 76; Dancs 2019, 79–80, 94; pl. a Zagyva és a Tarna mentén: Linzbauer 1860, 891.

³⁷ Pálvölgyi 2005, 76; Dancs 2019, 78–79, 87–88, 90.

³⁸ Gortvay 1953, 24; Pálvölgyi 2005, 76; Gazda-Kapronczay 2008, 50; Dancs 2019, 87.

³⁹ Vezérszó 1831, V-XIV; Ő Felsége 1831, 181–182; Kapronczay 2004, 21–22.

⁴⁰ Linzbauer 1860, 747.

⁴¹ Dancs 2019, 80.

⁴² Linzbauer 1860, 543; Linzbauer 1861, 184.

⁴³ Linzbauer 1861, 375, 380.

⁴⁴ Bató 2012a, 71.

⁴⁵ MOL-C53N-F4-P210; Bató 2012b, 57.

II.3. A járvány megjelenése a hazai büntetőjogi gondolkodásban

A magyar büntetőjogi kodifikáció 1840 előtt nem foglalkozik sem a humán, sem az állati járványokkal, az 1795. évi tervezetben és az 1830-as tervezetben nyoma sincs olyan tényállásnak, amelyben valamely betegség terjesztése vagy járványügyi előírás megszegése szerepelne.⁴⁶ Ez nem meglepő, ugyanis az egykorú büntetőjogi szakirodalom sem tesz említést a járványokról vagy fertőző betegségekről, Szlemenics Pál (1783–1856), Vuchetich Mátyás (1767–1824), Fabriczy Sámuel (1791–1858), Kassay Adolf (1828–1903) és Szokolay István (1822–1904) kézikönyvéből hiányzik ez a téma.⁴⁷

Az 1840-es évek azonban fordulatot hoznak, a mezei rendőrségről szóló 1840. évi 9. tc. 11. §-a szankcionálja a „ragadós nyavalyában vagy fekélyben sinlődő marhát” közös legelőre kihajtót. Az 1843. évi javaslat összeállítói még tovább mennek, három vonatkozásban is megjelenik a ragályos nyavalya. Az élet elleni cselekményeknél a 138. §-ban a jogalkotó kiegészíti az általános részi rendelkezéseket csak az emberölésre vonatkozó büntethetőséget kizáró okokkal, így a b) pontban a ragályos nyavalyák terjedése elleni őrvonalaknál felállított örök ölési cselekménye az erőszakkal az őrvonalon keresztül áttörő, azon alattomosan átszökő személlyel szemben nem büntethető.⁴⁸ Ugyanez a szabályozási technika a XVII. fejezetben az erőszakos letartóztatásnál, azzal a különbséggel, hogy itt a cselekmény törvénytelenységét zárja ki, a 186. § b) pontja szerint az őrvonalaknál az őrvonali szabályok szerinti letartóztatás nem ütközik törvénybe.⁴⁹ A javaslat az államhatalom korlátozásának elvére épül, feltehetőleg így próbálják a hiányzó szabadságjogokra vonatkozó törvényi szabályozást pótolni.

A csalás (XXXVIII. fejezet) és az orgazdaság (XLII. fejezet) között van három olyan bűncselekmény, amely nem illik a vagyon elleni cselekmények sorába. A közveszélyt okozó és akár halálos eredménnyel járó, de elsődleges jogi tárgyként a vagyonbiztonságot védő gyújtogatás (XXXIX. fejezet) és szándékos vízáradás okozása (XL. fejezet) után szerepel a ragályos nyavalyák terjesztéséről szóló XLI. fejezet. Ez azonban nem egy bűncselekményt és nem is homogén tényállási csoportot takar, mivel a humán járványokon kívül (406-407. §, 410. §) lefedi a marhavész károsítási célzattal vagy vétkes vigyázatlanságból történő terjesztését (408-409. §) is.⁵⁰

⁴⁶ A tervezetekről további irodalommal: Bató 2012a, 32–34, 72–76.

⁴⁷ A szakirodalom összetételéről további irodalommal: Bató 2012a, 38–58, 92-113; Bató 2016a, 200–202.

⁴⁸ Javaslat 1843, 35–36; Bató 2012a, 77.

⁴⁹ Javaslat 1843, 44.

⁵⁰ Javaslat 1843, 78–79.

A ragadós nyavalya másokra terjesztésének (406. §) jogi tárgya nem a közegészség, inkább individuális jogtárgyként az emberi élet vagy egészség, mivel csak akkor büntethető, ha valaki halálát vagy súlyos nyavalyába esését okozza a cselekmény.⁵¹ Paszszív alanya bárki lehet, az elkövetési magatartása az eredményre utal, nyitott törvényi tényállás, akár mulasztással is elkövethető. Nem a veszélybe kerülés, hanem valakinek a súlyos nyavalyába esése az alapeset (II. fordulat) eredménye, minősített esete pedig valakinek a halála (I. fordulat). A jogalkotó kifejezetten kiemeli, hogy a nyavalya másokra terjesztésének – az elkövető „tettének” –, következtében kell az eredménynek bekövetkeznie. A tényállás nem határozza meg pontosan a ragadós nyavalya fogalmát, így csak valószínűsíthető, hogy a kolera beletartozik. Nem ismeri még az orvostudomány a kórokozóját és a terjedéséről sincsenek biztos információk, ezért kérdéses az okozati összefüggés bizonyítása, így a tényállás alkalmazhatósága. A bűnösségi alakzat meghatározása nem a szándékosan kifejezést, hanem a „tudva és olly célzattal, hogy valakinek életét vagy egészségét veszélyeztesse” megfogalmazást tartalmazza. A magatartás szándékos, sőt célzatos, de a minősített esetnél a halálos eredményre – a 39. § alapján – nem terjedhet ki ez elkövető szándéka, hiszen ezt a 406. § kifejezetten nem írja le. Egy praeterintencionális ölési cselekményről van szó, azonban a büntetési tétel meghatározásánál ez nem látszik, hiszen a minősített gyilkosságával (110. §) azonosan holtig tartó rabsággal büntethető. A közhivatal elvesztését mellékbüntetésként meghatározó 410. §-ban azonban már a „szándékosan terjeszt” kifejezés szerepel. Ez is arra utal, hogy az 1843. évi javaslat bűnösségi koncepciója nem kiforrott.⁵² Az alapeset büntetési tétele (10 év rabság) magasabb a minősített testi sértésénél (156-157. §). Összességében a 406. §-ban szabályozott bűncselekmény szándékos veszélyeztető tényállásnak tűnik, azonban maga a veszély előidézése nem, csak – a tudomány korabeli lehetőségei alapján szinte bizonyíthatatlan – ebből bekövetkező megbetegedés vagy halálos eredmény esetén büntethető az elkövető. Ennek alapján megkérdőjelezhető a tényállás önállósága és a rendszertani elhelyezése is.

A ragályos nyavalya terjesztése súlyosan vétkes vigyázatlansággal is elkövethető (407. §), halálos eredmény esetén a súlyosan vétkes vigyázatlansággal elkövetett emberölés (122. §) büntetési tételénél alacsonyabb (2 év), súlyosabb nyavalya esetén a súlyosan vétkes vigyázatlansággal elkövetett testi sértés (155. §) büntetési tételével azonosan (6 hónap) büntethető.

A rendőrségi kihágásokról szóló toldalék 8. §-a a ragályos betegségben meghalt személy ruháinak és ágyneműjének tisztítására vonatkozó rendelkezések meg nem tartását rendeli büntetni. A bárki által – tipikusan mulasztással – elkövethető kihágás tisztán blankettás keretdiszpozíció, egyszerűen utal az orvos által meghatározott

⁵¹ Hasonló álláspont: Pauler 1865, 240; Pauler 1870, 268.

⁵² Bató 2016b, 42–43.

előírásokra.⁵³ A jogalkotó azonban felismeri a helyi járványügyi előírások jelentőségét, ezért felhatalmazza a köztörvényhatóságokat (39. §), hogy a helytartótanács felügyelete mellett további tényállásokat állapítsanak meg.⁵⁴

A javaslat bizottsági tárgyalásán, az országgyűlési vitáján nem merült fel a kérdés, nem lesz törvény, és ezek a rendelkezések egy időre feledésbe merülnek, a német nyelvű recenzióirodalom nem elemzi és még Szokolay kézikönyve sem említi.

III. A forradalom és szabadságharc (1848–1849)

Az 1848. évi forradalom alapvető változást hoz a közegészségügyi igazgatásban, a népképviseleti országgyűlésnek lehetősége van ebben a tárgykörben törvényt alkotni, az idő rövidsége és a háborús viszonyok nem teszik lehetővé ezen a területen sem az átgondolt kodifikációt.⁵⁵ A dikasztériális modellt megtestesítő helytartótanácsot felváltja a kormány, a független magyar felelős ministerium alakításáról szóló 1848. évi III. tc. 3. §-a pedig rendeletalkotási jogosultságot ad minisztereknek,⁵⁶ így a járványügyi jogforrása a miniszteri rendelet.

Az egészségügy irányítását szétdarabolják, de nem határolják el megfelelően a hatásköröket. A Földművelés-, Ipar- és Kereskedelemügyi Minisztériumon belül a polgári közegészségügyet az egészségügyi osztály irányítja, amely önálló ügykörrel rendelkező tanácsosokból és az országos főorvosból áll. Az 1849-es Debrecenbe költözéstől az osztály nem működik, májustól pedig a Belügyminisztérium veszi át a feladatot, mivel közegészségügyi rendészeti feladatok kerülnek előtérbe.⁵⁷ A katonai egészségügy 1848 októberétől kerül át a magyar szervekhez, a Honvédelmi Minisztérium lesz az irányítója a táborigazságszolgálat hálózatnak.⁵⁸

Az 1848 májusában a határon megjelenő kolera kezelésében a kormányzat a korábbiaktól teljesen eltérő utat választ. A július 8-án kiadott miniszteri rendelet utasítja intézkedések megtételére a törvényhatóságokat, de a vesztégzárak és korlátozások bevezetését az 1831-es orosz tapasztalatokra hivatkozva kifejezetten kizárja. Ez hozzájárul

⁵³ Javaslat 1843, 105.

⁵⁴ Javaslat 1843, 108–109.

⁵⁵ Fábíánné Kiss 1976, 303, 325.

⁵⁶ Csizmadia 1976, 81.

⁵⁷ Gortvay 1953, 223–224, 229; Csizmadia 1976, 196; Fábíánné Kiss 1976, 301, 304–305, 318, 320–321, 323; F. Kiss 1987, 232, 243–244, 399, 425–428, 432–434; Gazda-Kapronczay 2008, 65–66.

⁵⁸ Gortvay 1953, 230; Fábíánné Kiss 1976, 304, 306, 318; F. Kiss 1987, 345, 399, 427, 429, 423, 435.

a gyors terjedéshez, így az októberben felállított kolerabizottsághoz csoportosítják a járvány elleni védekezést, de az így sem hatékony, a csapatmozgások pedig kifejezetten kedveznek a kolera terjedésének.⁵⁹ A szabadságharc időszakában a vésztörvényen kívül büntetőjogi jogalkotásra nem kerül sor, nem születnek olyan járványügyi korlátozó rendelkezések, amelyek büntetőjogi támogatást igényelnének.

IV. A neoabszolutizmus kiépítése (1849–1852)

A szabadságharc bukása és a kiegyezés közötti közegészségügyi közigazgatás története szinte teljesen feldolgozatlan, pedig ebben az időszakban alakulnak ki azok a keretek, amelyek a későbbi szakigazgatást meghatározzák. Az önálló magyar jogalkotás megszűnik, a teljes centralizáció jegyében a pátensek és miniszteri rendeletek a jog forrásai. Az 1849. október 24-én kiadott rendelet a birodalmi egység szellemében szervezi át a közigazgatást, élén a belügyminiszterrel, de tartományi szinten a katonai és polgári közigazgatás összefonódik, az 5 katonai kerületen belül polgári kerületek és alattuk a megyék jelentik az igazgatási szinteket. Az egészségügyi igazgatási feladatokat az alsó szintű polgári szervek látják el, de a járványok elleni védekezés központi irányítást is megkövetel. A veszteglőintézetek irányítása azonban 1849 óta a hadügyminisztérium kezében van.⁶⁰ Az egészségügyi szervezetet az 1850. október 1-jén kelt belügyminiszteri rendelet határozza meg, amely kimondja, hogy a közegészségügy állami feladat. Az 1851. január 1-jétől kiépített új rendszerben a katonai és a civil közigazgatás minden szinten (kerület, megye, járás) elválik egymástól, a közegészségügy az alsó szinthez kötődik.⁶¹

A büntetőjog továbbra is szokásjogi alapú, azonban az eljárás egyes elemeit, így a hatásköri és illetékességi szabályokat – az 1803. évi osztrák kódex terminológiáját használva – az 1850. január 14-én kiadott rendelet határozza meg.⁶² Erre születik Csatskó Imre (1804–1874) rövid áttekintése az alkalmazható anyagi jogi szabályokról, de nem tesz említést járványokkal kapcsolatos rendelkezésekről.⁶³

⁵⁹ Gortvay 1953, 225–226, 230; Fábiánné Kiss 1976, 311–312, 323; F. Kiss 1987, 434; Gazda-Kapronczay 2008, 69.

⁶⁰ Sashegyi 1965, 23–26, 33–36, 174; Gazda-Kapronczay 2008, 70; Röss 2009, 115–116.

⁶¹ Verordnung des Ministers des Innern 1. October 1850 in Betreff der provisorischen Organisation der öffentlichen Medicinalverwaltung. ARGBI 376/1850; Récsi 1854, 30; Sashegyi 1965, 40–42, 44, 46, 292; Csizmadia 1976, 89.

⁶² Bekanntmachung des kaiserlichen bevollmächtigten Civilcommissärs von 14. Jänner 1850, II. Provisorische Verordnung in Betreff der Zuständigkeit der Strafgericht, und in Betreff des Verfahrens in Strafsachen. LRBIU 2/1850.

⁶³ Bató 2011b, 37.

V. Az osztrák jog uralma (1852–1860)

V.1. Közegészségügyi igazgatás és járványügy

A közigazgatás újabb átszervezésével 1852 áprilisától a helytartóság fogja össze a teljes magyarországi szakigazgatást is. Külön ügyosztály (X.) foglalkozik az egészségüggyel, itt dolgozzák ki az új egészségügyi szervezet koncepcióját, szervezik a kiépítését. Az időszaki és a járványügyi jelentések ide futnak be az alsóbb szintű szervektől, a rendszeresen visszatérő kolera elleni védekezést is az ügyosztály irányítja. Kerületi orvosi hivatalok állnak fel, tanácsadó és véleményező testületként állandó egészségügyi bizottságok alakulnak, amelyek alá rendelik a megyei főorvosokat, akik a járási orvosok és bábák munkáját felügyelik. Az egészségügyi ellátást az elvileg hézagmentes községi és körorvosi hálózattal szervezik meg.⁶⁴ A helytartóság megszüntetésével 1853-ban a kerületek hatáskörébe kerülnek az addigi központi feladatok, az ostromállapot végével (1854) pedig minden vonatkozásban a polgári közigazgatás érvényesül.⁶⁵ A kormányzás 1856-os létrejöttével a kerületektől elkerülnek a központi irányítási feladatok, a második ügyosztály keretében látják el ezt, de az alsóbb szinteken változás nem történik.⁶⁶ Az orvostörténeti irodalom megállapítása szerint a járványügyi intézkedések enyhülnek.⁶⁷ A frissen kialakuló közigazgatási szakirodalom első képviselője, Récsi Emil (1822–1864) részletesen ismerteti az 1837-es udvari rendelet alapján a pestis elleni védekezés teljes eszköztárát a zárvonalak felállításától a tárgyak megtisztításán át az iskolák bezárásáig. Lényeges, hogy ezek a rendelkezések más járványos megbetegedések, így a korszakban rendszeresen visszatérő kolera esetén nem alkalmazhatóak.⁶⁸

V.2. Járvány és büntetőjog

Az 1852. szeptember 1-jétől hatályos büntető törvénykönyvvel a szokásjogot felváltja a kodifikált büntetőjog.⁶⁹ A trichotóm rendszerű kódex első részében a járványokkal kapcsolatos büntett nem szerepel, azonban Szokolay kommentárjában a személyes szabadság jogtalan korlátozásához (93. §) fűzött magyarázatnál feltűnik a ragályos

⁶⁴ Récsi 1854, 30–34; Gortvay 1953, 245–246; Sashegyi 1965, 59–60, 63, 222, 229, 300, 327, 351; Gazda-Kapronczay 2008, 71; Röss 2009, 116–117.

⁶⁵ Sashegyi 1965, 57, 60, 63, 292, 351; Röss 2009, 117.

⁶⁶ Sashegyi 1965, 207, 351; Röss 2009, 117.

⁶⁷ Gortvay 1953, 239.

⁶⁸ Récsi 1854, 64–87, 103.

⁶⁹ Kaiserliches Patent vom 27. Mai 1852. ARGBI 117/1852.

betegség. A jogalkotó a nem „ártalmas” és „veszélyes” ember önhatalmú elzárását és szabadságának korlátozását rendeli büntetni, a szerző szerint az utóbbi kategóriába tartoznak a ragályos betegségek is, „kiknek emberekkel közlekedése tetemesen lehet ártalmas”.⁷⁰

A vétségekről és kihágásokról szóló II. rész 9. fejezetében viszont 1 vétség és 4 kihágás is vonatkozik a járványügyi rendelkezések megsértésére. A 393. § a Csatskó-féle kommentár szóhasználatára szerint a „kórvészi vétséget” rendeli büntetni, jogi tárgya a közegészségi állapot fenntartása. Az elkövetési magatartás alapján a vétség tisztán blankettás keretdiszpozíció lehetne, azonban nincsen büntetési tétele, azt a jogalkotó a fennálló vagy később kiadásra kerülő rendelkezésekre utalja. Minden cselekmény elkövetési magatartás lehet, amely „természetes, vagy különösen kihirdetett szabályok nyomán mindenki által könnyen megismerhető következményeinél fogva a rosszat előidézhetsé, vagy tovább terjeszthetsé”, így tevésével és mulasztással egyaránt megvalósítható. A kommentárok – a kiadása idején Magyarországon hatályba nem lépett – a járványügyi intézkedések megsértésének büntetésére 1805. május 21. napján kiadott rendeletet, az 1837. június 30-án közzétett járványügyi rendészeti rendtartást és az 1851. december 13-ai tengeri egészségügyi szabályzatot jelölik meg alkalmazandó előírásként. Szokolay az 1770-es egészségügyi alaprendeletre is visszahivatkozik. A kommentárok megjelenését követően az igazságügyi miniszter 1853. november 10-én kelt rendelete a háttérszabály hiányát orvosolva tulajdonképpen megismétli az 1805-ös rendelet szövegét, illetve meghatározza a büntetési tételeket, amely súlyosabb esetben 10-20 év súlyos börtön is lehet. Ennek alapján 4 cselekménycsoportot határoz meg Szokolay, Csatskó és Récsi. Az őrvonal áthágása alatt 8 tényállást sorolnak fel: tiltott úton belépés, jelentés nélkül belépés, más helyről érkezés bejelentése, zárvonat elkerülésének elősegítése, átmenetelésre okmány készítése, abban közreműködés vagy más okmányának használata. A veszteglés kijátszása a tisztulási idő előtti elillanást, az engedély nélküli egészségesegekhez közeledést, az egészségügyi bizonyítvány nélküli személyek és áru szállítását, a hivatalnokok vagy szolgák által a veszély előállítására lehetőség teremtése mellett a tisztítás elől tárgyak elrejtését jelenti. A hivatali kötelezettség mellőzése a jelentés elmulasztását, a személyek és tárgyak tiltott utakon vagy veszteglés nélküli átengedését, a rendelet ellenére egészségügyi útlevelet kiadását, hamis vagy törvénytelen útlevelet átadását, a veszteglés elkerülése és az orvos általi ajándék elfogadását fogja át. A veszély eltitkolása az érintett kihágások feljelentésének elmulasztását takarja. Mindhárom szerző hangsúlyozza, hogy a haditörvényszék jár el, ha a cselekmények elszaporodása miatt rögtönbíráskodást hirdetnek ki. Az őrvonal kapcsán leszögezik, hogy az örök tüzet nyithatnak a felszólításra a vonaltól nem hátrálókra vagy erő-

⁷⁰ Szokolay 1852, 112–113.

szakot alkalmazókra. A 393. § alapján bárki lehet a vétség elkövetője, valójában a rendelet határozza meg, hogy az egyes elkövetési magatartásokat ki valósíthatja meg. A cselekmény szándékosan és „elnézésen” alapulva is elkövethető. A szándékosság itt azonban nem a büntetteknel megkövetelt gonosz szándékot jelenti, hanem a veszély elhárítását célzó járványügyi rendelkezés szándékos be nem tartását. Csatskó példája szerint, ha azzal a céllal küld valaki az ellenségének kórvészi tisztításon át nem esett árut, hogy az megbetegedjen, akkor büntett valósul meg. Szokolay kifejezetten hangsúlyozza, hogy nem kell sem kárnak, sem sérelemnek bekövetkeznie a szabály áthágásából. Az „elnézés” kifejezés a „Versehen” tükörfordítása, a hazai bűnösségi terminológiában nem elterjedt. A hanyagsággal azonosítást Csatskó magyarázata némileg alátámasztja, szerinte a „csupa vétkekből (Fahrlässigkeiten)” elkövetés is büntethető.⁷¹

A 4 kihágási tényállás a ragályban elhunyt által a halála előtt használt tárgyakkal kapcsolatos megsemmisítési és tisztítási feladatok teljesítését hivatott biztosítani. A cél az, hogy semmi se maradjon ki, minimálisra csökkentve a ragály ilyen úton történő terjedését, így a közegészség fenntartása a közös jogi tárgyuk. Csatskó szerint ezek a rendelkezések a 393. §-ban meghatározott járványos betegségekre (pestis, kolera) nem alkalmazhatóak, Récsi a pestisen kívül minden járványos betegségre, így a kolerára is vonatkoztatja, Szokolay viszont kifejezetten említi a pestist. A 394. § a ragályos betegségben elhunyt holmijának egészségügyi szemle előli eltitkolását és az egészségügyi személyzet által adott megsemmisítési és tisztítási utasítás meg nem tartását rendeli büntetni. Az I. fordulat aktív magatartást feltételez, a második viszont mulasztással követhető el. Eredménye a megsemmisítés vagy tisztítás elmaradása, elkövető bárki lehet, aki közreműködik a szemle előtt, vagy utána a tárgyakkal kapcsolatos feladata van. Az eltitkolás szándékos magatartást feltételez, a II. fordulat gondatlanul is elkövethető. A 395. § elkövetési magatartása a már megsemmisítésre vagy tisztításra kijelölt holmiból elvétel, amely tipikusan szándékosan követhető el. Bárki lehet az elkövetője, kivéve a megsemmisítésre kijelölt dolgok esetén a 396. §-ban meghatározott kórházi szolga. Tisztításra kijelölt dolog esetén lopás vagy sikkasztás is szóba jöhet. A szolga elkövetési magatartása a maga számára megtartás vagy eladás. A járvány ter-

⁷¹ Strafgesetz gegen die Uebertretungen der Pest-Anstalten. PGV 61/1805; Pest.Polizey-Ordnung für die k. k. Österreichischen Staaten. PGV 99/1837; Kaiserliche Verordnung von 13. December 1851, giltig für alle Küstenländer und für Militär-Croatien, wodurch die Einführung eines allgemeinen Reglements für die See-Sanitätsverwaltung angeordnet wird. ARGBl 41/1852; Verordnung des Justizministeriums, wirksam für die Königreiche Ungarn, Kroatien und Slawonien und für die serbische Wojwodschafft mit dem Temeser Banate, wodurch für diese Kronländer die besonderen Vorschriften über die Bestrafung der Vergehen gegen Pest-Anstalten erlassen werden. RGBl 240/1853; Szokolay 1852, 201, 240–241; Csatskó 1853, 372–374; Récsi 1854, 88–91.

jedését hivatott meggátolni a 397. §, amely az előző szakaszok szerint megszerzett dolgok szándékos megvételeit vagy más módon megszerzését rendeli büntetni.⁷²

VI. Az átmenet kora (1861–1867)

VI.1. Közegészségügyi igazgatás félúton

Az októberi diploma (1860. október 20.) visszaállítja az 1847-es alkotmányos kereteket, az országgyűlés visszakapja a jogalkotási hatáskörét. Mindez teljesen új helyzetet eredményez a közegészségügyi közigazgatásban is, a kancellária fokozatosan átveszi a minisztériumoktól a hatásköröket, a helytartótanács elnökét és a főispánokat kinevezik. A helytartótanács gyakorolja ismét a régi hatásköreit, a 15. ügyosztályként újjászervezik a közegészségügyi igazgatás központi irányítását, amely nemcsak a járványok megfékezésével foglalkozik, hanem újraszabályozza 1861 novemberében a közegészségügyi jelentéseket is.⁷³ A helyi egészségügyi igazgatás a vármegyék kezébe kerül vissza, a tisztikar megválasztása után kinevezik a főorvosokat is, a Schmerling-provizórium (1861–1865) testületi működés felfüggesztésére vonatkozó intézkedései az egészségügyi igazgatást alapvetően nem érintik.⁷⁴

A neoabszolutizmus a közigazgatási jogi rendelkezések számának ugrásszerű növekedését hozza, így a megélnékül jogi publikációs tevékenység lassan erre a területre is kiterjed. A puztán deskriptív közlemények orvosi rendőrség összefoglaló elnevezés alatt foglalkoznak a közegészségügyi igazgatással. Karvasy Ágost (1809–1896) leszögezi, hogy az államhatalom részéről védintézkedések szükségesek a pestis behozatala és az országon belüli terjedése ellen. Felsorolja jogforrás megjelölése nélkül a közismert járványügyi intézkedéseket, köztük az elkülönítést, a kordont, valamint az elzárt országból alattomban belopódzó vagy erőszakkal áttörők elleni „tüsténi halál” alkalmazását.⁷⁵ Grósz Lajos (1832–1907) orvosként teszi közzé az orvosi rendőrség legfontosabb szabályait, a szerző az egészségügyi személyzet teendőire fókuszál, de az őrvonal áttörése esetére a fegyverhasználat itt is feltűnik.⁷⁶

⁷² Szokolay 1852, 241; Csatskó 1853, 375–376; Récsi 1854, 96–97, 102–103.

