

Életvédelem járvány idején – A triázs büntetőjogi problémái

ABSTRACT

This article reviews some of the criminal law aspects of healthcare microallocation and triage which is a structured procedure based on ranking. The authors briefly present the development and characteristics of modern triage, as well as the peculiarities of the Hungarian Emergency Triage System. This is followed by a discussion of the triage related issues raised by the COVID-19 pandemic. The central idea is that the execution of decisions based on the triage approach, insofar as they are causally related to the death of the patient, raises the issue of homicide in all cases. The authors outline attempts to solve this problem, such as the dogmatics of necessity and the theory of conflict of duties, and then conclude that although these may justify exemption from criminal liability, they also make us face concerns about the rule of law. A reassuring solution would require legislative measures.

Keywords: criminal law ■ pandemic ■ triage ■ necessity

I. BEVEZETÉS

Alapvető jogállami követelmény, hogy a pandémia súlyos kihívásaira a büntetőjog is megfelelő választ adjon.^[1] A jogág sokszínű intézményrendszerrel védi az emberi életet és egészséget mint kiemelt jelentőségű jogi tárgyat.^[2] A világmjárvány 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

[1] Filó, 2021, 33-41.

[2] Filó, 2021, 33-41. [1].

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 elegendhet 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 kísérené 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, amit a büntetőnormák biztosítanak a személy elleni bűncselekmények szabályozásával, nem pótolható más jogágak megoldásaival.^[3]

II. A MAGYAR SÜRGŐSSÉGI TRIÁZS RENDSZER ÉS AZ ETIKAI ÁLLÁSFOGLÁSOK

A triázs („triage”) történeti gyökereit a szakirodalom hagyományosan a napóleoni háborúk korára, a legendás Larrey báró hadisebészeti munkásságára vezeti vissza.^[4] 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.^[5] A német nyelvű források a sebesülések osztályozására a II. Frigyes Vilmos porosz király által jegyzett táborigazgató rendtartást hozzák példaként.^[6] A triázs mint eljárás szabályainak egyértelmű rögzítése Charles Spire és Pierre Lombardy francia katonáorvosok nevéhez fűződik, akik 1925-ben megjelentették az egészségügyi ellátás háborús időkben történő megszervezését tárgyaló tanulmányukat.^[7]

Mai szemléletünkben a triázs fogalma alatt olyan egészségügyi értékelő rendszert értünk, melynek segítségével heveny egészségkárosodás esetén

[3] Eser, 2006, 28.

[4] Bakay, 1943, 12-13.

[5] Egyes források szerint Larrey volt az egyetlen francia katonatiszt, aki iránt Wellington és Blücher is tiszteletet tanúsított Waterloo után. Vö. Tshisuaka, 2005, 826.

[6] Königlich-Preußisches Feldlazareth-Reglement.

[7] Péter Orsolya Márta: Az igazságosság és a besorolás etikai problémái az egészségügyben, különös tekintettel a COVID-19-járvány olaszországi tapasztalataira. Ld. Péter, 2020, 1899-1907.

meghatározható az ellátás szükséges szintje és időbeli dimenziója.^[8] Ez egyfajta rangsorolást jelent, amelynek során a kezelés sikerének esélyét mérik fel,^[9] a jogirodalom ugyanakkor egységes abban is, hogy a triázs több pusztán prioritizálásnál a betegek között, egyúttal strukturált eljárás 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 dönteni, hogy melyikük kezelését kezdjük el, az ex post triázst, vagyis a már megkezdett kezeléseket megszakítását újonnan érkezett páciensek megmentése érdekében, illetőleg a preventív triázst, amikor eleve nem kezdjük meg a rosszabb életkilátással rendelkezők kezelését, fenntartva a kapacitásokat az orvosi szempontból esélyesebbeknek.^[10]

