



37. Országos Tudományos Diákköri Konferencia
Állam- és Jogtudományi Szekció
Budapest, 2025. március 24–26.
Rendező intézmény:
Károli Gáspár Református Egyetem
Állam- és Jogtudományi Kar



Véges források, végtelen kihívások

***Az életvégi döntések jogi korlátozásának hatásai
az egészségügyi ellátórendszer hatékonyságára***

Kézirat lezárásának dátuma:

2024. november 4.

Tartalomjegyzék

Prológus.....	3
1. Klasszikus alanyi jogi megközelítés.....	4
1.1. Életvédelem – önrendelkezés, mint fogalom párok	4
1.2. Az ellátás visszautasítása – előzetes rendelkezés (living will) – gyakorlati problémák.....	9
1.3. Magyarországon nem megengedett esetkörök, az orvos asszisztált-halál: eutanázia, asszisztált öngyilkosság	12
2. Egészségügyi ellátórendszer szerepe a hatékonyság növelésében.....	13
2.1 Hospice-palliatív ellátás	14
2.2. Betegjogok.....	18
2.3. Az egészségügyi ellátórendszer szerepe	20
3. Életvégi döntések tilalmának hatásai	22
3.1 Növekvő ellátási igény.....	22
3.2 Erőforráshiány.....	24
Technikai erőforrások hiánya	26
Emberi erőforrások hiánya	28
3.3. Korlátozott kapacitás és túlterheltség.....	29
3.4. Az ellátás színvonalának csökkenése	31
3.5. Elégtelen palliatív ellátás.....	32
4. Összegzés	32
Irodalomjegyzék.....	33
Szakirodalom	33
Jogforrások.....	34
Alkotmánybírósági határozatok.....	34
EJEB döntések	35
Internetes hivatkozások.....	35

Prológus

A 2023-ban nagy visszhangot keltett eset – mely során a Pécsi Ítéltábla márciusban jogerősen is felfüggesztett börtönbüntetésre ítélte azt a két férfit, akik hagyták, hogy öngyilkosságot kövessen el hozzátartozójuk 2021-ben¹ – rávilágított az életvégi döntések aktuális jogi és etikai kihívásaira Magyarországon. Mind ez az eset, mind Karsai Dániel ügye², az ennek kapcsán elindult társadalmi párbeszéd ösztönzött arra, hogy mélyebben foglalkozzam az életvégi döntések jogi szabályozásának kérdésével.

Másik személyes tapasztalatom az egészségügyi ellátórendszer kihívásaival kapcsolatos, és mivel annak hatékonysága mindenkit érint valamilyen formában, így abból az irányból szeretném megközelíteni a témát, hogyan befolyásolják az életvégi döntésekkel kapcsolatos jelenlegi szabályozások, azok működésképtelensége az egészségügyi ellátórendszer hatékonyságát. Célom a két téma – az életvégi döntések jogi korlátozása és az egészségügyi ellátás hatékonysága – összefüggéseinek feltárása és elemzése.

Dolgozatom hipotézise tehát az, hogy az életvégi rendelkezések tiltása Magyarországon jelentősen csökkenti az egészségügyi ellátórendszer hatékonyságát, mivel az akaraton kívüli életben tartás jelentős költségekkel jár, így tehát erőforrásokat (mind pénzügyi, mind humán) von el más kritikus ellátási területekről, és csökkenti az egész ellátórendszer működőképességét. Ez pedig költségallokációs problémákat is felvet.

Fontosnak tartom azonban kiemelni, hogy noha az életvégi döntések legalizációjának köszönhetően felszabaduló pénzügyi források átcsoportosítása növelhetné az egészségügyi rendszer hatékonyságát, az életvégi döntések szélesebb körben történő lehetővé tétele első látásra szemben áll az állam életvédelmi kötelezettségével, ami nyilvánvalóan nem rendelhető alá a hatékonyság követelményének. A dolgozat az emberi méltóság megtartásának, az önrendelkezési jog erősítésének az ellátórendszerre gyakorolt pozitív hatásaira szeretné felhívni a figyelmet. Mivel a lentebb kifejtésre kerülő korlátozott erőforrások célzott elosztása mindenki érdeke, így a hatékonyságra való törekvés össztársadalmi szempont.

Dolgozatom megírásához szakirodalmi áttekintést alkalmaztam, mely során a szakirodalomban fellelt gondolatok, modellek, kutatási eredmények felhasználásával alakítottam ki a köztük levő kapcsolatrendszert, fejtettem ki saját nézőpontomat. Nyilatkozom, hogy a dolgozat elkészítéséhez nem használtan mesterséges intelligenciára épülő eszközt.

¹<https://telex.hu/belfold/2023/03/29/pecsi-itolotabla-szekszard-apa-fia-nem-akadalyoztak-meg-ongyilkossag-tuladagolas>

² Case of Dániel Karsai v. Hungary

1. Klasszikus alanyi jogi megközelítés

1.1. Életvédelem – önrendelkezés, mint fogalom párok

Az életvédelmi kötelezettség az élethez való jogból ered, annak objektív intézményvédelmi oldala, amely az állam pozitív kötelezettségeit öleli fel.³

Az emberi élet, mint legfőbb védendő érték minden szinten kiemelt védelmet élvez az európai államokban. Jogrendszerünk legfelsőbb szintjén, Magyarország Alaptörvényének (továbbiakban: Alaptörvény) II. cikke deklarálja, hogy minden embernek joga van az élethez.

Általánosságban elmondható, hogy az államok között nincsen egyetértés abban, hogy az élethez való jogot abszolút, korlátozhatatlan alapjognak tekintik-e. A Magyar Köztársaság Alkotmányáról szóló 1949. évi XX. törvény (továbbiakban: Alkotmány) még úgy rendelkezett, hogy minden embernek veleszületett joga van az élethez és az emberi méltósághoz, amelyektől senkit nem lehet önkényesen megfosztani,⁴ ez tehát magába foglalta annak a lehetőségét, hogy nem önkényesen van arra mód.

Hazánkban az élethez való jogot az Alkotmánybíróság a 23/1990. (X. 31.) AB határozatában⁵ az emberi méltósággal egységet alkotó abszolút jogként értelmezte. A határozat indokolásában kifejtette, hogy mivel az élethez való jog és a méltóság elválaszthatatlan egységet alkot, ezért az élethez és a méltósághoz való jog oszthatatlan és korlátozhatatlan alapjog: “ Ennek értelmében azonban már az élet elvétele minden esetben csak önkényes lehet, hiszen az élethez és méltósághoz való jog sajátos jellemzőiből fakadóan (oszthatatlan, korlátozhatatlan) e jogoktól való megfosztás fogalmilag csak önkényes lehet.⁶ Ennek alátámasztására szolgál, hogy a 2012. január 1-jén hatályba lépett Alaptörvény már nem is tartalmazza az „önkényes” kifejezést.⁷

Ahogy arra az Alkotmánybíróság későbbi határozataiban rámutatott, az élethez való jog és az emberi méltósághoz való jog egysége azonban nem állandó és általános, az emberi méltósághoz való jog csupán az emberi státusz meghatározójaként, csak az élettal együtt fennálló egységben abszolút és korlátozhatatlan.⁸ A hazai Alkotmánybíróság tehát tulajdonképpen összeforrasztotta az élethez való jogot és az emberi méltóságot, mely kettőnek az egységét abszolút jogosultságként határozta meg.

³ Alaptörvény II. cikk és 64/1991. (XII. 17.) AB határozat.

⁴ Magyar Köztársaság Alkotmányáról szóló 1949. évi XX. törvény 54. § (1)

⁵ 23/1990. (X. 31.) AB határozat a halálbüntetés alkotmányellenességéről

⁶ Dr. Zakariás Kinga Rita: Az emberi méltósághoz való alapjog – összehasonlító jogi elemzés a német és magyar alkotmánybírói gyakorlat tükrében. 2016. 212. o.

⁷ Alaptörvény II. cikk Az emberi méltóság sérthetetlen. Minden embernek joga van az élethez és az emberi méltósághoz, a magzat életét a fogantatástól kezdve védelem illeti meg.

⁸ 64/1991. (XII. 17.) AB határozat, ABH 1991,297,308,312.

A jogos védelmi helyzet eredményezhet olyan eseteket, amikor jogszerűvé válik az élet elvétele, ez azonban csak akkor áll fent, amennyiben a “halál újraelosztásáról” van szó, emberi élet elvétele ugyanis csak emberi élet védelme árán lehet jogszerű.⁹

Az életek közötti választás szükségszerűsége felmerül az egészségügyi ellátás keretében is, az Alkotmánybíróság ilyen tárgyú döntést azonban mindeddig nem hozott. A véges források elosztása, a kezelés korlátozása és az orvosilag haszontalan kezelés körében a betegek sorolása, valamint az ehhez kapcsolódó igazságossági és bioetikai szempontok¹⁰ alapvető jelentőséggel bírnak mind alapjogi, mind az egészségügyi ellátórendszer közgazgatási jogi szemlélete során.

Az emberi jogok és az alapvető szabadságok védelméről szóló, Rómában, 1950. november 4-én kelt Egyezmény és az ahhoz tartozó nyolc kiegészítő jegyzőkönyv kihirdetéséről szóló 1993. évi XXXI. törvény (Emberi Jogok Európai Egyezménye, a továbbiakban: EJEE) már az I. fejezetben, a „Jogok és szabadságok” cím alatt elsőként említi a 2. cikkben az élethez való jogot, mely során az 1. pont kimondja ugyan, hogy a törvény védi mindenkinek az élethez való jogát, de a 2. pont biztosítékokat is rögzít és bizonyos körülményeket, amelyek kivételt képezhetnek a jog abszolút védelme alól, ennek értelmében az abszolút volta nem áll fenn.

Az élethez való jognak biztosítására az államoknak az alapjog negatív oldalából következő be nem avatkozás (non-interference) mellett pozitív kötelezettségük is van.¹¹ Azon felül, hogy tartózkodnak az élet elvételtől, ennek védelméről is gondoskodniuk kell. Ezt támasztja alá az EJEE 2. cikke, mely szerint az Egyezmény védi mindenkinek az élethez való jogát. Az életvédelmi kötelezettség, az élethez való joghoz hasonlítva, már közel sem kötött olyan mértékben, az államok jóval szélesebb mozgástérrel rendelkeznek.¹² Léteznek azonban európai sztenderdek, melyek megkövetelik például az élet ellen elkövetett bűncselekményekkel kapcsolatos büntetőjogi védelmet, az állami mulasztások esetén a jogi felelősségre vonást is.¹³ Az EJEB gyakorlata ismer kivételeket az élet elvételésének tilalma alól [Boso v. Italy, app. no. 50490/99, 2002]. Az EJEB gyakorlata alapján az állapítható meg, hogy az élet szándékos és jogellenes elvétele az, ami sérti az Egyezmény 2. cikkét. További követelmény ugyanakkor, hogy a Részes Államok megfelelő intézkedéseket tegyenek az élet védelme érdekében (objektív intézményvédelmi kötelezettség, a hazai alkotmányos terminológia szerint életvédelmi kötelezettség) [lásd: Centre for Legal Resources on behalf of Valentin Câmpeanu

⁹ Kis János: Az Alkotmánybíróság az élethez való jogról. Jogtudományi Közlöny 1992/4.

¹⁰ Zubek László: Ki és hogyan dönt az élet-halál kérdésében? Életvégi döntéshozatal a magyarországi intenzív osztályokon (ÁJT, 2016/4., 105-119. o.)

¹¹ McCann és mások v Egyesült Királyság [GC], app. no. 18984/91, 1995; Osman v Egyesült Királyság, app. no. 87/1997/871/1083, 1998.; Öneriyildiz v Törökország [GC], app. no. 48939/99, 2004; újabban: Validity Foundation on behalf of T.J. v Hungary, App. no. 31970/20, 2024, § 88.

¹² Filó Mihály– Buzás Péter: Életvégi döntések és margin of appreciation az Emberi Jogok Európai Bizottságának gyakorlatában - Állam- és Jogtudomány LVII. évfolyam • 2016 • 4. szám 22. o.

¹³ Alapjogi tanok 1. Szerk. Somody Bernadette, Szabó Máté Dániel, Vissy Beatrix, Dojcsák Dalma 109. o. (238)

v. Romania [GC], 2014, § 130; legújabbán: Validity Foundation on behalf of T.J. v Hungary, App. no. 31970/20, 2024, § 88]. Az életvégi helyzetek tekintetében releváns, hogy az élethez való joggal szemben az EJEB gyakorlata következetesen mérlegelhetőnek tartja az egyén szabad, autonóm döntését, amely a magánélet részét képezi.¹⁴ Az EJEB gyakorlata kiemeli továbbá, hogy nem jelenti az élethez való jog, mint egyezményes jog sérelmét az életvégi döntések (orvos-asszisztált halál, eutanázia, asszisztált öngyilkosság) lehetővé tétele, feltéve, hogy kellően robosztus, hatékony garancia rendszert épít ki a Részes Állam a jogsérelmek megelőzése és leállítására érdekében.¹⁵

*„Az állam számára az alapjogok védelme csupán része az egész alkotmányos rend fenntartásának és működtetésének. Az Alkotmánybíróság joggyakorlatában következetesen kifejtette az államnak az egyes alanyi jogok védelméhez kapcsolódó, de azon túlmenő, objektív intézményvédelmi köteletségét, és érvényt szerzett annak.”*¹⁶ Ez a köteletség nem merül ki az egyes emberek egyedi életvédelmében, hanem általában az emberi életet és létfeltételeit is védi. Ez utóbbi feladat minőségileg más, mint az élethez való egyéni alanyi jogok védelmének összeadása; "az emberi élet" általában – következésképp az emberi élet, mint érték – a védelem tárgya. Ezért az állam objektív, intézményes életvédelmi kötelezése kiterjed a születőben lévő emberi életre is, csakúgy, mint a jövő generációk életfeltételeinek biztosítására. Ez a kötelezettség – ellentétben az élethez való alanyi joggal – nem abszolút. Ezért lehetséges, hogy vele szemben más jogokat mérlegeljenek.¹⁷

Az élethez való joghoz szorosan kapcsolódik az emberi méltósághoz való jog. Az emberi méltósághoz való jog a hazai alkotmányos gyakorlatban együttesen jelenlévő kétféle felfogás miatt, két formában jelenik meg: tágabb értelemben a személyiség fejlődését védő relatív jogként, illetve szűkebb értelemben az emberi lét alapvető feltételeit védő, az alapjogi rendszert megalapozó abszolút jogként. Az Alkotmánybíróság a korábbi Alkotmányhoz kapcsolódó gyakorlatában az emberi méltósághoz való jogot nem abszolút jogként, hanem az általános személyiségi jog megnyilvánulásaként azonosította azzal, hogy megnevezte annak a tartalmi elemeit, és ezekből különböző jogokat olvasztott ki.¹⁸ Az élethez való joghoz, illetve az emberi méltósághoz való viszonyuláshoz kérdéskörönként kis eltérést mutathat eutanázia, abortusz, akár halálbüntetés esetében.