⁷³ Gortvay 1953, 249; Sashegyi 1965, 74–75, 92, 117, 124, 430, 436–437; Gazda-Kapronczay 2008, 76.

⁷⁴ Gortvay 1953, 247–248; Sashegyi 1965, 74, 79, 92, 118.

⁷⁵ Karvasy 1862, 124–127, 131.

⁷⁶ Grosz 1863, 147–148, 164–165, 171, 173–174, 176.

VI.2. A büntetőjog-tudomány érdektelensége

Az osztrák kódex hatályon kívül kerülése 1860 végén visszatérést jelent az 1848 előtti szokásjoghoz, így külön feladat az alkalmazható büntetőjogi normák megállapítása. A jogtudomány a maga eszközeivel megpróbálja kezelni a kaotikus helyzetet, így visszatérnek a törvényt helyettesítő kézikönyvek, a szerzők és kiadók kétféle stratégiát követnek. A reformkorban is aktívan publikálók kis módosítással újra kiadják a műveiket, ide tartoznak Kassay és Szlemeics könyvének némileg aktualizált kiadásai. Eltérő szemléletet tükröz Pauler Tivadar (1806–1886) könyve, amely rendszerbe foglalva egymás mellé állítja a korábbi magyar joganyagot, a korabeli büntetőjogi nézeteket és kodifikációs termékeket, többek között az osztrák büntető törvénykönyvet és az 1843-as javaslatot is.⁷⁷ A járványügyi védekezéssel kapcsolatos büntetőjogi rendelkezések meghatározásában azonban ezek a megoldások nem segítenek, Kassay és Szlemenics kötetében továbbra sem szerepel a kérdés, Pauler pedig kizárólag a Deák-féle javaslat vonatkozó rendelkezéseit ismétli meg a gyilkosság jogellenességének kizárásánál, az erőszakos letartóztatás törvénytelenségének kizárásánál és – igazodva az 1843-as sorrendhez – a kártételnél a ragályos nyavalyák terjesztését. Az idézetekhez mindössze egyetlen értékelő megjegyzést fűz, szerinte a ragályos nyavalyák terjesztése „az élet elleni büntettek sorába tartozik”, de a javaslat szövegét követve a vagyon elleni cselekmények között említi.⁷⁸ Az egykorú magyar jogi szaksajtóban a járványokkal kapcsolatos büntetőjogi közlemény nem található, így levéltári kutatás nélkül nem lehet megállapítani, hogy milyen büntetőjogi normák érvényesülnek.

VII. A polgári jogrendszer kiépítésének korai időszaka (1867–1876)

VII.1. A modern közegészségügyi igazgatás felé

A kiegyezést követően a dikasztériumok beszüntetik a működésüket (1867. március 10.) és a felálló minisztériumok veszik át a feladatokat, így a rendeletalkotás a miniszterek feladata. A közigazgatás 3 szintűvé válik, a minisztérium irányítása alatt középszinten a vármegyék és törvényhatósági jogú városok, alsó szinten a községek látják el az általános hatáskörű igazgatási és mindazon szakigazgatási feladatokat, amelyeket jogszabály kifejezetten nem utal más szerv hatáskörébe. A közegészségügyi közigazgatásban a decentralizált és az állami modell közötti kompromisszum valósul meg, amely a fokozatos államosítás irányába mutat. Az egyes reformlépéseket

⁷⁷ Bató 2011b, 31–34.

⁷⁸ Pauler 1865, 121–122, 183–184, 239–240.

pedig egy-egy egészségügyi esemény – járvány – váltja ki a dualizmus időszakában.⁷⁹ A Belügyminisztérium a karhatalom mellett több szakigazgatási területet irányít, de a közegészségügyben 6 minisztériummal kell együttműködni.⁸⁰ Tanácsadó testületként 1868-ban létrejön az Országos Közegészségügyi Tanács, amely járványok idején a védekezéshez javaslatokat dolgoz ki.⁸¹

A rendszer gördülékeny működését akadályozza, hogy a minisztériumnak végrehajtó apparátusa nincs, így a törvényhatóságok a közegészségügyi központi intézkedések végrehajtói. A közgyűlés szabályrendelet-alkotási jogköre ezen a területen is érvényesül, a felerészben szakemberekből álló egészségügyi bizottságok véleményező szerepet látnak el.⁸² A törvényhatóság tisztviselője a tisztiorvos és a járási orvos, akik ellenőrzést és felügyeletet gyakorolnak, az egészségügyi személyzetet is a tisztiorvos felügyeli.⁸³ A községeknek a végrehajtással és az oltásokkal kapcsolatos feladatai vannak, a szakmai támogatást az egészségügyi bizottság nyújtja.⁸⁴ A közegészségügyben azonban a strukturális hibák mellett az állandó orvoshiány, a szakképzett ápolószemélyzet kis száma, valamint a kórházak fertőzések és járványok gócpontjává válása folyamatosan meghatározza a járvány elleni védekezést is.⁸⁵

VII.2. A kolera és a hiányzó szabályozás

Az 1872–1873. évi kolerajárvány sok szempontból megmutatja az éppen kiépülő közegészségügyi szervezet és igazgatás problémáit. Még nem azonosították a járvány kórokozóját, de azt már felismerték, hogy a víz és a lakások tisztasága meghatározó. Valóban hatékony védekezésről még nincs szó, felkészületlenül éri a hatóságokat a betegség. A már létező tájékoztatók közlésénél nyelvi nehézségek vannak, de a kiadott központi rendelkezések végrehajtása sem történik meg. A törvényhatóságok egymást akadályozzák, költségvetési problémák, orvoshiány és a lakosság ellenállása is nehezíti a védekezést, amely összehangolására később születnek meg a rendeletek.⁸⁶ A törvényhatósági és helyi járványbizottságok megpróbálnak megfelelni az elvárásoknak, előír-

⁷⁹ Sashegyi 1965, 124; Csizmadia 1976, 187; Pálvölgyi 2011, 195–196.

⁸⁰ MRT 11/1867; Csizmadia 1976, 195, 197; Pálvölgyi 2011, 9, 14.

⁸¹ Pálvölgyi 2011, 15.

⁸² Csizmadia 1976, 197; Pálvölgyi 2011, 15, 20, 22, 24, 26–27.

⁸³ Pálvölgyi 2011, 23–26.

⁸⁴ Csizmadia 1976, 197; Pálvölgyi 2011, 15, 45, 52, 58.

⁸⁵ Pálvölgyi 2011, 56–57, 82, 84, 92, 198–199.

⁸⁶ MRT 164/1873; MRT 23/1874; Pálvölgyi 2005, 76–81.

ják a helyi tájékoztatást és egyéb intézkedéseket (pl. szennyvízelvezetés).⁸⁷ Az operatív feladatokat a tisztiorvosok irányítják, kirendelik a járványorvosokat, helyszínen intézkedéseket javasolnak.⁸⁸ Az Országos Közegészségügyi Tanács szerint a vesztégzárak felállítása nem célszerű, azonban a tömegrendezvények korlátozása és a fertőtlenítés fontos.⁸⁹ A végrehajtás azonban akadozik, így miniszteri biztosok feladata az intézkedések foganatosításának megszervezése. A korábbiaknál professzionálisabb védekezésre utal, hogy a biztosok nem katonák és politikusok, hanem orvosok, akik érdemben irányítják a tisztiorvosok és az egészségügyi személyzet munkáját.⁹⁰ A fertőtlenítést a lakosság nem fogadja el, a koleraorvosok kifejezetten fenyegetett helyzetben dolgoznak, így a célszerű intézkedések sem valósulnak meg.⁹¹ A járványügyi intézkedések közé tartozik a kórházba került kolerabetegek elkülönítése, szükségkórházak kialakítása, amely új személyzetet – fertőtlenítőket és szakképzettség nélküli ápolókat – igényel.⁹² A járványt követő napi jelentésekben a helyi közigazgatás adatszolgáltatásának pontatlansága miatt az elhunytak és a betegek pontos száma nem határozható meg.⁹³

VII.3. A büntetőjogi kodifikáció megkezdése

A járványügyi intézkedések megszegésével kapcsolatban csak a miniszteri rendeletek tartalmaznak szankciókat, a belügyminiszter 1874. február 6-án kelt 5375. számú rendelete alapján a szabályzat ellen vétők közigazgatási úton pénzbírsággal fenyegetők (30. §).⁹⁴ A vizsgált időszakban nem születik büntetőjogi rendelkezés a járványokkal kapcsolatban. A büntetőjogi kézikönyvek virágkorukat élik, Szlemenics elavult kötete is újra megjelenik, továbbra is járványra vonatkozó rendelkezések nélkül. Pauler javított és bővített változatban ismét kiadja az akkor már a jogalkalmazásba is széles körben beszivárgott művét, amelynek a ragályos nyavalyákkal kapcsolatos szövege változatlan.⁹⁵ Körösi Sándor (1824–1895) kötetében az 1843. évi javaslat ölnél szereplő speciális büntethetőségi akadálya nem szerepel, azonban az erőszakos letar-

⁸⁷ Pálvölgyi 2005, 79; Pálvölgyi 2011, 27–28, 52.

⁸⁸ Pálvölgyi 2011, 26; Somogyi 2014, 214.

⁸⁹ Somogyi 2014, 217–218.

⁹⁰ Pálvölgyi 2005, 78, 81; Somogyi 2014, 213–214.

⁹¹ Pálvölgyi 2005, 78, 80–81; Somogyi 2014, 217–218, 221.

⁹² Pálvölgyi 2011, 84, 90, 94, 101–103, 105.

⁹³ Pálvölgyi 2005, 80; Faragó 2008, 9; Somogyi 2014, 219.

⁹⁴ MRT 23/1874.

⁹⁵ Pauler 1870, 135–136, 205, 267–268.

tóztatásnál említi a jogellenesség kizárását. A kártételnél felhívja a javaslat ragályos nyavalyák terjesztésére vonatkozó rendelkezését, de nem tér ki arra, hogy jó helyen nyert-e szabályozást.⁹⁶ Kautz Gusztáv (1836–1907) könyvében az ölésnél és az erőszakos letartóztatásnál szerepel a Deák-féle javaslat büntethetőséget kizáró rendelkezése. A szerző szándékos kártétel összefoglaló elnevezés alatt tárgyalja a ragályos nyavalyák terjesztését is, holott vétkes alakzata is van a bűncselekménynek. A jogi tárgy körüli értelmezési probléma azonban nem merül fel.⁹⁷

Az 1843. évi javaslat Csatskó Imre által készített – sohasem publikált, és így a kortársak számára is csak hírből ismert – átdolgozása azonban túllép ezen a szabályozási modellen.⁹⁸ Az eredeti javaslat szövegéhez készített jegyzetekben a 138. §-nál törlendő szerepel, az indokolása szerint ezek a rendkívüli körülményekre és egyéni viszonyokra vonatkozó rendelkezések külön szabályozást igényelnek, nem büntető törvénykönyvbe valók. Szerinte az a) és b) pont a „szükség védelemnek fajai, mit megtagadni akkor sem lehet, midőn a veszély nem egyes embert, hanem közvetlenül a köz biztonságot fenyegeti”, ezért az enyhébb módok alkalmazását is külön kell szabályozni.⁹⁹ A 186. § b) pontjánál nem fűz kommentárt, a 406–410. §-nál pedig a „maradhat” megjegyzés szerepel.¹⁰⁰ A tervezet végső változata azonban csak részben követi a munkaanyagot, a 406–410. § teljes átszövegezésen megy keresztül. Az elhelyezése is megváltozik, a közveszélyt okozó bűncselekmények közül a verekedés (32. fejezet) és a személyes szabadság ellen elkövetett cselekmények (33. fejezet) között Rendőri esetek összefoglaló cím alatt szerepel.¹⁰¹ Csatskó az 1867. évi áprilisi bizottság tervezetének 436. §-át jelöli meg hivatkozásként, utólag ceruzával szúrja be a „Ragályos betegség” széljegyzetet, valamint a vétkes emberölésre és a vétkes testi sértésre visszautaló szakaszszámokat. Az áthelyezés következtében a cselekmény jogi tárgya egyértelműen az emberi élet és egészség. Az elkövetési magatartás megváltozik, a korábbi befejezettségre utaló megfogalmazás (másokra elterjeszt) helyett a ragadós betegség emberek közötti terjesztése, amely tevéssel és mulasztással is megvalósítható. Az új szövegből egyértelmű, hogy ez

⁹⁶ Kőrösi 1872, 250, 309–310.

⁹⁷ Kautz 1873, 302–303, 332, 357–358.

⁹⁸ Bató 2018.

⁹⁹ Csatskó 1869a, XVIIa.

¹⁰⁰ Csatskó 1869a, XIXa, XXIVc.

¹⁰¹ „341. §. A ki oly célzattal, hogy valakinek életét veszélyeztesse ragadós betegséget az emberek közt terjeszt, az, ha ebből emberhalál következett, rabsággal egész húsz évig, más esetekben pedig a veszélynek nagysága és a megbetegedett személyeknek száma szerint rabsággal egész 10. évig büntetendő. Ha az ily közlés vétkeességéből történt, akkor az eset különfélesége szerint a 315k és 332k §-nak rendeletei alkalmazandók.” Csatskó 1869b, 130; Bató 2018, 72, 74.

egy veszélyeztető tényállás, az alapeset (II. fordulat) a veszély és – nem feltétlenül – a megbetegedés, az I. fordulat halálos eredménnyel jár. A szerző egyértelműsíti, hogy az eredménynek az elkövetési magatartással összefüggésben kell bekövetkeznie, azonban továbbra is kérdéses, hogy a korabeli viszonyok között ezt hogyan tudnák bizonyítani. Bárki lehet az elkövetője, akinek a célzata és így a szándéka az élet veszélyeztetésére mindenképpen kiterjed, azonban a halálos eredményre nem. Csatskó a büntetési tételt is korrigálja, a minősített gyilkosság helyett a minősített szándékos emberölésével azonosan állapítja meg. A vétkes emberölésre és vétkes testi sértésre történő visszautalás tulajdonképpen a gondatlan alakzatokat kizárja. A tervezet szövege feledésbe merül, a későbbi kodifikációs munkák során nem veszik figyelembe.

VIII. A közegészségügyi törvénytől az első büntető törvénykönyv hatályba lépéséig (1876–1880)

Az 1872–1873. évi kolerajárvány jogalkotásra ösztönzi a kormányzatot, 1875. október 30-án benyújtják a közegészségügy rendezéséről szóló javaslatot. A közvélemény nem nagyon érdeklődik a közegészségügy kérdései iránt, a politikai elit pedig egyetért a szabályozás szükségességét és módját illetően, így mindössze 2 nem teljes ülésnap alatt letárgyalják.¹⁰² A teljes jogterületet szabályozó, a közegészségügy rendezéséről szóló 1876. évi XIV. tc. alapelve, hogy a közegészségügy állami feladat, a végrehajtás viszont a törvényhatóságok és Budapesten részben a rendőrség feladata. A törvény a kortársak szerint is a kor színvonalának megfelelő, azonban hamarosan végrehajthatatlannak bizonyulnak egyes rendelkezései.¹⁰³ A járványokkal a törvény XII. fejezete foglalkozik, emellett szabályozza az iskolák és büntetés-végrehajtási intézetek járvány esetén követendő eljárását, valamint a közegészségügyi igazgatás és egészségügyi ellátás szereplőinek feladatait járvány esetén (pl. egészségügyi bizottságok teendői, magánorvosok igénybevétele).¹⁰⁴ A 7. § szerint a törvény és felhatalmazására fenntartott vagy kibocsátandó rendeleteknek vagy szabályzatoknak „áthágásai, a mennyiben büntettet vagy vétséget nem képeznek [...] közigazgatási úton büntetendőek”. A járványügyi előírások megszegését azonban külön nem rendeli büntetni törvény, ezeket pótolja később a kihágásokról szóló 1879. évi XL. tc. IX. fejezete.¹⁰⁵

¹⁰² KI 1875–1878/I, 250–283; KN 1875–1878/V, 134–144, 154–160; Pálvölgyi 2005, 81; Pálvölgyi 2011, 196.

¹⁰³ Csizmadia 1976, 196–197; Stipta 1995, 188–189; Pálvölgyi 2011, 24, 33, 36, 197.

¹⁰⁴ Pálvölgyi 2011, 62, 70.

¹⁰⁵ Pálvölgyi 2011, 58, 69–70.

Az 1878. évi V. tc. 316. §-a már egy korszerű szabályozást tartalmaz, a továbbterjedés megakadályozása céljából elrendelt rendszabályok megsértését és az ebből következő esetleges megbetegedést is büntetni rendeli. A miniszteri indokolás csak azt tartalmazza, hogy az államnak joga van a veszély nagyságához igazodva nem csak kihágásként szabályozni ezeket a cselekményeket. Az indokolás más tényállások esetében hosszas történeti és összehasonlító elemzést tartalmaz, itt viszont ez hiányzik, érdemi vita sem zajlik, tehát úgy tűnik, hogy a jogalkotó egy teljesen új jelenségként kezeli ezt a bűncselekményt.¹⁰⁶

IX. A büntetőjogi reakció a járványra a 19. században

A fentiek alapján megállapítható, hogy a járványokkal kapcsolatos önálló magyar büntetőjogi szabályozási igény az 1840-es évekig fel sem merül, a kérdést birodalmi szintű jogszabályok – vagy annak adaptált változatai – rendezik. Az 1843-as javaslat nem szerencsés szabályozási kísérletét az 1860-1870-es évek irodalma – jórészt kritika nélkül – átveszi, Csatskó pedig átdolgozza egyértelműen élet és testi épség elleni szándékos veszélyeztető bűncselekménnyé. A közegészségügyi törvény, a kihágási büntető törvénykönyv és a Csemegi-kódex tulajdonképpen 1880. szeptember 1-jétől hoz létre egy koherens szabályozást a járványügyi rendelkezések megsértésével összefüggésben. Annak ellenére, hogy a 19. század a járványok kora, a téma nem érte el a korabeli büntetőjogi szakírók ingerküszöbét 1880 előtt. Így csak jövőbeli levéltári kutatások adhatnak választ arra, hogy milyen büntetőjogi eszközök biztosították az epidémiák elleni védekezést.

FORRÁS- ÉS IRODALOMJEGYZÉK

- Allgemeines Reichs-Gesetz- und Regierungsblatt für das Kaiserthum Österreich 1850, 1852 (AR-GBI).
- Ambrus I.: A koronavírus-járvány és a büntetőjog. MTA Law Working Papers 2020, 7: 1–22.
- Az 1840. évi V. törvénycikkely által a büntető törvénykönyvvel válhatlan kapcsolatban lévő büntető s jávító rendszer behozása iránt kimerítő véleményadás végett kiküldött országos választmány jelentése. Buda, Magyar Királyi Egyetem, 1843. (Javaslat 1843).
- Az 1875. évi augusztus hó 28-ai hirdetett országgyűlés nyomtatványai. Képviselőházi irományok I. Budapest, Schlesinger és Wohlaue, 1876. (KI 1875–1878).
- Az 1875. évi augusztus hó 28-ai hirdetett országgyűlés nyomtatványai. Képviselőházi napló V. Budapest, Schlesinger és Wohlaue, 1876. (KN 1875–1878).
- Balázs P.: Egészségügyi szabályozás a XVIII. század végén. Magyar Királyság és Erdély rendeletek és tervezetek: 1770–1793. Budapest, Magyar Tudománytörténeti és Egészségtudományi Intézet, 2016.

¹⁰⁶ Lőw 1880/II, 571-572.

- Balázs P.: *Generale Normativum in Re Sanitatis 1770: Orvosok, sebészmesterek, patikusok, bábák, és a járványügy a XVIII. század magyar jogalkotásában.* Piliscsaba-Budapest, Magyar Tudománytörténeti Intézet, Semmelweis Orvostörténeti Múzeum, Könyvtár és Levéltár, 2004.
- Balázs P.: *Mária Terézia 1770-es egészségügyi alaprendelete.* Piliscsaba-Budapest, Magyar Tudománytörténeti Intézet, Semmelweis Orvostörténeti Múzeum, Könyvtár és Levéltár, 2007.
- Bató Sz.: „... a ki-gyanús vidékekből bé-lopja magát...” A járványok elleni védekezés büntetőjogi eszközei a 18. századi Magyarországon. *Jogtörténeti Szemle* 2022, 1:17–24.
- Bató Sz.: „a használt erőszak miatt valakinek halála következett”. Az élet és testi épség elleni cselekmények szabályozási rendszere Csatskó Imre tervezetében (1868–1869) *FORUM* 2018, 2: 65–77.
- Bató Sz.: A szándékon túli eredményért való felelősség az 1843. évi büntetőjogi javaslatban. *FORUM* 2016, 1: 23–43. (2016b)
- Bató Sz.: Adalékok a statáriális eljárás korai történetéhez Magyarországon. In Juhász Zs., Nagy F., Fantoly Zs. (szerk.): *Sapientia sat, ünnepi kötet Dr. Cséka Ervin professzor 90. születésnapjára.* Szeged, Szegedi Tudományegyetem Állam- és Jogtudományi Kar, 2012, 51–60. (2012b).
- Bató Sz.: Ein Überblick über die ungarische Strafrechtsentwicklung bis zum Jahre 1948. In: Sinn A, Gropp W, Nagy. (szerk.): *Grenzen der Vorverlagerung in einem Tatstrafrecht. Eine rechtsvergleichende Analyse am Beispiel des deutschen und ungarischen Strafrechts.* Osnabrück, Universitätsverlag Osnabrück, 2011, 41–52. (2011a).
- Bató Sz.: *Mert az Ördög velem volt. Élet elleni bűncselekmények a 19. század első felében.* Budapest, L'Harmattan Kiadó, 2012. (2012a).
- Bató Sz.: *Törvényesség törvény nélkül: Az anyagi jogi legalitás elve a Csemegi-kódex előtt.* In Homoki-Nagy M. (szerk.): *Konferencia a bírói hatalomról és az állampolgárságról. IV. Szegedi Jogtörténeti Napok.* Szeged, Szegedi Egyetemi Kiadó, Juhász Gyula Felsőoktatási Kiadó, 2011, 29–40. (2011b).
- Bató Sz.: *Tudomány – oktatás – praxis: a bűnösség megítélése a kodifikálatlan büntetőjog korában.* In Bódi M, Zódi Zs. (szerk.): *A jogtudomány helye, szerepe és használata. Tudománytörténeti és tudományelméleti írások.* Budapest, Opten Kiadó, MTA TK Jogtudományi Intézet, 2016, 197–218. (2016a).
- Csatskó I.: *A magyar büntető-törvénykönyvi javaslat indokolása. Sajátk. vázlatok. 2r. XXVI. szám iv (52lev) és 7 lev melléklet.* MTA KIK Kézirattár Jogt. Általános 2-r. 94. sz. (1869a; 1869b).
- Csatskó I.: *Az 1852-ki Május 27-ki austriai birodalmi büntetőtörvény magyarázata, [...].* Pest, Geibel Armin, 1853.
- Csizmadia A.: *A magyar közigazgatás fejlődése a XVIII. századtól a tanácsrendszer létrejöttéig.* Budapest, Akadémiai Kiadó, 1976.
- Dancs Gy.: *Az első kolerajárvány elleni védekezés kezdeti sikerei 1831 elején Északkelet-Magyarországon.* *Acta Universitatis Debreceniensis Series Historica* 2019: 74–98.
- Deáky Z.: *A hivatalos és a hagyományos gyógyítás a magyar történeti forrásokban.* Budapest, Osiris, 2002.
- F. Kiss E.: *Az 1848–1849-es magyar minisztériumok.* Budapest, Akadémiai Kiadó, 1987.
- Fábiánné Kiss E.: *A magyar egészségügyi szakigazgatás szervezete és problémái 1848–1849-ben.* *Századok* 1976, 2: 294–326.
- Faragó T.: *A járvány és a források egy történeti demográfus szemével. (Adalékok a hagyományos demográfiai rendszer vizsgálatához.)* *Levéltári Szemle* 2008, 4: 3–15.