A triázs szükségessége alapvetően az egészségügy alulfinanszírozottságából és az ennek nyomán jelentkező eszköz- és forráshiányból (így részben embererőforrás-hiányból) ered, amely végső soron az ellátórendszer kapacitásának korlátozottságában jelentkezik.^[11] A 2010-as évektől a triázs (egyúttal illetve igésített 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 Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS) rendszerének adaptálási folyamata. 2014 óta folyamatosan zajlik a Magyar Sürgősségi Triázs Rendszer (MSTR) felhasználói tanfolyamainak szervezése az ország minden régiójában.^[12]

A CAEP és számos további, egészségügyi szakembereket tömörítő kanadai szervezet ausztrál mintára alkotta meg a CTAS-t a betegek biztonságának és az ellátáshoz való egyenlő hozzáféréseinek elősegítése érdekében.^[13] A 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 Kanadában 1999-ben bevezetett és legutóbb 2016-ban revideált rendszer a betegeket öt – római számokkal jelölt – kategóriába rangsorolja, melyek közül az I. kategóriába az újraélesztésre szoruló betegek tartoznak, majd az azonnali ellátást igénylő páciensek, a sürgős ellátást igénylő betegek és a kevésbé sürgős esetek következnek. Az V. kategóriába a sürgős ellátást nem igénylő betegek tar-

[8] Egészségügyi szakmai irányelv a sürgősségi betegellátás során végzett triázs feladatok végrehajtásáról (azonosító: 002076).

[9] Mészáros, 2021, 145-153.

[10] Rönnau, 2020, 403.

[11] Péter, 2020, 1899-1907.

[12] Magyar Sürgősségi Orvostani Társaság: Magyar Sürgősségi Triázs Rendszer (MSTR) munkacsoport, 2017.

[13] Bullard, 2017.

toznak.^[14] A CTAS nemcsak abban jelent segítséget a sürgősségi osztályok számára, hogy útmutatást ad a betegellátás során szükséges prioritizáláshoz, hanem abban is, hogy biztosítja, hogy a személyzet jobban átlássa a betegáramlási folyamatokat, a munkateher változásait, az esetösszetételt és az erőforrásigényt.^[15] A kanadai szakirodalom kiemeli továbbá azt is, hogy a CTAS segítséget jelent a sürgősségi osztályok jellemző problémáinak megoldásában, melyek többek között abban nyilvánulnak meg, hogy komoly terhelés esetén rosszabb az ellátás minősége és magasabb a halálozási arány,^[16] illetve számos, sürgősségi ellátást nem igénylő beteg is a sürgősségi osztályon keresztül igyekszik hozzáférni az egészségügyi ellátáshoz, ezáltal indokolatlanul terhelve a rendszert.^[17]

A hazai sürgősségi gyakorlatban a nemzetközi szinten ismert allokációs rendszerek közül a leggyorsabban a megfelelően standardizált, magas megbízhatósági potenciállal rendelkező és könnyen oktatható kanadai szisztéma terjedt el. Ez az oka annak, hogy a magyar triázsrendszer kidolgozására alapvetően a CTAS alapján került sor. A kanadai módszer adaptálásával egységes szemlélet kialakulása vette kezdetét a teljes magyar sürgősségi ellátórendszerben, mely kiterjed az oktatásra is, a szakápoló képzéstől az orvosi egyetemig.^[18]

Az Egészségügyi Szakmai Kollégium és a Magyar Sürgősségi Orvostani Társaság Közhasznú Egyesület Triázs Munkacsoportja 2018. végén javaslatot tett az egészségügyért felelős miniszternek a MSTR kötelező bevezetésére.^[19] Az e javaslat elfogadása révén született miniszteri rendelet emelte be – 2019. január 1-jei hatállyal – a triázst a magyar jogrendszerbe.^[20] „A 4602 szakmakódú szervezeti egységgel rendelkező egészségügyi szolgáltatóknak a sürgősségi betegellátó rendszerben a Magyar Sürgősségi Triázs Rendszert 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 határozni a betegellátás szükségese 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.”^[21]

[14] Beveridge at al, 1998.

[15] A CTAS hivatalos oldala.

[16] Affleck, 2013, 368.

[17] Vertesi, 2004, 337.