Az Alkotmánybíróság az önrendelkezési jogot az emberi méltósághoz való jog tartalmi elemeként határozta meg. Ez a jog tehát az emberi méltósághoz való jogból, mint anyajogból ered, amely abszolút jellegű, korlátozhatatlan és minden más jogot megelőző alapjog.

¹⁴ Haas v Switzerland, no. 31322/07, judgment of 20 January 2011, § 60

Koch v. Germany, no. 497/09, judgment of 19 July 2012, § 52

¹⁵ Mortier v. Belgium, 2022, §§ 138 -139

¹⁶ 48/1998. (XI. 23.) AB határozat; 64/1991. (XII. 17.) AB határozat.

¹⁷ 64/1991. (XII. 17.) AB határozat.

¹⁸ 8/1990. (IV. 23.) AB határozat.

Ebből a jogból vezette le és nevesítette a jogalkotó az ún. egészségügyi önrendelkezési jogot, a dolgozat egyik fő kérdéskörét. Az önrendelkezési jog fő célja annak a védelme, hogy minden ember a saját sorsát meghatározó kérdésekben önállóan dönthessen, életét szabadon alakíthassa. Az életvégi döntésekre vonatkoztatva az Alkotmánybíróság által meghozott 22/2003. (IV. 28.) AB határozatban *expressis verbis* is rögzített jogállami garancia, hogy az életvégi döntéshez kapcsolódó önrendelkezési jog bár korlátozható, azonban a jogalkotó nem vonhatja el teljes mértékben az egyén önrendelkezését az életmentő, életfenntartó ellátások visszautasításának szabályozása során. Amennyiben tehát szabályozás a gyakorlatban nem képes érvényesülni, az egyének önrendelkezése súlyos korlátozást szenved.

Az Alkotmánybíróság a 43/2005. (XI. 14.) AB határozatában¹⁹ kimondja, hogy védelemben kell részesíteni a szabad, felelősségteljes és tájékozott ember saját teste, sorsa feletti rendelkezési jogát. Ennek szigorú feltétele, hogy az adott egyén rendelkezzen döntési képességgel és a döntést önállóan hozza meg. Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény (továbbiakban: Eütv.) 15. § (1) bekezdése alapján a beteget megilleti az önrendelkezéshez való jog, amely kizárólag törvényben meghatározott esetekben és módon korlátozható. A szakjogági jogszabály tehát az önrendelkezési jogból eredő alapjoggyakorlást konkretizálja és deklarálja kifejezetten az egészségügyi ellátás területén. Egészségügyi önrendelkezési jog alatt azt a jogot értjük, hogy az egyén önállóan dönthet arról, hogy igénybe vesz-e egészségügyi ellátást, amennyiben igen, ez alatt milyen beavatkozások végezhetők el rajta. Ezt deklarálja az Eütv. 15 § (2)²⁰ bekezdése is. Tájékozott beleegyezés alatt azt értjük, amikor a megfelelő tájékoztatást követően, a beteg úgy adja beleegyezését, hogy az önkéntes, kényszermentes.²¹ Ennek alapja az ember autonómiájának tiszteletének az elvéhez vezet vissza, amely szerint minden autonóm embernek joga van szabadon, saját értékrendje alapján dönteni és cselekedni, és a szabad döntéshez való jognak csak mások hasonló jogai szabhatnak határt.²² A betegnek lehetősége van az életmentő, illetve az életfenntartó kezelések visszautasítására. Lehetőség tehát van rá, azonban annak megvalósulását Magyarországon feltételekhez köti a törvény. Ennek kifejtésére a következő egységben kerül sor.

Az Európai Unió Bírósága megerősítette a 2001. október 9-i ítéletében²³, hogy az emberi méltósághoz való alapvető jog az uniós jog részét képezi. Ennek eredményeképpen az Európai Unió

¹⁹ Az alkotmánybírósági gyakorlat alapján megállapítható, hogy az emberi méltósághoz való jogról szóló alkotmányi rendelkezés széles körű védelemben részesíti a szabad, tájékozott és felelősségteljes döntésre képes ember saját teste és sorsa feletti rendelkezési jogát.

²⁰ Eütv. 15 § (2) Az önrendelkezési jog gyakorlása keretében a beteg szabadon döntheti el, hogy kíván-e egészségügyi ellátást igénybe venni, illetve annak során mely beavatkozások elvégzésébe egyezik bele, illetve melyeket utasít vissza, figyelembe véve a 20. §-ban előírt korlátozásokat.

²¹ <https://egeszsegvonal.gov.hu/ellatorendszer/beutalasi-rend/2128-tajekozott-beleegyez-es.html>

²² L.T. Beauchamp, F. J. Childress (1989): *Principles of Biomedical Ethics*. Oxford University Press, New York Oxford, 67-75.

²³ C-377/98, Hollandia kontra Európai Parlament és Tanács [2001] ECR I-7079, 70-77. pont

Alapjogi Chartájában lefektetett jogok egyike sem használható fel mások méltóságának sérelmére, és az emberi méltóság a Charta jogainak lényegét képezi.²⁴ Így tehát érzékelhető, hogy uniós szinten a méltósághoz való jog, nem pusztán jog, hanem alapelv. A Lambert és mások v Franciaország ügyben²⁵ hivatkozott Oviedói Egyezmény az Emberi Jogokról és a Biomedicináról kimondta²⁶, hogy az *“Egyezmény részes felei kötelesek megvédeni minden ember méltóságát és identitását, és garantálni mindenkinek, diszkrimináció nélkül, a tiszteletet integritása és más jogai, alapvető szabadságai iránt a biológia és orvostudomány alkalmazásával kapcsolatban”*.²⁷

A bírósági indokolások során általában azzal érvelnek, hogy az életvégi rendelkezések legalizációjával az élethez való jog sérülne a méltósághoz való jog felülkerekedésével. Az Alkotmánybíróság elvi érveléssel mutat rá, hogy *„[a]z emberi méltósághoz való jog azt jelenti, hogy van az egyén autonómiájának, önrendelkezésének egy olyan, mindenki más rendelkezése alól kivont magja, amelynél fogva – a klasszikus megfogalmazás szerint – az ember alany marad, s nem válhat eszközzé vagy tárggyá.”*²⁸ Az élethez való jog és az emberi méltóság nem áll egymással ellentétben az életvégi döntések esetén. Az egyént arra kényszeríteni, hogy a számára elviselhetetlen szenvedést úgy élje át, hogy nem dönthet arról, hogy azt meddig képes elviselni, nem eredményezi az élethez való jog kiteljesedését. A szenvedésre kényszerítés fogalmilag nem tartozhat az élethez való jog alá. Az emberi méltóság ugyanakkor természetesen foglalta magában az egyén jogát arra, hogy saját értékrendje alapján hozzon ítéletet arról, hogy mi a számára értékes élet, mi az az életminőség, amit ő értelmes életnek tart. Az állam életvédelmi kötelezettsége nem azt kívánja meg, hogy az állam a döntést vegye át az egyéntől, hanem azt, hogy – összhangban az önrendelkezési jog objektív intézményvédelmi oldalával – az egyéneket támogassa abban, hogy méltó életet élhessenek, melynek végén emberi mivoltukkal összhangban álló haláluk legyen.

Összesítve tehát, életvégi döntések esetén – összhangban az Emberi Jogok Európai Bírósága és az Alkotmánybíróság gyakorlatával – az emberi méltóság, az önrendelkezési jog és az egyéni autonómia az állam életvédelmi kötelezettségére tekintettel korlátozható (nem pedig az élethez való

²⁴ Emberi Jogok Egyetemes Nyilatkozata: Tekintettel arra, hogy az emberiség családja minden egyes tagja méltóságának, valamint egyenlő és elidegeníthetetlen jogainak elismerése alkotja a szabadság, az igazság és a béke alapját a világon.

²⁵ Lambert és mások v Franciaország III. A. 55.

<https://hudoc.echr.coe.int/fre#%7B%22sort%22:%5B%22kdate%20Descending%22%5D,%22itemid%22:%5B%22001-155352%22%5D%7D>

²⁶ Az Európa Tanácsnak az emberi lény emberi jogainak és méltóságának a biológia és az orvostudomány alkalmazására tekintettel történő védelméről szóló, Oviedóban, 1997. április 4-én kelt Egyezménye: Az emberi jogokról és a biomedicináról szóló Egyezmény, valamint az Egyezménynek az emberi lény klónozásának tilalmáról szóló, Párizsban, 1998. január 12-én kelt Kiegészítő Jegyzőkönyve kihirdetéséről szóló 2002. évi VI. törvény I. Cikk

²⁷ Megjegyzendő azonban, hogy a nemzetközi dokumentumok többsége az emberi méltóságot nem jogként, hanem az egyezményeket átfogó alapelveként jelöli meg.

²⁸ 64/1991. (XII. 17.) AB határozat

joggal). Így tehát a nagy kérdés az, hogy életvégi döntéseknél mi is kerekedik felül, az életvédelem, vagy az önrendelkezés, illetve, ha teret ad az önrendelkezésnek, akkor milyen szinten teszi. Kiemelendő azonban, hogy amennyiben az egyén nem dönthet élete végéről, az azért van, mert az állam ezt eldöntötte minden egyes ember helyett azzal, hogy a döntés jogát átvette az egyéntől. A döntés tehát megszületett, megszületik, az egyedüli kérdés az, hogy azt az állam hozza megkorlátozás helyett az alapjog-gyakorlás előmozdítását választja és a szabad döntést kellő garanciákkal támogatja meg. Ennek megítélése azonban országoként akár kulturális, ideológiai, vallási okokból országoként más és más.²⁹ Ezt támasztja alá az is, hogy míg Magyarországon a bevezetőben említett esetben emberölés vádjával ítélték el a két férfit, aki hagyták súlyosan szenvedő hozzátartozójukat meghalni, addig Franciaországban felmentették azt a férfit, aki felesége szenvedésének megállítása céljából ciánt fecskendezett a combjába, majd mivel az nem működött, így megfojtotta egy kábellel³⁰. A szabályozás egyenlőtlenségét és kételyeit mutatja, hogy az eutanázia és az asszisztált öngyilkosság sem legális egyik országban sem.

1.2. Az ellátás visszautasítása – előzetes rendelkezés (*living will*) – gyakorlati problémák

Az Eütv. korábban említett 15 § (2) bekezdéséből - és a modern, tájékozott beleegyezésen alapuló orvostudomány és bioetika alapvetéseiből - kiindulva a beteg önrendelkezési joga alapján dönthet arról, milyen ellátást kíván igénybe venni. Ebből következik az ellátás visszautasításának joga, melyet a törvény deklarálni a 20. §-ban. Ennek elsődleges korlátja alatt azt az esetet értjük, amennyiben annak elmaradása mások életét vagy testi épségét veszélyeztetné.

Ez alól kivételt képeznek, illetve többletfeltételekhez köti a törvény azokat az ellátásokat, amelynek elmaradása esetén a beteg egészségi állapotában várhatóan súlyos vagy maradandó károsodás következne be, illetve az életfenntartó vagy életmentő beavatkozásokat. A törvény értelmező rendelkezései az életmentő beavatkozás és az életfenntartó beavatkozás közötti elhatárolást egyértelműsítik, miszerint, míg az életmentő beavatkozás a sürgős szükség esetén a beteg életének megmentésére irányuló egészségügyi tevékenység, addig az életfenntartó beavatkozás, a beteg életének mesterséges módon történő fenntartására, illetve egyes életműködéseinek pótlására irányuló egészségügyi tevékenység.³¹ Az életfenntartó vagy életmentő kezelés visszautasítása abban az esetben a beteg joga, amennyiben rövid időn belül, megfelelő orvosi kezelés mellett is halálhoz vezető, súlyos és gyógyíthatatlan betegségben szenved.

Fontos kiemelni, hogy a visszautasítás megtetele komoly feltételekhez kötött, mely két csoportra bontható. Az egyik csoportba tartozik az *on the spot* visszautasítás, melyet az Eütv. 20. §

²⁹ Karsai i.m. §125, §144, §160-161

³⁰ <https://www.france24.com/en/live-news/20241030-french-court-acquits-man-who-killed-incurably-ill-wife>

³¹ Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 3. § n); o)

(3) bekezdés deklarál, ami alapján ennek megtételekor a beteg már a kórházban, a kezelés felmerülésekor, annak megkezdése előtt kíván élni ezzel a jogával. A másik csoportba tartozik az Eütv. 22. § alapján az előzetesen történő visszautasítás. A két csoportra vonatkozó követelmények különbözőek. Az on the spot visszautasításra akkor kerülhet sor, ha visszautasításhoz való jogot gyakorló személynek a betegsége gyógyíthatatlan és már terminális állapotban van, és akkor érvényes, ha a beteg megvizsgálását követően egy háromtagú orvosi bizottság egybehangzóan, írásban úgy nyilatkozik, hogy a beteg döntését annak következményei tudatában hozta meg. Ez önmagában még nem elég, ennek megtételét követő harmadik napon, két tanú jelenlétében a betegnek ismét kifejezésre kell juttatnia a szándékát.³²

Előzetes rendelkezésben történő visszautasítás szintén gyógyíthatatlan betegség esetén lehetséges közokiratban, az azonban csak döntési képesség későbbi elvesztése esetén hatályosul, terminális állapot, önellátásra képtelenség vagy nem csillapítható fájdalom bekövetkezése esetén. Itt tehát a terminális állapot csak egy az életfenntartó ellátás visszautasítását lehetővé tevő állapotok közül, az önellátásra való képtelenség vagy a csillapíthatatlan fájdalom mellett.

A 4/2014. (VII. 22.) AB határozatnak köszönhető, hogy a korábbi szabályozástól eltérően, ma már pszichiáter szakorvos véleménye nem szükséges. Ennek képében könnyített irányt látunk, azonban még mindig kérdéses, hogy szükséges-e ilyen szigorú feltételekhez kötni, ezzel ilyen mértékben csökkenteni az ezt alkalmazók számát. Ezt támasztja alá, hogy a 2010 óta életmentő, életfenntartó ellátás visszautasítására a Semmelweis Egyetem Klinikai Központjában, a Szegedi Tudományegyetem Szent-Györgyi Albert Klinikai Központjában, Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központjában és a Debreceni Egyetem Klinikai Központjában összesen – pontos adat híján – nagyjából 51 alkalommal került sor.³³ Látszik tehát, hogy a gyakorlatban a jogintézmény gyakorlatilag működésképtelen. Amellett, hogy a közokiratba való foglalás és a hosszas procedúra jelentős nehézséget jelent a lakosság részére gondot jelent az is, hogy az egyének kis mértékben kapnak információt ezen lehetőségekről.

