

VISSY BEATRIX*

MÉLTATLAN FIGYELEM A MÉLTÓ HALÁL KÉRDÉSÉNEK – SZÉLJEGYZETEK AZ ALKOTMÁNYBÍRÓSÁG MÁSODIK EUTANÁZIAHATÁROZATÁHOZ

2012-ben újra felnyílt az eutanázia-akta az Alkotmánybíróságon. Ezúttal nem a méltó halál ügye mellett elkötelezett jogászok, hanem egy elszánt orvos panaszindítványára. Az így született, jelen tanulmány tárgyát képező 24/2014. (VII. 22.) AB határozat vegyes benyomásokat kelt. A döntés egyszerűsítette a gyógyíthatatlan beteg döntésképtelené válásával hatályosuló, ún. élő végrendelet készítésének feltételrendszerét. Ez fontos, a betegek kiszolgáltatottságát valamelyest mérséklő korrekció. Elmaradt viszont ugyanaz az eutanázia alapesetét illetően, amely a klinikai példák túlnyomó többségét érinti: az Alkotmánybíróság vissza-, illetve elutasította az indítványt minden olyan vonatkozásban, amely az élő végrendelettel nem rendelkező betegek vonatkozásában kérte a kezelés-visszautasítás jogszabályi feltételeinek felülvizsgálatát. A döntés így – amellet, hogy súlyos ellentmondásokkal terhelt szabályozáshoz vezetett – érdemben aligha járulhat hozzá ahhoz, hogy a betegek önrendelkezési joga a jövőben valóságos jogként érvényesüljön. Pedig a második eutanáziahatározat reménykeltő dogmatikai fordulatot hozott az Alkotmánybíróság első döntéséhez képest. A 2014-es határozat ugyanis egyértelműen elutasítja azt a paternalista megközelítést, amely az emberi élet abszolútizált értékére tekintettel tartja igazolhatónak azoknak a törvényi korlátoknak az alkotmányosságát, amelyek az életvégi döntések érvényesülésének útjában állnak.

Másfél éve annak, hogy az alkotmánybírák újra döntöttek az eutanázia kérdéskörében. Az alkotmányjogi panasz alapján született 24/2014. (VII. 22.) AB határozat kézzelfogható eredményre vezetett: ma már sem elmeorvosi szakvélemény beszerzésére, sem nyilatkozata kétévenkénti megújítására nincs szüksége annak, aki – számolva a döntésképtelen állapot későbbi bekövetkezésének eshetőségével – ún. „élő végrendelet” útján előre rendelkezni kíván az életének megmentésére, fenntartására irányuló orvosi kezelések visszautasításáról. Az Alkotmánybíróság érvelése szerint a fent írt két törvényi feltétel indokolatlanul állta útját az egyéni autonómia érvényesülésének, ezért azokat alkotmányellenesnek nyilvánította és megsemmisítette. Ez a fontos és pozitív közjogi mozzanat bejárta a sajtót, és magától értetődően beépült a jogászok törzsanyagába is. A jogtudomány ugyanakkor visszhang

* Egyetemi tanársegéd, Eötvös Loránd Tudományegyetem Állam- és Jogtudományi Kar, 1053 Budapest, Egyetem tér 1-3.
E-mail: vissy.beatrix@ajk.elte.hu.

nélkül hagyta az eutanáziakérdés alkotmányjogi fejleményeit; az AB döntésének, legalábbis ismereteim szerint, eleddig nincs nyoma a szakirodalomban. Az életvégi döntésekre vonatkozó jogi szabályozás alkotmányossági szempontú értékeléséhez ugyanakkor elengedhetetlen törleszteniünk ebből az adósságból. Kivált, hogy kritikus reflexió hiányában nemcsak az eutanáziaügy aktuális státuszáról, de az AB helyállásáról is hamisan pozitív kép alakulhat ki.