- Felhő I., Vörös A.: A helytartótanácsi levéltár. Budapest, Akadémiai Kiadó, 1961.
- Gazda I., Kapronczay K.: Időrendi áttekintés az első átfogó közegészségügyi rendeletről (1770) az első közegészségügyi törvényig – intézmények, jogszabályok, vitaanyagok, kiadványok. In Kapronczay K., Gazda I. (szerk.): A magyarországi közegészségügy története 1770–1944: Jogalkotás, közegészségügyi intézmények, szakirodalom. Budapest, Magyar Tudománytörténeti Intézet, Semmelweis Orvostörténeti Múzeum, Könyvtár és Levéltár, 2008, 13–92.
- Gortvay Gy.: Az újabbkori magyar orvosi művelődés és egészségügy története I. Budapest, Akadémiai Kiadó, 1953.
- Grosz L.: Orvosi rendőrség. Pest, Engel és Mangello, 1863.
- Jakab A.: A közigazgatási jog tudománya és oktatása Magyarországon. In Jakab A., Menyhárd A. (szerk.): A jog tudománya. Tudománytörténeti és tudományelméleti írások, gyakorlati tanácsokkal. Budapest, HVG-ORAC, 2015, 193–217.
- Kapronczay K.: A magyar orvosi szakajtó és könyvkiadás a reformkorban és a neoabszolutizmus korában (1831–1861). Budapest, Országos Pedagógiai Könyvtár és Múzeum, 2004, 50.
- Kapronczay K.: Fejezetek 125 év magyar egészségügyének történetéből. Budapest, Semmelweis Orvostörténeti Múzeum, Könyvtár és Levéltár, 2001.
- Karvasy Á.: A közrendészeti tudomány. Budapest, Emich Gusztáv, 1862.
- Kautz G.: A magyar büntető jog és eljárás tankönyve, különös tekintettel a gyakorlati élet igényeire is. Pest, Eggenberger, 1873.
- Kőrösi S.: Büntetőjogtan több kül- és belföldi források után jogtanuló ifjúságunk, bíránk, s ügyvédek használatára, Pápa, Reform. Főtanoda, 1872.
- Krász L.: Az adatoktól az információig, az információtól a tudástermelésig. Az egészségügyijelentés-írás gyakorlata(i) a XVIII. századi Magyarországon. Századvég 2013, 4: 155–187.
- Krász L.: Orvosi tudás és hatalom: A (köz)egészségügyi szervezetrendszer kialakítása Mária Terézia korában. In Gerő A., Nagy B. (szerk.): Mária Terézia a magyarok királynője (1740–1780). Budapest, Habsburg Történeti Intézet, Közép- és Kelet-európai Történelem és Társadalom Kutatásáért Közalapítvány, 2018, 117–150.
- Landesgesetz- und Regierungsblatt für das Kronland Ungarn 1850–1853 (LRBIU).
- Linzbauer F. X.: Codex Sanitario-Medicinalis Hungariae II., III/2–4. Budae, Typis Regiae Scientiarum Universitatis Hungaricae, 1852, 1855, 1860, 1861.
- Löv T. (szerk.): A magyar büntetőtörvénykönyv a büntettekről és a vétségekről (1878: 5. tcz.) és teljes anyaggyűjteménye I. Pesti Könyvnyomda, Budapest, 1880.
- Magyar Országos Levéltár, Helytartótanácsi levéltár, Magyar Királyi Helytartótanács, Departamentum Publico-politicum 1783–1848 Normalia. (MOL-C53N).
- Magyarországi Rendeletek Tára. 1867, 1873–1874. (MRT).
- Nagy F.: A büntetőjog tudománya. In Jakab A., Menyhárd A. (szerk.): A jog tudománya. Tudománytörténeti és tudományelméleti írások, gyakorlati tanácsokkal. Budapest, HVG-ORAC, 2015, 261–333.
- Ő Felsége rendeletei az országban uralkodó cholera tekintetében. Orvosi Tár 1831, 5: 181–182. (Ő Felsége 1831).
- Pálvölgyi B.: „A kolera egyike az emberiség legnagyobb jótevőinek”. A kolera elleni védekezés a közegészségügyi közigazgatás rendszerében az 1872–1873-as kolera idején. Jogtörténeti Szemle 2005, 3: 76–83.

- Pálvölgyi B.: A magyar közegészségügyi közigazgatás intézményrendszere (1867–1914) – Kiepisülésének és működésének vizsgálata a himlő, a trachoma és a tbc elleni küzdelem fejlődésének tükrében. Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2011.
- Pauler T.: Büntetőjogtan II. Pest, Pfeifer Ferdinánd, 1865.
- Pauler T.: Büntetőjogtan II. Pest, Pfeifer Ferdinánd, 1870.
- Politische Gesetze und Verordnungen 1792-1848, 1805, 1837. (PGV).
- Récsi E.: Közigazgatási törvénytudomány kézikönyve [...] III. Pest, Heckenast Gusztáv, 1854.
- Reichs-Gesetz-Blatt für das Kaiserthum Österreich 1853 (RGrBl).
- Ress I.: A neoabszolutizmus kora (1849–1867). In Körmendy L. (szerk.): Levéltári kézikönyv. Budapest, Osiris, Magyar Országos Levéltár, 2009.
- Sashegyi O.: Az abszolutizmuskori levéltár. Budapest, Magyar Országos Levéltár Akadémiai Kiadó, 1965.
- Somogyi L.: Adatok az 1872–1873. évi kolerajárvány Pest megyei eseményeihez. In Kiss A. (szerk.): Tanulmányok Pest megye múltjából V. Budapest, Pest Megyei Levéltár, 2014, 209–234.
- Stipta I.: Törekvések a vármegyék polgári átalakítására.: Tervezetek, javaslatok, törvények. Budapest, Osiris Kiadó, 1995.
- Szokolay I.: Az új osztrák büntető törvénykönyv magyarázata. [...]. Pest, Lukács László, 1852. Vezérszó. Orvosi Tár 1831, 1: V-XIV. (Vezérszó 1831).
- VII. *Opinio circa Negotium Sanitatis Comitii exhibenda.* In *Opinio Excelsae Regnicolaris-Deputationis motivis suffulta, pro pertractandis in consequentiam Articuli 67:1790/1 elaboratis Systematicis Operatis Articulo 8. 1825/7 exmissae, circa Objecta ad Deputationem Publico-Policam relata Opinio.* Pest, Trattner-Károlyi, 1831, 139–140. (*Opinio* 1831).

ÉLET, TESTI ÉPSÉG, EGÉSZSÉG ELLENI BŰNCSELEKMÉNYEK ÉS A COVID19¹

AMBRUS ISTVÁN

egyetemi docens, ELTE-ÁJK Büntetőjogi Tanszék,
tudományos munkatárs, TK Jogtudományi Intézet

Bevezetés

A 2020 elején indult, majd sajnálatos módon még a 2021. évet is alapjaiban meghatározó COVID19-világjárvány nemcsak az életünket forgatta fel szinte teljes egészében, hanem lényegében valamennyi tudományterület művelőinek – várhatóan hosszú évekre elegendő – feladatot adott. Nincs ez másként a jogtudomány, és közelebbről a büntetőjog tudománya esetében sem. Egy ilyen helyzetben ugyanis – a bűnözés volumenének élénkülése mellett – az újfajta bűnelkövetési formák kezelésére is fel kell készülnie úgy a jogalkotásnak, mint a bűnüldöző hatóságoknak, amihez a tudományos vizsgálódások nyújthatnak alapvető segítséget. Az elsősorban cseppfertőzéssel terjedő SARS-CoV-2 koronavírus kapcsán számos élet, testi épség és egészség elleni (például testi sértés, foglalkozás körében elkövetett veszélyeztetés, emberölés), köznyugalom elleni (például rémhírterjesztés, közveszéllyel fenyegetés), vagyon elleni vagy gazdasági (például csalás, költségvetési csalás) bűncselekmény, továbbá korábbi és újonnan bevezetett szabálysértési tényállás megvalósulása is felmerülhet.² Ebben a tanulmányban az első érintett kört, tehát az élet, testi épség, valamint az egészség elleni deliktumoknak a járvánnyal összefüggő egyes kérdéseit mutatom be, kitérve elsősorban a testi sértés, illetve az emberölés megállapíthatóságának, valamint egyes jogellenességet kizáró okok COVID-specifikus értelmezésének lehetőségeire, néhány ismertté vált jogesetre, valamint a kapcsolódó bűnügyi statisztikára is kitékintve.

Testi sértés és emberölés koronavírus-járvány idején

A COVID19-fertőzést a SARS-CoV-2 koronavírus, és annak különböző változatai okozzák, amelyek nem ritkán tünetmentesek, sokaknál ugyanakkor influenzaszerű,

1 A kutatást az NKFIH 128394. számú posztdoktori kiválósági programja támogatta.

2 Részletesen lásd Ambrus István (szerk.): COVID-19 és büntetőjog. Az emberi egészség, a köznyugalom, és más jogtárgyak védelme járvány idején. ELTE Eötvös, Budapest, 2021., továbbá Ambrus István: A koronavírus-járvány és a büntetőjog. MTA Law Working Papers 2020, 5: 12–18.

megint másoknál lényegesen súlyosabb eredményt, így tüdőkárosodást vagy halált idéznek elő. Ahogy a bevezetőben láttuk, elsősorban cseppfertőzéssel terjedő vírusról van szó,³ így ebben a körben jelentős figyelmet igényelhetnek mindenekelőtt a klaszszikus, elemi jellegű, élet, testi épség és egészség elleni [a Büntető Törvénykönyvről szóló 2012. évi C. törvény (a továbbiakban: Btk.) XV. Fejezete]⁴, materiális sértő bűncselekmények, mint amilyen a *testi sértés* (Btk. 164. §) és az *emberölés* (Btk. 160. §).

A testi sértés tényállása a járvány kapcsán azért juthat jelentőséghez, mert annak büntetőjogi jelentéstartalma a köznapi értelemben vettnél lényegesen tágabb: nem csupán testi sérülés okozásával (pl. bántalmazással) valósítható meg, hanem egészségsértéssel, tehát betegség előidézésével is.⁵ Így büntetőjogi értelemben testi sértés lehet megállapítható például akkor is, ha valaki hideg időben, a tóparton álló sértettet – sérülés okozása nélkül – a vízbe löki, amelytől a sértett a jeges vízben tüdőgyulladást kap. A szakirodalom ide sorolja továbbá a gyógyíthatatlan nemi betegséggel (így például HIV-vírussal), szexuális úton történő megfertőzés esetét is.⁶

A testi sértés ún. nyitott törvényi tényállás, befejezetté válásához tehát mindenképpen eredmény – a COVID19 esetében a betegség mint testi, kóros állapot – bekövetkezése szükséges. Ez ugyanakkor kizárólag akkor róható az elkövető terhére, ha kifejtett tevékenysége⁷ és az említett eredmény között *okozati összefüggés* állapítható meg.⁸ Ez akkor forog fenn, ha az elkövetési magatartás nélkül az eredmény nem, vagy nem

³ <https://www.origo.hu/nagyvilag/20200312-hogyan-terjed-az-uj-tipusu-koronavirus.html>

⁴ A Büntető Törvénykönyvről szóló 1978. évi IV. törvény még egyszerűen „személy elleni” bűncselekményeknek nevezte e deliktumokat.

⁵ Angyal P.: A magyar büntetőjog kézikönyve 3. A testi sértés és a közegészség elleni bűntettek és vétségek. Atheneum, Budapest, 1928, 10. Vö. továbbá az Országos Igazságügyi Orvostani Intézet – már hatálytalan – 16. számú módszertani levelével is.

⁶ Lásd Bittmann, KP: Strafrechtliche Probleme im Zusammenhang mit AIDS. Österreichische Juristen-Zeitung 1987, 16: 486–492.

⁷ A nyitott törvényi tényállású bűncselekmények – így a testi sértés is – elkövethetők mulasztással is, feltéve, hogy a tettest speciális, büntetőjogon kívüli kötelezettség terhelte az eredményhez vezető okfolyamatba történő beavatkozás kapcsán, amelyet cselekvési készsége és képessége ellenére nem tett meg. A mulasztás felfogásunk szerint valójában nem okozatos cselekmény, hanem éppen azért tartozik az elkövető büntetőjogi felelősséggel, mert az okfolyamat megakasztását elmulasztotta. E problémakört azonban, bonyolultsága és témánkhoz csupán áttételesen kapcsolódó jellege miatt itt és most részletesebben nem járom körbe. Részletesen lásd ugyanakkor Gellér B., Ambrus I.: A magyar büntetőjog általános tanai I. Budapest, ELTE Eötvös, 2019, 207–201. és 226–227.

⁸ Belovics E.: Az élet, a testi épség és az egészség elleni bűncselekmények. In Belovics E., Molnár G. M., Sinku P.: Büntetőjog II. Különös Rész. Budapest, HVGORAC, 2013, 109.

abban a formában következett volna be, ahogy erre végül sor került. Ontológiai fennálltát a gyakorlat az ún. *conditio sine qua non* formulával vizsgálja, amelynek értelmében nem lehet oknak tekinteni az olyan előzményt, amelynek gondolatbeli elhagyása mellett az eredmény lényegében ugyanolyan formában (helyen, időben, módon stb.) bekövetkezett volna. Lényeges, hogy a további, együtttható okok (pl. eleve megvolt betegség, későbbi szövődmények stb.) a bírói gyakorlat szerint alapvetően nem szakítják meg az okozati összefüggést.⁹ Hiányában ugyanakkor a materiális bűncselekmény tárgyi oldala nem jön létre, ezért a befejezett bűncselekmény megállapítására sem kerülhet sor. Így egy eseti döntés értelmében „[a] testi sértés miatt indult eljárásban a vád tárgyává tett magatartás és a bekövetkezett eredmény között az okozati összefüggés hiánya minden más körülménytől függetlenül felmentéshez vezet, s szükségtelenné teheti a jogellenesség és az alanyi bűnösség vizsgálatát is”.¹⁰

A testi sértés – amennyiben legalább súlyos, tehát 8 napon túli gyógytartammal járó betegséget idéz elő – akár szándékos, akár gondatlan bűnösség esetén megállapítható. A befejezett súlyos testi sértés miatt folytatott büntetőeljárásokban az alanyi oldal vizsgálatára ugyanakkor, miként az a fentiekből kitűnt, kizárólag az okozati összefüggés megállapíthatósága (és a gyakorlatban: kétséget kizáró bizonyítottsága) esetén kerülhet sor.

Mindezt arra figyelemmel érdemes külön is hangsúlyozni, mivel egy interneten megjelent, a koronavírusral kapcsolatos veszélyekre figyelmeztető hatósági tájékoztatás szerint „[a]ki tisztában van betegségével (fertőzöttségével), és annak tudatában mégis megszegi a járványügyi szabályokat, az súlyos testi sértés büntetést, amennyiben magatartása más ember halálához vezet, halált okozó testi sértés büntetést követi el”.¹¹

Az idézett álláspontnak annyiban maradéktalanul igazat lehet adni, hogy a befejezett testi sértés elméleti/dogmatikai alapon sor kerülhet a koronavírus más személyre történő átadása révén. 8 napon túli gyógytartam esetén valóban a súlyos testi sértés lehet a helyes minősítés, és pedig annak büntetési – tehát szándékosan megvalósított – változata, amennyiben az elkövető tudott a betegségről, és cselekménye révén a sértett megfertőződését kívánta, vagy ebbe legalábbis belenyugodott (Btk. 7. §). Ugyanakkor elvileg a gondatlanságból elkövetett súlyos testi sértés vétségének a megállapítása is szóba jöhet, ha az elkövető könnyelműen bízott abban, hogy nem fog mást megfertőzni a cselekményével, továbbá akkor is, ha betegségről azért nem tudott, mert a tőle elvárható figyelmet vagy körütekintést elmulasztotta (Btk. 8. §).

⁹ 3/2013. BJE I. 5. pont, BH 1993. 7., BH 2002. 169.

¹⁰ BH 2008. 321.

¹¹ <http://www.police.hu/hu/hirek-es-informaciok/legfrissebb-hireink/kozrendvedelem/ahatosagok-tovabbra-is-szamitanak-az>

Ami azonban a befejezett testi sértésnek a koronavírus átadása esetére való megállapítását a gyakorlatban igencsak megnehezíti, az az okozati összefüggés meglétének a megállapítása, tehát bizonyításának a problémája. A koronavírus ugyanis *cseppfertőzés* útján terjed, így tüszentés, köhögés útján közvetlenül, vagy közvetve – például egy levegőben úszó porszemre ragadva – kerülhet mások szervezetébe, belehelés útján. Ennek egy büntetőeljárás keretében történő utólagos rekonstruálása ugyanakkor tetemes nehézséget jelenthet, hiszen ha a sértett nem csupán például a házi karantént engedély nélkül elhagyó, a koronavírus részére átadni szándékozó elkövetővel, hanem mással is találkozott a vádbeli időszakban, rögtön felmerülhet, hogy a vírust valójában nem is az elkövetőtől, hanem mástól kapta el. Különösen alapos védekezés lehet ez a járvány tömegessé válása időszakában, amikor tulajdonképpen bárki akár tudtán kívül is vírushordozó lehet. Jóllehet a gyakorlati tapasztalatok alapján kisebb eséllyel, de hasonló helyzet merülhet fel akkor is, ha a sértett nem találkozott ugyan senkivel, sőt akár a lakásából sem mozdult ki, azonban oda korábban a vírussal a megelőző 3 napban érintkezett műanyag tárgy került, amelyről a kórokozó szintén a szervezetébe kerülhetett.¹² Cseppfertőzéssel terjedő betegségek esetén a lehetőségek tárháza tehát csaknem végtelen.

A büntetőeljárásról szóló 2017. évi XC. törvény (a továbbiakban: Be.) 7. § (4) bekezdése alapján a kétséget kizáróan nem bizonyított tény pedig nem értékelhető a terhelt terhére. Így várhatóan, ha meg is indulna egy büntetőeljárás a koronavírussal történő megfertőzés gyanúja alapján befejezett testi sértés miatt, azt az ügyészség vagy a nyomozó hatóság sok esetben – az *in dubio pro reo* elve alapján – kénytelen lenne megszüntetni a Be. 398. § (1) bekezdés c) pontja alapján, mivel a bizonyítási eszközök alapján nem állapítható meg a bűncselekmény elkövetése.

Mindezek alapján a befejezett testi sértés miatti büntetőjogi felelősség megállapítására csak olyan extrém esetben kerülhetne aggálytalanul sor, amikor az elkövető és a sértett minden más személytől és tárgytól hermetikusan elkülönítve, például egy előzetesen alaposan fertőtlenített szobában lennének összezárva, és bizonyítható lenne, hogy a szobába kerülésükkor az elkövető már vírushordozó volt, míg a sértett még egészséges, és a vírus nem is lappangott még a szervezetében. Ezt követően, amikor előkerülnének – több mint 3 nap múltán – már a sértett koronavírustesztje is pozitív eredményt mutatna.

¹² Egy 2020. márciusi orvostudományi kutatás szerint kartonpapíron például 24, műanyagon és rozsdamentes acélon azonban akár 72 óráig is életben maradhat a koronavírus. Lásd: <http://semmelweis.hu/hirek/2020/03/18/egykes-feluleteken-tobb-napig-is-fertozokepes-marad-az-uj-koronavirus/>. 2020 októberében már olyan kimutatás is ismert volt, amely bizonyos felületeken (pl. bankjegyen, mobiltelefon képernyőjén) a fertőzőképesség tartamát 28 napra tette. Lásd: <https://www.portfolio.hu/gazdasag/20201011/uj-kutatas-a-koronavirusrol-hetekig-fertozhet-hetkoznap-i-hasznalati-targyakon-452388>

A *tisztán gondatlan* testi sértésre – tehát amikor az elkövetési magatartás kifejtése maga is gondatlanságból történik – a fenti okfejtés kivétel nélkül irányadó lehet, a büntetőjogi felelősség megállapítása tehát – az okozati összefüggés gyakorlati bizonyítási nehézségei miatt – erősen kétséges. Más a helyzet ugyanakkor dogmatikai értelemben a *szándékos* elkövetéssel: a szándékos bűncselekménynek ugyanis nem csupán a befejezett alakzatát, hanem annak kísérletét – sőt a súlyos testi sértésnek már az *előkészületét* [Btk. 164. § (7) bekezdés] is – büntetni rendeli a törvény. A súlyos testi sértés *kísérlete* (Btk. 10. §) viszonylatában ugyanis éppen a tényállásszerű eredmény marad el, avagy nem bizonyítható, hogy az az elkövető cselekményével okozati összefüggésben következett be. *Előkészület* (Btk. 11. §) esetén pedig az elkövető még meg sem kezdi a bűncselekmény megvalósítását, csupán az elkövetés céljából például biztosítja a szükséges feltételeket.

Így megállapítható lehet a *súlyos testi sértés büntettének kísérlete* például abban az esetben, ha a koronavírussal fertőzött elkövető haragosa megbetegítésére irányuló *egyenes szándékkal* elhagyja a hatóságilag elrendelt karantént, majd a sértettet felkeresve rá vagy használati tárgyaira köhög,¹³ esetleg olyan tárgyat csempész a sértett lakására, amelyre a vírust előzetesen szándékosan felvitte (például a nyálával). Ez akkor is így lehet, ha:

- a) a sértett egyáltalán nem kapja el a vírust;¹⁴
- b) a sértett az elkövető cselekménye miatt elkapja ugyan a vírust, de tünetmentes marad;
- c) a sértett az elkövető cselekménye miatt elkapja a vírust és tüneteket is produkál, de 8 napon túl gyógyuló betegség nem alakul ki nála;
- d) a sértett nem, vagy nem bizonyítottan az elkövetőtől kapja el a vírust, de tünetmentes marad,
- e) a sértett nem, vagy nem bizonyítottan az elkövetőtől kapja el a vírust, tüneteket produkál, de 8 napon túl gyógyuló betegség nem alakul ki nála;
- f) a sértett nem, vagy nem bizonyítottan az elkövetőtől kapja el a vírust és 8 napon túl gyógyuló betegség alakul ki nála.

¹³ A híradások szerint hasonló a helyzet az angol büntetőjogban is, lásd https://index.hu/kulfold/2020/03/26/ket_het_es_london_is_eslesik/

¹⁴ Ezen, legerősebb kimenetelű eset lényegében rokonítható azzal a példával, amelyben az elkövető súlyos testi sértés okozására irányuló szándékkal a sértett feje irányába sújt a baseballütőjével, a sértett azonban elhajol, így az ütő nem találja el, tehát semmilyen sérülése nem keletkezik. A bírói gyakorlat ilyenkor is aggálytalanul megállapítja a (szándékos) súlyos testi sértés kísérletét.

Az f) pontban írt eset indoka, hogy az okozati összefüggés hiánya vagy bizonyíthatatlansága okán a befejezett szándékos súlyos testi sértés megállapítása eselik ugyan, a szándék szerinti testi sértés kísérlete ugyanakkor ilyenkor is megállapítható. Ez az eset egyébként a *novus actus interveniens* (az okozati lánc megszakadása) tanával is magyarázható.¹⁵

Ugyanígy előfordulhat egyébként nemcsak egyenes, hanem *eshetőleges szándékú* elkövetés, például abban az esetben, ha a koronavírusos, már folyamatosan tüneteket produkáló elkövető szándékosan, mindenféle védőfelszerelés (pl. maszk, kesztyű) nélkül hagyja el a karantént azért, hogy egy nem a létfenntartáshoz szükséges üzletbe menjen, ahol egy szintén ott vásárló személyre rátüsszent. Ilyenkor nem kívánja ugyan, de a körülmények alapján lényegében belenyugszik abba, hogy más is elkaphatja tőle a fertőzést. Az említett példa kapcsán felmerülhet ugyanakkor, hogy a tüsszentés – szemben a sértettre irányított, célzatos köhögéssel – önmagában nem tekinthető büntetőjogi értelemben vett *cselekménynek*, tehát hatóképes és akaratlagos emberi magatartásnak. Egy tüsszentés akarat által vezérelt jellegét ugyanis meglehetősen nehéz lenne megmagyarázni. Ez ugyanakkor nem jelenti a büntetőjogi felelősség alóli mentesülést: az elkövető ugyanis azáltal, hogy egyértelmű tünetei ellenére, védőfelszerelés nélkül elhagyta a számára kötelező tartózkodási helyül hatóságilag kijelölt lakást, lényegében olyan *felróható előmagatartást* fejtett ki, amellyel olyan helyzetbe hozta saját magát, amely révén a későbbiekben társadalomra veszélyes következmény állt be. Ilyenkor az *actio libera in causa* tana¹⁶ alapján nem a tüsszentés (amely, mint láttuk, büntetőjogi értelemben nem is igazából cselekmény), hanem a lakás elhagyása (amely viszont kétségtől cselekmény) időpontjában fennálló bűnösség alapján szükséges megállapítani a bűncselekményt.

Sajátosan alakulhat továbbá a helyzet a *vegyes bűnösségű* bűncselekmények viszonylatában. Itt a kísérlet miatti felelősségre vonásról alapvetően le kell mondanunk. Ha ugyanis alapeseti vegyes bűnösségről van szó, a bűncselekmény a gondatlan deliktumok jogi sorsát osztja, így a kísérlet törvényileg kizárt. Amennyiben pedig a minősítő körülményt képező, az elkövető gondatlansága által átfogott eredmény következik be – mint például a fenti, hatósági felhívásban említett halált okozó testi sértés viszonylatában – annak kísérlete ugyancsak kizárt a jogirodalom szerint, lévén a minősítő körülményként szabályozott eredmény az alapeseti eredményre épül rá.¹⁷

A kísérlet stádiuma kapcsán szükséges még ugyanakkor kiemelni, hogy az adott esetben *alkalmatlan tárgyon* elkövetettnek [Btk. 10. § (3) bekezdés] is minősülhet.