Az életfenntartó ellátás visszautasítása intézményének egyik lényege az, hogy abban az esetben, ha nem látszik reális esély az élet megmentésére, dönthessen úgy a beteg, hogy a hiábavaló szenvedését nem akarja folytatni. Látni kell azonban, hogy egyes betegségek esetén, – például ALS – az hiába okoz hosszú távon szenvedést és halált, nincs konkrét kezelése, így életfenntartó kezelésről

³² Kussinszky Anikó - Stánicz Péter: Közjegyzői feladatok az életvégi döntések érvényesülése kapcsán (KK, 2021/3. 49-61. o.)

³³ Az életvégi döntések szabályozása - Van-e döntésünk az élet végén? Lehetőségek és kompetenciák a gyakorlat tükrében. In: Filó Mihály (szerk.): Autonómia, életvédelem, jogbiztonság. Az életvégi döntések szabályozása 135. o.

nem is beszélhetünk (vagy az csak az elkerülhetetlen halál előtt közvetlenül merül fel), ennek értelmében ez a lehetőség számukra nem adott.³⁴

Az Eütv. tehát megteremtette ugyan az életmentő, az életfenntartó beavatkozások visszautasításának jogi mechanizmusát, azonban ezek gyakorlati alkalmazása elenyésző. Ennek, – a korábban említett információs aszimmetrián kívül – az is az oka, hogy egyelőre ezek csak papírformában valósíthatók meg. Azt azonban be kell látni, hogy a gyakorlati megvalósulása annak, hogy ezt az emberek ilyen formában maguknál hordják, igen csekély. Így tehát előfordulhat az az eset, hogy a beteg rendelkezett ugyan életmentő kezelés visszautasításáról, az okirat nem volt nála, és mivel a kikerkező mentős azt máshol nem érthette el, így aszerint cselekedett, mintha a rendelkezés nem történt volna meg.

1997 és 2012 között 1 milliónál több halálozás történt hazánkban, és ezek 30–40%-ában orvos döntött arról, hogy az alkalmazott kezelés mennyire legyen agresszív.³⁵ Előzetes rendelkezés alapján történő kezelés megszüntetéséről azonban mai napig alig számolnak be. Az előzetes rendelkezés alkalmazásának alacsony száma nem jó sem az orvosnak, sem a betegnek, akinek életét érintő egyik legfontosabb döntése során az orvos által legkedvezőbbnek ítélt megoldás nem feltétlen azonos az ő kívánalmaival. Előzetes egészségügyi rendelkezés bemutatására az ország feljebb említett legnagyobb ellátó központjaiban egyetlen alkalommal sem került sor³⁶. Ennek valósidejű hozzáférhető nyilvántartása pedig nem érhető el.

Annak okán tehát, hogy napjainkban az előzetes rendelkezés összegyűjtésére nincsen közhiteles, hozzáférhető nyilvántartás, így ezek érvényesülése elenyésző. Magának az élő végrendeletnek éppen az a szerepe, hogy a helyszínre kiérő mentőszolgálat munkatársa vagy a beteg kezelőorvosa, azonnal hiteles információval rendelkezessen a beteg előzetes rendelkezéseit illetően.³⁷ Ennek orvoslására lenne az egyik módszer az élő végrendelet az Elektronikus Egészségügyi Szolgáltató Térbe (továbbiakban: EESZT) történő bevezetése, mely során azt bárki bármikor elérheti és lehívhatja.

³⁴ Európában az orvosi szakirodalom az ALS betegek lélegeztetőgépre helyezését nem javasolja.

Lásd: Hayashi H. Ventilatory support: Japanese experience. *Journal of the Neurological Sciences* 1997;152(Suppl 1): S97–100, also Borasio GD, Gelinas DF, Yanagisawa N. Mechanical ventilation in amyotrophic lateral sclerosis: a cross-cultural perspective. *Journal of Neurology* 1998;245(Suppl 2):S7–12.; also Borasio GD, Shaw PJ, Hardiman, Ludolph AC, Sales Luis M, Silani V. Standards of palliative care for patients with amyotrophic lateral sclerosis: results of a European survey. *Amyotrophic Lateral Sclerosis and Other Motor Neuron Disorders* 2001;2(3):159–64. Továbbá Gelinas DF, O'Connor P, Miller RG (1998) Quality of life for ventilator-dependant ALS patients and their caregiver. *J Neurol Sci* 160(suppl1):S134–S136

³⁵” Beteg vagy egészségügy”. A betegjogok helyzete egy átalakuló rendszerben, avagy kinek fontos a beteg? Az alapvető jogok biztosának konferenciakiadványa 2012 85-86. o.

³⁶ Kussinszky - Stánicz 137. o.

³⁷ Stánicz Gábor – Stánicz Péter: Felkészülés az élet végére – az előzetes rendelkezések alapjai és hazai gyakorlata 2020. 70.o.

1.3. Magyarországon nem megengedett esetkörök, az orvos asszisztált-halál: eutanázia, asszisztált öngyilkosság

Eutanázia alatt a gyógyíthatatlan beteg halálának meggyorsítását vagy előidézését értjük a szenvedésének megrövidítése céljából.³⁸ Az Alkotmánybíróság két határozatában, a 22/2003. (IV. 28.) AB határozatban (továbbiakban: I. eutanáziahatározat) és a 24/2014. (VII. 22.) AB határozatban (továbbiakban: II. eutanáziahatározat) is vizsgálta a saját megítélése szerinti passzív eutanázia alkotmányos kereteit. Az I. eutanáziahatározat kimondta, hogy amennyiben a gyógyíthatatlan beteg úgy dönt, hogy életének hátralevő részét nem kívánja végigélni, az a beteg önrendelkezési jogának része, mely azonban nem korlátozhatatlan, hiszen az élethez való jog védelme és az állam intézményvédelmi kötelezettsége körében korlátozható.³⁹ A korábban említett II. eutanáziahatározatnak köszönhetően a mai szabályozás alapján az élő végrendeletkezéshez (helyesebben előzetes rendelkezés) már nincsen szükség sem pszichiáter által kiadott szakvélemény beszerzésére, sem a beteg nyilatkozatának kétfévenkénti megújítására. Az Alkotmánybíróság ezt azzal indokolta, hogy ezek a feltételek indokolatlanul akadályozták az egyéni autonómia megvalósulását, ezért azokat alkotmányellenesnek nyilvánította és megsemmisítette.⁴⁰ Fontos rögzíteni, hogy az Eütv. továbbra sem használja az eutanázia kifejezést.

Aktív-passzív eutanázia elkülönítése a köznyelvben és a szakirodalomban is megjelent. Sokan azt az elhatárolást vallják, mi szerint az aktív eutanázia a halál tevőleges előidézését jelenti, míg passzív eutanázia alatt az életfenntartó kezelés hiányát, vagy annak megszüntetését értjük,⁴¹ például, ha az orvos lekapcsolja az életet fenntartó gépet. Ez a megkülönböztetés nem helyénvaló, hiszen az eutanázia fogalmilag csak aktív lehet, ez ellátás visszautasítása, mint passzív cselekvés külön intézmény, az nem minősül eutanáziának.⁴²

A közbeszédben emellett sokan beszélnek még nem önkéntes eutanáziáról is. Ez azon túl, hogy nem helyénvaló, nem is értelmezhető, hiszen gyógyszeresen kioltani valaki életét beleegyezése nélkül akár önkéntesség hiányában, akár önkéntesség ellenében nem eutanázia, hanem gyilkosság. Minden eutanázia önkéntes, kifejezett kérésre eszközölhető. Ezek értelmében megállapítható tehát, hogy az eutanázia csakis aktív, direkt és önkéntes lehet.⁴³

³⁸ <https://u-szeged.hu/efop362-00007/minden-szocikk/eutanazia>

³⁹ Filó Mihály - Kiss Máté Jenő - 22/2003. (IV. 28.) AB határozat - Eutanázia I.

⁴⁰ <https://szakcikkadatbazis.hu/doc/1426598>

⁴¹ <https://u-szeged.hu/efop362-00007/minden-szocikk/eutanazia>

⁴² Bert Broeckaert - Treatment Decisions in Advanced Disease: A Conceptual Framework Indian J Palliat Care 2009 DOI: [10.4103/0973-1075.53509](https://doi.org/10.4103/0973-1075.53509)

⁴³ Stánicz – Stánicz, 2020. 63.o.

Az asszisztált öngyilkosság, azaz az orvos által segített öngyilkosság azt jelenti, hogy az orvos csak előkészíti a szükséges gyógyszert és az utolsó lépést már beteg magának hajtja végre.

Magyarországon tehát egyik módszer sem legális, ezzel ellentétben az Európai Unión belül Hollandiában, Belgiumban és Luxemburgban az aktív eutanázia és az asszisztált öngyilkosság is törvényes.

Az életvégi döntések klasszikus, az önrendelkezés, az egyéni autonómia és az emberi méltóság felől történő alanyi jogi megközelítése mellett a vizsgálat során figyelemmel kell lenni a második és harmadik generációs alapjogokból (egészséghez való jog, betegek jogai stb.) eredő kollektív megközelítésre is.

Az egyén döntései nem egy elzárt vákuumban valósulnak meg: az egyes emberek alapjoggyakorlása másokra is kihatással van. Ezen túlmenően fel kell hívni a figyelmet az állam tevőleges kötelezettségeire is, az egészségügyi ellátórendszer működtetésére, az egyéni és kollektív szempontok összehangolására és a kényes egyensúly megteremtésére.

Az életvégi döntések vizsgálatát nem korlátozhatjuk az egyén dimenziójára. Észre kell vennünk, hogy ezek a döntések a valóságban az egészségügyi ellátás folyamatába illeszthetők, az egyén - gyógyíthatatlan betegsége okán - az egészségügyi ellátással már kapcsolatban áll vagy kapcsolatba kerül. Az egészségügyi ellátórendszer működtetése és a betegek jogainak biztosítása alapvető állami feladat, ami irányadó gyógyíthatatlan, halálos betegek esetén is. Az életvégi döntések etikai dilemmái így kapcsolódnak az egészségügyi ellátórendszert érintő hagyományos bioetikai kérdésekkel, vegyük akár a véges források elosztása vagy a sorolás kérdését.⁴⁴ A továbbiakban ennek megfelelően az alanyi jogi (mikro) szemlélet felől áttérünk az életvégi döntéseket a társadalmi kontextusban vizsgáló (makro) nézőpontra, felszínre hozva ezáltal további releváns összefüggéseket. A hospice-palliatív ellátás tükrözi az életvégi döntések kettős megközelítését. Az életvégi döntések közé soroljuk a hospice-palliatív ellátást, amihez az egyénnek alanyi joga van, azonban kizárólag aktív állami közreműködés, az ellátórendszer működtetése útján tud érvényesülni. Az alanyi alapjogi jelleg ezen a pontot szükségszerűen kiegészül a második és harmadik generációs alapjogokra jellemző kollektív jelleggel és átvezet bennünket az életvégi döntések hagyományos alanyi jogi megközelítéséből az egészségügyi ellátórendszert érintő kollektív szemlélet felé, amely az állam oldaláról a rendelkezésre álló szűkös erőforrások elosztásának kérdését veti fel.

2. Egészségügyi ellátórendszer szerepe a hatékonyság növelésében

⁴⁴ Sorolás alatt azt értjük, amikor a korlátozott kapacitások miatt, egyes szempontok alapján korlátozzák azt, hogy kik és mennyien férhetnek hozzá egészségügyi kezelésekhez. A kialakított rangsornál szempont lehet például a várólistán eltöltött idő.

http://web.med.u-szeged.hu/magtud/magyar_ok/Szig_tema_etika.pdf 2.o.

2.1 Hospice-palliatív ellátás

Először is, el kell különíteni a három, elsőre hasonlóan tűnő ellátási formát, a krónikus fekvőbeteg-ellátást, az otthoni szakellátást és a hospice-palliatív ellátást.

Krónikus fekvőbeteg-ellátás alatt, olyan megelőző, gyógyító, illetve rehabilitációs tevékenységet értünk, amelynek célja az egészségi állapot stabilizálása, annak fenntartása, helyreállítása, jellemzően hosszú időtartamú ellátás esetén.⁴⁵

Míg az otthoni szakápolás a beteg otthonában, szakképzett ápoló által végzett tevékenység⁴⁶ (például gyógytorna), addig a hospice-palliatív ellátás olyan aktív, holisztikus szemléletű ellátás, amely megillet minden súlyos állapotban levő, szenvedő beteget, különös tekintettel azokra, akik az életük végéhez közelednek.⁴⁷ Súlyos betegségnek tekintjük, ami nagy halálozási kockázattal jár, negatívan befolyásolja az életminőséget, vagy megterhelő tünetekkel, kezelésekkel, gondozói stresszel jár.⁴⁸ A palliatív-hospice ellátások célja az, hogy javítsa vagy megőrizze (ideértve a rosszabbodás lassítását is) a beteg, illetve családjának életminőségét.⁴⁹ Hazánkban jelenleg a hospice-palliatív ellátás főként a daganatos betegek számára érhető el, de a célcsoportok közé tartoznak az előrehaladott állapotú, vagy egyes egyéb diagnózisokkal élők, például ALS betegek is. Megállapítható tehát, hogy palliatív ellátás során a szándék az elviselhetetlen szenvedés enyhítése, az eljárás szedatív gyógyszer alkalmazása⁵⁰ a tünetek kezelésére és a sikeres végkimenetel a szenvedés enyhülése, nem pedig a halál siettetése. A palliatív ellátás végső szakasza a hospice ellátás. Ebben az ellátási formában az esetek többségében olyan betegek szoktak részesülni, akiknek a várható túlélési ideje előreláthatóan 6-12 hónap. A palliatív és a hospice ellátás során is a gondozók köre több különböző szakemberből áll, akik a beteggel és a beteg egyéb kezelőorvosaival együttműködve nyújtanak orvosi, szociális, érzelmi támogatást. Ezt a csapatot leginkább palliatív szakápolók és orvosok alkotják.⁵¹

A hospice-palliatív ellátásban jelenleg három fő probléma dominál. Először is, a kapacitások hiánya miatt sok beteg nem fér hozzá az ellátáshoz, annak ellenére, hogy szükségük, illetve igényük lenne rá. Másodszor, hogy az egészségügyi ellátórendszerben dolgozó orvosok már eleve túlterheltek,

⁴⁵ <https://www.egeszsegvonal.gov.hu/ellatorendszer/fekvobeteg-szakellatas.html>

⁴⁶ Az otthoni szakápolási tevékenységről szóló 20/1996. (VII. 26.) NM rendelet 1. § (1)

⁴⁷ dr. Horváth Orsolya - dr. Rác Katalin - dr. Kegye Adrienne - Jakus Nikolett - dr. Hegedűs Katalin: A hospice-palliatív ellátás hatékony integrálása a hazai onkológiai és családorvosi gyakorlatba 2022 163. évf. 38. szám 1521. o.