[18] Emberi Erőforrások Minisztériuma – Egészségügyért Felelős Államtitkárság – Egészségügyi Szakmai Kollégium: Egészségügyi szakmai irányelv a sürgősségi betegellátás során végzett triázs feladatok végrehajtásáról, 2019.

[19] A Magyar Sürgősségi Orvostani Társaság Közhasznú Egyesület Triázs Munkacsoportjának állásfoglalása a Magyar Sürgősségi Triázs Rendszer kötelező bevezetésével kapcsolatban, 2018.

[20] 44/2018. (XII. 19.) EMMI rendelet.

[21] 47/2004. (V. 11.) ESZCSM rendelet, 4. § (9) bekezdés.

A CTAS-hoz hasonlóan a MSTR is ötfokozatú osztályozórendszerrel dolgozik. Az első kategóriába a reszuszcitációra vagy egyéb azonnali ellátásra szorulókat tartoznak, ezt követi a kritikus kategória, a sürgős kategória, majd a nem sürgős kategória, végül pedig a halasztható kategória. Az első két kategóriába tartozó betegekkel szakorvos foglalkozik, és állapotuk folyamatos megfigyelés alatt áll, a többi kategóriába sorolt betegeket rezidens is elláthatja, aki meghatározott időközönként újraértékeli az állapotukat, amely alapján esetenként kategória-váltásra kerül sor.

2020. december 30-án publikálta az Emberi Erőforrások Minisztériuma (EMMI) a 2020. évben azonosított új koronavírus (SARS-CoV-2) okozta fertőzések (COVID-19) megelőzésének és terápiájának kézikönyvét, amely szintén utal a triázs-eljárásra.

A járvány terjedésével párhuzamosan az orvosi hivatásrend szervezetei Európa-szerte közölték ajánlásaikat 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 COVID-19-pandémia idején Magyarországon” (a továbbiakban: Megfontolások) című dokumentum is, amely így fogalmaz: „Nem lehet egyetlen adat, érték alapján eldönteni, hogy melyik páciensnek jusson a szűkös erőforrásokból. Az igazságos elosztáshoz tehát összetett, többtényezős értéktételre van szükség, amelyet az adott helyzet és erőforrások függvényében alkalmazunk. Alkotmányos okokból emberéletet emberélettel összemérni nem lehet, minden ember élete, méltósága azonos értékű. Ezzel együtt a kezelési erőforrások alkalmazása felelősségteljesen kell hogy történjen, amikor azok szűkösön állnak rendelkezésre.”

A Megfontolások – az ún. kompromisszum-medicina 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 irodalomban^[22] 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)^[23] és a svájci orvostudományi akadémia (SAMW) is.^[24]

[22] Matkó, 2020, 34-35.

[23] Deutsches Ärzteblatt, 2020, 1084-1087.

[24] Samw.ch: Covid-19-Pandemie: Triage von intensivmedizinischen Behandlungen bei Ressourcenknappheit.

III. 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 a 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.

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.^[25] 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 gyógyómódot 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.”^[26]

A Btk. 165. §-a semmiképpen nem jöhet szóba. A veszélyeztetés gondatlan alapesete fogalmilag nem eshet az életvégi döntések és a triázs tárgykörébe. Az 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 előidézésre 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 megfele-

[25] Király, 1982, 123.

[26] Földvári, 2006, 167.

lelően 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 jogellenességet kizáró okot kell felmutatnunk.

IV. 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, Welzel^[27] által ismertetett tankönyvi jogesetet, amely közel félszáz esztendeje foglalkoztatja a büntetőjogászok generációit:

A sebészeti klinika három lélegeztetőgéppel^[28] 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 triázis 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.^[29] Ez az álláspont már a korabeli jogirodalomban is vitákat váltott ki.