¹⁵ Gellér B, Ambrus I.: i. m. 223.

¹⁶ Gellér B, Ambrus I.: i. m. 304.

¹⁷ Jescheckre hivatkozva így Nagy F.: A magyar büntetőjog általános része. Budapest, HVGORAC, 2010, 198.

A COVID19- fertőzést egyrészt ugyanis sokan nem kapják el, illetve ha el is kapják, lényegében tünetmentesek maradnak. Így egy kiemelkedően jó immunrendszerű személy kapcsán felmerülhet, hogy in concreto nem volt alkalmas passzív alanya a testi sértésnek. Másrészt előfordulhat, hogy a kísérletet olyan személy kapcsán fejtik ki, aki nemrégiben már elkapta a koronavírus, így magas antitestszintjére figyelemmel a vírussal ismételten még nem fertőzhető meg. Végül ugyancsak alkalmatlan kísérlet jöhet szóba a hatékony (pl. FFP-) maszkot viselő, de még inkább a COVID19 elleni vakcinával már beoltott személy elleni elkövetés esetében.

A kísérlet alkalmatlansága ugyanakkor a magyar büntetőjogban nem zárja ki a felelősség megállapítását, csupán a büntetés korlátlan enyhítését vagy mellőzését teszi lehetővé a bíróság számára. Meg kell ugyanakkor jegyezni, hogy a legújabb bírói gyakorlat meglehetősen az alkalmatlan tárgyon elkövetett kísérlet fogalmának kiüresítése irányába halad,¹⁸ ami viszont – miután a jogalkotó által kifejezetten rögzített stádiumtani kategóriáról van szó – a helyes dogmatikai felfogás szerint kerülendő.¹⁹

A cseppfertőzéssel átadott COVID19 és a sértett halála közötti okozati összefüggés meglete esetén nem csupán az idézett hatósági álláspont szerinti halált okozó testi sértés, hanem akár szándékos emberölés is megállapítható lehet, feltéve, hogy az elkövető eleve azzal a szándékkal köhög például a sértettre, mert annak halálát kívánja. Az ilyen esetek többségében az okozati összefüggés ugyanakkor nem csupán nehezen bizonyítható, hanem az *adekvát kauzalitás tana* alapján dogmatikai alapon is vitatható lehet, hiszen egy köhögés kapcsán kevesekben merülne fel – éspedig az orvostudomány képviselőiben sem –, hogy annak adekvát következménye a halálos eredmény. Más lehet a helyzet természetesen egy súlyos alapbetegségben szenvedő, így kifejezetten gyenge immunrendszerű sértett esetében, amely körülményről az elkövető is tud. Így ha a koronavírusal fertőzött, de fiatal, életerős, így tünetmentes elkövető az idős, nagybeteg sértett halálát kívánva, köhögéssel vagy más módon annak szervezetébe juttatja a kórt, a szándékos emberölés (vagy akár annak valamely minősített esete, például örökség megszerzése érdekében történő elkövetés esetén az aljas cél) már megállapíthatóvá válik.

Az emberölés – a testi sértéshez hasonlóan – nyitott törvényi tényállás, így mulasztással is elkövethető, amely kapcsán azonban ugyanazon szabályok lehetnek irányadók a vírusjárvány idején, mint egyébként, nevezetesen: a tettet speciális, büntetőjogon kívüli (például családjogi, más polgári jogi, munkajogi stb.) kötelezettség kell, hogy

¹⁸ A holttesten végrehajtott ölési cselekmény kapcsán a régi, helyes gyakorlatot a BH 1978. 266., míg az új, vitatható felfogást az EBH 2012. B.4. számú döntés jeleníti meg. A szakirodalomban az új nézet pártján Krecsik E: Objektív alkalmatlanság esetén az elhatározott bűncselekmény kísérlete miatt sincs helye büntetőjogi felelősségre vonásnak. In Molnár G. M., Koltay A. (szerk.): Bonus Iudex. Ünnepi kötet Varga Zoltán 70. születésnapja alkalmából. Budapest, Pázmány Press, 2018, 243–258.

¹⁹ Az új gyakorlat kritikájához lásd Gellér B, Ambrus I.: i. m. 367–369.

terhelje a halálos eredményhez vezető okfolyamatba történő beavatkozásra, amelyet cselekvési készsége és képessége ellenére nem tesz meg.²⁰ Így például Spanyolországból a koronavírus-járvány kitörése idején érkezett olyan hír, amely szerint idős, beteg személyeket magukra hagytak és így halálukat lelték.²¹ Az ilyen eset a magyar büntetőjog alapján – a hozzátartozók vagy akár az ápolók vonatkozásában – mulasztásos emberölésként lenne értékelhető. Ilyen irányú speciális kötelezettség hiányában egy másik élet, testi épség és egészség elleni bűncselekmény, a *segítségnyújtás elmulasztása* (Btk. 166. §) lehet megállapítható, például abban az esetben, ha egy járókelő az utcán hirtelen fellépő, súlyos tüneteket produkáló koronavírusos személy vonatkozásában nem értesíti a mentőket.

E pont zárásaként kiemelhető, hogy természetesen nemcsak a koronavírus átadásával összefüggésben merülhet fel testi sértés és emberölés, hanem azok szokványos formáiban is. Erre a kérdéskörre röviden e tanulmányunk a 2020. év kriminálstatisztikai adatait értékelő pontjában fogok visszatérni.

További releváns bűncselekmények

Az érintett Btk.-fejezetből felmerülhet továbbá, orvosi körben a *foglalkozás körében elkövetett veszélyeztetés* (Btk. 165. §) megállapíthatósága. E bűncselekmény-alapeset nem sértő, hanem csupán veszélyeztető eredményt követ meg. Így a büntetőeljáráásban nem kell bizonyítást felvenni arra, hogy az elkövető cselekménye és a sértett súlyos betegsége, halála stb. között fennállt-e okozati összefüggés. A tárgyi oldalon elegendő annak kimutatása a büntetőeljáráásban, hogy az elkövető és a sértett közvetlen személyes kapcsolatba került (például egy operáció vagy más ellátás alatt), és ennek során létrejött a reális lehetőség a koronavírus átadására. A büntetőjogi felelősség megállapításához ugyanakkor az alanyi oldalon feltétlenül szükséges, hogy a foglalkozási szabályszegés szándékos vagy gondatlan legyen. Ha ugyanis például az orvos – tünetek és tesztelés hiányában – nem tud arról, hogy a betegséget elkapta, vétlensége folytán nem büntethető.

Szóba jöhet még a koronavírus-járvány kapcsán a Btk. XV. fejezetéből a már említett segítségnyújtás elmulasztása, illetve a *gondozási kötelezettség elmulasztása* (Btk. 167. §). Előbbi, mint utaltam rá, bármely laikus terhére megállapítható lehet, aki nem nyújt tőle elvárható segítséget a vírus okozta súlyos tünetei miatt azonnali kórházi ellátására szoruló személynek. A gondozási kötelezettség elmulasztása a gondozásra szoruló, nagykorú sértett ellen követhető el tipikusan hozzátartozói által, amennyiben

²⁰ Gellér B, Ambrus I.: i. m. 207–211. és 226–227.

²¹ https://index.hu/kulfold/2020/03/23/magukra_hagyott_oregek_es_halotak_a_spanyl_idosek_otthonaban/

csupán veszélyeztető eredmény következett be. Kiskorú viszonylatában ugyanez a Btk. XX. fejezetében szabályozott *kiskorú veszélyeztetéseként* [Btk. 208. § (1) bekezdés] lehet büntethető.

COVID19 és a jogellenességet kizáró okok

A jogellenességet (más terminológia szerint: társadalomra veszélyességet) kizáró okok olyan, a Btk. általános vagy különös részében, illetve más jogszabályban szabályozott, avagy a bírói gyakorlat által kialakított körülmények, amelyek a tényállásszerű cselekményt objektíve jogszerűvé minősítik, amely ennek révén megengedett magatartássá válik, a bűncselekmény fogalmilag nem jön létre, így ha a büntetőeljárás meg is indult, azt meg kell szüntetni, illetve bírósági szakban felmentő döntést kell hozni.²²

A COVID19-járvánnyal összefüggésben álláspontom szerint elsősorban a *jogos védelem* (Btk. 21-22. §), a jogszabály engedélyén (Btk. 24. §) keresztül az *elfogási jog* (Be. 273. §), valamint a *sértett beleegyezése* mint jogellenességet kizáró okok juthatnak gyakorlati jelentőséghez. Ugyancsak alappal vethető fel a triázsolás körében a *végszükség* (Btk. 23. §) problematikája is, amelynek körüljárása ugyanakkor külön tanulmányt igényelne, így azzal jelen munkában részleteiben nem foglalkozom.²³

A jogos védelem elsősorban a maszkviselési kötelezettséget nem teljesítő személyekkel szembeni állampolgári fellépés körében vet fel kérdéseket. E szabályokat átfogó jelleggel a 431/2020. (IX. 18.) Korm. rendelet alkotta meg. Ennek releváns rendelkezései szerint:

„1. A száj és az orr kötelező eltakarása

1. § (1) A hatodik életévét be nem töltött kiskorú kivételével mindenki köteles

a) a tömegközlekedési eszközön;

b) az üzletben történő vásárlás, illetve az üzletben történő munkavégzés során;

[...]

m) a kereskedelmi tevékenységek végzésének feltételeiről szóló kormányrendelet szerinti vendéglátó üzletben;

ma) történő munkavégzés során;

mb) vendégként [...];

orvosi maszkot, munkavédelmi maszkot, illetve textil vagy más anyagból készült maszkot (a továbbiakban együtt: maszk) olyan módon viselni, hogy az az orrot és a száját folyamatosan elfedje. [...]"

²² Vö. Gellér B., Ambrus I.: i. m. 249–252.

²³ A friss német szakirodalomban lásd Streng-Baunemann AF: „Corona“-Triage – verfassungsrechtliche und strafrechtliche Perspektive. Zeitschrift für Internationale Strafrechtsdogmatik 2021, 3: 170–192.

E rendelkezéseket a veszélyhelyzet idején alkalmazandó védelmi intézkedések második üteméről szóló 484/2020. (XI. 10.) Korm. rendelet helyezte hatályon kívül 2020. november 11-től. Ez utóbbi – módosításokkal ugyan, de jelen tanulmány kéziratának lezárása idején is hatályban lévő – rendelet megerősítette és kiegészítette a maszkviseléssel kapcsolatos szabályokat, így egyebek mellett előírta, hogy:

- „1. § (1) A hatodik életévét be nem töltött kiskorú, valamint az értelmi vagy pszichoszociális fogyatékossgal, illetve az autizmus spektrumzavarral élő személy kivételével mindenki köteles
- a) a tömegközlekedési eszközön utasként, illetve [...] a tömegközlekedési eszközön történő munkavégzés során; [...]
 - c) az üzletben történő vásárlás, illetve [...] az üzletben történő munkavégzés során; [...] maszkot [...] olyan módon viselni, hogy az az orrot és a száját folyamatosan elfedje. [...]
2. § (3) Azt a személyt, aki a tömegközlekedési eszköz vezetőjének vagy az üzemeltető más alkalmazottjának felszólítására sem viseli az 1. § (1) bekezdésében meghatározott módon a maszkot, vagy nem hagyja el a tömegközlekedési eszközt, a tömegközlekedési eszköz vezetője vagy az üzemeltető más alkalmazottja köteles
- a) az utazásból kizárni,
 - b) a szabálysértésekről, a szabálysértési eljárásról és a szabálysértési nyilvántartási rendszerről szóló 2012. évi II. törvény [a továbbiakban: Szabs. tv.] 177/A. § (1) bekezdésébe ütköző közérdekű üzem működésének megzavarása szabálysértés elkövetésének gyanúja miatt rendőri intézkedést kezdeményezni, és
 - c) gondoskodni e személynek a tömegközlekedési eszközről történő leszállításáról.
- (4) Azt a személyt, aki a maszkot [...] az üzemeltető felszólítására sem viseli [...], az üzemeltető köteles a látogatásból kizárni, és gondoskodni arról, hogy e személy a helyiséget, illetve a területet elhagyja”.

Lényeges kiemelni, hogy 484/2020. (XI. 10.) Korm. rendelet 23. §-a *szabálysértéssé minősítette* a maszkviseléssel kapcsolatos előírások megszegését. Emellett a tömegközlekedési eszközön történő elkövetés esetén – a jogalkotó kifejezett állásfoglalása szerint – nem a kormányrendeletbeli, hanem a Szabs. tv. 177/A. § (1) bekezdése szerinti, közérdekű üzem működésének megzavarása szabálysértés lehet megállapítható. Ennek indoka, hogy a buszon, villamoson, metrón stb. a maszkot az előírások ellenére nem (vagy nem helyesen) viselő személy, amennyiben e cselekményével (mulasztásával) akadályozza a jármű továbbhaladását, ezzel nemcsak a kormányrendeletben írt előírásokat, illetve a szolgáltató által meghatározott utazási feltételeket szegi meg. A közönségi közlekedési üzem ugyanis egyértelműen közérdekű üzem [Szabs. tv. 177/A. § (2)

bekezdés *b)* pont], annak pedig bármilyen csekély mértékű megzavarása – például, ha a busz perceken keresztül várni kényszerül a szabályszegő utas miatt – megvalósul. Ez legfeljebb azzal egészíthető ki, hogy ha a közérdekű üzem megzavarása jelentős mértékű – például az utas „jelenetet rendez”, agresszíven, támadólag lép fel, amely folytán a járműnek tartósan ki kell állnia a forgalomból – már a *közérdekű üzem működésének megzavarása bűncselekményének* (Btk. 323. §) a megállapítása is felmerülhet, annak feltétele ugyanis a közérdekű üzem működésének *jelentős* megzavarása.

A 484/2020. (XI. 10.) Korm. rendelet idézett 2. § (2)–(3) bekezdései alapján – a korábbi szabályozáshoz hasonlóan – a tömegközlekedési eszköz üzemeltetője jogosult és egyben köteles felhívni a maszkot nem (vagy az orrot/szájat nem takaró módon) viselő személyt az előírás betartására. Kérdés, hogy magánszemély ugyanerre jogosult-e. A válasz e kérdésre igenlő, éspedig álláspontom szerint az említett jogos védelem intézményén keresztül. A Btk. 22. § (1) bekezdése alapján ugyanis „[n]em büntetendő az a cselekmény, amely a saját, illetve más vagy mások személye, javai vagy a közérdek ellen intézett, illetve ezeket közvetlenül fenyegető jogtalan támadás elhárításához szükséges”. A Szabs. tv. 29. § (1) bekezdés *h)* pontja szerint pedig a büntetethetőségi akadályokat – mint amilyen a jogos védelem is – a büntetőjogban ismert módon kell a szabálysértési jog területén figyelembe venni. Jogos védelemnek pedig közérdek védelme érdekében is helye lehet,²⁴ a bírói gyakorlat szerint nemcsak bűncselekmény, hanem szabálysértés elkövetésével szemben is.²⁵ Egy zsúfolt tömegközlekedési eszközön nem vitatható, hogy a maszkot nem viselő személy potenciálisan veszélyt jelent valamennyi, a járművel utazó társára. Ebből fakadóan az elhárításhoz szükséges magatartás – maszkviselésre felszólítás, szóbeli, esetlegesen tettleges becsületsértés, könnyű testi sértés, illetve a személyi szabadság korlátozása – ilyen személlyel szemben megengedhető lehet. Hogy e felfogás érvényre juttatása gyakorlati szempontból is indokolt, jól példázza az az eset, amelyben egy budapesti villamosjáraton egy maszkot nem viselő személy megkérdelte az ezt szóvátevő utastársát,²⁶ így az ilyen személyekkel a jogszerűség érdekében fellépők kapcsán egyértelműen indokolatlan lenne megtagadni a jogos védelem jogát. Annál is inkább igaz lehet ez, mivel napjaink bírói gyakorlata egyértelműen e jogellenességet kizáró ok tárgítása irányába halad.²⁷ Nézetem szerint, a körülményektől függően, de hasonló lehet a helyzet például egy boltban maszkot nem viselő személlyel szemben, természetesen azzal a különbséggel, hogy itt nem közérdekű üzem működésének megza-

²⁴ Gellér B., Ambrus I.: i. m. 264.

²⁵ 4/2013. BJE

²⁶ <https://www.origo.hu/itthon/20201112-az-1-es-villamoson-keseltek-meg-egy-ferfit-csutortok-reggel.html>

²⁷ Lásd pl. EBH 2017.B.10., EBH 2018.B.11.

varása, hanem a kormányrendeletbeli szabálysértés róható a terhére, amely viszont ugyancsak jogos védelmi helyzetet keletkeztet.

A Be. 273. §-a alapján „[a] bűncselekmény elkövetésén tetten ért személyt bárki elfoghatja, köteles azonban őt a nyomozó hatóságnak haladéktalanul átadni, vagy ha erre nincs módja, a rendőrséget tájékoztatni”. Ezen általános felhatalmazás révén – ha a jogos védelmet nem látná megállapíthatónak a bíróság – a maszkot nem viselő személlyel szemben fellépő büntetőjogi felelőssége – a Btk. 24. §-a szerinti jogszabály engedélyére figyelemmel – ugyancsak kizárható lenne. Noha az idézett törvényhely bűncselekményt említ, ez alatt megítélésem szerint a szabálysértést is érteni kell, mivel a laikus állampolgártól nem elvárható egy ilyen rapid szituációban annak mérlegelése, hogy vajon bűncselekményt, vagy csupán szabálysértést valósít meg a szabályszező személy. Elképzelhető ugyanis, hogy a COVID-fertőzött abból a célból száll fel a tömött buszra, hogy ott embereket fertőzzön meg, amivel már bűncselekményt, éspedig adott esetben, mint láttuk, a súlyos testi sértés előkészületét valósíthatja meg. Ennek megítélése azonban nem az átlagember, hanem a bűnüldöző hatóságok feladata, ezért az elfogási jog gyakorlása nem tehető e körülménytől függővé, azt tehát helyes értelmezés szerint akár bűncselekmény, akár szabálysértés esetén meg szükséges adni. Természetesen egyértelműbb a helyzet, ha a körülmények alapján nyilvánvalóan bűncselekmény történt, mint például abban az egri esetben, ahol a boltban a maszkot felvenni nem hajlandó személy, miután ezért őt a bolt elhagyására szólították fel, megütötte a bolti alkalmazottat, akinek végül egy másik személy segítségével sikerült elfognia a verekedőt. Vele szemben *garázdaság* bűncselekménye (Btk. 339. §) miatt indult büntetőeljárás, az alkalmazott és a másik személy pedig alappal hivatkozhatott az elfogási jog gyakorlására. Ugyanakkor, véleményem szerint, miután az ilyen és hozzá hasonló esetekben konkurál a jogos védelem és az elfogási jog, a gyakorlatban elsősorban előbbinek szükséges teret engedni a jogalkalmazásban. Az elfogási jognak önálló hatóköre tehát akkor lehet, ha például a jogtalan támadás befejezése után is megkötözve tartják a renitens személyt, a rendőrség helyszínre érkezéséig.

Végül a sértett beleegyezése – mint a joggyakorlat által kimunkált jogellenességet kizáró ok – a fentiekkel ellentétes előjellel fordulhat elő. A súlyos vírusfertőzés miatt magatehetetlen, azonnali orvosi ellátásra szoruló személynek ugyanis indokolt vélelmezni a beleegyezését abba, hogy például a helyzetet észlelő szomszéd a lakásba betörjön és őt kórházba szállítsa. Ilyenkor tehát az így eljáró személy magánlaksértést nem követ el, a személyi szabadság megsértését nem valósítja meg.²⁸

²⁸ Vö. Németh I.: A sértett beleegyezése a büntetőjogban. Győr, UNIVERSITAS-GYŐR, 2015, 86–96.

Nemzetközi és hazai példák

E pontban néhány, a híradásokban megjelent olyan érdekes jogesetet emelek ki, ahol élet, testi épség elleni bűncselekmény gyanúja merült fel COVID-fertőzéssel összefüggésben.

Spanyolországban 22 rendbeli tettelegesség miatt indult nyomozás azon koronavírussal szemben, aki betegsége tudatában is bejárt munkahelyére, ahol szándékosan lehúzta a maszkját, amikor munkatársai mellett sétált el, miközben olyan kijelentéseket tett, hogy mindenkit megfertőz a vírussal.²⁹

Floridában veszélyeztetés miatt 30 nap elzárásra, 500 dollár pénzbüntetésre, valamint a sértett COVID-tesztjének megtérítésére kötelezték azt az elkövetőt, aki egy áruházi vita során odalépett a rákbeteg sértetthez és szándékosan ráköhögött.³⁰ Az esetről videófelvétel készült, így bizonyítási probléma ez esetben nem állt fenn.

Ezen cselekmények – a bekövetkező eredmény súlyától függően – hazánkban a 2. pontban foglaltaknak megfelelően, feltehetően kísérleti szakban rekedt testi sértésként nyerhetnének értékelést.

Egy Kolozsvárott történt jogeset szerint egy férfi engedély nélkül kívánta elhagyni a kórház sürgősségi osztályát, majd amikor egy ott tartózkodó rendőr fel kívánta tartóztatni, szándékosan ráköhögött. A bíróság hatósági közeg megsértése miatt 6 hónap börtönbüntetésre ítélte.³¹ E cselekmény a magyar büntetőjog szerint hivatalos személy elleni erőszaknak (Btk. 310. §) minősülhetne.

Végül egy friss, hazai jogeset szerint az elkövető egy újbudai pláza környékén kéregetett, majd szándékosan ráköhögött azon járókelőkre, akik nem adtak neki pénzt. A XI. Kerületi Rendőrkapitányság egy másik alkalommal elkövetett lopási cselekmény miatt őrizetbe vette e személyt, ám a rendőrség tájékoztatása szerint a szándékosan másokra köhögés miatt nem érkezett hozzájuk bejelentés, és a hatóság csak akkor tudná megítélni, hogy történt-e szabálysértés vagy bűncselekmény, ha valaki konkrét feljelentést tesz.³² Ez esetben tehát jelentkező sértett hiányában nem kerülhetett sor a cselekmény vizsgálatára, azonban természetesen nem zárható ki, hogy a jövőben ismertté válnak hasonló esetek, amelyek kapcsán a hatóságoknak állást kell majd foglalniuk a cselekmények mikénti minősítéséről.

²⁹ <https://www.theguardian.com/world/2021/apr/24/mallorca-man-arrested-for-infecting-22-people-with-covid>

³⁰ https://www.nbcnews.com/news/us-news/florida-woman-who-coughed-cancer-patient-gets-30-days-jail-n1263627?cid=sm_npd_nn_fb_ma

³¹ <https://maszol.ro/belfold/125078-szandekosan-rakohogott-egy-rend-rre-felfuggesztett-bortonbuntetesre-iteltek>

³² <http://www.police.hu/hu/hirek-es-informaciok/legfrissebb-hireink/bunugyek/racs-mogott-a-bosszabol-masokra-kohog-keregeto>

Kriminálstatiztika a COVID19 árnyékában

Ebben a rövid pontban néhány érdekességet emelek ki az élet, testi épség, egészség elleni bűncselekmények kriminálstatiztikai adataiból. E körben a bűnözés volumenét az utóbbi évtizedben csökkenés jellemezte, kiemelten kedvezően alakult például az emberölések száma. Míg 2013-ban még 261 befejezett vagy megkísérelt emberölést regisztráltak az Enyübs adatbázisában, addig 2019-ben már csak 141-et. Testi sértés 2013-ban 13 398 esetben történt, míg 2019-ben 7095 esetben. Ehhez képest a pandémiával sújtott 2020-ban mindkét adat emelkedésnek indult: emberölést ismét 200 feletti esetben (egészen pontosan 203), testi sértést pedig 7449 ügyben regisztráltak. Noha nem a Btk. XV. fejezetében szabályozott bűncselekmény, részben a testi sértés minősített eseteként is felfogható a családon belüli erőszak büntetőjogi leképeződéseként értékelhető kapcsolati erőszak bűncselekménye (Btk. 212/A. §), amely még kiugróbb növekedést mutatott: 2019-ben 392-t, 2020-ban viszont már 65%-kal (!) több, 650 ilyen deliktumot tartottak nyilván. Ezekből az adatokból az olvasható ki, hogy a kijárási korlátozások, a home office, házi karantén jelenségei sajnos kriminogén hatással jártak, a sok ideig egy helyen tartózkodó személyek között ezért nőhetett meg az erőszakos bűncselekmények száma, amely áttételesen a világjárvány számlájára írható.