⁴⁸ <https://pallipedia.org/serious-illness/>

⁴⁹ Az otthoni hospice ellátás az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről szóló 60/2003. (X. 20.) ESzCsM rendelet

⁵⁰ <https://semmelweis.hu/neurologia/files/2013/04/A-f%C3%A1jdalomcsillap%C3%ADt%C3%A1s-etikai-vonatkoz%C3%A1sai.pdf> 4.o.

⁵¹ <https://www.nia.nih.gov/health/hospice-and-palliative-care/what-are-palliative-care-and-hospice-care>

és ezt az itteni szakemberhiány tovább súlyosbítja. Harmadszor pedig, az ellátás költségei rendkívül magasak, ami bizonyos ápolási napszámon túl, szintén megnehezíti a szolgáltatások elérhetőségét a betegek részéről. Ezekre a konkrét problémákra szeretnék rávilágítani annak ellenére, hogy a Karsai v. Magyarország döntés indoklásának fő vonulata a Magyarországon elérhető magasszintű palliatív ellátás volt.⁵²

Az otthonukban élő terminális állapotú betegek, például ALS betegek, Magyarországon otthoni szakápolást és hospice ellátást vehetnek igénybe a társadalombiztosítás keretein belül, ezek azonban meglehetősen korlátozottan állnak rendelkezésre. Az otthoni szakápolást a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelővel (továbbiakban: NEAK) kötött szerződés alapján szakápolási szolgáltatók végzik meghatározott ellátási területen, meghatározott keret felhasználásával.⁵³ Az otthoni szakápolás helyzetét Magyarországon – mint ahogyan az egész egészségügyi ellátórendszert – az alulfinanszírozottság és ezzel összefüggésben súlyos, abszolút és relatív létszámhiány jellemzi. Ez a szolgáltatáshoz való hozzáférés területi egyenlőtlenségeiben, valamint az ellátás minőségében nyilvánul meg. A NEAK által közzétett adatok szerint az otthoni szakápolási szolgálatok száma az elmúlt évtizedben folyamatosan csökkent (2014-ben 316,⁵⁴ míg 2020-ban már csak 253 szolgálat működött⁵⁵), területi megoszlásuk pedig egyenetlen, megyénként eltérő. A szolgálatok számának csökkenésével párhuzamosan a teljesített vizitszámban és az ellátott betegek számában jelentős visszaesés történt. A Központi Statisztikai Hivatal (továbbiakban: KSH) adatai szerint 2014-hez viszonyítva 2022-ben az otthoni szakápolási szolgálatok 12 ezerrel kevesebb beteget láttak el és 156 ezerrel kevesebb vizitet teljesítettek.⁵⁶

Az európai standardok és a WHO alapján⁵⁷ 1 millió lakosra minimum 80-100 hospice és palliatív ágynak kellene jutni,⁵⁸ ami Magyarország lakossága számának megfelelően 800-1000 ágyat

⁵²Karsai v. Hungary

⁵³ Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (NEAK): Otthoni szakápolás, hospice.

https://www.neak.gov.hu/felso_menu/lakossagnak/ellatas_magyarorszagon/egeszsegugyi_ellatasok/otthoni_szakapolas_hospice

⁵⁴ Majerné Horváth Anita (Magyarországi Otthonápolási és Hospice Egyesület, elnök): Otthoni Szakápolás helyzete Magyarországon. Mi a jelenlegi helyzet? (előadás). Települési Önkormányzatok Országos Szövetsége Időügyi Hálózatának ülése, 2020. december 15.

<https://töosz.hu/uploads/images/hirek-kepek/DCARELAB/20201215idosugyihalozat2/Majern%C3%A9%20H.%20Anita%20MOHE%20-%20%20T%C3%96SZ%20%C3%BCI%C3%A9s%202020.12.15..ppt>

⁵⁵ Lukács Miklós (Magyar Hospice-Palliatív Egyesület, elnök): Az otthonápolás helyzetéről Magyarországon. MedicalOnline, 2022.12.30.

https://medicalonline.hu/gyogytas/cikk/az_otthonapolas_helyzeterol_magyarorszagon

⁵⁶ https://www.ksh.hu/stadat_files/ege/hu/ege0010.html

⁵⁷ Összefoglalás a 2020-23. évi hospice betegellátásról

<https://hospice.hu/hospice-jelentesek>

⁵⁸ Revised recommendations on standards and norms for palliative care in Europe from the European Association for Palliative Care (EAPC): A Delphi study

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9006395/>

jelent. Hazánk, 416 ágygal,⁵⁹ ennek kevesebb, mint 50%-át érte el. A fejlődés ellenére, jelenleg sincs minden vármegyében fekvőbeteg szolgáltató, és a korlátozott kapacitások miatt helyenként várólisták alakultak ki. Az ellátók számának csökkenése és az ellátásra való igény növekedése ellenére a Központi Statisztikai Hivatal adatai szerint az elmúlt 10 évben az ápolási napok száma 16 ezerrel csökkent.⁶⁰

Az otthoni szakápolás leterheltségét többek között a szolgáltatók által foglalkoztatott személyi állomány határozza meg.⁶¹ Az otthoni szakellátás a kapacitáshiány, a részmunkaidős dolgozók magas száma és a korlátozó szabályozás miatt rugalmatlan, a betegszükségletek nem követhetők.⁶² Ezt az támasztja alá, hogy egy kutatás⁶³ szerint a hospice-ban fizetett alkalmazottaknak átlagban 1,86 munkahelyük van, és 45,8%-uk napi 12 órát vagy ennél többet dolgozik. Az otthoni hospice ellátás tekintetében a legnagyobb problémát az alulfinanszírozottság és a humán erőforrás (mind az orvosok, mind a szakdolgozók) hiánya jelenti, ami kedvezőtlenül befolyásolja az ellátáshoz való tényleges hozzáférést és a szolgáltatás színvonalát. A személyzet létszáma 2020 óta folyamatosan csökken, és a dolgozók döntő többsége részmunkaidőben végzi ezt a tevékenységet. Míg 2020-ban otthoni ellátásban 1 621 fő dolgozott a NEAK szerződések alapján, ebből 170 orvos, addig 2023-ra otthoni ellátásban már csak 1426 fő, ebből 146 orvos.⁶⁴

Várólisták alakultak ki és egyes, az életminőséget nagymértékben javító szolgáltatások bizonyos betegcsoportok számára szinte teljesen elérhetetlenné váltak (ilyen pl. a gyógytorna a krónikus beteg számára, mivel ellátásuk csak az akut esetek után fennmaradt szabad kapacitás terhére lehetséges).⁶⁵ A humán erőforrás hiányt az Emberi Erőforrások Minisztériuma: „Egészséges Magyarország 2021–2027” Egészségügyi Ágazati Stratégiája⁶⁶ is problémaként azonosította. Bár a Stratégiában az otthonápolás fejlesztése a kiemelt prioritások között szerepel a területi

⁵⁹ Hospice összefoglalás i.m. 2020-23

<https://hospice.hu/hospice-jelentesek>

⁶⁰ Központi Statisztikai Hivatal: Hospice ellátás

https://www.ksh.hu/stadat_files/ege/hu/ege0011.html

⁶¹ Emberi Erőforrás Fejlesztési Operatív Program Plusz. EFOP Plusz 2021-2027. 6.0 változat, 2022.07.29.

⁶² Majerné i.m.

⁶³ dr. Rávay Edit - dr. Kegye Adrienne - dr. Zana Ágnes - dr. Hegedűs Katalin: A túlélők mindennapjai. A hospice-ellátásban dolgozók életminősége Orvosi Hetilap, 157 (25). pp. 1000-1006. 2016

⁶⁴ Hospice összefoglalás i.m. 2020-23.

<https://hospice.hu/hospice-jelentesek>

⁶⁵ Friesz Anna (Magyarországi Otthonápolási és Hospice Egyesület), Lukács Miklós (Magyar Hospice-Palliatív Egyesület): „A hospice-ellátás a magyar egészségügy mostohagyereke”. 2022.06.01. <https://magyarnarancs.hu/belpol/a-hospice-ellatas-a-magyar-egeszsegugy-mostohagyereke-249354>

⁶⁶ Emberi erőforrások Minisztériuma: „Egészséges Magyarország 2021–2027” Egészségügyi Ágazati Stratégia. Budapest, 2021. január. <https://mok.hu/public/media/source/Transzparencia/Allasfoglalasok/Egzszsge%20Magyarorszag%202021-2027%20Egzszsgeugyi%20Agazati%20Strategia.pdf>

egyenlőtlenségek leküzdésével, az ellátások minőségének mérésével és valós költségeken alapuló finanszírozással, a fentiekben bemutatott adatok nem támasztják alá a helyzet tényleges javulását.

A hospice ellátásokban egy nap átlag költsége 2023-ban 7 442 Ft, míg egy eset átlag ápolási költsége 189 932 Ft.⁶⁷ A 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet 35. §-a szerint személyenként legfeljebb 150 nap házi hospice-palliatív ellátás írható elő. Miután ez a 150 nap letelt – ahogyan az például autoimmun betegségek, vagy ALS-ben szenvedő betegeknek esetében többnyire mindig így van –, ezek a szolgáltatások már nem érhetők el a társadalombiztosítás keretében. Így ezeknek a betegeknek saját forrásaikra kell támaszkodniuk, hogy hozzáférjenek ezekhez a szolgáltatásokhoz a magánpiacon.

Magyarországon 2017-ben első alkalommal került sor átfogó kutatásra a felnőtt lakosság életvégi kívánalmairól, az életvégi döntésekkel kapcsolatos véleményükről és ismereteikről. A Pécsi Tudományegyetem kutatói 1100 fős reprezentatív mintán végzett felmérésében a megkérdezettek 57,2%-a otthon, szakképzett gondozók bevonásával (otthoni hospice ellátás), 20,8%-uk pedig intézményi hospice ellátásban szeretne meghalni, amely a hospice gondozásra mutató igényt jelzi a jogalkotó számára.⁶⁸ Egy másik tanulmány szerint a magyar betegek 67%-a szeretné, ha otthon, családjuk körében halhatna meg, de a valóságban csak a betegek 30%-ának teljesül ez a kívánsága.⁶⁹ Ez kitűnően mutatja a fennálló igényt a betegek részéről.

Külföldi gyakorlatot nézve Hollandiában például 2022-ben az eutanáziát választók száma 8720 fő volt, ami az összes halálozás 5,1%-át tette ki az országban, és ez 13,7%-os növekedést jelent az előző évhez képest.⁷⁰ Az ilyen mértékű növekedés enyhítette a hospice ellátórendszerre nehezedő nyomást és azt eredményezte, hogy jobban koncentráljon azokra a páciensekre, akik a palliatív ellátást igénybe kívánják venni tájékozott döntésük alapján. Fontos itt kitérni az életvégi döntésekkel szembeni egyik fontos – palliatív irányból közelítő – ellenérvre, mely szerint a palliatív ellátás nem megfelelő helyzete esetén a betegek tulajdonképpen a halálba menekülnek, így az életvégi döntések szélesítése a palliatív ellátás színvonalának romlásához vezet. Ez az érv legalább két okból sem helytálló. Kutatások igazolták, hogy az életvégi döntéseket a gyógyíthatatlan betegek nem azért választják, mert az elérhető palliatív ellátás színvonalát elégtelennek ítélik meg: éppen ellenkezőleg, azokban az államokban, ahol lehetőség van orvos-asszisztált halálra, a társadalom mindezen intézményekbe és

⁶⁷ Hospice összefoglalás: i.m. 2023

⁶⁸ Busa Csilla, Dr. Zeller Judit és Dr. Csikós Ágnes · Életvégi kívánalmakkal és döntésekkel kapcsolatos vélemények és ismeretek a magyar társadalomban. Kharón Thanatológiai Szemle XXII. Évfolyam 2018/3 összefoglalás

⁶⁹ Csikos A, Albanese T, Busa C, et al. Hungarian's perspectives on end of life care. J Palliat Med 11:1083–1087, 2008

⁷⁰ <https://wfrtds.org/dutch-euthanasia-review-committees-published-report-on-2022/>

az egészségügyi ellátásba vetett bizalma is növekvő tendenciát mutat.⁷¹ Az életvégi döntésekben elsődlegesen az autonómia elvesztésének érzése és az emberi méltósággal a beteg számára össze nem egyeztethető életminőség vezeti a gyógyíthatatlan betegeket.⁷²

A túlterhelt hospice rendszer további következménye nálunk, hogy a szociális ellátórendszerbe kerülnek át azok az emberek, akiket az egészségügyi intézmények már nem tudnak befogadni. Itt viszont az állandó orvosi jelenlét és a kezelések hiánya azt okozza, hogy ezek a betegek nem kapnak időben megfelelő gondozást és végül mégis kórházakba kerülnek, mégpedig az aktív fekvőbeteg ellátó osztályokra. Ez szükségképpen az aktív gyógyító munkától von el egészségügyi személyzetet és eszközöket is. Látszik tehát, az életvégi döntések legalizációjának szükségessége nem csak arról az oldalról vet fel költségallokációs kérdéseket, hogy – amint erre dolgozatom során később ki fogok térni –, az újraélesztések és a lélegeztetőgépen tartás költsége mennyire jelentős, hanem onnan is, hogy mennyi erőforrást vesz el a hospice-palliatív ellátások leterheltsége az aktív gyógyító munkától és a szociális ellátórendszertől.

2.2. Betegjogok

Betegjogok alatt, azokat a jogosultságokat értjük, melyek az igénybe vevő személyt (beteget), az ellátás során megilletik. A beteg, mint fogalom mindenkit felölel, aki az egészségügyi ellátást igénybe veszi, vagy abban részesül.⁷³ Az egészségügyi szolgáltató és a beteg közötti polgári jogi jogviszony alkotmányjogi oldalát fejezik ki a betegjogok

Magyarországon az Alaptörvény alapjogi katalógusában az emberi méltósághoz való jog, valamint az abból az Alkotmánybíróság által kiolvasztott önrendelkezési jog, továbbá az egészséghez való jog a kiindulópont. Ehhez kapcsolódik alacsonyabb jogforrási szinten az Eütv. betegjogi katalógusa, mely többek között tartalmazza az egészségügyi ellátáshoz való jogot, az emberi méltósághoz való jogot, a tájékozott beleegyezésen alapuló ellátást, az önrendelkezéshez való jogot, az ellátás visszautasításának jogát és a panaszeljáráshoz való jogot is. Ezen túl az Európai Betegjogi Charta kiegészül még például az innováció követelményével, vagy a felesleges fájdalmak elkerülésének jogával.⁷⁴

⁷¹ Van Eenennaam et al.: Frequency of euthanasia, factors associated with end-of-life practices, and quality of end-of-life care in patients with amyotrophic lateral sclerosis in the Netherlands: a population-based cohort study. In: Lancet Neurol 2023; 22: 591-601.