Érdekes ehelyütt megemlíteni, hogy a törvényben nem írt okokat gyakran „törvény feletti” körülményként említik mind a hazai, mind a német nyelvű jogirodalomban.^[30] 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 abban,^[31] hogy a végszükségbe került emberi életet nem lehet objektíve arányosan egy másik ember életének feláldozásával menteni, sőt egy ember életének feláldozásával több ember életét sem lehet megmenteni. Hasonló következtetésre jutott a német alkotmányos judikatúra is. A *Bundesverfassungsgerichtshof* ex tunc hatállyal megsemmisítette azt a tör-

[27] Welzel, 1969, 1985.; idézi: Sowoda, 2020, 452.

[28] Jelen tanulmány nem részletezi a légútbiztosítás orvostudományi kérdéseit.

[29] Nagy, 2004a, 427.

[30] Nagy, 2004b, 338.

[31] Balogh – Tóth, 2015, 134.

vényhelyet,^[32] 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.^[33] Hasonló tényállásra Gellér és Ambrus^[34] azzal a feltétellel látja a Btk. 23. § szerinti végzettséget 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”,^[35] amelyek adott esetben eliminálhatják a tett materiális jogellenességét. Békés mutat rá, hogy a jogellenesség eredetileg a *nullum crimen sine lege* elvének bűncselekménytani megjelenése volt,^[36] 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, másrésztől lehetővé válik, hogy a büntetőjogi felelősséget a tettes javára – *in melius* – szűkítsük.^[37]

A jogellenességet kizáró okokat jogforrástanilag két csoportba sorolhatjuk.^[38] Vagy a büntetőködexben – ezen belül az Általános vagy a Különös részben – és más törvényekben kapnak helyet, vagy a bírói gyakorlatban, a szokásjog szintjén hatnak.^[39] 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 ítélezési gyakorlat is alakíthatja. Nagy így a szokásjogon alapuló „kis univerzum”, a jogellenességet kizáró okok elismerését nem tartja alkotmányosan aggályosnak, mivel azokat az elkövető 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.^[40]

[32] § 14 Luftsicherheitsgesetz.

[33] BVerfGE 115, 118.

[34] Gellér – Ambrus, 2017, 292.

[35] Nagy, 2004b, 338. [23].

[36] Békés, 1994, 12.

[37] Tokaji, 1984, 50.

[38] Nagy, 2001a, 10.

[39] Utóbbiak a bírói gyakorlat alkotta normák alapján hatnak.

[40] Nagy, 2004b, 343.

V. VÉGSZÜKSÉGI DOGMATIKA ÉS A KÖTELESSÉG-KOLLÍZIÓ

Egyes német szerzők az ex post triázs problémáját a kötelesség-kollízió dogmatikai figurájával kívánják feloldani.

„A kötelességek összeütközése (collisio officiorum, sive obligationum) olyan viszonyt jelöl a kötelességek között, amelyben az egyik (egészen 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.”^[41] – írja Kant.

Kommentárjaink közül egyedül Nagy foglalkozik behatóan a problémakörrel.^[42] 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 rangúságúak közül azok bármelyikét teljesíti, és a mellőzött kötelezettség nem teljesíthető, vagy ha igen, akkor a kötelezett lehetőség szerint annak is eleget tesz.^[43] Nagy, aki szerint szoros értelemben véve kötelesség-összeütközésnek lényegében csak az azonos rangú tevési kötelezettségek jogellenességet kizáró kollíziója tekinthető,^[44] 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.^[45]

A fentiek értelmében: ha akceptáljuk, hogy az ex post triázs 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 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.

[41] Kant, 1991, 318.

[42] Nagy, 2004b, 208. [31].

[43] Nagy, 2004b, 209.

[44] Nagy, 2001b, 26-34.

[45] Nagy, 2004b, 209.

Mindezek alapján a végszükségi szabályokra, illetve a hazai jogirodalomban kevésbé tárgyalt kötelesség-kollízióra – 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.^[46] 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 kötelességeket, pusztán kizárják a büntetethez való jogukat bizonyos esetekben.^[47]

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 szükség-helyzetben az emberi életek közötti választásra, akkor azt azzal a transzparenanciával és társadalmi konszenzussal teheti meg a jogalkotó, amit a jogállamban a törvény garanciái jelentenek.