Összegzés

A COVID19-világjárvány az egész társadalom életében jelentős hátrányokat jelent, hiszen az élet- és egészségvédelem érdekében számos, az eddigiekben természetesnek tekintett tevékenységünkről le kellett mondanunk, a veszélyhelyzet idején a helyváltoztatás jogával is csak merőben korlátozott formában élhettünk. Csupán remélhető, hogy a hatékony vakcinák révén a nyájimmunitáshoz közelítő átoltottságot érhetünk el. Addig is mindannyiunknak fel kell készülnie arra, hogy a rendkívüli helyzet még huzamosabb ideig tartani fog, ami a gazdaság számára egyértelműen recessziót jelent. E körülménynek – például számos munkahely megszűnése miatt – kriminogén hatása is lehet. Így az utóbbi évek kedvező bűnözési trendje után sajnos nem kizárható, hogy az egész világot érintő válság folytán ismét nőni fog a bűncselekmények száma, amint ez e tanulmány 6. pontjában, néhány deliktum kapcsán már látható is volt. Erre a scenárióra tehát a bűnüldöző hatóságoknak és a büntető igazságszolgáltatás szereplőinek is számítaniuk kell. Jelenleg ugyanakkor még mindenekelőtt a veszteségek minimalizálása, illetve az új vírusmutációk és a negyedik hullám elkerülése tekinthető fő feladatnak. A büntetőjog alkalmazása mindezen célok primátusa mellett pedig természetesen csak kiegészítő szerepet játszhat. Egyes bűncselekmények kapcsán – mint amilyenek az élet, testi épség és egészség elleni deliktumok is – ez a szerep

ugyanakkor adott esetben megnövekedhet. A jogsértésekkel szemben ugyanis járvány idején is késedelem nélkül fel kell lépni. Ezen fellépés, eredményessége esetén szintén elősegítheti az említett, elsődleges célok elérését. Mindez pedig a társadalom közös érdeke.

Bevezetés

Alapvető jogállami követelmény, hogy a pandémia súlyos kihívásaira a büntetőjog is megfelelő választ adjon.² A jogág sokszínű intézményrendszerrel védi az emberi életet és egészséget mint kiemelt jelentőségű jogi tárgyat.³ A világvjárvány természetéből eredően vetődnek fel különös élességgel az életfenntartó kezelések korlátozásának problémái. Jelen tanulmányban a rendelkezésre álló eszközök szűkösségéhez kapcsolódó aktuális probléma, az ún. egészségügyi mikroallokáció, illetve az ún. triázs egyes büntetőjogi vonatkozásait tekintjük át, a teljességre való törekvés igénye nélkül, elsősorban a gazdag német jogirodalom alapján. Tanulmányunk határainak megvonásánál utalnunk kell *Eser* legújabb módszertani álláspontjára is, hogy a korszerű felfogás az orvosi tevékenység jogi vizsgálatánál nem elégedhet meg a hagyományos jogágak szűk kereteibe szorított *szektorális* szemlélettel. Az egészségügy bonyolult életviszonyait a legteljesebben a születendőben lévő új diszciplína, az *integrált orvosi jog* írhatná le, amely saját, önálló dogmatikájában egyesítené a büntetőjogi, polgári jogi, közjogi szabályrendszert, metodikájában pedig – *transzdiszciplináris* tudományként – figyelemmel kísérné az orvoslással foglalkozó társadalomtudományok eredményeit is. Mindennek ellenére azonban vitathatatlan, hogy – akár integrált, akár szektorális szemléletben – az orvosi jogviszonyokhoz kötődő életvédelmi kérdések megítélésében a büntetőjognak döntő szerepe van. A büntetőjog társadalmi jelentősége ugyanis nem mérhető pusztán a büntetőeljárások számában vagy eredményességében. Az a kiemelt és szimbolikus értékű jogtárgyvédelem,

¹ *Dr. Filó Mihály, PhD (ELTE) LLM (Passau) adjunktus, ELTE ÁJK Büntetőjogi Tanszék

**Dr. Kiss Máté Jenő (doktorandusz, ELTE ÁJTK, bírósági titkár, PKKB)

² Filó Mihály: Az egészségügyi „mikroallokáció” aktuális kérdései: gondolatok a szűkösen rendelkezésre álló eszközök elosztásának büntetőjogi dilemmáiról, In: Ambrus, István (szerk.) COVID19 és büntetőjog: Az emberi egészség, a köznyugalom és más jogtárgyak védelme járvány idején. Budapest, Magyarország: ELTE Eötvös Kiadó (2021) 33–41. o.

³ Ambrus István (szerk.) COVID19 és büntetőjog: Az emberi egészség, a köznyugalom és más jogtárgyak védelme járvány idején, Budapest, Magyarország : ELTE Eötvös Kiadó (2021) . 33–41. o.

amit a büntetőnormák biztosítanak a személy elleni bűncselekmények szabályozásával, nem pótolható más jogágak megoldásaival.⁴

A Magyar Sürgősségi Triázsrendszer és az etikai állásfoglalások

A triázs („trriage”) történeti gyökereit a szakirodalom hagyományosan a napóleoni háborúk korára, a legendás Larrey báró hadisebészeti munkásságára vezeti vissza.⁵ A később Bonaparte személyi orvosává avanzsáló Larrey alakította ki a mozgó vagy repülő ambulanciák („ambulance volante”) rendszerét, amellyel a harctérről elsőként a még menthető sérülteket menekítették ki, elkülönítve a könnyű vagy reménytelen esetektől.⁶ A német nyelvű források a sebesülések osztályozására a II. Frigyes Vilmos porosz király által jegyzett tábori kórházi rendtartást hozzák példaként.⁷

Mai szemléletünkben a triázs fogalma alatt olyan egészségügyi értékelő rendszert értünk, melynek segítségével heveny egészségkárosodás esetén meghatározható az ellátás szükséges szintje és időbeli dimenziója.⁸ A jogirodalom abban is egységes, hogy a triázs nem pusztán prioritizálást jelent a betegek között, hanem egyúttal strukturált eljárást is, amelynek célja az önkényes döntések kizárása a folyamatból. A fogalomkörbe eső konstellációk között megkülönböztetjük az ex ante triázst, amikor több páciens egyszerre érkezik a kórházba, és a kapacitások szűkössége miatt arról kell dönten, hogy melyikük kezelését kezdjük el, az ex post triázst, vagyis a már megkezdett kezelések megszakítását újonnan érkezett páciensek megmentése érdekében, illetőleg a

⁴ Eser, Albin: Perspektiven des Medizin(straf)rechts. Sonderdruck aus Frisch, W. (szerk.): Gegenwartsfragen des Medizinstrafrechts. Portugiesisch-deutsches Symposium zu Ehren von Albin Eset in Coimbra. Baden-Baden 2006. 28. o.

⁵ Dr. Bakay Lajos: A hadisebészet fejlődése. Királyi Magyar Egyetemi Nyomda, Budapest 1943. 12–13. o.

⁶ Egyes források szerint Larrey volt az egyetlen francia katonatiszt, aki iránt Wellington és Blücher is tiszteletet tanúsított Waterloo után. Vö: Barbara I. Tshisuaka: Larrey, Jean Dominique Baron. In: Werner E. Gerabek, Bernhard D. Haage, Gundolf Keil, Wolfgang Wegner (szerk.): Enzyklopädie Medizingeschichte. De Gruyter, Berlin- New York 2005. 826. o.

⁷ Königlich-Preußisches Feldlazareth-Reglement Decker-Verlag, Berlin, 1787. Digitális hozzáférés: <https://digital.slub-dresden.de/werkansicht/dlf/59415/5/0/> letöltés időpontja: 2020. december 31.

⁸ Egészségügyi szakmai irányelv a sürgősségi betegellátás során végzett triázsfeladatok végrehajtásáról (azonosító: 002076).

preventív triázst, amikor eleve nem kezdjük meg a rosszabb életkilátással rendelkezők kezelését, fenntartva a kapacitásokat az orvosi szempontból esélyesebbeknek.⁹

A 2010-es évektől a triázs (együttal ígésített változata, a „triázsolás”) a hazai gyakorlatban is elterjedt. A Magyar Sürgősségi Orvostani Társaság Közhasznú Egyesület vezetőségének döntése alapján a Kanadai Sürgősségi Orvostani Társasággal (CAEP) történt előzetes egyeztetéseket követően, 2013-ban megkezdődött a CTAS rendszerének adaptálási folyamata. 2014 óta folyamatosan zajlik a Magyar Sürgősségi Triázrendszer (MSTR) felhasználói tanfolyamainak szervezése az ország minden régiójában.¹⁰

A Canadian Triage Acuity Scale (CTAS) a beteg panaszait, a vitális paramétereket és egyéb tényezőket alapul véve egységes szemléletű, jól reprodukálható betegosztályozó rendszert alakított ki, amely biztosítja az azonnali ellátást igénylő betegek késedelem nélküli felismerését. A hazai jogrendbe a triázst – 2019. január 1-jei hatállyal – emelte be az egészségügyi területért felelős miniszter rendelete¹¹ *„A 4602 szakmakódú szervezeti egységgel rendelkező egészségügyi szolgáltatóknak a sürgősségi betegellátó rendszerben a Magyar Sürgősségi Triázrendszert kell alkalmaznia. A sürgősségi osztály területére való belépést követően a lehető legrövidebb időn belül rögzítenie kell a beteget a sürgősségi ellátás informatikai rendszerében, valamint ennek során a megjelenés informatikai rendszerben történt rögzítését követő tíz percen belül a beteg állapotának súlyossága szerint meg kell határoznia a betegellátás szükséges szintjét és időbeliségét. Az egészségügyi szolgáltató a mentővel beszállított beteg informatikai rendszerben történő rögzítésére a mentőegység sürgősségi osztályra történő érkezésének menetlevélen dokumentált időpontjától számított öt percen belül köteles.”*¹²

2020. december 30-án publikálta az Emberi Erőforrások Minisztériuma (EMMI) a 2020. évben azonosított új koronavírus (SARS-CoV-2) okozta fertőzések (COVID19) megelőzésének és terápiájának kézikönyvét, amely szintén utal a triázseljárásra.

A járvány terjedésével párhuzamosan az orvosi hivatásrend szervezetei Európa-szerte közzétették ajánlásait arról, hogy milyen etikai elvek mentén kell elvégezni a betegek sorolását pandémia idején. Ide köthető a Magyar Orvosi Kamara által jegyzett, szakértők bevonásával készült „Etikai megfontolások az orvosi erőforrások elosztásához COVID19-pandémia idején Magyarországon” (a továbbiakban: Megfontolások) című dokumentum is, amely így fogalmaz: *„Nem lehet egyetlen adat, érték alapján*

⁹ Rönnau, Thomas – Wegner, Kilian: Grundwissen – Strafrecht: Triage, Juristische Schulung (JuS) 2020/5. 403. o.

¹⁰ [http://msotke.hu/2017/12/19/mstr-munkacsoport/letöltés időpontja](http://msotke.hu/2017/12/19/mstr-munkacsoport/letoltés_időpontja): 2020. 12. 23.

¹¹ Az emberi erőforrások minisztere 44/2018. (XII. 19.) EMMI-rendelete egyes, a sürgősségi ellátást érintő miniszteri rendeletek módosításáról.

¹² 47/2004. (V. 11.) ESZCSM rendelet 4. § (9) bekezdés].

eldönteni, hogy melyik páciensnek jusson a szűkös erőforrásokból. Az igazságos elosztáshoz tehát összetett, többtényezős értékítéletre van szükség, amelyet az adott helyzet és erőforrások függvényében alkalmazunk. Alkotmányos okokból emberélelet emberélelettel összemérni nem lehet, minden ember élete, méltósága azonos értékű. Ezzel együtt a kezelési erőforrások alkalmazása felelősségteljesen kell, hogy történjen, amikor azok szűkösen állnak rendelkezésre.”

A Megfontolások – az ún. kompromisszummedicina kívánalmainak megfelelően – a triázs sajátos szabályait kifejezetten a világjárvány katasztrófahelyzetére kívánja alkalmazni azzal a célkitűzéssel – az előnymaximálás elve érdekében –, hogy a lehető legtöbb életet lehessen megmenteni. Részletesen bemutatja a triázs alapelveit, személyi és tárgyi feltételeit, eljárási szabályait és gyakorlati alkalmazását. A prioritizálás alapját a túlélési esély (és nem a még megélhető életévek) jelentik.

Rövid idő alatt vitát váltott ki a hazai publicisztikai irodalomban¹³ az a kitétel, amely az ex post triázs feltételeit határozta meg:

„(...) a rendkívüli orvosi kezelés abbahagyása a kisebb túlélési eséllyel rendelkező betegnél más, nagyobb túlélési esélyű beteg megmentése érdekében sem az etikai, sem az erre vonatkozó keresztény vallási elvek megsértésének nem minősül.”

Hasonló elveket fogalmazott meg a német szövetségi orvoskamara (Bundesärztekammer)¹⁴ és a svájci orvostudományi akadémia (SAMW) is.¹⁵

Alkalmazott etika és tényállásszerűség

Előrebocsátjuk: nem vitatjuk a fenti orvosetikai ajánlások megalapozottságát és korszerűségét, magas erkölcsiségét, még kevésbé a Megfontolásokat előkészítő szakértők humánumát. Ennek ellenére meggyőződésünk, hogy fentiekben bemutatott triázs-szemlélet a hatályos hazai szabályozás mellett súlyos büntetőjogi aggályokat hordoz. A betegek közötti prioritizálás kritikátlan akceptálása az abszolút büntetőjogi életvédelem fellazulását jelentené, a büntetőjog ugyanis a továbbiakban már nem pusztán biológiai alapon oltalmazná az életet.

¹³ Matkó Ida: Túlélési esélyek és az eutanázia, 168 óra 32 2020/52. szám (2020. december 16.)34–35. o.

¹⁴ Deutsches Ärzteblatt 117 2020/20. 1084–1087. o. <https://www.aerzteblatt.de/archiv/214077/Orientierungshilfe-der-Bundesaerztekammer-zur-Allokation-medizinischer-Ressourcen-am-Beispiel-der-SARS-CoV-2-Pandemie-im-Falle-eines-Kapazitaetsmangels> letöltés időpontja: 2020. 12. 23.

¹⁵ Covid-19-Pandemie: Triage von intensivmedizinischen Behandlungen bei Ressourcenknappheit <https://www.samw.ch/de/Publikationen/Richtlinien.html> letöltés időpontja: 2020. 12. 23.

Első helyen említendő, hogy a triázs-szemléletben hozott döntések végrehajtása, amennyiben azok a beteg halálával okozati összefüggésben állnak, a tényállásszerűség szintjén minden esetben az emberölés kérdését vetik fel. A kezeléskorlátozás, a gépi lélegeztetés megszüntetése – különösen, ha az halált okoz – még akkor is büntetőjogi kockázatot jelent, ha ez egy másik, jobb életkilátással rendelkező beteg életének megmentése érdekében történik.

A rendszerváltás előtti jogirodalmunkban Király mutatott rá, hogy nem helytálló az az időnként felbukkanó nézet, amely az életvégi döntéseket a gondatlanságból elkövetett emberölés tudatos gondatlansággal (*luxuria*) elkövetett esetének körében rendelné büntetni, hiszen szóba sem kerülhet, hogy az orvos könnyelműen bizakodna a következmények – vagyis a beteg halála – elmaradásában.¹⁶ Álláspontunk szerint éppen ezért nem helytálló Földvári korábbi megjegyzése sem, hogy a foglalkozás körében elkövetett veszélyeztetés (Btk. 165. §) tényállása biztosíthatja a kezeléskorlátozás fogalomkörébe eső cselekmények megnyugtató szabályozását: *„Kétségtelen ugyanis, hogy az orvos kötelessége mindent megtenni a beteg gyógyítása és szenvedéseinek csökkentése érdekében. A gyógymódot is ő választja meg, legjobb tudása és meggyőződése szerint, a mindenkori tudomány tanítása alapján. Az az orvos szegi meg foglalkozása, orvosi hivatása szabályait, aki gyógyíthatná, de ehelyett hagyná meghalni a beteget.”*¹⁷

A Btk. 165. §-a semmiképpen nem jöhet szóba. A veszélyeztetés gondatlan alapesete fogalmilag nem eshet az életvégi döntések és a triázs tárgykörébe. A triázs nem „orvosi műhiba”, hiszen szándékos cselekmény, amely nem írható le konkrét veszélyeztetési cselekményként sem. A foglalkozás körében elkövetett veszélyeztetés büntetési alakzata akkor valósul meg, ha az elkövető a közvetlen veszélyt szándékosan idézi elő. Az elkövető tudatának át kell fognia mind a foglalkozási szabálysértést, mind pedig a közvetlen veszélyeztetést. A szándékos veszélyeztetés jellegzetessége, hogy az elkövető szándéka – a limitált veszélyeztetés elvének megfelelően – kizárólag a közvetlen veszélyhelyzet előidézésére terjed ki, de nem terjedhet ki a testi épség sérelmére vagy a halál előidézésére. Ha az elkövető szándéka, akár *dolus eventualis* formájában, de kiterjed a halál bekövetkeztére, úgy szándékos emberölés miatt kell felelősségre vonni. Ennek megfelelően tehát, ha az orvos a triázshoz köthető életvégi döntést valósít meg, formálisan mindig az emberölés tényállása merül fel. Mindebből az is következik, hogy a jelenlegi magyar szabályozás mellett az ilyen esetekben a felelősségre vonás kizárásához valamely materiális jogelleneséget kizáró okot kell felmutatnunk.

¹⁶ Király Ernő: Euthanasia és büntetőjog, Korunk 41 (1982/2 123. kk.).

¹⁷ Földvári József: Magyar büntetőjog. Általános rész. (Osiris tankönyvek) Osiris Kiadó, Budapest 2006. 167. o.

Welzel példája – ex post triázs és a materiális jogellenesség

Jelenlegi jogszemléletünk tehát alapvetően nem engedi meg az emberi életek közötti választást, sem kvalitatív, sem kvantitatív alapon. Kiindulópontként érdemes felidézni a következő, Welzel¹⁸ által ismertetett tankönyvi jogesetet, amely közel félszáz esztendeje foglalkoztatja a büntetőjogászok generációit:

A sebészeti klinika három lélegeztetőgéppel¹⁹ rendelkezik, amelyek „A”, „B” és „C” beteg életfunkcióját tartják fent. Egy súlyos balesetet követően „D” és „E” beteg is intenzív ellátásra szorulna. „B” beteg túlélési esélyeit – annak ellenére, hogy korábban kezdték meg a kezelését – a klinika vezetője lényegesen rosszabbnak ítéli, mint „D” balesetét, ezért – miután több szakorvossal is konzultált – megszünteti „B” gépi lélegeztetését, annak érdekében, hogy „D” megfelelő ellátást kaphasson. A respirátor kikapcsolása után „B” életét veszti.

A fentebb vázolt dilemma egyaránt felvet büntetőjogi, alapjogi és alkalmazott etikai kérdéseket.

Az ex post triázs problémájára megoldásként Welzel – az emberölés tényállászerűségének megállapítása mellett – még a végszükségi dogmatika sajátos alakzatát, *bűnösséget* kizáró okként a kötelességek kollíziójának „törvény feletti” esetét (*übergesetzlicher entschuldigender Notstand*) javasolta, amely kivételes döntési helyzetekben az elkövető számára kimentési okot jelent.²⁰ Ez az álláspont már a korabeli jogirodalomban is vitákat váltott ki.

Érdemes e helyütt megemlíteni, hogy a törvényben nem írt okokat gyakran „*törvény feletti*” körülményként említik mind a hazai, mind a német nyelvű jogirodalomban.²¹ Álláspontunk szerint ez a kifejezés egyértelműen a tudomány és esetleg a jogalkalmazók kívánságát implikálja a pozitív büntetőjogot meghaladó helyes jog iránt, így erősen természetjogias karakterű. Hazai kommentárjaink azonban jórészt egyetértenek abban²², hogy a végszükségbe került emberi életet nem lehet objektíve arányosan egy másik ember életének feláldozásával menteni, sőt egy ember életének

¹⁸ Welzel, Hans: Das Deutsche Strafrecht: eine systematische Darstellung, 11. Auflage. De Gruyter, Berlin. 1969. 185. o. cit. Sowada, Christoph: Strafrechtliche Probleme der Triage in der Corona-Krise, Neue Zeitschrift für Strafrecht (NStZ) 40 2020/ 8. 452. o.

¹⁹ Jelen tanulmány nem részletezi a légútbiztosítás orvostudományi kérdéseit.

²⁰ Nagy Ferenc: A végszükségről európai kitekintéssel. In Gellér (B. J. szerk.): Györgyi Kálmán ünnepi kötet. KJK-Kerszöv, Budapest 2004. 437. o.

²¹ Nagy Ferenc: Jogellenességet kizáró okok elvi kérdéseiről, In Gellér (B. J. szerk.): Györgyi Kálmán ünnepi kötet. KJK-Kerszöv, Budapest 2004. 338. o.

²² Balogh Ágnes – Tóth Mihály (szerk.): Magyar büntetőjog. Általános rész. (Osiris tankönyvek) Osiris, Budapest 2015. 134. o.

feláldozásával több ember életét sem lehet megmenteni. Hasonló következtetésre jutott a német alkotmányos judikatúra is. A *Bundesverfassungsgerichtshof* ex tunc hatállyal megsemmisítette azt a törvényhelyet,²³ amely a terrorizmus elleni küzdelem jegyében engedélyezte volna, hogy az eltérített és – a 2001. szeptember 11-i katasztrófához hasonlóan – pl. atomreaktor ellen fegyverként használt utasszállító repülőgépeket a légvédelem megtámadja és megsemmisítse. Az indoklásban az emberi életek összemérésének tilalmát az emberi méltóság sérthetetlenségéből vezette le.²⁴ Hasonló tényállásra Gellér és Ambrus²⁵ azzal a feltétellel látja a Btk. 23. § szerinti végszükséget mint büntethetőséget kizáró okot alkalmazhatónak, ha az utasok halála nem okoz nagyobb sérelmet, mint az atomkatasztrófában elhunytaké: „háromszáz élet kioltása kisebb sérelmet jelent, mint ötezer élet kioltása”.

A jogellenességet kizáró okok Nagy szerint „*ellennormák*”,²⁶ amelyek adott esetben eliminálhatják a tett materiális jogellenességét. Békés mutat rá, hogy a jogellenesség eredetileg a *nullum crimen sine lege* elvének bűncselekménytani megjelenése volt,²⁷ és eredeti jelentésében a formális jogszabály-ellenességet jelentette, csak később jelent meg a jogellenesség materiális fogalma és dualista felfogása. Tokaji vázolja fel, hogy a materiális jogellenesség tana egyrészt alkalmas arra, hogy a bűncselekménnyé nyilvánítás tartalmi indokát adja, másrészt lehetővé válik, hogy a büntetőjogi felelősséget a tettes javára – *in melius* – szűkítsük.²⁸

A jogellenességet kizáró okokat jogforrástanilag két csoportba sorolhatjuk.²⁹ Vagy a büntetőkódexben – ezen belül az Általános vagy a Különös részben – és más törvényekben kapnak helyet, vagy a bírói gyakorlatban, a szokásjog szintjén hatnak.³⁰ Az előbbiekből következik, hogy a hatályos magyar Btk. csak néhány jogellenességet kizáró okról rendelkezik. A felelősségre vonás pozitív feltételeit – a *nullum crimen sine lege scripta* elvének megfelelően – csak a törvény tartalmazhatja, a negatív feltételek esetében azonban nem ilyen szigorúak a követelmények, ezeket az ítélkezési gyakorlat is alakíthatja. Nagy így a szokásjogon alapuló „kis univerzum”, a jogellenességet kizáró okok elismerését nem tartja alkotmányosan aggályosnak, mivel azokat az elkövető

²³ § 14 Luftsicherheitsgesetz.

²⁴ BVerfGE 115, 118.

²⁵ Gellér Balázs – Ambrus István: A magyar büntetőjog általános tanai I. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest, 2017. 292. o.

²⁶ Nagy Ferenc: A jogellenességet kizáró okok elvi kérdéseiről. 338. kk.

²⁷ Békés Imre: A jogállami büntetőjog bűncselekménytani alapjai. 12. o.

²⁸ Tokaji Géza: A bűncselekménytani alapjai a magyar büntetőjogban. KJK Budapest 1984. 50. o.

²⁹ Nagy Ferenc: A magyar büntetőjog általános része. Korona Kiadó, Budapest 2001. 10. o.

³⁰ Utóbbiak a bírói gyakorlat alkotta normák alapján hatnak.

javára alkalmazzák. Hangsúlyozza azonban, hogy ha ezeket az íratlan kizáró okokat a jogalkalmazók nem ismerik, és nem vagy nem egységesen alkalmazzák, akkor a jogbiztonság elve csorbul. Így csak akkor beszélhetünk helyes alkalmazásukról, ha a fentieknek megfelelően kezelik őket a jogalkalmazók.³¹

Végszükségi dogmatika és a kötelességek kollízió

Egyes német szerzők az ex post triász problémáját a kötelességek kollízió dogmatikai figurájával kívánják feloldani.

*A kötelességek összeütközése (collisio officiorum, sive obligationum) olyan viszonyt jelöl a kötelességek között, amelyben az egyik (egészben vagy részben) megszünteti a másikat. Mivel azonban a kötelesség és a kötelezettség olyan fogalmak, amelyek bizonyos cselekedetek objektív gyakorlati szükségszerűségét fejezik ki, a két ellentétes szabály nem lehet egyszerre szükségszerű.*³² – írja Kant.