⁷² Vilpert S, Borrat-Besson C, Borasio GD, Maurer J. Associations of end-of-life preferences and trust in institutions with public support for assisted suicide: evidence from nationally representative survey data of older adults in Switzerland. PLoS One 2020

⁷³ Erhardtne dr. Gachályi Anikó: Betegjogok és jogérvényesítés az egészségügyben. Betegjogi képviselek 2019. GYTK IV. évf.

<https://semmelweis.hu/gyogyszertar/files/2019/05/Erhardtne-Gy.-ism-20190506.pdf>

⁷⁴https://ec.europa.eu/health/ph_overview/co_operation/mobility/docs/health_services_co108_en.pdf

Jelen dolgozatban leginkább az emberi méltósághoz való jog, az önrendelkezéshez való jog, illetve az ellátás visszautasításának joga, mint betegjogok kerülnek előtérbe. Ezek érvényesítésére a közigazgatási jog keretei között azonban csak erőtlen jogérvényesítő eszközök állnak rendelkezésre. Az Eütv. vagy a panaszokról, a közérdekű bejelentésekről, valamint a visszaélések bejelentésével összefüggő szabályokról szóló 2023. évi XXV. törvény (továbbiakban: Panasztörvény) alapján kezdeményezett panaszeljáráásban a panaszos a panaszt benyújthatja ugyan, de a valódi vizsgálat megindulását senki nem garantálja.⁷⁵ Mivel a betegjogi képviselők nem indíthatnak eljárást és nem is rendelkeznek semmilyen ügydöntő jogkörrel, így a beteg számára általában csak polgári jogi eszközök elérhetőek, ami leginkább a bizonyítási teher miatt, jelentős terhet ró a betegre.

Látható tehát, hogy különösképpen hiányzik egy olyan közigazgatási szerv, amely hatósági eszközökkel képes a betegpanaszok proaktív kivizsgálására. 2007 és 2010 között ezt a szerepet az Egészségbiztosítási Felügyelet töltötte be. Fő feladataként az egészségbiztosítás hatósági felügyeletéről szóló 2006. évi CXVI. törvény 6. § (1) bekezdés a) pontja alapján többek között ellátta az egészségbiztosítási szolgáltatást igénybe vevők jogainak védelmét, a 11. § (1) bekezdés alapján pedig a Felügyelet a biztosítottak biztosítási jogviszony során igénybe vett egészségügyi szolgáltatásokkal kapcsolatos panaszait, bejelentéseit vizsgálta ki. A közigazgatási hatósági eljárás logikája megköveteli, hogy a jogalkalmazó szerv aktívan vegyen részt az ügyben. Ebben az eljárásban a hatóságnak nem pusztán az elé tárt bizonyítékok alapján kell döntenie, hanem kötelessége a tényállás teljes körű feltárása is

Napjainkban a Nemzeti Népegészségügyi és Gyógyszerészeti Központ (továbbiakban: NNGYK), illetve a fővárosi, vármegyei kormányhivatalok és járási hivatalaik népegészségügyi jogkörükben⁷⁶⁷⁷ látják el az egészségügyi szolgáltatások minőségének szakmai felügyeletét, illetve azok szabálytalanságainak feltárását.⁷⁸ Az egészségügyi államigazgatási szervek engedélyezési és ellenőrzési hatáskörrel rendelkeznek egészségügyi szolgáltatók felett, szabálytalanság megállapítása esetén közigazgatási szankciókat alkalmazhatnak. Az egészségügyi hatóságok eljárásai hivatalból végzett hatósági ellenőrzések, szakfelügyelői jelzések, illetve közérdekű bejelentések és a betegek által benyújtott panaszok⁷⁹ alapján indulhatnak meg.⁸⁰ Itt azonban a gondot az képezi, hogy mind az

⁷⁵ Asbóth Márton - Fazekas Marianna - Koncz József: Egészségügyi jog és igazgatás 2020 49. o.

⁷⁶ A Nemzeti Népegészségügyi és Gyógyszerészeti Központról szóló 333/2023. (VII. 20.) Korm. rendelet 4§ (2)

⁷⁷ A fővárosi és megyei kormányhivatal, valamint a járási (fővárosi kerületi) hivatal népegészségügyi feladatai ellátásáról, továbbá az egészségügyi államigazgatási szerv kijelöléséről szóló 385/2016. (XII. 2.) Korm. rendelet 2§ (1) a)

⁷⁸ <https://www.nnk.gov.hu/index.php/egeszsegugyi-igazgatasi-foosztaly.html>

⁷⁹ <https://www.nnk.gov.hu/index.php/egeszsegugyi-igazgatasi-foosztaly.html>

⁸⁰ Az egészségügyi hatósági és igazgatási tevékenységről szóló 1991. évi XI. törvény 14/C. §

NNGYK, mind a járási hivatalok - a betegpanaszok alapján is - hivatalból járnak el, tehát mérlegelési jogkörrel rendelkeznek az ügyek indításában.

2.3. Az egészségügyi ellátórendszer szerepe

Mivel a dolgozat célja annak a kimutatása, hogy az életvégi döntések szűk körben való legalizációjának milyen hatása van az egészségügyi ellátórendszerre, így fontos feltárni annak jelenlegi helyzetét, hatékonyságát.

A jó egészség javítja az életminőséget és hozzájárul a hosszabb élettartamhoz. Ez az egyének és családok szintjén egyaránt fontos tényezője a jólétnek, gyarapodásnak és fejlődésnek. Azok az országok, ahol az emberek egészségesebbek, kiemelkedőnek mondhatók stabilitásban, versenyképességben és fejlődésben is.⁸¹ Ennek értelmében az ellátórendszer hatékonyságával való foglalkozás nem csak individuális szinten szükséges, hanem az állam kiegyensúlyozott működését és teherbíró képességét is elősegíti.

Az Alkotmánybíróság 22/2003. (IV. 28.) AB határozatából látszik, hogy már évek óta kérdéses az, hogy kimutatható-e összefüggés az életvégi döntések legalizációjának szükségessége és az ellátórendszer fejletlensége között: *„az, hogy a gyógyíthatatlan betegek önrendelkezési jogának érvényesülésére vonatkozó törvényi szabályozás területén a még alkotmányos és már alkotmányellenes szabályozás közötti határvonal nem egyszer s mindenkorra adott; az ismeretek szintje, az intézmények állapota, fejlettsége-fejletlensége és egy sor további tényező befolyással lehet e kérdés alkotmányosságának megítélésére”*

Az egészségügyi ellátórendszer a progresszivitás elvét követi, ennek értelmében az egészségügyi ellátásokat úgy alakítják ki, hogy azok az eltérő egészségi állapotú egyéneknek megfelelő, differenciált szintű ellátást biztosítsanak. Ez a rendszer a munkamegosztás és fokozatosság elvén alapul, ahol az egyén egészségi állapotának minden jellemzője együttesen határozza meg a szükséges ellátási szintet.⁸² Az egészségügyi ellátórendszer felépítését, feladatait az Eütv. fogalmazza meg. Az ellátórendszer, szintjeit tekintve, alapellátásból, járóbeteg-szakellátásból és fekvőbeteg-ellátásból áll. Az ellátórendszerben minden progresszivitási szinten megszervezendő, vagy a szintekhez nem illeszkedő egyéb ellátások is működnek, így az ügyeleti ellátás, a mentés, a betegszállítás, az ápolás, a haldokló beteg gondozása, a rehabilitáció, tehát a beteg újraélesztése ide, míg a lélegeztetőgépen tartás és az újraélesztés utáni állapot kezelése, a fekvőbeteg ellátásba tartozik.

⁸¹ https://www.nnk.gov.hu/attachments/article/52/sajtokozlemenye_EFOP180_nyitó.pdf

⁸² Asbóth, Fazekas, Koncz, 2020, 51. o.

A magyar egészségügyi forrásteremtés és finanszírozás rendszere többféle forrásból történik. A forrásteremtés 1990 óta járulékalapú, de 2012 óta számottevően növekedett az adótartalmú elemek aránya.⁸³

A közfinanszírozott egészségügyi ellátásokat a központi költségvetési törvény részeként elfogadott Egészségbiztosítási Alapból fedezik. Az Alap (kezelője a NEAK) bevételeinek nagy részét az egyénektől származó járulékbefizetések, a munkáltatói szociális hozzájárulási adóbefizetés egy része és a központi költségvetésből átutalt források adják. Az közfinanszírozott rendszer mellett vannak magánegészségügyi szolgáltatások is, amelyek közvetlenül a betegek által fizetett díjakból működnek, amit kis hányadban egészségpénztári források egészítenek ki. A közfinanszírozott rendszerben az egészségügyi szolgáltatók, a háziorvosok, a járóbeteg szakrendelők és a kórházak is, a NEAK-kal kötött finanszírozási szerződéses kapcsolatban jutnak hozzá a bevételeikhez, mégpedig alapvetően teljesítményalapú finanszírozási rendszerben.⁸⁴Ez azt jelenti tehát, hogy például a kórházak az egyes ellátások után járó összegeket az elvégzett beavatkozások és kezelések mennyisége alapján kapják meg. A teljesítményjelentésben szereplő esetek finanszírozása – a mindenkor alapdíjak figyelembevételével^{85,86}

Ez a finanszírozási forma a hospitalizációnak a növekedését eredményezheti és ez mind költséggazdaságossági, mind egészségpolitikai kérdéseket felvet. Fennáll az a veszély, hogy a finanszírozási rendszer az egészségpolitikai célokkal éppen ellentétes magatartásra, mégpedig az ellátási esetek növelésére ösztönzi a kórházakat, hiszen a bevételeik nagy része a járóbeteg-, illetve a fekvőbeteg szolgáltatásaik után járó forrásokból ered. Számukra jobban megéri az, hogyha fekvőbetegként (és nem járóbetegként) látnak el egy beteget, ennek okán fennáll annak a kockázata, hogy azokat a betegeket is fekvőbetegként látják el, akiknek erre nem lenne szüksége.⁸⁷

Jelenleg a teljesítményvolumen-korlát (továbbiakban: TVK) szolgálja ennek kiküszöbölését. Az előírás során az állam megszabja, hogy egy kórház, adott egészségügyi ellátásból egy hónapban mennyit végezhet el. A rendelet⁸⁸ módosítása óta a tervezett éves keretet alkalmazzák, amely jogszabályban meghatározott szolgáltatási egységek olyan teljesítményértékeinek mennyisége, mely önálló elszámolási tételként elszámolható, és melyre a szolgáltató a rendeletnek megfelelően

⁸³ https://semmelweis.hu/gytk/files/2019/12/eü_rendszerek_1130.pdf

⁸⁴ https://www.neak.gov.hu/felso_menu/szakmai_oldalak/gyogyito_megeleozo_ellatas/tajekoztatok/egbiztala_p_fin_szolg_dij_elszam

⁸⁶ 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól

⁸⁷ Orosz Éva: Félúton vagy tévúton? Egészségügyünk félmúltja és az egészségpolitika alternatívái 222.o.

⁸⁸ 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet

jogosult.⁸⁹ Ez tehát csökkenti a hospitalizációt, azonban korlátozza az ellátott betegek számát és növeli a várakozási időket.

Ezek a költségek sem nyújtanak teljes fedezetet, hiszen az egészségbiztosítás által fizetett díjak nem tartalmazzák a teljes ellátás költségét, és egyáltalán nem az amortizációfedezetét. Azaz míg általában piaci viszonyok között egy szolgáltatás költsége tartalmazza a szolgáltatásra eső tőke-költséget, – például az állóeszközök amortizációjának a szolgáltatásra eső részét – is, addig a közfinanszírozott egészségügyi szolgáltatók működési költségeinek meghatározásakor ez a költségelem nem szerepel, a NEAK által fizetett díjak erre nem tartalmazznak fedezetet.

3. Életvégi döntések tilalmának hatásai

Ahogy a bevezetőben is hangsúlyoztam, a dolgozat az emberi méltóság megtartásának, az önrendelkezési jog erősítésének az ellátórendszerre gyakorolt pozitív hatásaira szeretné felhívni a figyelmet, a hatékonyságnövelést nem kívánja az emberi élet értéke felé emelni. Az életvégi döntések jelenlegi szabályozásának és az ellátórendszer jelenlegi működésének feltárása után, dolgozatom ezen része arra szeretne rámutatni, hogy az életvégi döntések keretek közötti legalizációja a korábban bemutatott konkrét adatok tükrében a most ismertetésre kerülő jelentős terhek egy részét levonná az intézményekről.

3.1 Növekvő ellátási igény

A megnövekedett ellátási igény közvetlenül növeli az egészségügyi intézmények telítettségét. Ha ezek az igények meghaladják a forrásokat, a rendszer túlterhelődik.

Ennek mentén, az ellátási igény növekedésének fő okait szeretném bemutatni.

Az EU-ban a hazánkban fennálló születéskor várható élettartam a legalacsonyabbak között van. 2022-ben a születéskor várható élettartam csaknem négy és fél évvel elmaradt az EU egészének átlagától. Társadalmunk öregedő társadalomnak mondható, hiszen a demográfiai öregedés egyik összetevője a halálozási mutatók növekedése, a másik pedig a nők alacsony fertilitása.⁹⁰

Magyarországon több olyan település is van, ahol a lakosság 15 százaléka 70 éves elmúlt és számos olyan járás, ahol húsz év alatt 2,5-3-szorosára nőtt a 80 éven felüliek aránya a teljes népességben belül.⁹¹ Az öregedő társadalom nagyobb terhet ró a rendszerekre, hiszen a 65 év felettiek körében gyakoribbak a krónikus betegségek, ezt erősíti, hogy 2019-ben az idősek 77%-a

⁸⁹ 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet 2§ t)

⁹⁰ Polgári Szemle, 14. évf. 4–6. szám, 2018, 95–104., DOI: 10.24307/psz.2018.1208

⁹¹ <https://nepszamlalas2022.ksh.hu/adatbazis/#/table/>

számolt be krónikus betegségről.⁹² 2019-ben hazánkban a felnőttek közel 40%-a számolt be legalább egy krónikus betegségről, ami az EU egészében pusztán 36%.