IRODALOM

- Affleck, Andrew et al. (2013): Emergency department overcrowding and access block. In: *Canadian Journal of Emergency Medicine*. 2013:15/6.
- Balogh Ágnes – Tóth Mihály (szerk.) (2015): *Magyar büntetőjog. Általános rész*. Osiris Kiadó, Budapest.
- Beveridge, Robert et al. (1998): *Implementation Guidelines for The Canadian Emergency Department Triage & Acuity Scale (CTAS)*. (Elérhető: http://ctas-phctas.ca/wp-content/uploads/2018/05/ctased16_98.pdf. Letöltés ideje: 2022. február 13.).
- Békés Imre (1994): A jogállami büntetőjog bűncselekménytani alapjai. In: *Nyugat-európai hatások a magyar jogrendszer fejlődésében*. ELTE ÁJK. Budapest.
- Bakay Lajos (1943): *A hadisebészet fejlődése*. Királyi Magyar Egyetemi Nyomda, Budapest.
- Bullard, Michael. J. et al. (2016): Revisions to the Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (CTAS) Guidelines 2016. In: *Canadian Journal of Emergency Medicine*. 2017/19/S2.

[46] Koch, 2003, 146-150.

[47] Koch, 2003, 151. [39].

- Eser, Albin (2006): Perspektiven des Medizin(straf)rechts. In: Sonderdruck aus Frisch, W. (sed.): *Gegenwartsfragen des Medizinstrafrechts. Portugiesisch-deutsches Symposium zu Ehren von Albin Eset in Coimbra*. Baden-Baden.
- Filó Mihály (20021): Az egészségügyi „mikroallokáció” aktuális kérdései: gondolatok a szűkösen rendelkezésre álló eszközök elosztásának büntetőjogi dilemmáiról. In: Ambrus István (szerk.): *COVID-19 és büntetőjog : Az emberi egészség, a köznyugalom és más jogtárgyak védelme járvány idején*. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest.
- Földvári József (2006): *Magyar büntetőjog. Általános rész*. Osiris Kiadó, Budapest.
- Gellér Balázs – Ambrus István (2017): *A magyar büntetőjog általános tanai I*. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest.
- Hart, Herbert L. A. (1995): *A jog fogalma*. Fordította: Takács Péter. Osiris Kiadó, Budapest.
- Kant, Immanuel (1991): *Az erkölcsök metafizikájának alapvetése. A gyakorlati ész kritikája. Az erkölcsök metafizikája*. Gondolat Kiadó, Budapest.
- Király Ernő (1982): Euthanasia és büntetőjog. In: *Korunk*. 1982/2/41. sz.
- Koch, Michael (2003): *Die aufgedrängte Hilfe im Strafrecht*. Shaker Verlag, Düren.
- Königliches-Preußisches Feldlazareth-Reglement Decker-Verlag (1987), Berlin. (Elérhető: <https://digital.slub-dresden.de/werkansicht/df/59415/5/0/>. Letöltés ideje: 2020. december 31.).
- Matkó Ida (2020): Túlélési esélyek és az eutanázia. In: *168 óra*. 2020/52. sz.
- Mészáros Ádám Zoltán (2021): A korona-triázs rendszer büntető- és alapjogi kérdései. In: *Jogtudományi Szemle*. 2021/1. sz.
- Nagy Ferenc (2001a): *A magyar büntetőjog általános része*. Korona Kiadó, Budapest.
- Nagy Ferenc (2001b): Büntethetőségi akadályok szabályozása az új Büntető Törvénykönyvben, különös tekintettel a jogellenességet kizáró okokra. In: *Büntetőjogi Kodifikáció*. 2001/1. sz.
- Nagy Ferenc (2004a): A végszükségről európai kitekintéssel. In: Gellér Balázs (szerk.): *Györgyi Kálmán ünnepi kötet*. KJK-Kerszöv, Budapest.
- Nagy Ferenc (2004b): A jogellenességet kizáró okok elvi kérdéseiről. In: Gellér Balázs (szerk.): *Györgyi Kálmán ünnepi kötet*. KJK-Kerszöv, Budapest.
- Péter Orsolya Márta (2020): Az igazságosság és a besorolás etikai problémái az egészségügyben, különös tekintettel a COVID-19-járvány olaszországi tapasztalataira. In: *Orvosi Hetilap*. 161/45. sz.
- Rönna, Thomas – Wegner, Kilian (2020): Grundwissen – Strafrecht: Triage. In: *Juristische Schulung (JuS)*. Vol. 5/2020.
- Tokaji Géza (1984): *A bűncselekménytan alapjai a magyar büntetőjogban*. KJK, Budapest.
- Tshisuaka, Barbara I. (2005): Larrey, Jean Dominique Baron. In: Gerabe, Werner E. – Haage, Bernhard D. – Keil, Gundof – Wegner, Wolfgang (eds.): *Enzyklopädie Medizingeschichte*. De Gruyter, Berlin–New York.
- Vertesi, Les (2004): Does the Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale identify non-urgent patients who can be triaged away from the emergency department? In: *Canadian Journal of Emergency Medicine*. Vol. 6/5/2004.
- Ward, Paul R. (2020): A sociology of the Covid-19 pandemic: A commentary and research agenda for sociologists. In: *Journal of Sociologie*. Vol. 56/2020.
- Welzel, Hans (1969): *Das Deutsche Strafrecht: eine systematische Darstellung 11. Auflage*. De Gruyter, Berlin.