Kommentárjaink közül egyedül Nagy foglalkozik behatóan a problémakörrel.³³ Tipológiája a kötelesség-összeütközés eseteit annak megfelelően osztályozza, hogy tevési vagy mulasztási kötelességek kerülnek egymás mellé. Ebben az osztályozásban a jogellenességet kizáró kötelesség-összeütközés dogmatikai hatóköre ott kezdődik, ahol legalább két azonos súlyú tevési kötelezettség ütközik. Ebben az esetben jogszerűen cselekszik az a személy, akinek az összeütközés nem róható a terhére, a fontosabb, illetve az azonos fontosságúak közül azok bármelyikét teljesíti, és a mellőzött kötelezettség nem teljesíthető, vagy ha igen, akkor a kötelezett lehetőség szerint annak is eleget tesz. Nagy ismerteti azt az álláspontot is, amely több azonos rangú tevési kötelezettség esetén már a tényállásszerűséget is kizárja, mert objektíve hiányzott a cselekvési lehetőség. Ha pedig különböző fontosságú kötelezettségek teljesítéséről van szó, akkor a jogellenességet kizáró végszükségi dogmatika általános szabályai érvényesülnek.³⁴

A fentiek értelmében: ha akceptáljuk, hogy az ex post triász szituációban az orvost egyenrangú kötelezettségek terhelik a konkuráló betegek megmentése érdekében, de a két tevési kötelezettség egyszerre nem teljesíthető, akkor a büntetőjognak meg kell engednie a kötelezettségek közötti választást, és büntethetőséget kizáró okkal kell honorálnia az orvost akkor is, ha ez az egyik beteg életének elvesztésével jár. *Meg kell itt jegyezni, hogy álláspontunk szerint a kötelezettségek egyenrangúsága fejezi ki azt, hogy*

³¹ Nagy: A jogellenességet kizáró okok elvi kérdéseiről. 343. o.

³² Kant, Immanuel: Az erkölcsök metafizikájának alapvetése. A gyakorlati ész kritikája. Az erkölcsök metafizikája. Gondolat Kiadó, Budapest 1991. 318. o.

³³ Nagy: A magyar büntetőjog általános része. 208. o.

³⁴ Uo. 209. o.

jogállami szemléletben nem lehet különbséget tenni az emberi életek között. Ha viszont elfogadjuk az orvos választási lehetőségét, akkor büntetőjogi szempontból valójában irreleváns, hogy a döntés milyen szempontok alapján történik; ezzel zárójelbe tesszük a triázs problematikáját. Ha a kötelezettségek egyszerre nem teljesíthetők, akkor – bármilyen cinikusan hangzik – az orvos akár sorsolással is dönthet, a véletlenre bízva a betegek sorsát.

Mindezek alapján a végszükségi szabályokra, illetve a hazai jogirodalomban kevésbé tárgyalt köteleességkollízióra – mint a törvényben nem szabályozott, materiális jogellenességet kizáró okra – hivatkozva megalapozhatjuk a betegek sorolásánál felmerülő büntetőjogi felelősség alóli mentesülést.

Hangsúlyozzuk azonban, hogy ez nem kínálna tényleges jogállami megoldást a szűkös források elosztásainak büntetőjogi dilemmáira.

Ha egyetértünk ezzel az érveléssel, a végszükség jogának inflációjával kellene számolnunk, így az orvoskar tagjai generális felhatalmazást kapnának a konfliktushelyzetekben való cselekvésre. Mindez az egészségügyi jog előírásainak kiüresedéséhez vezetne.³⁵ Ez az elgondolás természetesen nem tartható, hiszen a büntetőjog – funkciójából eredően – nem szolgálhat felhatalmazásként az orvos tevékenységére. A büntető jogszabályok a büntetendőség pozitív és negatív feltételeit határozzák meg, tehát az orvosi cselekmények jogellenessége vagy jogszerűsége csak ott kerül a büntetőjog látókörébe, ahol azt már nem fedik az orvosi hivatásra vonatkozó külön normák. A végszükség szabályai azonban az élet végén hozott orvosi döntések területén sem definiálhatják a cselekvési lehetőségeket vagy kötelezéseket, pusztán a kizárják a büntetendőséget bizonyos esetekben.³⁶

Ennek megfelelően a helyzet megnyugtató rendezéséhez nem etikai állásfoglalásokra, hanem törvényalkotási lépésre lenne szükség, különös tekintettel arra a sajátosságra, hogy Magyarországon az egészségügyet ágazati normák szabályozzák. Az intenzív osztály sem lehet „jogon kívüli tér”, még járvány idején sem. Ha fel kívánjuk hatalmazni a gyógyító hivatásrend tagjait a sürgőshelyzetben az emberi életek közötti választásra, akkor azt azzal a transzparenciával és társadalmi konszenzussal teheti meg a jogalkotó, amit a jogállamban a törvény garanciái jelentenek.

³⁵ Koch, Michael: Die aufgedrängte Hilfe im Strafrecht. Shaker Verlag, Düren 2003. 146–150. o.

³⁶ Uo. 151. o.

FELHASZNÁLT IRODALOM

- Balogh Ágnes – Tóth Mihály (szerk.): Magyar büntetőjog. Általános rész. (Osiris tankönyvek) Osiris, Budapest 2015.
- Barbara I. Tshisuaka: Larrey, Jean Dominique Baron. In: Werner E. Gerabek, Bernhard D. Haage, Gundolf Keil, Wolfgang Wegner (szerk.): Enzyklopädie Medizingeschichte. De Gruyter, Berlin – New York 2005.
- Békés Imre: A jogállami büntetőjog bűncselekménytani alapjai.
- Dr. Bakay Lajos: A hadisebészet fejlődése. Királyi Magyar Egyetemi Nyomda, Budapest 1943.
- Eser, Albin: Perspektiven des Medizin(straf)rechts. Sonderdruck aus Frisch, W. (szerk.): Gegenwartfragen des Medizinstrafrechts. Portugiesisch-deutsches Symposium zu Ehren von Albin Eser in Coimbra. Baden-Baden 2006
- Filó Mihály: Az egészségügyi „mikroallokáció” aktuális kérdései: gondolatok a szűkösen rendelkezésre álló eszközök elosztásának büntetőjogi dilemmáiról, In: Ambrus István (szerk.) COVID19 és büntetőjog: Az emberi egészség, a köznyugalom és más jogtárgyak védelme járvány idején, Budapest, Magyarország : ELTE Eötvös Kiadó (2021) 33–41. o.
- Ambrus István (szerk.) COVID19 és büntetőjog: Az emberi egészség, a köznyugalom és más jogtárgyak védelme járvány idején, Budapest, Magyarország: ELTE Eötvös Kiadó (2021) 33–41. o.
- Földvári József: Magyar büntetőjog. Általános rész. (Osiris tankönyvek) Osiris Kiadó, Budapest 2006.
- Gellér Balázs – Ambrus István: A magyar büntetőjog általános tanai I. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest, 2017.
- Hart, Herbert L. A.: A jog fogalma. Fordította: Takács Péter. Budapest 1995.
- Kant, Immanuel: Az erkölcsök metafizikájának alapvetése. A gyakorlati ész kritikája. Az erkölcsök metafizikája. Gondolat Kiadó, Budapest, 1991.
- Király Ernő: Euthanasia és büntetőjog, Korunk 41 (1982/2 123. kk.).
- Koch, Michael: Die aufgedrängte Hilfe im Strafrecht. Shaker Verlag, Düren 2003.
- Königliches-Preußisches Feldlazareth-Reglement Decker-Verlag, Berlin 1787.
- Matkó Ida: Túlélési esélyek és az eutanázia, 168 óra, 32 2020/52. szám.
- Nagy Ferenc: A magyar büntetőjog általános része. Korona Kiadó, Budapest 2001.
- Nagy Ferenc: A végszükségről európai kitekintéssel, In Gellér (B. J. szerk.): Györgyi Kálmán ünnepi kötet. KJK-Kerszöv, Budapest 2004.
- Nagy Ferenc: A jogelleneséget kizáró okok elvi kérdéseiről, In Gellér (B. J. szerk.): Györgyi Kálmán ünnepi kötet. KJK-Kerszöv, Budapest 2004.
- Rönnau, Thomas – Wegner, Kilian: Grundwissen - Strafrecht: Triage, Juristische Schulung (JuS) 2020/5.
- Tokaji Géza: A bűncselekménytani alapjai a magyar büntetőjogban. KJK Budapest, 1984.
- Ward, Paul R.: A sociology of the Covid-19 pandemic: A commentary and research agenda for sociologists., Journal of Sociologie, 56. (2020.)
- Welzel, Hans: Das Deutsche Strafrecht: eine systematische Darstellung, 11. Auflage. De Gruyter, Berlin 1969.

INTERNETES FORRÁSOK

<http://msotke.hu/2017/12/19/mstr-munkacsoport/> letöltés időpontja: 2020.12.23.

<https://www.aerzteblatt.de/archiv/214077/Orientierungshilfe-der-Bundesärztekammer-zur-Allokation-medizinischer-Ressourcen-am-Beispiel-der-SARS-CoV-2-Pandemie-im-Falle-eines-Kapazitätsmangels/> letöltés időpontja: 2020.12.23.

<https://www.samw.ch/de/Publikationen/Richtlinien.html> letöltés időpontja: 2020.12.23.

<https://digital.slub-dresden.de/werkansicht/dlf/59415/5/0/> letöltés időpontja: 2020.12.31.

JOGFORRÁSOK

47/2004. (V. 11.) ESZCSM rendelet.

Az emberi erőforrások minisztere 44/2018. (XII. 19.) EMMI rendelete egyes, a sürgősségi ellátást érintő miniszteri rendeletek módosításáról.

BVerfGE

Egészségügyi szakmai irányelv a sürgősségi betegellátás során végzett triázfeladatok végrehajtásáról (azonosító: 002076).

Luftsicherheitsgesetz

EGYÉB

Covid-19-Pandemie: Triage von intensivmedizinischen Behandlungen bei Ressourcenknappheit
Deutsches Ärzteblatt 117 2020/20.

EGYHÁZI DÖNTÉSEK KORONAVÍRUS-PANDÉMIA IDEJÉN

(APOSTOLI SZENTSZÉKI ÉS MAGYAR RÉSZEGYHÁZI AKTUSOK)

HÁMORI ANTAL

Az életünket, egészségünket drámaian sújtó, fenyegető koronavírus-világjárvány terjedésének megelőzése érdekében – az illetékes állami szervekkel együttműködve – számos apostoli szentszéki és részegyházi döntés meghozatalára került sor. Az alábbiakban apostoli szentszéki és magyarországi részegyházi – püspökkari és (a lélekszámra is tekintettel) különösen prímási aktusok bemutatására kerül sor, több megyéspüspök intézkedéseire és az ökumenikus megnyilatkozásokra is utalva.

A pandémia első hulláma

2020. március 5-én a Magyar Katolikus Püspöki Konferencia (MKPK) a templomok, az egyházi intézmények, iskolák, plébániák és a betegellátás vonatkozásában hozott megelőző intézkedéseket (516/2020. sz.); például a szentmiséken a kézfogás és a nyelvre áldoztatás elhagyása, a kézbe áldoztatás általánossá tétele, a papok szentmisék előtti és utáni megfelelő kézfertőtlenítése, a gyóntatóhelyiség rendszeres szellőztetése, a gyóntatórácsra fólia rögzítése, a szenteltvíztartók kiürítése (használatuk mellőzése), különböző higiéniai előírások, járványügyi rendelkezések betartása tekintetében [részletesen l. I URL; v. ö. pl. veszélyhelyzet kihirdetéséről szóló 40/2020. (III. 11.) Korm. rendelet, a koronavírus elleni védekezésről szóló 2020. évi XII. törvény].

2020. március 11-én Erdő Péter bíboros, prímás, esztergom-budapesti érsek imádságával kifejezte együttérzését és közelségét a koronavírus-fertőzésben szenvedőkkel. Mindenkit arra buzdított, hogy legyen figyelmes és mindent tegyen meg a járvány to-

vábbterjedésének megakadályozása érdekében, kérve a közzétett fohász elimádkozását (l. 2URL; v.ö. pl. 3URL).

2020. március 14-én Erdő Péter bíboros, prímás, érsek az egyházmegye területére nézve – az MKPK említett intézkedéseire is utalva – hozott rendelkezéseket; például szó szerint kimondva a kis kereszt osztásának mellőzését, az Egyházi Törvénykönyv szerint felmentést adva a vasárnapi szentmisén való részvétel kötelezettsége alól [vö. 1983. évi Codex Iuris Canonici (CIC) 87. k. 1. §, 1245. k.], elhagyva a plébániai hittanokat és katekéziseket, s minden közösségi összejövetelt, egyéni szentségimádsárra és egyéni imádságra lehetőséget kellett biztosítani a templomokban (részletesen l. 4URL).

Az MKPK 2020. március 17-ei, latin szertartású egyházmegyéire hatályos rendelkezései szerint – hacsak az illetékes megyéspüspök másként nem rendelkezett – a templomokat nem zárták be, de a nyilvános liturgia 2020. március 22., nagyböjt 4. vasárnapjától a templomokban szünetelt. Egyetlen kivétel a temetés volt, amelyet egyszerű formában, röviden kellett megtartani. Mindemellett a templomokban vagy megfelelő kápolnában szentmiséket – *sine populo* – továbbra is tartani kellett. A híveket arra bátorították, hogy otthonról kapcsolódjanak be a szent cselekménybe (l. pl. online szentmise-közvetítés). Az MKPK ordináriusai a vasárnapi szentmisén való részvétel kötelezettsége alóli felmentést – a fertőzés elkerülése céljából – megadták, és lehetővé tették az általános feloldozás megadását (l. CIC 961–963. k.). A rendelkezések értelmében a betegellátás, a gyóntatás és a rendkívüli áldoztatás tekintetében is követni kellett az állami járványügyi előírásokat (részletesen l. 5URL; v.ö. pl. 6–8URL).

2020. március 19-én az MKPK honlapján közzétételre került az MKPK 637/2020. számú, 2020. március 17-én kiadott rendelkezéséhez tartozó, *Szentségek kiszolgáltatása járványveszély idején* című, 2020. március 19-én kelt liturgikus melléklet (650/2020. sz.), amelyet az MKPK Állandó Tanácsa hagyott jóvá, előkészítését a Magyar Liturgikus és Egyházzenei Intézet végezte (l. 9URL).

2020. március 23-án az MKPK honlapján az Istentiszteleti és Szentségi Fegyelmi Kongregáció 153/20. számú, 2020. március 19-én kelt dekrétumának magyar nyelvű fordítása is megjelent. A dekrétum a COVID19-járvány miatt a nagyheti szertartások rendjével kapcsolatban – a húsvéti szent háromnaphoz kötődő útmutatásokat tartalmazva – került meghozatalra. Azt is magában foglalja, hogy a húsvéti szent háromnap nem helyezhető át.

2020. március 23-án az MKPK honlapján a nagypénteki liturgia XI. rendkívüli könyörgését is közzétették a járvány idejére (700/2020. sz.; l. 10URL): A járványban megbetegedettekért, az elhunytakért, és a szeretteiket elvesztőkért is imádkozzunk, testvérek, hogy megtapasztalhatta a keresztény nép: életünkben és halálunkban egyaránt mellettünk áll Krisztus, a Mindenség Királya. Csendben imádkoznak, majd a pap folytatja: Mindenható, örök Isten, tekints kegyesen aggodalmunkra, könnyítsd meg gyermekeid terhét, fogadd országodba az elhunytakat és erősítsd meg gyenge

hitünket, ahogy megerősítetted Szent Fiadat, Jézus Krisztust, aki értünk kiűrtette a szenvedés kelyhét. Add, hogy mindig kétkedés nélkül bízunk atyai gondviselésedben. Krisztus, a mi Urunk által. H.: Ámen.

A járvány idejére kiadott nagypénteki könyörgést az MKPK honlapján 2020. április 2-án is közzétették (l. 11URL), és a 2020. április 9-én – az MKPK honlapján – megjelent közlemény is tartalmazza, hogy a 2020. évi nagypénteki szentbeszédet követő tíz könyörgés után a járvány miatt külön egy tizenegyedik könyörgést iktatott be az Istentiszteleti és Szentségi Fegyelmi Kongregáció, amelyben megemlékeznek mindazokról, akik gyászolnak, a betegekről és a halottakról. E közlemény arra is kitér, hogy „[a]z idei évben sajnálatos módon, tekintettel a járványveszélyre, templomainkban nem kerülhet sor a hívek kereszt előtti hódolatára, mivel hasonlóan az elmúlt napokhoz, a hívek fizikailag nem, csak lélekben és imádságban tudnak bekapcsolódni a liturgiába, és ezért egyedül a celebráns csókolhatja meg idén a keresztet.” (l. 12URL).

2020. április 2-án az MKPK honlapján újabb – részben kiegészítő tartalommal bíró – szentszéki rendelkezések magyar nyelvű fordítása került publikálásra, a virágvasárnapi liturgiára is kiterjedően a nagyhét ünneplésére. Az Istentiszteleti és Szentségi Fegyelmi Kongregáció 154/20. számú, 2020. március 25-én kelt dekrétuma, valamint az ahhoz kapcsolódó, 2020. március 26-án kelt megjegyzés a COVID19-járvány miatt a latin rítusú nagyheti szertartások rendjével kapcsolatban került meghozatalra. 2020. április 2-án az MKPK honlapján a Keleti Egyházak Kongregációjának 152/2015. számú, 2020. március 25-én kelt – ajánlásokat tartalmazó – útmutatása is megjelent magyarul, szintén a húsvéti szertartások rendjével kapcsolatban. Az MKPK ekkori honlap-tájékoztatása szerint a magyarországi szertartásokkal kapcsolatos, a szentszéki dokumentum alapján készülő liturgikus útmutató későbbre várható, a járványügyi helyzet figyelembevételével (l. 13URL).

2020. április 14-én az MKPK honlapján közzétették az Istentiszteleti és Szentségi Fegyelmi Kongregáció járvány idejére szóló szentmiséről rendelkező, 156/20. számú, 2020. március 30-án kelt dekrétumának – miseformulát tartalmazó függelékkel együtt történő – magyar nyelvű fordítását (l. 14URL).

2020. május 1-jén az MKPK – új járványügyi szabályok hatályba lépéséről értesülve – a latin szertartású egyházmegyéire vonatkozóan, 2020. május 4-ei életbe léptetéssel egybeként akként rendelkezett, hogy a nyilvános liturgia végzéséről, illetve a szentségek kiszolgáltatásának módjáról az egyes megyéspüspökök az Egyházi Törvénykönyv 838. kánonja alapján a helyi körülmények és lehetőségek, valamint az egészségügyi előírások figyelembevételével döntenek; Budapesten és ott, ahol az állami szabályok változatlanok maradtak, további intézkedésig a korábbi egyházi rendelkezések élnek; a még mindig fennálló veszélyhelyzetre való tekintettel visszavonásig továbbra is hatályosak a 637/2020. számú, március 17-én kelt rendelkezésben foglaltak, miszerint a vasárnapi szentmisén való részvétel kötelezettsége alól felmentést adtak, és továbbra is lehetővé van téve az általános feloldozás megadása, amíg a rendkívüli hely-

zet tart; az állami előírásokat is be kell tartani (részletesen l. 15URL; vö. pl. 16URL, 17URL).

2020. május 12-én az MKPK Titkársága és a Magyarországi Egyházak Ökumenikus Tanácsának Titkársága a koronavírus által okozott világjárvány megszűnéséért a következő közös imádságra hívó közleményt adta ki: „Világunk nagy veszéllyel néz most szembe. A koronavírus által okozott világjárvány terjedése milliók életét és megélhetését fenyegeti. Nem szabad elfelejtenünk, hogy ebben a helyzetben is Istennél kereshetünk, kérhetünk oltalmat és menedéket. Ferenc pápa május 3-án elhangzott kérésének, illetve az Emberi Testvériség Bizottsága kezdeményezésének megfelelően a Vallásközi Párbeszéd Pápai Tanácsa 2020. május 14-re, csütörtökre imnapot hirdet a koronavírus által okozott világjárvány megszűnéséért, amely imanapra meghívja minden vallás híveit és minden jóakarátú embert. Ezen a napon, amelyhez hazánkban a Magyarországi Egyházak Ökumenikus Tanácsa is csatlakozik, hívjuk testvéreinket, hogy lelkileg egyesüljünk az imádságban, böjttben és a szeretet cselekedeteiben. Imáinkkal forduljunk a Mindenható Istenhez, hogy segítsen átvészelni a járványt, és világunkban mihamarabb visszaálljon a biztonság, a stabilitás és az egészség.” (l. 18URL).

2020. május 16-án az MKPK Titkársága közleményben tudatta, az MKPK értesült arról, hogy 2020. május 18-tól olyan járványügyi szabályok lépnek életbe, amelyek következtében országosan megszűnnek a kijárási korlátozások; Budapesten és azokon a helyeken, ahol eddig a nyilvános liturgiák szüneteltek, az MKPK május 1-jén kiadott rendelkezéseivel és a helyi szabályokkal összhangban az egyes megyéspüspökök a helyi körülmények és lehetőségek, valamint az egészségügyi előírások figyelembevételével döntenek a liturgia nyilvános végzéséről, illetve a szentségek kiszolgáltatásának módjáról (l. 19URL).

Az MKPK honlapján 2020. május 28-án közzétett – csíksomlyói búcsúval kapcsolatos – szöveg szerint a ferences testvérek korábbi közleményükben arra kérik a zarándoktestvéreket, hogy tekintettel a COVID19-világjárvány kapcsán hozott egészségügyi döntésekre, idén szervezeten ne zarándokoljanak el a kegyhelyre a pünkösdszombati búcsú alkalmával, hanem szívük zarándoklatával kapcsolódjanak be az ünnepi szentmisébe és az egyéb liturgikus programokba (l. 20URL).

Ferenc pápa 2020. május 30-án délután fél 6-kor a vatikáni kertek lourdes-i barlangjánál Szűz Mária közbenjárását kérve imádkozta a rózsafüzért a világjárvány megszűnéséért. A Szentatya az imaalkalmat szervező Új Evangelizáció Pápai Tanácsán keresztül a világ többi szentélyét is arra hívta, hogy csatlakozzanak ehhez az imádsághoz. A Szentatya ezzel az imádsággal közelségét fejezte ki azokhoz a szentélyekhez, amelyek a járvány idején nem fogadhatták a zarándokokat (l. 21URL).

Az MKPK 2020. június 3-án kelt közleménye szerint, mivel olyan járványügyi szabályok léptek életbe, amelyek következtében megszűntek a kijárási korlátozások és országosan lehetővé vált a liturgia nyilvános végzése, a 637/2020. számú, március 17-én kelt rendelkezésben foglaltak, miszerint a vasárnapi szentmisén való részvétel kötelezettsége

alól felmentés van adva és lehetővé van téve az általános feloldozás, 2020. június 14-től, úrnapijától kezdődően általánosan visszavonásra kerültek, hacsak az illetékes megyéspüspök másként nem rendelkezett (a szentmisén való részvétellel kapcsolatban az általános morális elvek továbbra is irányadók voltak, vagyis idősebb, veszélyeztetett, illetve beteg testvérekre, továbbá azokra, akik kötelességüket teljesítették, a kötelezettség nem vonatkozott). A nyilvános liturgia végzésének, illetve a szentségek kiszolgáltatásának módjáról az egyes megyéspüspökök továbbra is az Egyházi Törvénykönyv 838. kánonja alapján a helyi körülmények és lehetőségek, valamint az egészségügyi előírások figyelembevételével dönthettek. Az egyházi oktatási, szociális és egészségügyi intézményekben továbbra is követni kellett a vonatkozó állami előírásokat [részletesen l. 22URL; vö. pl. 23URL, a veszélyhelyzet megszüntetéséről szóló 2020. évi LVII. törvény, a veszélyhelyzet megszüntetésével összefüggő átmeneti szabályokról és a járványügyi készülségről szóló 2020. évi LVIII. törvény, a 2020. március 11-én kihirdetett veszélyhelyzet megszüntetéséről szóló 282/2020. (VI. 17.) Korm. rendelet].

2020. augusztus 20-án a koronavírus-járvány terjedésének megfékezése érdekében nem a bazilika előtti téren, hanem zárt körben a budapesti Szent István-bazilikában mutattak be ünnepi szentmisét, és a hagyományos Szent Jobb-körmenetet a járvány miatti elővigyázatosságból ezúttal nem tartották meg a szentmise végén, helyette a magyar nemzetért könyörgő liturgiát tartottak a főoltárra emelt Szent Jobb jelenlétében (l. 24URL).