Az Európai Bizottság Közös Kutatóközpontja azt jelezte előre a korábbi évek előfordulási tendenciái alapján, hogy Magyarországon 2020-ban várhatóan több mint 62 000 új rákos megbetegedés fog előfordulni. Ez a becslések szerint 100 000 főre vetítve a férfiak körében 786, míg a nők körében 528 rákos megbetegedést jelent, ami mind a két körben meghaladja az arra vonatkozó uniós átlagot.⁹³ A halálozási helyeket összegző, az Európai Gazdasági Térség 32 országa bevonásával készült kutatás azt vizsgálta, hogy a kórházban történő halálozások aránya milyen mértékű volt. Ez alapján, a medián értéke 52% volt, ami igen magasnak számít⁹⁴

A növekvő ellátási igény egyértelműen összefüggésbe hozható a korábban tárgyalt nem elegendő palliatív kezeléssel. Konkrét adattal nehezen meghatározható az, hogy Magyarországon mennyien vannak kórházban halálos betegség miatt, de a palliatív-hospice ellátás iránti hatalmas igény alátámasztja, hogy egyre több páciens szorul hosszú távú, életvégi kezelésre. Az Egészségügyi Világszervezet (továbbiakban: WHO) szerint is a palliatív ellátás szükséglete folyamatosan növekszik, ami mintegy 40 millió embert érint, közülük 78% közepes és alacsony jövedelmű országokban él.⁹⁵ Az, hogy például a Magyar Hospice Alapítvány által elbocsátott betegek száma (akár meghalt, akár más osztályra került) 2022-ről, 2023-ra 143-ról⁹⁶ 175-re⁹⁷ nőtt, szintén jól mutatja a megnövekedett számot, de látni kell, hogy ezek a számok így is csak azok, melyeket a rendszer elbír, az igény jóval nagyobb lenne, a palliatív ellátásnál kifejtett adatok alapján.

A Covid hatásai a mai napig érezhetőek az egész ellátórendszerben. 2020 novemberében minden tervezett műtét fel lett függesztve, és azt csak 2021 májusában oldották fel, akkor is feltételekhez kötve. A kritikus időszak alatt a kórházaknak az ágyak jelentős hányadát szabadon kellett hagyniuk a koronavírusos betegek kezelésére, ami 15 000–40 000 ágyat jelentett.⁹⁸ Az Eurofound felmérése szerint a világjárvány kezdete és 2021 februárja/márciusa között körülbelül minden harmadik ember nyilatkozott úgy, hogy nem fér hozzá orvosi vizsgálatához vagy kezeléshez. Az EU országok körében ez volt a legmagasabb arány, ami megközelítőleg a kétszerese az uniós átlagnak⁹⁹ Ennek oka a műtétek felfüggesztése és az elérhető kórházi ágyak számának korlátozása. Arról nem is beszélve, hogy a szűrési arányok egyre romlanak, 2019. évi adatok szerint az 50–69 év közötti nők 39,1%-a vett részt emlőrákszűrésen az azt megelőző két évben, míg ez az arány 2021-ben

⁹² https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/elef/egeszsegi_allapot_2019/index.html

⁹³ State of Health in the EU Magyarország Egészségügyi országprofil 2021 6.o.

⁹⁴ <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34557918/>

⁹⁵ <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>

⁹⁶ Kórházi ágyszám- és betegforgalmi kimutatás, 2022.

⁹⁷ Kórházi ágyszám- és betegforgalmi kimutatás, 2023.

⁹⁸ Egészségügyi országprofil i.m. 2021 15.o.

⁹⁹ Egészségügyi országprofil i.m. 2021 16.o.

29,8%-ra csökkent¹⁰⁰ Ez hosszútávon a betegség előrehaladott állapotban való megismeréséhez, és a betegség végzetes kimeneteléhez vezet.

3.2 Erőforráshiány

Mivel az erőforráshiány következtében hosszútávon az intézmények képtelenek biztosítani a szükséges szintű ellátást, ennek feltárása különös fontossággal bír. Dolgozatom során – bár sokszor egymásból eredeztethetőek – külön fogok beszélni a pénzügyi, a technikai és az emberi erőforrások hiányáról.

Pénzügyi források hiánya

A pénzügyi források hiánya minden intézmény számára kihívást jelent. A megfelelő finanszírozás nélkül nem tudják fenntartani és fejleszteni infrastruktúrájukat (technikai erőforrás hiánya), és elegendő szakembert alkalmazni (humán erőforrás hiánya), így tehát elmondható, hogy minden hiányosságnak ez az alapja és ebből eredeztethető. Ez különösen kritikus lehet a palliatív ellátásban, ahol a magas szintű személyes gondoskodás és speciális felszerelések szükségesek.

Országunkban az egészségügyi kiadások növekedést mutattak ugyan 2021-ben az EU-s átlag egészségügyi kiadásaihoz képest, mégis ahhoz viszonyítva, kevesebb mint fele összeget költöttek erre a célra. Az erre szánt közfinanszírozásának aránya, a teljes egészségügyi kiadás 72,5%-ával szintén az EU-átlag – ami 81,1% – alatt van. Ennek alacsony volta miatt a gyógyszerek és az orvosi eszközök, az egészségügyi kiadások 25%-át tették ki, ami sokkal magasabb, a 18%-os EU-átlagnál, ennek ellenére nálunk csak kiadásainak 4%-a lett hosszú távú ellátásokra fordítva, ami viszont drasztikusan alacsonyabb a 16%-os EU átlagnál.¹⁰¹

A műhibaperek konkrét ismertetésére és annak bemutatására, hogyan vezethető le a kapacitáshiány által okozott túlterheltségből, az ellátás színvonalának csökkenése pont alatt fogok kitérni. Ezen perek fennállása a túlterheltségből, és az eszközök hiányából fakad, a hatása azonban jelentős, hiszen a magas kártérítési összegek kiveszik a pénzt a rendszerből. A műhibaperek összegének megállapítása során igaz ugyan, hogy kvázi precedensjog uralkodik, a kompenzáció összege során figyelembe kell venni többek között a ténylegesen felmerülő összes költséget és a munkavégzés hiánya miatti keresetkiesést is. Haláleset során az elhunyt és a hozzátartozó életkorának, rokonai kapcsolatuknak foka a jelentős.¹⁰²Ezen összegek mértéke több milliós, akár milliárdos nagyságrendű. Az intézmények számára a peren kívüli megegyezés a legkedvezőbb kimenetel, hiszen 15 millió forintig – ameddig erre általában lehetőség van – a biztosító fizeti ennek

¹⁰⁰ Egészségügyi országprofil i.m. 2023 13.o.

¹⁰¹ Egészségügyi országprofil i.m. 2023 8.o.

¹⁰² <https://wagnerlaw.hu/living-in-hungary-compensation-for-medical-malpractice/>

nagy részét, nem pedig a kórház. Megjegyzendő, hogy ez ebben az esetben is komoly teher a kórházak számára. Az összegeket szemléltetve, az agykárosodásért kapott kártérítési összeg 120 millió forint, a Down-szindrómáért pedig 80 millió forint volt.¹⁰³

Annak okán, hogy az ügyvéd csak kedvező szakértői vélemény esetén indítja meg a pert, a pernyerési esély igen magas. Mivel itt az ügyvédek tipikusan sikerdíjért dolgoznak, az ügyvédnek csak akkor kel fizetni, ha megnyeri a pert. Ekkor azonban a teljes perköltséget a per végén a vesztes fél, azaz a kórház fizeti.¹⁰⁴ Megállapítható tehát, hogy a kórházaknak jelentős összegeket kell kifizetniük a műhibaperek után járó kártérítésekre, amelyek további terhet rónak az amúgy is szűkös költségvetésű intézményekre. A műhibaperekhez kapcsolódó jogi és kártérítési költségek sok esetben az egészségügyi ellátásra szánt forrásokat csökkentik. Az állami alulfinanszírozás és a műhibaperek miatt kieső vagyon hatásain túl, belső, ellátásbeli gondok is növelik a pénzügyi hiányt. Az elavult infrastruktúra, a modern egészségügyi technológiák hiánya rontja a betegek ellátásának színvonalát, és növeli a költségeket, mivel a régi eszközök fenntartása drágább lehet hosszú távon.

Ki kell emelni, hogy a lélegeztetőgépen tartás mellett az újraélesztés az egyik legköltségesebb ellátás az egészségügyben. Ezt mutatja az is például, hogy 2013-ban az újraélesztés utáni kezelés tételes költsége hazánkban, kezelt esetenként meghaladta a 2,2 millió forintot.¹⁰⁵ Az újraélesztés utáni állapot – ami nyilvánvalóan az újraélesztés szerves része – kezelése intenzív osztályokon történik, melyek költségszerkezetét fix kiadások dominálják. Az újraélesztés körében megjelenő problémát jelenti még az, hogy a képzett újraélesztő személyzet motivációja kiemelkedően fontos az újraélesztés hatékonyságának szempontjából, ami eleve bukásra ítélt kísérletek után jelentősen csorbul. Számos klinikai vizsgálat bizonyította, hogy a rendszeresen sikertelen újraélesztési kísérletek frusztrációt, motivációcsökkenést, stresszt és kiégést okozhatnak a szakemberek körében.¹⁰⁶ Ezek a pszichés terhek azonban nemcsak az egészségügyi dolgozókra gyakorolnak negatív hatást – ami önmagában már elég probléma lenne –, hanem az általuk nyújtott ellátás minőségét is rontják, ami csökkentheti mind az ellátórendszer hatékonyságát.

Ezen információk ismeretében láthatjuk tehát, hogy a korábban említett living will digitalizációjának szükségessége, mint a cselekvőképes személy életvégi döntése, és az életvégi döntések klasszikus esetei erkölcsi okokon túl költséggazdaságossági okokból is megalapozhatók. A fent vázolt költségek – abban az esetben például, amikor akár maga a beteg önrendelkezési jogával élve előzetesen lemond az újraélesztés lehetőségéről – kiadása, azon kívül, hogy jelentős veszteség, figyelmen kívül hagy egy olyan lehetőséget, hogy ezek az összegek átcsoportosítva – a fenti okokból

¹⁰³ <https://vargaorvos.hu/karterites/karteritesi-osszegek>

¹⁰⁴ <https://index.hu/belfold/2024/04/29/orvosi-muhiba-karterites-birosag-serelemdij-korhaz-fertozes-mulasztas>

¹⁰⁵ Élő Gábor: Az újraélesztés újraértelmezése – autonómia és betegbiztonság ÁJT, 2016/4., 99.o.

¹⁰⁶ Élő, 2016. 98. o

eleve pénzügyi hiányban működő – az egészségügyi ellátórendszeren belül osztály- és szakmai igényeket kielégítve felhasználásra kerüljenek.

Technikai erőforrások hiánya

Napjainkban, amikor az egészségügyi ellátás jelentős technikai erőforrásokat igényel, a szolgáltatások hatékonysága nagyban függ az orvosi eszközök minőségétől is. A technikai erőforrásokat illetően, gyakran jelent problémát az orvosi eszközök meghibásodása vagy elérhetetlensége, ami rontja az egészségügyi ellátások minőségét. Ezek sokszor abból fakadnak, hogy a felelős szervezetek nem megfelelően kezelik és tartják karban az orvosi eszközöket, pedig a rendszeres karbantartás növeli ezek, teljesítményét és biztonságát.¹⁰⁷

A technikai erőforrások hiányának három fő aspektusa van: ¹⁰⁸ a betegbiztonság, a hatékonyság és a költségminimalizáció.

A betegbiztonságot szolgálja, hogy a legmodernebb eszközök tervezése során az elsődleges szempont a biztonság. Az eszközök annak okán, hogy megfeleljenek a legmagasabb szintű biztonsági és hatékonysági követelményeknek, szigorú tesztelési folyamatokon mennek keresztül. Ezek eredményét mutatja meg az, hogy a minőségi anyagokból készült sebészeti eszközök minimalizálják a fertőzések és szövődmények kockázatát.¹⁰⁹

Sokan az egészségügyi ellátások hatékonyságának elősegítése alatt azonnal azok gyorsítását értik. Ez önmagában helyes is, hiszen a gyorsaság a hatékonyság részét képezi, de nem lehet eltekinteni annak fontosságáról, hogy a megfelelő ellátás legyen megfelelő időben biztosítva. A minőségi orvosi eszközök azáltal, hogy csökkentik a manuális feladatokra fordított időt és minimalizálják az emberi hibák kockázatát, lehetővé teszik az egészségügyi szolgáltatók számára a hatékonyabb munkavégzést. Az egészségügyi folyamatok technológiai egyszerűsítésére, tökéletes példák mind az automatikus betegmegfigyelő rendszerek, mind az elektronikus egészségügyi nyilvántartások (EHR).¹¹⁰ Magyarországon az EESZT tölti be az elektronikus egészségügyi nyilvántartás szerepét, ahol az eKórtörténet teszi lehetővé az egyes ellátások során keletkező egészségügyi dokumentumok központi tárolását és visszakeresését.¹¹¹ Ennek a fejlesztési szükségességére és egyik lehetséges területére a living will témakörében korábban már kitértem. A

¹⁰⁷ A Systematic Review of Medical Equipment Reliability Assessment in Improving the Quality of Healthcare Services

¹⁰⁸ <https://alphahealth.ae/the-importance-of-quality-medical-equipment-in-healthcare-the-role-of-top-tier-devices-in-patient-care/medical-equipment/>

¹⁰⁹ <https://alphahealth.ae/the-importance-of-quality-medical-equipment-in-healthcare-the-role-of-top-tier-devices-in-patient-care/medical-equipment/>

¹¹⁰ <https://alphahealth.ae/the-importance-of-quality-medical-equipment-in-healthcare-the-role-of-top-tier-devices-in-patient-care/medical-equipment/>

¹¹¹ <https://e-egeszsegugy.gov.hu/e-kortortenet-ehr->

modern orvosi eszközökbe való beruházás tehát képes előidézni a magasabb szintű hatékonyságot. Legyen szó akár csak egy új programról, amely az adminisztrációt segíti, ennek okán ez máris több időt hagy az egészségügyi dolgozóknak más feladatok és teendők elvégzésére.¹¹²

Ami a költségkezelést illeti, igaz, hogy a modern orvosi eszközökbe való befektetés kezdetben költséges, hosszú távon azonban mérhető megtakarításokat eredményez. Az eszközök használatakor, sok esetben azok karbantartása, esetleges cseréje emeli fel a költségeket. Megbízható, ezáltal tartós eszközök esetén, ezek a költségek minimalizálódhatnak. Elavult eszközök használata visszafekvéseket és szövődményeket is eredményezhet, melyek fennállása során egy-egy kezelés duplán terheli meg az ellátórendszert. Így a megbízható eszközök által nyújtott hatékony kezelés ilyen módon is költséget takaríthat meg.¹¹³