ONLINE FORRÁSOK

- A CTAS-ÉTG honlapja. (Elérhető: http://ctas-phctas.ca/?page_id=17. Letöltés ideje: 2022. február 13.).
- Aerzteblatt.de: Orientierungshilfe der Bundesärztekammer zur Allokation medizinischer Ressourcen am Beispiel der SARS-CoV-2-Pandemie im Falle eines Kapazitätsmangels, 2020. (Elérhető: <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 ideje: 2020. december 23.).
- Magyar Sürgősségi Orvostani Társaság: A Magyar Sürgősségi Orvostani Társaság Közhatalmú Egyesület Triázs Munkacsoportjának állásfoglalása a Magyar Sürgősségi Triázs Rendszer kötelező bevezetésével kapcsolatban, 2018. (Elérhető: http://msotke.hu/wp-content/uploads/2017/12/MSTR_MCS_allasfoglalas_20181129.pdf. Letöltés ideje: 2022. február 13.).
- Magyar Sürgősségi Orvostani Társaság: Magyar Sürgősségi Triázs Rendszer (MSTR) munkacsoport, 2017. (Elérhető: <http://msotke.hu/2017/12/19/mstr-munkacsoport/>. Letöltés ideje: 2020. december 23.).
- Samw.ch: Covid-19-Pandemie: Triage von intensivmedizinischen Behandlungen bei Ressourcenknappheit. (Elérhető: <https://www.samw.ch/de/Publikationen/Richtlinien.html>. Letöltés ideje: 2020. december 23.).

JOGFORRÁSOK

- 44/2018. (XII. 19.) EMMI rendelet egyes, a sürgősségi ellátást érintő miniszteri rendeletek módosításáról.
- 47/2004. (V. 11.) ESZCSM rendelet az egészségügyi ellátás folyamatos működtetésének egyes szervezési kérdéseiről.
- BVerfGE.
- Egészségügyi szakmai irányelv a sürgősségi betegellátás során végzett triázs feladatok végrehajtásáról (azonosító: 002076).
- Luftsicherheitsgesetz.

EGYÉB FORRÁSOK

- Covid-19-Pandemie: Triage von intensivmedizinischen Behandlungen bei Ressourcenknappheit.
- Deutsches Ärzteblatt 117 2020/20.
- Emberi Erőforrások Minisztériuma – Egészségügyért Felelős Államtitkárság – Egészségügyi Szakmai Kollégium: Egészségügyi szakmai irányelv a sürgősségi betegellátás során végzett triázs feladatok végrehajtásáról, 2019. február 6.