A pandémia második hulláma

2020. szeptember 4-én az MKPK a járvány felerősödése miatt közleményt adott ki, amelyben többek között kérte, hogy a templomot, plébániát minden közösségi alkalom, szentmise után fertőtlenítőszerrel takarítsák (különös tekintettel a kézzel gyakran érintett felületekre), a szentmisében a kézfogást mellőzzék, az áldoztatás a latin rítusban kézbe történjen, a papok és az áldoztatók a szentmisék előtt és után, valamint az áldoztatás megkezdése előtt is fertőtlenítsék kezüket, a gyóntatáskor is használjanak maszkot és tartsanak megfelelő távolságot, a gyóntatás lehetőleg jól szellőző helyiségben vagy szabadtéren történjen, ne használják a szenteltvíztartókat, a templomok bejáratánál legyen kézfertőtlenítő, a perselyezés a szentmise végén legyen, a templomokban a hívek is – lehetőleg – használjanak maszkot és tartsanak egymástól 1,5-2 méter távolságot, az egyházi intézmények és plébániák, a betegellátásban és az idősothonok ellátásában résztvevők is kövessék a hatósági előírásokat (l. pl. folyamatos szellőztetés, kézfertőtlenítés; a COVID19-ben szenvedők esetében csak erre külön kijelölt, engedéllyel rendelkező személyek végezhetnek szolgálatot a legszigorúbb orvosi előírások szerint). Az Egyházi Törvénykönyv 838. kánonja értelmében az egyes megyéspüspökök, illetve, akik a jogban velük egyenlő elbírálás alá esnek, ettől eltérő rendelkezé-

seket is hozhattak [l. 25URL; v. ö. pl. 26–29URL, a járványügyi készültségi időszak védelmi intézkedéseiről szóló 431/2020. (IX. 18.) Korm. rendelet, egyes járványügyi intézkedésekről szóló 453/2020. (X. 9.) Korm. rendelet].

2020. október 22-én az Apostoli Penitenciária dekrétumot bocsátott ki, amelyben a világjárvány rendkívüli körülményeire alkalmazza a mindenszentek ünnepéhez és halottak napjához kapcsolódó teljes búcsú elnyerésének feltételeit: 2020-ban a COVID19 által okozott pandémiahelyzetben az elhunyt hívek javára szolgáló teljes búcsú elnyerésének lehetősége meghosszabbításra került egész november hónapra, úgy alkalmazva az ehhez szükséges feltételeket, hogy – a csoportosulások elkerülhetővé válásával – a keresztény nép védve legyen. A dekrétumban az Apostoli Penitenciária 2020. március 19-én kiadott, *A bűnbocsánat szentségéről a pandémia miatt kialakult jelenlegi helyzetben* című dokumentumára is utalás történt (részletesen l. 30URL).

2020. november 2-án, halottak napján a COVID-járványban elhunyt idősök lelki üdvéért szentmisét celebrált Erdő Péter bíboros, prímás, érsek. A járvány miatt a szentmisén a maszk viselését – a megfelelő távolságtartással együtt – végig kérték (l. 31-32URL).

Az Esztergom-Budapesti Főegyházmegye honlapján 2020. november 6-án közzétett tájékoztatás szerint újból és nyomatékosan kérték a paptestvéreket, hogy tartsák be az állami és a bíboros úr által 2020/V. számú körlevélben kiadott óvintézkedéseket: a templomokban és a közösségi alkalmakon megfelelő, biztonságos távolságtartás, az orrot és szájat eltakaró maszk viselése, belépéskor kézfertőtlenítés; plébániai oktatók, közösségi összejövetelek szorítkozzanak csak a szentségi felkészítésre, és ekkor se feledkezzünk meg a távolságtartásról és a maszk viseléséről, tehát csak annyian vegyenek részt ezeken, ahányan a távolságtartást figyelembe véve beférnek az adott helyiségbe. „Azon testvéreink, akik a vírus miatt jogosan félnek a közösségben való megjelenéstől, beteget ápolnak, nagyon idős vagy veszélyeztetett személlyel laknak együtt, hatósági karanténban vannak, illetve állapotbeli kötelességük nem teszi lehetővé, hogy a vasárnapi szentmisén részt vegyenek, az egyház tanítása szerint mentesülnek a vasárnapi szentmisén személyes részvétel kötelezettsége alól.” [l. 33URL; v. ö. pl. a veszélyhelyzet kihirdetéséről szóló 478/2020. (XI. 3.) Korm. rendelet, a veszélyhelyzet idején alkalmazandó további védelmi intézkedésekről szóló 479/2020. (XI. 3.) Korm. rendelet, a koronavírus-világjárvány második hulláma elleni védekezésről szóló 2020. évi CIX. törvény].

2020. november 9-én az MKPK – a járványhelyzet alakulása miatt, Magyarország latin szertartású egyházmegyéire kiterjedő hatállyal – közleményt adott ki. E szerint a templomokat nyitva tartják. Szentmisék is tarthatók, de azok csak úgy végezhetőek, hogy a hatósági kijárási korlátozásokkal összhangban maradjanak. Vonatkoznak a Katekizmusban (KEK 2183.) és az Egyházi Törvénykönyvben (CIC 1248. k. 2. §) található előírások, amelyek szerint, ha valaki számára súlyos okból lehetetlenné válik az eucharisztikus ünnepségben való részvétel, igen ajánlatos, hogy helyette töltsön kellő

időt imádsággal – a Szentírás olvasásával, zsolozsma végzésével vagy más imával, elmélkedéssel – egyénileg vagy a családban. Bár a szentmisén való részvétel nem helyettesíthető, több helyen van online vagy televíziós miseközvetítés, hogy megerősítést, vigasztalást és bátorítást nyerjenek azok, akik nem tudnak részt venni vasárnapi és ünnepnap szentmisén. Kérték, hogy aki betegnek érzi magát, önmaga és mások védelmében érezze lelkiismereti kötelességének, hogy mielőbb orvoshoz forduljon, és ne menjen közösségbe. „Idősebb, veszélyeztetett, illetve beteg testvéreink, továbbá azok, akik kötelességüket teljesítik, beteget ápolnak, nagyon idős vagy veszélyeztetett személlyel laknak együtt, hatósági karanténban vannak, jogosan félnek a közösségben való megjelenéstől, ezért mentesülnek a szentmisén való személyes részvétel kötelezettsége alól.” Nyomatékosan kérték őket, hogy maradjanak otthon. Felmentést adtak mindazoknak is, akik úgy érezték, hogy számukra a szentmisén való személyes részvétel veszélyt hordoz magában (CIC 87. k. 1. §, 1245. k.). Plébániai oktatásokat, közösségi összejöveteleket szoros kivételektől eltekintve – amelyek során azonban követni kellett az aktuális járványügyi és gyülekezési előírásokat – csak online formában lehetett tartani. A templomokban, egyházi intézményekben és plébániákon, valamint a szentségkiszolgáltatásban, illetve az oktatási, szociális és egészségügyi intézményekben továbbra is mindenben követni kellett a vonatkozó járványügyi előírásokat. Az Egyházi Törvénykönyv 838. kánonja értelmében az egyes megyéspüspökök, illetve, akik a jogban velük egyenlő elbírálás alá esnek, ezektől eltérő rendelkezéseket is hozhattak (l. 34URL).

2020. november 11-én az MKPK honlapján közzétették az MKPK 2020. november 9-én kiadott rendelkezéséhez tartozó, *Szentségek kiszolgáltatása járványveszély idején* című, 2020. november 10-én kelt, részletes óvintézkedéseket tartalmazó liturgikus mellékletet [pl. higiéniai előírások, fertőtlenítés, távolságtartás, maszkhasználat, kézbe áldoztatás, perselyezés szentmise végén, szoros kivételekkel online templomi oktatás, szükkörű temetés és szentségkiszolgáltatások (kereszttség, házasság) – v. ö. 2020. szeptember 4-ei MKPK-közlemény; részletesen l. 35URL].¹

¹ Az említett távolságtartási rendelkezések szempontjából véleményem szerint nem tűnik problémamentesnek az az online közvetítés útján is látható volt gyakorlat, hogy a koronavírus-pandémia idején – például 2020 őszen-télen – a pap a szentmise végén felhívja a gyermekeket az oltárhoz (kisebkek szüleikkel mennek), énekelni, imádkozni, kis keresztben részesülni, ráadásul a gyermekeket – fejüket, homlokukat – megérintve, maszk nélkül (gyermekek, felnőttek – miként egyébként tucatszámú ministráns gyermek is – egymáshoz érve). Erdő Péter bíboros, prímás, érsek citált 2020. március 14-ei rendelkezése értelmében is el kell kerülni a testi érintéseket, például a „kis kereszt ostsztását”. Ugyancsak helytelen, hogy például katolikus óvodában alkalmazottak – az egyházi előírást is sértve – nem mindig viselnek maszkot, a gyermekek között tartózkodva, velük foglalkozva sem. A katolikus egyház tanítása szerint akkor, amikor alapvető értékről (ld. pl. emberi élet és egészség) van szó, a védelem szempontjából biztosabb (szigorúbb) álláspontot kell képviselni (vö. pl. Mt 25,40). Ld. pl. Az élet kultúrájáért. A Magyar Katolikus Püspöki Konferencia körlevele a bioetika néhány kérdéséről. Budapest, 2003., Szent István Társulat, az Apostoli Szentszék Könyvkiadója, 199. pont.

Érdemes felhívni a figyelmet Ferenc pápának a szegények 4. világnapjára, 2020. november 15-ére írt üzenetére (l. különösen 7. pont; 36URL), az MKPK Árpád-házi Szent Erzsébet ünnepére, 2020. november 15-én kelt, Ferenc pápa 2020. március 27-ei szavait is idéző körlevelére (l. 37URL; v. ö. 38URL) és Cserháti Ferenc püspök 2020. november 26-án közzétett körlevelére (l. 39URL; v. ö. pl. 40-41URL), mert mindhárom dokumentum figyelemre méltó tartalommal szól a világjárványról, annak következményeiről.

Cserháti Ferenc püspök írja: „Ez a levél Istenbe vetett hitünket és bizalmunkat akarja erősíteni a világjárvány okozta nehéz helyzetben. Jelezni akarja, hogy nem vagyunk egyedül: az Úr velünk van, és velünk van a hívők közössége, amely buzgón kéri az Urat, idehaza és világszerte, hogy vegye el tőlünk ezt a rettenetes csapást.” (l. 39URL).

A pandémia harmadik hulláma

Erdő Péter bíboros, prímás, érsek 2021. február 26-ai levelében – a pandémia fokozódására tekintettel – a járványügyi intézkedéseket megerősítve kifejtette: „Aggodalommal látjuk a járvány fokozott terjedését. Ha az állami rendelkezések szigorodnak, vissza kell térnünk a tavaszi szigorúbb egyházi szabályokhoz is. A paptestvérek és a hívők iránti felelősségtől vezetve vegyük figyelembe a következőket: 1. Vegyük komolyan az eddigi egészségügyi határozatokat, például közvetlenül az áldoztatás előtt fertőtlenítsék az áldoztatók a kezüket. 2. Szigorúan tartsuk meg egymástól a távolságot és viseljünk maszkot. 3. A plébánosok megítélése szerint, ahol indokoltnak látszik, adható általános feloldozás a már jól ismert feltételekkel. 4. Ajánljuk, hogy akik önmagukat vagy környezetüket veszélyeztetve érzik, online vagy a tömegtájékoztatói eszközökön kövessék a szentmiséket, nagybőjti ájtatosságokat. 5. Családlátogatásoktól, magánjellegű összejövetelektől lehetőség szerint tartózkodjunk. 6. Ügyeljünk arra, hogy sokszor a kórusban való éneklés is különös kockázatot jelent. 7. A nagybőjti önmegtagadást most egészen különös módon tudjuk megélni. Ajánljuk fel ezeket a lemondásokat egész hívő közösségünkért. [l. 42URL; v. ö. pl. a veszélyhelyzet kihirdetéséről és a veszélyhelyzeti intézkedések hatálybalépéséről szóló 27/2021. (I. 29.) Korm. rendelet, a koronavírus-világjárvány elleni védekezésről szóló 2021. évi I. törvény (kihirdetve: 2021. február 22.), a 2021. február 8. napjával kihirdetett veszélyhelyzettel összefüggő rendkívüli intézkedések hatályának meghosszabbításáról szóló 80/2021. (II. 22.) Korm. rendelet].

A világjárvány újabb hulláma kapcsán az MKPK Titkársága 2021. március 4-én közleményt adott ki, amelyben kérte, hogy a nagybőjti imádságainkat ajánljuk fel egész népünkért, különösen azokért, akik a világjárványban érintettek, kiemelten azokért, akik az egészségügyi és a szociális szférában, illetve a mindennapi élet területein

most is értünk dolgoznak; a járványhelyzetben segítő szeretettel figyeljünk idősebb és veszélyeztetettebb embertársainkra, kiemelten legyünk figyelemmel a járványügyi előírásokra és felelősen tartsuk be azokat (l. 43URL).

Az MKPK 2021. március 5-ei közleménye (l. 44URL) tartalmazza, hogy „a ránk bízottakért érzett felelősségtől vezérelve, figyelembe véve a járványügyi szakemberek véleményét és a COVID19-járvány harmadik hulláma miatt életbe lépő szigorításokat, egyházunk sajátosságait szem előtt tartva, korábbi intézkedéseinket megerősítve, visszavonásig – Magyarország latin szertartású egyházmegyéire vonatkozóan – az alábbi módon rendelkezünk: 1. A koronavírus miatt meghirdetett veszélyhelyzetben a templomok mint a lelki feltöltődés és imádság helyei különösen is fontosak, ezért templomainkat továbbra is nyitva tartjuk. Nyilvános istentiszteletek csak a hatósági kijárási és egyéb korlátozásokkal összhangban végezhetők, az illetékes ordinárius rendelkezése szerint. Felelősen és körültekintően kell eljárni, figyelembe véve a járványügyi előírásokat, különös tekintettel a fertőtlenítőszeres használatára, a maszk viselésére és a védőtávolság megtartására. 2. Az Egyházi Törvénykönyv előírásai szerint a megyéspüspök, ha úgy ítéli meg, felmentést adhat a vasárnapi szentmisén való részvétel kötelezettsége alól (CIC 87. k. 1. §, 1245. k.). Ezt a felmentést – a fertőzés elkerülése céljából – a Magyar Katolikus Püspöki Konferencia ordináriusai újfent megadják további intézkedésig. 3. Templomaink mellett az egyházi intézményeinkben és a plébániáinkon is, valamint a szentségkiszolgáltatásban, illetve oktatási, szociális és egészségügyi intézményeinkben továbbra is mindenben kövessék a vonatkozó járványügyi előírásokat. Az Egyházi Törvénykönyv 838. kánonja értelmében az egyes megyéspüspökök, illetve, akik a jogban velük egyenlő elbírálás alá esnek, eltérő rendelkezéseket is hozhatnak.” A húsvéti szertartásokról a későbbiekben határoztak [v. ö. l. 44URL; pl. a védelmi intézkedések ideiglenes szigorításáról szóló 104/2021. (III. 5.) Korm. rendelet].

Erdő Péter bíboros, prímás, érsek 2021. március 5-én az alábbi döntést hozta: „Az Esztergom-Budapesti Főegyházmegyében – a püspöki konferencia irányelvein túlmenően – az itt élő hívekért érzett felelősségtől vezérelve a koronavírus-járvány magyarországi harmadik hulláma miatt meghirdetett veszélyhelyzetben, visszavonásig a következő rendelkezések lépnek életbe: 1. A templomok, mint a lelki feltöltődés és imádság helyei különösen is fontosak, ezért templomainkat nem zárjuk be. Mégis felelősen és körültekintően kell eljárjunk, ezért a nyilvános istentiszteletek 2021. március 8., hétfőtől az egyházmegye egész területén szünetelnek. Egyetlen kivétel a temetés, amelyet egyszerű formában, röviden, maximum 50 fő részvételével lehet megtartani, hacsak a hatóságok ennél kisebb létszámot nem írnak elő. 2. A már felvett miseszándékok, sine populo módon engedélyezetten elvégezhetők, vagy az Egyházi Törvénykönyv rendelkezése értelmében áthelyezhetők (CIC 1309. k.). A híveket pedig arra bátorítjuk, hogy otthonról az interneten vagy a tömegtájékoztatás eszközein kapcsolódjanak be a szent cselekményekbe. 3. A vasárnapi szentmisén való részvétel-

tel kötelezettsége alóli felmentést jelen rendelkezéssel minden hívőnek visszavonásig megadom. 4. A betegellátás, a gyóntatás és a rendkívüli áldoztatás tekintetében is mindenben kövessük az állami és egyházi járványügyi előírásokat. A rendkívüli helyzetre való tekintettel – szintén visszavonásig, azonnali hatállyal – lehetővé tesszük az általános feloldozás megadását a szokásos feltételekkel. 5. Oktatási, szociális és egészségügyi intézményeinkben mindenben kövessük az állami előírásokat. A hatóságokkal mindenben működünk együtt és legyünk figyelemmel az általuk adott általános irányelvekre. 6. A tavaszi bérálásokról és a nagyheti szertartásokról később történik intézkedés (l. 45URL; v. ö. pl. 46URL).

Az MKPK 2021. március 26-ai közleményével – a rábízottakért érzett felelősségtől vezérelve, változatlan figyelemmel a járványügyi szakemberek véleményére és a COVID19-járvány továbbra is intenzív harmadik hullámára – visszavonásig megerősítette a 2021. március 5-ei rendelkezésében foglaltakat, amelyek ennél fogva a húsvéti ünnepek idején is érvényesek voltak. A húsvéti szertartásokat kizárólag az egyházmegyei rendelkezésekkel összhangban lehetett végezni, az Istentiszteleti és Szentségi Fegyelmi Kongregáció 2020-ban kiadott, 2021-ben is hatályos dekrétumainak megfelelően [l. 47URL; v. ö. pl. a védelmi intézkedések egy héttel történő meghosszabbításáról szóló 133/2021. (III. 19.) Korm. rendelet].

2021. március 26-án az MKPK honlapján (l. 48URL) ismét közzétették az Istentiszteleti és Szentségi Fegyelmi Kongregáció 153/20. számú, 2020. március 19-én kelt, hatályos dekrétumának magyar fordítását, amelyet COVID19-járvány miatt a nagyheti szertartások rendjével kapcsolatban hozott, valamint a nagypénteki liturgia XI. rendkívüli könyörgését a járvány idejére (700/2020. sz.), amelyet a dekrétum útmutatásának megfelelően a Magyar Egyházzenei és Liturgikus Intézet készített elő, szövegét az MKPK Állandó Tanácsa hagyta jóvá. Ugyancsak publikálták e kongregáció 154/20. számú, hatályos dekrétuma – valamint az ahhoz kapcsolódó megjegyzés – magyar fordítását, amelyet COVID19-járvány miatt a latin rítusú nagyheti szertartások rendjével kapcsolatban hozott. Közltek továbbá e kongregáció által engedélyezett, *Szentmise járvány idején* című választható miseszöveget és a *Segédanyag a nagyhét személyes és családi imádságaihoz* című liturgikus segédletet. A kongregáció útmutatása (96/21, 2021. február 17.) szerint a rendelkezések 2021-ben is alkalmazhatók (v. ö. 49URL).

2021. március 26-án Veres András püspök, az MKPK elnöke, Balog Zoltán püspök, a Magyarországi Református Egyház Zsinatának lelkési elnöke és Fabinyi Tamás elnök-püspök a Magyarországi Evangélikus Egyház nevében közös levélben fordultak Pintér Sándor miniszterhez. E levél szerint „[a]z egyházainkban szolgáló papok, lelkészek és hitoktatók a koronavírus okozta járványhelyzetben is teljesítik feladataikat a rájuk bízott közösségekben. Tanítanak az iskolákban, temetési szertartásokat végeznek, s ezek okán közvetlenül is személyesen érintkeznek felnőttekkel és gyermekekkel, idősekkel és fiatalokkal, betegekkel és egészségesekekkel egyaránt.” A levél aláírói a

gyermek és a hívek védelme, valamint az egyházi szolgálat fenntartásának érdekében azzal a kéréssel fordultak a miniszterhez, hogy „az egyházainkban szolgáló kb. 10 ezer főt a pedagógusokkal együtt sorolják be az oltási rendbe. Ez az intézkedés segítheti a járvány továbbterjedésének megfékezését, és a hívekkel való – a jelen kritikus helyzetben különösen is fontos – kapcsolattartást, az egyházi jelenlét folyamatosságát.” (l. 50URL).

Erdő Péter bíboros, prímás, érsek 2021. április 9-én a következő döntést hozta: „1. Tekintettel az óvatos állami enyhítésekre és a beoltottak növekvő számára, az Esztergom-Budapesti Főegyházmegyében 2021. április 17-én, szombattól ismét a nép részvételével végezhetjük a szentmiséket, a püspöki konferencia irányelveinek megtartásával. 2. Nevezetesen, továbbra is kötelező a maszkviselés, a kézbe áldoztatás, a kézfertőtlenítő használata és a távolságtartás. 3. Az MKPK március 5-ei egyhangú határozata (521/2021) szerint a vasárnapi szentmisén való részvétel kötelezettsége alóli felmentés további intézkedésig érvényben marad. 4. Templomainkon kívül, plébániáinkon és az oktatási, szociális, egészségügyi és más intézményeinkben továbbra is mindenben kövessük az állami előírásokat. A hatóságokkal mindenben működünk együtt, és legyünk figyelemmel az általuk kiadott általános irányelvekre. 5. Felhívjuk a figyelmet, hogy aki a koronavírus betegség bármilyen tünetét észleli magán vagy családján, az maradjon távol a liturgikus közösségtől” [l. 51URL; v. ö. pl. 52URL; a védelmi intézkedések lépcsőzetes feloldásának első fokozatáról szóló 144/2021. (III. 27.) Korm. rendelet, a védelmi intézkedések meghosszabbításáról szóló 166/2021. (IV. 7.) Korm. rendelet, egyes veszélyhelyzeti intézkedésekről szóló 176/2021. (IV. 15.) Korm. rendelet].

Erdő Péter bíboros, prímás, érsek imádsága járvány idején

„Mindenható Urunk, atyáink Istene! Hálát adunk neked a világért, amelyben lehetővé titted az emberiség életét. Hálát adunk a teremtés egész gazdagságáért és csodálatos törvényszerűségeiért. Hálát adunk azért, hogy minden pusztító erő ellenére megmaradtunk, és képesek vagyunk arra, hogy világunkról és önmagunkról új és új felismerésekre jussunk. Köszönjük, hogy egyénileg és közösségekben is harcolhatunk megmaradásunkért és azért, hogy életünk egyre szebb és tartalmasabb legyen. De mindennél inkább köszönjük neked, hogy örök életre hívtál meg minket, és Krisztus Urunk megváltó halála és feltámadása által utat nyitottál nekünk az örök boldogságra. Amikor olyan természeti csapások érnek minket, amelyek ellen a magunk erejéből teljesen biztos védelmet még nem találunk, átéljük, hogy végül is mindig a te kezdedben van az életünk. Alázattal kérünk, segítsd a tudomány embereit, hogy mielőbb megtalálják a mostani járvány ellenszerét! Adj a társadalmak vezetőinek éleslátást, hogy megfelelő intézkedésekkel gátat szabjanak a fertőzés terjedésének, segítsék a betegség megelőzését, leküzdését és a hatékony eszközök eljutását a rászorulókhhoz! Adj irgalmat és örök

nyugodalmat a betegségben elhunytaknak, adj a betegeknek gyógyulást, az orvosoknak és az egészségügy munkatársainak erőt és áldást bátor helytállásukhoz! Erősítsd bennünk a hitet, a bizalmat és a segítő szeretetet, hogy megadhassunk minden lelki és testi segítséget beteg embertársainknak és a gyászoló vagy aggódó hozzátartozóknak! Add, hogy felelős viselkedésünkkel mi is hozzájáruljunk a betegség terjedésének elkerüléséhez! Bocsásd meg, Urunk, minden bűnünket, amit gondolattal, szóval, cselekedettel és mulasztással elkövettünk! Szentháromság, Egy Isten, irgalmazz nekünk! Boldogságos Szűz Mária, Betegek Gyógyítója, könyörödj értünk! Ámen.” (l. 2URL).