Az egészségügyben alkalmazott kijelölő határozatok jelentőségéről az egészségügyben megjelenő gyakorlat vizsgálata során kaphatunk közelebbi képet. A kijelölő határozat magában az egészségügyi ellátás megszervezésében játszik szerepet. Ez vagy akkor válik szükségessé, amikor vagy az adott betegség kezelésére tekintettel különleges igényt kell kielégíteni, vagy amikor az eredeti intézmény nem rendelkezik a szükséges eszközökkel, kapacitással. Ilyen esetben a Nemzeti Népegészségügyi és Gyógyszerészeti Központ Egészségügyi Igazgatási Főosztálya, az adott intézmény területi ellátási kötelezettségébe tartozó településekre vonatkozóan, a megnevezett ellátásokra egy másik intézményt jelöl ki, abban az esetben is amennyiben ez jelentős terhet ró a betegekre. Erre aktuális példa, hogy 2024. január 1-től az Egerben található Heves Vármegyei Markhot Ferenc Oktatókórház és Rendelőintézet helyett a Debreceni Egyetem Klinikai Központja került kijelölésre, hiszen a rendelőintézet a szemészeti szakfeladat ellátásához szükséges készenléti ügyelet ellátását nem tudta vállalni.¹¹⁴ Magyarországon a 2023-as évi kijelölő határozatait összesítve a MOK kimutatta¹¹⁵, hogy a kijelölő határozatok 81%-a az ellátások során fellépő hiány vagy meghibásodás miatti leállás kapcsán készült, mely során az eredeti ellátók helyett más intézmények kerültek kijelölésre. A határozatoknak csupán 19 százaléka volt tervezett átalakítás vagy karbantartás következménye, a maradék 81%-ban tehát ezt pusztán tűzoltásként alkalmazták.¹¹⁶

Konkrét példaként, az Észak-budai Szent János Centrumkórház esetében az indoklás alapján a kijelölésre azért került sor, mert az érintett osztályon fennálló súlyos, akut műszaki hiányosságok

¹¹² <https://medicalpositioning.com/articles/why-you-should-upgrade-your-medical-equipment/>

¹¹³ <https://alphahealth.ae/the-importance-of-quality-medical-equipment-in-healthcare-the-role-of-top-tier-devices-in-patient-care/medical-equipment/>

¹¹⁴ https://www.nnk.gov.hu/attachments/article/446/39985-5_2023_Heves_Varmegyei_Markhot_Ferenc_Oktatokorhaz-Kijeloles.pdf

¹¹⁵ A Magyar Orvosi Kamara elnökségének és munkacsoportjainak helyzetfelmérése és javaslatai 2024. 79. o.

¹¹⁶ A Magyar Orvosi Kamara, 2024, 6.

és higiénés okok miatt azonnali munkálatokba kellett kezdeni, így azok befejezéséig kijelölésre volt szükség.¹¹⁷

Az eszközhiány általánosságban a pénzügyi erőforrások hiányának, azok korlátozott voltának tudható be. Az egészségügyi intézmények adóssága 2023-ban átlagosan havonta 3,7 milliárddal nőtt, ami önmagában rengeteg, 2024-ben azonban ez a szám már elérte a havi 20 milliárdot, március végére pedig ezen tartozások, már a 110 milliárd forintot közelítették.¹¹⁸ Ez pedig természetesen azt jelenti, hogy az orvosieszköz-szállítók és a gyógyszercégek kerülnek a beszállítói lista végére. A Nemzeti Népegészségügyi és Gyógyszerészeti Központ határozatai szerint kórházi osztályok felfüggesztése az esetek 15-20 százalékban az orvosi eszközök hiánya miatt történt.¹¹⁹ Ez tehát azt eredményezi, hogy ezek a tartozások magát a betegellátást is veszélyeztetik. Az Egészségügyi Technológia és Orvostechikai Szállítók Egyesületének (továbbiakban: ETOSZ) igazgatója szerint az adósságok állandó növekedése akár CT vagy MRI gépek leállításához vezet, hiszen nem lesz forrás azok javítására.¹²⁰

Ezek ismeretében biztonsággal állítható tehát, hogy ezen erőforrások hiánya korlátozza az intézmények képességét a pontos diagnózisok felállítására, és az ellátás folyamatosságának fenntartására (kijelölés szükségessége nélkül). Az eszközök nem megfelelő karbantartása pedig növeli az ellátás hibalehetőségeit, ezzel csökkentve a betegbiztonságot.

Emberi erőforrások hiánya

A humán erőforrás hiánya legalább annyira számottevő az ellátórendszer hatékonyságában, mint a pénzügyi hiány. Jelenleg Magyarországon olyan szintű gondot okoz a megfelelő minőségű és mennyiségű szakember hiánya, hogy az már veszélyezteti a biztonságos betegellátást. Vannak olyan szakterületek, ahol a humán erőforrás, még fontosabb is lehet, mint a tárgyi eszköz. Ilyen például a pszichiátria, ahol minimális műszerigény mellett, magasan képzett szakdolgozói csoport szükséges.¹²¹

A szakmai személyzet hiánya nem csak az ápolási idő meghosszabbodásához vezet, hanem jelentős többletköltségeket is okoz. Ezen egységek bérekből származó megtakarításai nem fedezik a túlzottan hosszú ápolási időből fakadó többletkiadásokat.¹²² Az egészségügyi dolgozók hiánya

¹¹⁷https://www.nnk.gov.hu/attachments/article/446/53080_6_2023_Észak-budai_Szent_János_Centrumkórház-Kijelölés.pdf

¹¹⁸ https://nepszava.hu/3231980_korhazak-adossag-magyarorszag-rendezes

¹¹⁹ <https://444.hu/2024/03/21/mar-105-milliarddal-tartoznak-a-korhazak-a-beszallitoknak>

¹²⁰<https://24.hu/belfold/2024/03/21/korhazi-adossag-orvostechikai-eszkozok-osztalyok-leallasa-egeszsegugy>

¹²¹ Somoskövi Csilla: Humán erőforrás menedzsment az egészségügyi ellátó rendszerekben. Kaposvári Egyetem Gazdálkodási- és Szervezéstudományi Doktori Iskola 2019. 37. o.

¹²² Somoskövi, 2019, 24. o.

világszerte jelentős probléma. Az orvosok, ápolók, szociális munkások és más egészségügyi szakemberek hiánya miatt az ellátórendszer nem képes minden beteg számára megfelelő ellátást biztosítani. Az emberi erőforrások szűkössége növeli a dolgozók terhelését, ami kiegészítésként, magas fluktuációhoz és csökkenő munkahatékonysághoz vezethet. Ez tovább rontja az ellátás színvonalát és a betegek életminőségét.

A leggyakoribb problémának a szakorvosok, ápolók hiánya és pótlásuk nehézsége tekinthető. A MOK azt állítja, hogy a magyar egészségügy szétagolt és nem rendelkezik annyi ellátóhelyre elegendő személyzettel, amennyi szükséges annak fenntartásához.¹²³ Magyarországon 1980-2018 között az 1.000 lakosra vetített orvosok átlagos száma 2,3 főről 3,4 főre nőtt. Az 1.000 lakosra vetített kórházi ágyak átlagos száma pedig 2000-2018 között 8,2-ről 7,0-ra csökkent.¹²⁴ Ebből látszik tehát, hogy az orvosok létszáma nem feltétlen önmagában, hanem a szükséges helyek számához képest elégtelen. A növekedés ellenére kiemelendő azonban, hogy az új OECD jelentés alapján nemzetközi összehasonlításban az orvosok számában is az európai mezőny legvégéhez tartozunk. Az eleve fennálló hiányt pedig a szakmák közti elosztás sok területen súlyosbítja. Az orvosokon kívüli szakdolgozók, ápolók száma vésszenen alacsony. Az adatok alapján, mintegy 30 000 szakdolgozó hiányzik úgy, hogy ebben nincs is benne a jövőre nagy veszélyt jelentő torz korfa és az utánpótlás hiánya.¹²⁵

3.3. Korlátozott kapacitás és túlterheltség

Elmondható, hogy a fent végigvezetett humán és technikai erőforrások hiánya korlátozza az ellátórendszer kapacitását és túlterheltséghez vezet. A dolgozók létszámának hiányosságából fakadó túlterheltséget enyhítheti a technikai erőforrások növelése, azonban a pénzügyi hiány miatt ez sem valósul meg a szükséges mértékben. Ha a fennálló igények meghaladják ezeket a kapacitásokat, az ellátórendszer túlterheltté válik. A túlterheltség növeli a várakozási időket, csökkenti az ellátásra fordítható időt, figyelmet, és növeli a hibák kockázatát.

A túlterhelt rendszer többek között hosszú várakozási időket idéz elő. A várólisták lekérdezésénél két kategóriát találhatunk meg, a kötelező vezetésű várólistákat és a kapacitáshiány miatt vezetett várólistákat. Az utóbbikba azok tartoznak, ahol a kapacitáshiány miatt több mint 60 nap a várakozási idő, ez azt jelenti tehát, hogy vannak intézmények, ahol ennél rövidebb, ennek ellenére a teljes képhez a kapacitáshiánnyal küzdő intézmények adatainak figyelembevétele is

¹²³[https://mok.hu/public/media/source/A Magyar Orvosi Kamara elnökségének helyzetfelmérése és javaslatai 2024.pdf](https://mok.hu/public/media/source/A_Magyar_Orvosi_Kamara_elnoksageinek_helyzetfelmerese_es_javaslatai_2024.pdf) 79.o.

¹²⁴ Elmer Diána: Az egészségügyi ágazatban dolgozók bér- és létszámhelyzete Magyarországon

¹²⁵ Magyar Orvosi Kamara helyzetfelmérése i.m. 79.o.

szükséges.¹²⁶ 2024 júliusában a NEAK adatai alapján átható, hogy akkor 30 447 beteg várt valamilyen műtéti beavatkozásra 60 napon túl az állami betegellátásban.¹²⁷

Kötelezően vezetendő, tehát országos átlagot minden intézmény alapján mérő adatok szerint Magyarországon az átlagos tényleges várakozási idő 240 nap egy térdprotézis- és 115 nap egy csípőprotézis műtetre¹²⁸, annak ellenére, hogy ezek szükségessége általában olyan betegeknél áll fent, akik idősek, ez pedig az életminőségüket súlyosan rontja.

A kapacitáshiány miatt vezetett várólisták szükségessége esetén egy ortopédiai műtetre (kis és nagy egybevetve) átlagosan 81 napos várakozási idővel¹²⁹ kell számolnia a betegeknek, akik sok esetben lábra sem tudnak állni. Ki szeretném emelni még a sérvműtéteket illető adatokat, mely alapján a hasfali és lágyéksérvek műtétjére a fent említett módszer alapján szűrt intézményekben 105 napot kell várakozni.¹³⁰ Ideális esetben ez nem okoz panaszokat, azonban minden hasfali sérv magában foglalja a kizáródás lehetőségét, ami már hosszú órák alatt azt eredményezheti, hogy az érintett bélszakasz akár el is halhat, ami életveszélyes állapotot eredményez.¹³¹

Igaz, hogy a betegek elsősorban a hosszú várakozási időket érzékelik a leterheltség következtében, de legalább ilyen lényeges szempont, amivel foglalkozni kell, a túlterheltség okozta fizikai és pszichológiai nyomás a dolgozókon. Ez sok esetben stresszhez, a szorongáshoz és a kiégéshez vezet, ami már a betegek is közvetlen hatással lehet, hiszen az orvosi kiégés hatásaként romolhat a betegek ellátásának minősége, nőhet az orvosi műhibák száma és csökkenhet az orvosok munkahelyi elkötelezettsége, hozzájárulva az egészségügyi eredmények romlásához.¹³² Abban a perioperatív környezetben, ahol a magas színvonalú sebészeti és szakmai tevékenységek közvetlenül befolyásolják a műtéti eredményeket, kiemelten kell foglalkozni ezzel a kérdéssel. Globális szinten évente mintegy 4,2 millió halálesetet jegyeznek fel perioperatív halálozásként.¹³³ Összefüggés látható – és nem elhanyagolható – a kiégés és a betegbiztonság között, mégpedig oly módon, hogy az orvosi kiégés és a magas stresszfaktor az orvosi hibák akár 7-10,6%-ához is hozzájárulhat, ami csökkenti a betegbiztonságot.¹³⁴

Az USA-ban az orvosok fluktuációja – ami legtöbb esetben a díjazás alacsony mértékéből és a munkahelyi stressz hosszútávú fennállásából fakad – által okozott költség a 957 000 dollárt is

¹²⁶ NEAK várólisták hosszának lekérdezése

¹²⁷ https://medicalonline.hu/eu_gazdasag/cikk/itt_vannak_a_friss_varolista_adatok

¹²⁸ https://jogviszony.neak.gov.hu/varolista_pub/varolistak-hosszanak-lekerdezese/?ocsk=012

¹²⁹ https://jogviszony.neak.gov.hu/varolista_pub/varolistak-hosszanak-lekerdezese/?ocsk=012

¹³⁰ https://jogviszony.neak.gov.hu/varolista_pub/varolistak-hosszanak-lekerdezese/?ocsk=012

¹³¹ <https://egeszsegvonal.gov.hu/l-ly/90-lagyekserv.html>

¹³² <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5041038/>

¹³³ [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)33139-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)33139-8/fulltext)

¹³⁴ <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0277953696002274?via=ihub>

elérheti orvosonként, ami főként a toborzási és a bevezetési költségeket tartalmazza.¹³⁵ Ez pedig, mivel a fluktuációs ráta 26% körüli, jelentős pénzügyi terhet ró az egészségügyi rendszerekre. Mivel a kiégés sokszor ahhoz vezet, hogy az orvosok korán visszavonulnak, így ez a problémakör elkerülhetetlenül az egészségügyi kapacitás csökkenését okozza, ami újra növelheti az ott maradó orvosok munkaterhét, és ez azok orvos kiégési kockázatát is növelheti.¹³⁶ Igaz a konkrét adatok nem a magyar számokat mutatják, arra azonban tökéletesen megfelelnek, hogy az ebből akadó generális gondokat szemléltessék.

3.4. Az ellátás színvonalának csökkenése

Az erőforráshiány és a túlterheltség okozta pszichológiai hatások közvetlen következménye az ellátás színvonalának csökkenése. A túlszűfolt intézményekben a betegek kevesebb egyéni figyelmet kapnak, az egészségügyi dolgozók túlterheltté válnak, ez pedig növeli a hibák kockázatát és csökkenti az ellátás hatékonyságát. Az ellátás színvonalának csökkenése megmutatkozhat a korábban említett várakozási időkben és a műhibaperek számának növekedésében is.