HIVATKOZÁSOK

- 1URL <https://katolikus.hu/cikk/ulesezett-a-magyar-katolikus-puspoki-konferencia-34658274>;
<https://katolikus.hu/dokumentumtar/4186>; <https://www.esztergomi-ersekseg.hu/hirek/intezkedesek>
- 2URL <https://katolikus.hu/cikk/erdo-peter-biboros-imadsaga-jarvany-idejen>; <https://www.esztergomi-ersekseg.hu/hirek/fopasztorunk-imadsaga-jarvany-idejen>
- 3URL <https://www.esztergomi-ersekseg.hu/hirek/egy-honapja-egyutt-a-jarvany-megszuneseert>;
<https://www.esztergomi-ersekseg.hu/hirek/ket-honapja-egyutt-jarvany-megszuneseert>
- 4URL <https://www.esztergomi-ersekseg.hu/hirek/erdo-peter-biboros-felmentest-adott-vasarnapi-szentmisen-valo-reszvetel-kotelezettsége>
- 5URL <https://katolikus.hu/dokumentumtar/4184>; <https://www.esztergomi-ersekseg.hu/hirek/az-mkpk-kozlemenye-2923>
- 6URL <https://www.esztergomi-ersekseg.hu/hirek/sebezhetok-vagyunk-de-bizhatunk-istenben>
- 7URL <https://katolikus.hu/cikk/viragvasarnap-a-nagyhet-unnepelyes-megnyitasa-93075664>
- 8URL <https://katolikus.hu/cikk/nagyszombat-es-a-husveti-vigilia>
- 9URL <https://katolikus.hu/dokumentumtar/4183>; <https://katolikus.hu/cikk/szentsegek-kiszolgáltatasa-jarvanyveszely-idejen>
- 10URL <https://katolikus.hu/cikk/dekretum-es-konyorges-a-covid-19-jarvany-idejere>
- 11URL <https://katolikus.hu/cikk/xi-rendkivuli-konyorges-a-jarvany-idejere-nagypentekre>
- 12URL <https://katolikus.hu/cikk/nagypentek---jezus-krisztus-kereszthalalanak-napja-24874153>
- 13URL <https://katolikus.hu/cikk/ujabb-liturgikus-rendelkezesek-a-covid-19-jarvany-idejere> (a szentszéki dokumentumok teljes szövegével)
- 14URL <https://katolikus.hu/cikk/dekretum-a-jarvany-idejere-szolo-miserol> (a dekrétum és a függelék teljes szövegével)
- 15URL <https://katolikus.hu/dokumentumtar/4191>; <https://katolikus.hu/cikk/az-mkpk-kozlemenye-10651342>
- 16URL http://gyor.egyhazmegye.hu/#/hir/rendelkezesek_a_jarvanyugyi_korlatozasok_reszleges_feloldasarol
- 17URL <http://szeged-csanad.hu/2020/05/28/puspoki-rendelkezesek-a-koronavirus-jarvany-elleni-vedekezes-2-szakaszaban-2/>
- 18URL <https://katolikus.hu/cikk/imanap-az-emberisegert>; <https://www.esztergomi-ersekseg.hu/hirek/imanapot-tartanak-csutortokon-vilagjarvany-megszuneseert>; <https://www.esztergomi-ersekseg.hu/hirek/interju-fopasztorral-3091>

- 19URL <https://katolikus.hu/dokumentumtar/4190>
- 20URL <https://katolikus.hu/cikk/punkosd-a-husveti-ido-lezarasa>
- 21URL <https://www.esztergomi-ersekseg.hu/hirek/imadsag-vilagjarvany-megszuneseert>
- 22URL <https://katolikus.hu/dokumentumtar/4192>; <https://katolikus.hu/cikk/ulesezett-a-magyar-katolikus-puspoki-konferencia-30911344>
- 23URL http://gyor.egyhazmegye.hu/#/hir/fopasztori_korirat_a_jarvanyugyi_korlatozasok_enyhiteserol_
- 24URL [https://katolikus.hu/cikk/kovacs-gergely-szent-istvan-unnepen-mindannyiunk-keze-kapaszkodjon-egymasba_\(szendbeszed_is\)](https://katolikus.hu/cikk/kovacs-gergely-szent-istvan-unnepen-mindannyiunk-keze-kapaszkodjon-egymasba_(szendbeszed_is)); <https://www.esztergomi-ersekseg.hu/hirek/erdo-peter-szent-istvan-kiraly-sziklara-epitette-orszagat-es-eletet-3243>
- 25URL <https://katolikus.hu/dokumentumtar/4193>; <https://katolikus.hu/cikk/kozlemenye-10175874>
- 26URL <https://www.martinus.hu/hirek/10148/jarvanyugyi-rendelkezesek-dr-szekely-janos-megyespuspok-rendelkezesei>
- 27URL <http://szeged-csanad.hu/2020/09/11/a-szeged-csanadi-egyhazmegyere-vonatkozozarvanyugyi-intezkedesek/>
- 28URL <https://katolikus.hu/cikk/egyuttmukodesi-megallapodast-kotott-a-katolikus-szeretetszolgalat-es-a-budapesti-szent-ferenc-korhaz>
- 29URL <https://katolikus.hu/cikk/peterfillerek-gyujtese-94997909>
- 30URL <https://www.esztergomi-ersekseg.hu/hirek/az-apostoli-penitenciarial-dekretumahalottakert-felajnlhato-bucsukrol>
- 31URL <https://katolikus.hu/kereses/j%C3%A1rv%C3%A1ny> (2020. november 2.)
- 32URL <https://www.esztergomi-ersekseg.hu/hirek/erdo-peter-mindenszentek-unnepen-megelhetjuk-gondviselesbe-vetett-bizalmat>
- 33URL <https://www.esztergomi-ersekseg.hu/hirek/tajekoztatas-koronavirus-intezkedesekrol>
- 34URL <https://katolikus.hu/dokumentumtar/4196>; <https://katolikus.hu/cikk/az-mkpk-kozlemenye-62799764>
- 35URL <https://katolikus.hu/cikk/szentsegek-kiszolgaltatasabrjarvanyveszely-idejen>
- 36URL <https://katolikus.hu/dokumentumtar/4208>; <https://katolikus.hu/cikk/ferenc-papa-uzenete-a-szegenyek-vilagnapjara-13435598>
- 37URL <https://katolikus.hu/dokumentumtar/4195>; <https://katolikus.hu/cikk/az-mkpk-korlevele-arpad-hazi-szent-erzsebet-unnepere-2020>
- 38URL [https://www.esztergomi-ersekseg.hu/hirek/a-jarvany-valasztas-ele-allitotta-az-emberiseget-ferenc-papa-szerint_\(a_Szentatya_szentbeszed_e_magyar_forditasanak_teljes_szovegevel\)](https://www.esztergomi-ersekseg.hu/hirek/a-jarvany-valasztas-ele-allitotta-az-emberiseget-ferenc-papa-szerint_(a_Szentatya_szentbeszed_e_magyar_forditasanak_teljes_szovegevel))
- 39URL <https://katolikus.hu/cikk/tekints-fel-az-egre>
- 40URL <https://www.esztergomi-ersekseg.hu/hirek/erdo-peter-advent-also-vasarnapjan-krisztus-az-igazi-vilagosság-kepes-eluzni-ezt-homal>
- 41URL <https://katolikus.hu/cikk/advent---az-ur-erkezeset-varjuk>
- 42URL <https://www.esztergomi-ersekseg.hu/hirek/a-jarvanyugyi-intezkedesek-megerositeserol>
- 43URL <https://katolikus.hu/cikk/az-mkpk-titkarsaganak-kozlemenye>
- 44URL <https://katolikus.hu/cikk/a-magyar-katolikus-puspoki-konferencia-kozlemenye-81389493>
- 45URL <https://www.esztergomi-ersekseg.hu/hirek/jarvanyugyi-rendelkezesek>

- 46URL <https://www.szfvar.katolikus.hu/hirek/a-szekesfehervari-egyhazi-megye-marcius-6-i-jarvany-ugyirendelkezes-20210306>
- 47URL <https://katolikus.hu/cikk/kozlemeny-54871391>
- 48URL <https://katolikus.hu/cikk/szentszeki-rendelkezesek-a-nagyhet-unneplesere-es-segedanyagok-szemelyes-es-csaladi-imadsagokhoz>
- 49URL <https://www.veszpremiersekseg.hu/jarvanyugyi-rendelkezesek-a-nagyhetre-es-husvetra-veszpremi-foegyhazmegyeben/>
- 50URL <https://katolikus.hu/cikk/kozlemeny-65575232>
- 51URL <https://www.esztergomi-ersekseg.hu/hirek/fopasztorunk-friss-jarvanyugyi-rendelkezes>
- 52URL <https://eger.egyhazmegye.hu/hirek/hirek-200/jarvanyugyi-rendelkezesek-az-egri-foegyhazmegyeben>

GONDOSKODÁS, GONDVISELÉS ÉS A LEHETSÉGES IRÁNTI SZENVEDÉLY

TEOLÓGIAI SZEMPONTOK A TRIÁZSAJÁNLÁSOK KAPCSÁN
COVID19-JÁRVÁNY IDEJÉN

OROSZ GÁBOR VIKTOR

„Ezért arra kérem az Istent, hogy könyörüljön rajtunk, és óvjon meg bennünket. Ezután füstölök, hogy a levegő tisztulását elősegítsem. Orvosságot osztok, és én is beveszem. Tartózkodom a fertőzött személyektől és helyektől, ha nincs ott rám szükség, így vigyázva a saját egészségemre, nehogy én mérgezzek és fertőzzek meg másokat, és így hanyagságból okozzam mások halálát.”

Luther Márton

A 2020–2021-es COVID19-pandémia különös terhet rótt az egészségügyi rendszerre, amely tovább fokozódhatott volna, ha olyan vészhelyzet következik be, amelyben az intenzív terápiás képességek kimerülnek¹. Ebben az esetben az orvosoknak Magyarországon is rendkívül nehéz erkölcsi kérdésekkel kellett volna szembesülni: az A vagy a B páciens kapja-e meg az egyetlen elérhető lélegeztetőgépet? A beteg és hozzátartozó részéről ugyancsak joggal merülhetne fel a kérdés, miért engem, vagy hozzátartozómat érte a hátrányos megkülönböztetés? Mit tehetünk, ha nem elegendő a humán erőforrás a betegek megfelelő és kielégítő ellátására? Kinek a túlélési esélye támogatandó nagyobb mértékben, ha egyenlő mértékben nem lehetséges?

A Magyar Orvosi Kamara Etikai megfontolások az orvosi erőforrások elosztásához című iránymutatása szerint „ilyen kiélezett helyzetekben az erőforrások elvétele, a rendkívüli orvosi kezelés abbahagyása a kisebb túlélési eséllyel rendelkező betegtől más, nagyobb túlélési esélyű beteg megmentése érdekében sem az etikai, sem az erre vonatkozó keresztény vallási elveket figyelembe véve nem minősül etikátlanságnak.”² Miközben egyetérték az idézett mondat üzenetével, lényegesnek tartom azon érvek és megfontolások rövid kifejtését, amelyek a kamara által megfogalmazott állítással való egyetértésemet alátámasztják.

¹ Vö. Was das Triage-System zu bedeuten hat. In. <https://www.quarks.de/gesundheit/medizin/was-das-triage-system-zu-bedeuten-hat/>

² Etikai megfontolások az orvosi erőforrások elosztásához COVID19-pandémia idején Magyarországon. In. https://mok.hu/public/media/source/KORONAV%20C3%84DRUS/MOK_Etikai%20megfontola%20CC%81sok_Covid19_final.pdf

Gondoskodás és a számok törvénye

„Az élet iránti felelősséget egyrészt az evilági körülmények meghatározottságától, valamint a velünk született tulajdonságoktól függetlenül gyakoroljuk; másrészt az evilági állapotok és kapcsolatok rendszerében szabadon éljük meg arra, hogy felebarátunkat szeretetben szolgáljuk.”³ A kapcsolatok rendszere a felelősségvállalásban teljesedik ki azok iránt, akikkel közösségekben élünk. A felelősségvállalást a válaszadás helyzeteként is értelmezhetjük, amelyben a keresztény embernek egyrészt Istennek, másrészt embertársának kell megfelelnie erkölcsi döntéseinek indítékairól és következményeiről. Az emberi élet interperszonális jellegének hangsúlyozása különösen releváns akkor, amikor a triázs kérdéskörével foglalkozunk, mert krízishelyzetben az egyén másokra utaltsága és kiszolgáltatottsága (gondoskodás és gondviselés) az egészségügyi ellátórendszer lehetőségeinek határán, vagy azon túl jelenik meg.

Michel Foucault klinikai ellátással kapcsolatos kritikáját a 2020–2021-es pandémia által okozott krízishelyzetben érdemes megfontolni: előfordulhat, hogy a klinikákon csupán a betegségeket kezelik, miközben magával a beteggel szemben közömbösek, „csupán a betegség van jelen, jóllehet testileg, ami a betegséghez tartozik, de nem a beteg személy testeként”.⁴ A beteg csupán a betegség „akcidenseként” (járulékos jegyként) jelenik meg Foucault idézett gondolatában. Ha a test eltárgyasul, akkor megszűnik az emberi szubjektummal egységet alkotni – a „betegség naturalizálódik”.⁵ A technika modern kori és gyakran egyoldalú abszolutizálása az emberképet is jórészt „technikaivá tette”. A betegség és az egészség megállapítása nem csupán diagnózist jelent, hanem egyúttal számszerű értékelése is a betegség mértékének.⁶ A betegek triázs-eljárás szerinti besorolása bár utilitarista és a kompromisszumot ismerő etikai megfontolások alapján követendő, mégis a fentiek alapján érdemes rámutatni arra, hogy

„a fájdalommal, szenvedéssel és kétségbeeséssel teli életet élő, súlyosan beteg és haldokló emberek gondozásának felelőssége nem azon múlik, és nem abból ered, hogy van esély a beteg ember gyógyulására vagy állapotának javulására, vagy sem. Sokkal inkább az emberi élet alapvető méltóságából következik, amely az Istennek az emberekkel való teremtő és megigazulást adó kapcsolatára épül.”⁷

³ Ideje van az életnek, 175. o.

⁴ Foucault 1963, 74. o.

⁵ Habermas 1998b.

⁶ Engelhardt 2012, 12. o.

⁷ Ideje van az életnek, 176-177. o.

Halandóság

Az emberi élet legjelentősebb kérdése ittlétünk tapasztalatainak a halállal bekövetkező megszakadása, vagy folytatólagossága. Amennyiben reménységünk teljes egészében születésünkkel kezdődő jelenlegi egzisztenciánk vég nélküli folytonosságára irányulna, akkor ezt a reménységet „nem lehetne megkülönböztetni az ember önmegváltó tervétől, vagyis evilági életének töretlen és örökké tartó folytonosságának vágyától”, amit a teológia ismeretelméleti szempontjai alapján a „helytelenül értelmezett kontinuitás és diszkontinuitás hibájának” ítélnénk.⁸ A keresztény teológia értelmezési horizontján a kontinuitás és diszkontinuitás helyes értelmezését Jézus halála és feltámadása mutatja fel. Jézus valóságos halála jelenti azt a diszkontinuitást, amely által megszakad minden „aktív vonatkozás, melyben az emberi élet élhető”. A kontinuitás viszont Isten hűségében jelenik meg, aki feltámasztja a halálból, és a vele való kapcsolatot újjáteremti.⁹ Ezért csak a halálban kifejeződő diszkontinuitás által lehet valósággá¹⁰ az Isten kegyelme által érvényesülő kontinuitás,¹¹ és válhat az emberi életbe vetett hit a halálon is túltekintő reménnyé, amely remény már most elővételezi az örök életet. Az említett teológiai állítások egyik üzenete lehet a klinikai gyakorlat számára, hogy

„az életet meghosszabbító kezelések megszakítása vagy elutasítása bizonyos körülmények között nem csak megengedett, de tulajdonképpen a helyes gondozás és a súlyos, visszafordíthatatlan és végstádiumban lévő betegek iránti részvét elemének is tekinthető. Fontos feltenni azt a kérdést, hogy a kezelés folytatása okoz-e bármilyen jót a betegnek, akár gyógyító vagy palliatív módon, akár abban, hogy fenntartja a keresztény értelemben vett minőségi életet, vagyis azt, amely képes az adott szeretetet valahogy elfogadni, érzékelni, és arra reagálni.”¹²

A halál bekövetkeztére való várakozás motívuma kapcsán nem irracionális, hanem „preracionális intuícioról” beszélhetünk. Az európai „kultúránkban az az elterjedt fel fogás, hogy az embertől való elválás, ami a halállal következik be, elszenvedett végzet

⁸ Vö. Schwöbel 2002, 466. o.

⁹ Uo.

¹⁰ Szemben például a transzhumán törekvésekkel, amelyek az ember öröklétét a technika segítségével kívánják biztosítani, a kereszténységben a biológiai halál feltétele az örök életnek, az élet kontinuitása magában foglalja a halál diszkontinuitását. A keresztény teológia feladata ezért a kontinuitás és diszkontinuitás bemutatott mintájának kontextusba állítása.

¹¹ Uo.

¹² Ideje van az életnek, 177. o.

és nem idegen tett”.¹³ Ekkor azonban a halál várásának ideje és módja jelentékeny szerephez jut. Az orvosi beavatkozás már nem csupán a gyógyítás és a szenvedés csillapítására irányul, hanem a társadalom élethez és halálhoz való kapcsolatát is alakítja azáltal, hogy a haldoklás fázisának befolyásolásával *rituális funkciót*¹⁴ ölt magára. Mindennek morális és jogi értelmezése mellett az is kifejeződik, hogy az erkölcsi gondolkodást megelőző ténnyel van dolgunk:¹⁵ *az ember halandó, és halandósága nem idegen tett következménye, hanem az ember végzete.*

Ki döntsön?

Amennyiben az emberi méltóságot az autonómia aktuális birtoklásával együtt értelmezzük, akkor ez ahhoz a tévedéshez vezethet, hogy az ember méltóságának kritériuma egyenlő az autonómia aktuális érvényesítésének képességével. Az a kettősség, amely a kanti autonómiafogalom és az emberi lény eltárgyasíthatatlan voltának eltérő használatából fakad – összekapcsolás és elválasztás – az emberi méltóság és jó halál kapcsolatáról folytatott párbeszéd számára releváns módon jelentkezik. *Vajon az autonómia a méltóság elé helyezhető-e normatív módon, vagy az autonómiát prospektív módon kell-e inkább feltételezni,*¹⁶ tehát előre jelző, jövőbe mutató jelleget tulajdonítva.

Harry M. Kuitert szembehelyezkedik azzal az állásponttal, amely az ember saját önrendelkezési jogát életéről és haláláról kétségbe vonja. Ellenérve, hogy Istennek a cselekvéshez földi „eszközökre”, cselekvő emberekre van szüksége, és nekik a rájuk ruházott felelősséget nem lehet Istenre hárítaniuk.¹⁷ A rendelkezésre álló modern orvosi eszközök ismeretében nyilvánvaló, hogy az élet vége iránti felelősség az ember kezébe került. Az orvosi eszközök között senki sem menekülhet a „természetes” halál fikciójához, amelyben Istené a döntés és a felelősség is. Mivel a felelősség az emberre hárul, a probléma a következő kérdésben rögzíthető: vagy én rendelkezem magamról, vagy mások teszik meg ezt helyettem azzal a lehetséges következménnyel, hogy az orvosi technika fogságába kerülhetek.¹⁸

¹³ Uo. 72. o.

¹⁴ Ekkor a rítus olyan történésként értendő, amely ismeretet nyújt a halál közeledtéről, ami a másik embertől elválaszt.

¹⁵ Fischer 1998, 73. o.

¹⁶ Vö. Mieth 1999, 79–80. o.

¹⁷ Kuitert 1991, 86. kk.

¹⁸ Uo. 93. o.

Pandémia idején nem csak az említett veszély fenyeget, hanem annak ellenkezője is, mégpedig a szűkös erőforrások helyzete, amikor sem technika, sem humán erőforrás nem áll rendelkezésre az összes fertőzött beteg megfelelő ellátásához. Ebben az összefüggésben a Német Etikai Tanács az „ultra posse nemo obligatur” etikai és jogi elvre hivatkozik: „Senki sem köteles túllépni azon, amire képes”, azaz nincs erkölcsi kötelezettség a lehetetlen teljesítésére.

Hasztalan kezelés

A beteg „meghalásának engedése” a betegség lefolyásának megfelelő és a beteg kifejezett vagy vélhető akarata alapján megvalósuló lemondás a további terápiáról, vagy a terápia tudatos korlátozása. Ekkor annak a *gyógykezelésnek a visszautasítása* valósul meg, ami a haldoklás folyamatának meghosszabbításán kívül más eredményre nem tud vezetni. Ilyen esetekben csak a beteg méltóságát megillető lelki és társadalmi támogatást, valamint a kényelmét biztosító gyógykezelést kell folytatni. *Ebben az esetben fontos hangsúlyoznunk, hogy a beteg halálát a betegség okozza, és nem a kezelés megszüntetése.*

Az orvostudomány és a technikai fejlődés alkalmat ad, de nem közvetlen oka a jó halálról folytatott mai párbeszédnek. Ugyanakkor érdemes figyelembe venni, hogy amikor a hatékony terápiák és a fájdalomcsillapítás eszközei még nem álltak rendelkezésre olyan mértékben, mint napjainkban, sokkal inkább fennállt az a lehetőség, hogy az elviselhetetlen szenvedést a kívánságra történő ölés indikátorának tekintsék vagy elfogadhatónak tartásuk. Az a kérdés viszont, hogy a szenvedésnek melyik formája és mértéke tekinthető „értelmesnek, vagy hasznosnak”, nem az orvostudomány fejlődésének problémája, hanem *az ember vallási és világnézeti meggyőződése, valamint a személyes életkörülmények függvénye.*

Az Európai Protestáns Egyházak Közösségének „Ideje van az életnek és ideje van a meghalásnak” című dokumentumában ezt olvassuk:

„A keresztény hagyomány folyamatosan hangsúlyozza a súlyosan beteg emberek és a haldoklók iránti szolgálatot akkor is, amikor nincs remény sem gyógyulásra, sem javulásra. Ezáltal annak a szilárd meggyőződésnek ad teret, hogy fenn kell tartani azt a gondozást, amely az élet utolsó óráiban is képes csillapítani a fájdalmat, a terheket és a kínokat. Egyrészt a gondozás orvosi, kórházi és ápolási lépései – akár életet meghosszabbítók, akár nem – olyan alapvető erkölcsi felelősséget jelentenek számunkra, amelyet nem lehet egykönnyen félretenni más kérdések miatt. Másrészt a gondozás fenntartása nem olyan abszolút követelmény, amelyet a páciens helyzetének figyelembevétel nélkül lehetne alkalmazni. Noha a protestáns egyhá-

zak felismerik a kialakult bonyolult erkölcsi problémát és az ebben foglalt komoly etikai álláspontokat, mégsem készek arra, hogy minden esetben abszolút rosszként utasítsák el – például – a tartós vegetatív állapotban lévő betegek táplálásának megszakítását.”¹⁹

A keresztény hagyomány egyértelműen hangsúlyozza a haldokló beteg fájdalmainak csillapításának szükségességét, a beteg imádságos és szerető kísérését élete utolsó szakaszában. A keresztény közösséghez tartozás egyaránt jelenti a megváltó Krisztus munkájában való részesedést (üdvösség) és a keresztény testvérek odafordulását az e világi élettől búcsúzó testvérhez. Ezek a relációk értelmet és célt adnak az élet minden pillanatához, de az örök élet és az üdvösség ígérete egyben relativizálja is az e világi élethez való feltétlen, kompromisszumot nem ismerő ragaszkodást. „Az életet meghosszabbító kezelések megszakítása vagy elutasítása bizonyos körülmények között nem csak megengedett, de tulajdonképpen a helyes gondozás és a súlyos, visszafordíthatatlan és végstádiumban lévő betegek iránti részvét elemének is tekinthető.”²⁰

Konklúzió

A koronavírus-fertőzés nemcsak súlyos, de akár halálos is lehet bárki számára, mivel valaki a pandémia áldozatává válhat akkor is, ha például súlyos közúti baleset vagy szívroham után nem jut számára intenzív ágy és ennek következtében életmentő ellátás. Ezért bárki, aki követi a járvány idején bevezetett korlátozásokban elrendeltek, nemcsak szolidaritásból és emberségből, hanem jól érthető önérdékből is cselekszik.

HIVATKOZOTT MŰVEK

- ENGELHARDT, Dietrich von: Illusion Gesundheit – ein Plädoyer für das fragmentarische Leben aus medizinhistorisch-ethischer Sicht. In: Markus Höfner – Stephan Schaede – Günter Thomas (szerk.): *Endliches Leben. Interdisziplinäre Zugänge zum Phänomen der Krankheit*. Mohr Siebeck, Tübingen, 2010.
- FISCHER, Johannes: *Handlungsfelder angewandter Ethik. Eine theologische Orientierung*. Kohlhammer, Stuttgart, 1998.
- FISCHER, Johannes: Mit Leib und Seele. Die praktische Evidenz der Personenwürde. *Evangelische Kommentare*, 32. évf. 1999/5. 49–51. o.
- FOUCAULT, Michel: *Die Geburt der Klinik. Eine Archäologie des ärztlichen Blicks*. Frankfurt a. M., 1963.

¹⁹ Ideje van az életnek, 177. o.

²⁰ Ideje van az életnek, 177. o.

- HABERMAS, Jürgen: A hatalomelmélet apóriái. In: uő: *Filozófiai diskurzus a modernségről. Tizenkét előadás*. Helikon, Budapest, 1998a. 219–240. o.
- HABERMAS, Jürgen: A humán tudományok észkritikai leleplezése: Foucault. In: uő: *Filozófiai diskurzus a modernségről. Tizenkét előadás*. Helikon, Budapest, 1998b. 196–218. o.
- Ideje van az életnek, és ideje van a meghalásnak. Az EPEK Tanácsának tájékoztató segédanyaga az életet meghosszabbító kezelések megszakításához és a haldoklókról történő gondoskodás kérdéseihez (ford. Kodácsy-Simon Eszter) In: Fazakas Sándor–Ferencz Árpád (szerk.): *Ideje van az életnek, és ideje van a meghalásnak... Életvégi döntések keresztyén etikai megközelítése*. Debreceni Református Hittudományi Egyetem Szociáletikai Intézete, Debrecen, 2014. 167–248.
- KUITERT, Harry M.: *Der gewünschte Tod. Euthanasie und humanes Sterben*. Gerd Mohn, Gütersloh, 1991.
- MIETH, Dietmar: Präimplantationsdiagnostik im gesellschaftlichen Kontext – eine sozialetische Perspektive. *Ethik in der Medizin*, 11. évf. 1999. 77–86. o.
- SCHWÖBEL, Christoph: Die Letzten Dingen zuerst? Das Jahrhundert der Eschatologie im Rückblick. In: uő: *Gott in Beziehung. Studien zur Dogmatik*. Tübingen, 2002. 437–468. o.