A jogi nyelvezetben nem jelenik meg az orvosi műhiba kifejezés. A mulasztást és annak következményeit büntetőjogi és polgári jogi oldalról tudjuk meghatározni. A Büntető Törvénykönyvről szóló 2012. évi C. törvény (továbbiakban: Btk.) 165 §-a foglalkozik, a foglalkozás körében elkövetett veszélyeztetés tényállásával. Amennyiben a tényállás kimerítéséhez szükséges feltételek fennállnak, (például közvetlen veszélyeztetés) az eljárás a kezelőorvos ellen indul.¹³⁷

A polgári jogi felelősséget illetően be kell következnie a jogellenességnek, a kárnak, az okozati összefüggésnek, és vizsgálni kell a felróhatóságot, azaz, hogy úgy járt-e el az egészségügyi szolgáltató, ahogyan az általában elvárható. Ebben az esetben az eljárás tehát az egészségügyi szolgáltató ellen indul.¹³⁸

Magyarországon évente több száz orvosi műhibaper indul, de ez az orvosi műhibák látenciája miatt nem mutat pontos adatot. Ennek legfőbb oka, hogy sokan azért nem tesznek jogi lépéseket, mert az ilyen ügyek bizonyítása rendkívül összetett és költséges lehet. Az állami kórházakban a műhibaperek főként a szülészeti-nőgyógyászati területén jelennek meg, és az esetek közel egynegyedét ez az ágazat teszi ki.¹³⁹ A műhibaperek által nyújtott kockázat miatt az orvosok maguk is védelmi mechanizmusokat alkalmaznak, ami az úgynevezett "defenzív medicina" elterjedéséhez vezethet. Ez

¹³⁵ <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-018-3663-z>

¹³⁶ <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10266854/#R54>

¹³⁷ https://semmelweis.hu/igazsagugy/files/2014/11/orvosi_muhibak.pdf

¹³⁸ https://semmelweis.hu/igazsagugy/files/2014/11/orvosi_muhibak.pdf

¹³⁹ <https://www.jogiforum.hu/cikk/2019/10/08/orvosi-muhibaperek-gondatlan-gyogyitok-es-sulyos-kovetkezmenyek/>

azt jelenti, hogy az orvosok inkább maguk védelmére koncentrálnak és nem a beteg állapotának való gyógyítására.

A WHO 2019. szeptemberi jelentése szerint több millióan szenvednek sérülést minden évben a nem biztonságos egészségügyi ellátás miatt, a műtéti beavatkozások során pedig a páciensek 25%-ánál lépnek fel komplikációk, ami évente egymillió beteg halálát okozza. A szervezet szerint ezen halálozások nagy része megelőzhető lenne.¹⁴⁰

3.5. Elégtelen palliatív ellátás

Az elégtelen palliatív ellátást fentebb arról az oldalról közelítettem meg, hogy annak leterheltsége hogyan terheli tovább az egész ellátórendszert. Ezen túl, ki kell emelni azonban annak egyéni oldalát is, azaz, hogy a betegek oldaláról nézve, az ellátás hiánya következtében sokszor nem történik meg a betegség korai felismerése, így súlyosabb állapotok bekövetkeztéhez vezethet.

4. Összegzés

Megállapítható tehát, hogy az életvégi rendelkezések hazai szabályozásának, az alapvető egyéneket érintő morális kérdéseken túl, társadalmi hatásai is vannak. A kényszerű, akaraton kívüli életben tartás jelentős forrásokat von el az egészségügyi ellátórendszeren belül más területekről. Ez alatt nem csak a pénzügyi, hanem a humán erőforrás hiányát is értjük, ami közvetlenül befolyásolja a betegek kezelésének színvonalát. Az ellátórendszer hatékonyságának növelését elősegítené az életvégi rendelkezések szabályozásának olyan irányú átgondolása, mely figyelembe veszi mind a betegek jogait, azok kívánalmait és az erőforrások igazságosabb elosztását.

Dolgozatom lezárásaként mindenképpen rá szeretnék erősíteni a dolgozat céljára, ami - ahogyan az már a bevezetésben kiemelésre került - az emberi méltóság megtartásának és az önrendelkezési jog erősítésének az ellátórendszerre gyakorolt pozitív hatásának kidomborítása. A betegellátás fő feladata most, és mindig is az élet tisztelete. Ennek értelmében a hatékonyságnövelés nem helyeződhet az élet szentsége fölé, ahogyan ez itt sem történik meg. A vizsgált kérdésben, pusztán a beteg saját életéről való döntésének a joga, annak korlátozásának társadalmi hatásai kerülnek bemutatásra.

¹⁴⁰ <https://szakcikkadatbazis.hu/doc/1601172>

Irodalomjegyzék

Szakirodalom

Alapjogi tanok 1. Szerk. Somody Bernadette, Szabó Máté Dániel, Vissy Beatrix, Dojcsák Dalma 2021.

Alapvető jogok biztosának konferenciakiadványa: “Beteg vagy egészségügy”. A betegjogok helyzete egy átalakuló rendszerben, avagy kinek fontos a beteg? 2012

Asbóth Márton - Fazekas Marianna - Koncz József: Egészségügyi jog és igazgatás. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest 2020

Broeckaert, Bert - Treatment Decisions in Advanced Disease: A Conceptual Framework Indian J Palliat Care 2009 DOI: 10.4103/0973-1075.53509

Busa Csilla - Zeller Judit - Csikós Ágnes: · Életvégi kívánalmakkal és döntésekkel kapcsolatos vélemények és ismeretek a magyar társadalomban. Kharón Thanatológiai Szemle XXII. Évfolyam 2018/3.

Csikos A, Albanese T, Busa C, et al. Hungarian's perspectives on end of life care. J Palliat Med 2008

Elmer Diána: Az egészségügyi ágazatban dolgozók bér-és létszámhelyzete Magyarországon. 2023

Élő Gábor: Az újraélesztés újraértelmezése - autonómia és betegbiztonság. Állam- és Jogtudomány, 2016/4.

Filó Mihály– Buzás Péter: Életvégi döntések és margin of appreciation az Emberi Jogok Európai Bizottságának gyakorlatában. Állam- és Jogtudomány LVII. évfolyam 2016 4. szám.

Hatékony közszolgálat és jó közigazgatás – Nemzetközi és európai dimenziók. Szerk.: Kaiser Tamás 2014

Horváth Orsolya - Rácz Katalin - Kegye Adrienne - Jakus Nikoletta - Hegedűs Katalin: A hospice-palliatív ellátás hatékony integrálása a hazai onkológiai és családorvosi gyakorlatba. 2022 163(38) 1520.

Jingjing Jiang, Peter May: Proportion of deaths in hospital in European countries: trends and associations from panel data (2005-2017) 2021

Kiss János: Az Alkotmánybíróság az élethez való jogról. Jogtudományi Közlöny 1992/4.

Közigazgatási jog általános rész I. Szerk.: Fazekas Marianna ELTE Eötvös Kiadó, Budapest, 2015.

Kussinszky Anikó - Stánicz Péter: Közjegyzői feladatok az életvégi döntések érvényesülése kapcsán. KK, 2021/3.

Kussinszky Anikó– Stánicz Péter: Az életvégi döntések szabályozása - Van-e döntésünk az élet végén? Lehetőségek és kompetenciák a gyakorlat tükrében. In: Filó Mihály (szerk.): Autonómia, életvédelem, jogbiztonság. Az életvégi döntések szabályozása, ELTE Eötvös Kiadó, Budapest 2022, 133-143.o.

L.T. Beauchamp, F. J. Childress (1989): Principles of Biomedical Ethics. Oxford University Press, New York Oxford.

Orosz Éva: Félúton vagy tévúton? Egészségügyünk félmúltja és az egészségpolitika alternatívái. Egészséges Magyarországért Egyesület, Budapest

Polgári Szemle, 14. évf. 4–6. szám, 2018, 95–104., DOI: 10.24307/psz.2018.1208

Jogforrások

Magyarország Alaptörvénye

Magyar Köztársaság Alkotmányáról szóló 1949. évi XX. törvény

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

Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény

Emberi Jogok Egyetemes Nyilatkozata

Európai Unió Alapjogi Charta

Európai Betegjogi Charta

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

Az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet

Alkotmánybírósági határozatok

8/1990. (IV. 23.) AB határozat

23/1990. (X. 31.) AB határozat

64/1991. (XII. 17.) AB határozat
48/1998. (XI. 23.) AB határozat
22/2003. (IV. 28.) AB határozat
43/2005 (XI. 14.) AB határozat
4/2014. (VII. 22.) AB határozat
24/2014. (VII. 22.) AB határozat

EJEB döntések

Haas v Switzerland, no. 31322/07, judgment of 20 January 2011.
Koch v. Germany, no. 497/09, judgment of 19 July 2012.
Mortier v. Belgium, 2022.
McCann és mások v Egyesült Királyság [GC], app. no. 18984/91, 1995.
Osman v Egyesült Királyság, app. no. 87/1997/871/1083, 1998.
Öneryildiz v Törökország [GC], app. no. 48939/99, 2004
Validity Foundation on behalf of T.J. v Hungary, App. no. 31970/20, 2024.
Hollandia kontra Európai Parlament és Tanács [2001] ECR I-7079.
Lambert és mások v Franciaország ügy
Karsai v Hungary ügy

Internetes hivatkozások

<https://telex.hu/belfold/2023/03/29/pecsi-itelotabla-szekszard-apa-fia-nem-akadalyoztak-meg-ongyilkossag-tuladagolas>
<https://egeszsegvonal.gov.hu/ellatorendszer/beutalasi-rend/2128-tajekozott-beleegyezes.html>
<https://u-szeged.hu/efop362-00007/minden-szocikk/eutanazia>
<https://semmelweis.hu/gyogyszertar/files/2019/05/Erhardtné-Gy.-ism-20190506.pdf>
<https://jogkodex.hu/doc/6789627>
<https://pallipedia.org/serious-illness/>
<https://semmelweis.hu/neurologia/files/2013/04/A-f%C3%A1jdalomcsillap%C3%ADt%C3%A1s-etikai-vonatkoz%C3%A1sai.pdf>
<https://www.nia.nih.gov/health/hospice-and-palliative-care/what-are-palliative-care-and-hospice-care>
https://www.neak.gov.hu/felso_menu/lakossagnak/ellatas_magyarorszagon/egeszsegugyi_ellatasok/otthoni_szakapolas_hospice
https://medicalonline.hu/gyogyitas/cikk/az_otthonapolas_helyzeterol_magyarorszagon
<https://hospice.hu/hospice-jelentesek>
https://www.ksh.hu/stadat_files/ege/hu/ege0011.html

https://nedolgozzingyen.hu/wp-content/uploads/2022/08/Hivatalosan-benyújtott-EFOP-Plusz_20220729.pdf

<https://mok.hu/public/media/source/Transzparencia/Allasfoglalasok/Egészséges%20Magyarország%202021–2027%20Egészségügyi%20Ágazati%20Stratégia.pdf>

<https://magyarnarancs.hu/belpol/a-hospice-ellatas-a-magyar-egeszsegugy-mostohagyereke-249354>

https://health.ec.europa.eu/system/files/2021-12/2021_chp_hu_english.pdf

https://health.ec.europa.eu/document/download/e5c2e963-4ddc-421b-8291-32f845460f17_en?filename=2023_chp_hu_hungarian.pdf

<https://wfrtds.org/dutch-euthanasia-review-committees-published-report-on-2022/>

https://www.nnk.gov.hu/attachments/article/52/sajtokozlemeney_EFOP180_%20nyit%C3%B3.pdf

https://semmelweis.hu/gytk/files/2019/12/e%C3%BC_rendszerek_1130.pdf

https://www.neak.gov.hu/felso_menu/szakmai_oldalak/gyogyito_megeleozo_ellatas/tajekoztatok/eg_biztalap_fin_szolg_dij_elsszam

https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/elef/egeszsegi_allapot_2019/index.html

<https://nepszamlalas2022.ksh.hu/adatbazis/#/>

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>

https://www.neak.gov.hu/felso_menu/szakmai_oldalak/publikus_forgalmi_adatok/gyogyito_megelo_zo_forgalmi_adat/fekvobeteg_szakellatas_stat/korhazi_agyszam

<https://wagnerlaw.hu/living-in-hungary-compensation-for-medical-malpractice/>

<https://vargaorvos.hu/karterites/karteritesi-osszege>

<https://index.hu/belfold/2024/04/29/orvosi-muhiba-karterites-birosag-serelemdij-korhaz-fertozes-mulasztas/>

<https://alphahealth.ae/the-importance-of-quality-medical-equipment-in-healthcare-the-role-of-top-tier-devices-in-patient-care/medical-equipment/>

<https://e-egeszsegugy.gov.hu/e-kortortenet-ehr->

<https://medicalpositioning.com/articles/why-you-should-upgrade-your-medical-equipment/>

https://www.nnk.gov.hu/attachments/article/446/39985-5_2023_Heves%20V%C3%A1rmegyei%20Markhot%20Ferenc%20Oktat%C3%B3k%C3%B3rh%C3%A1z-Kijel%C3%B6lt%C3%A9s.pdf

https://www.nnk.gov.hu/attachments/article/446/53080_6_2023_%C3%89szakbudai%20Szent%20J%C3%A1nos%20Centrumk%C3%B3rh%C3%A1z-Kijel%C3%B6lt%C3%A9s.pdf

https://nepszava.hu/3231980_korhazak-adossag-magyarorszag-rendezes

<https://mok.hu/public/media/source/A%20Magyar%20Orvosi%20Kamara%20elno%CC%88kse%C%81ge%CC%81nek%20helyzetfelme%CC%81re%CC%81se%20e%CC%81s%20javaslatai%202024.pdf>

<https://444.hu/2024/03/21/mar-105-milliarddal-tartoznak-a-korhazak-a-beszallitoknak>

<https://24.hu/belfold/2024/03/21/korhazi-adossag-orvostechikai-eszkozok-osztalyok-leallasa-egeszsegugy/>

https://medicalonline.hu/eu_gazdasag/cikk/itt_vannak_a_friss_varolista_adatok

https://jogviszony.neak.gov.hu/varolista_pub/varolistak-hosszanak-lekerdezese/

<https://egeszsegvonal.gov.hu/l-ly/90-lagyekserv.html>

https://semmelweis.hu/igazsagugy/files/2014/11/orvosi_muhibak.pdf

<https://www.jogiforum.hu/cikk/2019/10/08/orvosi-muhibaperek-gondatlan-gyogytok-es-sulyos-kovetkezmenyek/>