1. ALKOTMÁNYOS ELŐZMÉNYEK

A magyar alkotmánybíráskodás idővonalán végigtekintve megállapítható, hogy – a halálbüntetés esetét leszámítva – az AB sosem mutatkozott igazán tettere késznek, ha élet és halál határeseiteiben kérték állásfoglalását. Az értékítéletet követelő, érdemi döntés elől először az abortuszkérdésben hátrált ki a testület, azzal a felmutatott indokkal, hogy a magzat jogalanyiségának kérdése az Alkotmány értelmezésével nem dönthető el,¹ így arra nem neki, hanem a törvényhozónak kell felelnie.² Röviddel ezután szembesült a testület a „méltó halál” jogának társadalmat megosztó, súlyos alkotmányjogi dilemmájával.

Az 1993-ban benyújtott indítvány, mely az eutanázia valamennyi formájának liberalizálását célba vette, mostoha sorsra jutott. Az alkotmánybírák ugyanis ebben az ügyben már a formálisabb döntést sem vállalták fel;³ helyette tétlen hallgatásba burkolóztak, tudatosan kivárva a törvényhozó lépését. Erről egy 1997-ben adott interjú során vallott nyíltan a testület akkori elnöke:

„Az előttünk lévő indítvány alapján nekünk teljes komplexitásában kellene választ adnunk az eutanázia kérdéseire. Szinte azt várják tőlünk, hogy *modelltörvényt* adjunk, amit később a parlament – a döntésünkre hivatkozva – lelkiismereti aggályok nélkül meghozhat. Ez most túl nagy feladat. Járhatóbb lenne a dolog, ha részkérdések lennének előttünk. [...] Könnyen lehet, hogy a most készülő egészségügyi törvény nagyon hamar elének kerül. Abban az esetben számos betegjogi kérdésre kellene válaszolnunk, és így lassan, lépcsőzetesen fölépíthetnénk ebben is az alkotmányos rendszert.”⁴

¹ 64/1991. (XII. 17.) AB hat., ABH 1991, 307.

² Györfi Tamás meggyőző érveléssel mutat rá dolgozatában, hogy az érdemi döntés elutasítása az Alkotmánybíróság részéről – legalábbis az abortuszhatározatban előadott, elvi indokok alapján – miért nem igazolható. Lásd GYÖRFI Tamás: *Az alkotmánybíráskodás politikai karaktere. Értekezés a magyar Alkotmánybíróság első tíz évéről* (Budapest: Indok 2001) 50–53.

³ „Formálisabb” alatt itt olyan döntést értek, amellyel az Alkotmánybíróság a törvényalkotó mozgásterének csak távoli, legszélső határvonalait húzta volna meg, vagyis abból kevés konkrétum következett volna az eutanázia törvényes tartományára vonatkozóan. Erre az 1993-as indítvány álláspontom szerint megfelelő alappal szolgált.

⁴ „A »nehéz eseteknél« a bíró erkölcsi felfogása jut szerephez. Sólyom Lászlóval, az Alkotmánybíróság elnökével Tóth Gábor Attila beszélget” *Fundamentum* 1997/1. 39–40. Kiemelés az eredeti szövegben.

A forgatókönyv végül az AB spekulációja szerint alakult. Hosszas várakozás után, 1997-ben a törvényhozó végre megalkotta az új egészségügyi törvényt, amely a nyugati értékrend szellemében már nem az orvosi paternalizmust, hanem a betegek jogait helyezte előtérbe. Az új törvényben a betegek jogai alanyi jogosultságokként nyertek megfogalmazást, melynek velejárója, hogy az egészségügyi beavatkozásra vonatkozó döntések főszabály szerint már nem a betegek autonómiáját figyelmen kívül hagyó, kizárólagos orvosi judícium, hanem a betegek döntését is igénylő orvosi javallat alapján születnek. Ez a fordulat nagy horderejű szemléletváltást hozott. Ebben a szellemiségben nyúlt a jogalkotó az eutanázia kérdéséhez is, és nyitott utat – ha csak szűk körben is – az eutanázia önkéntes, passzív formájának.⁵

A törvényalkotó eutanáziakoncepciója a következőképpen vázolható. 1. Az egészségügyi önrendelkezési jog mindenfajta orvosi beavatkozás visszautasítására kiterjed, köztük az életmentő, életfenntartó kezelésekre is. 2. Mivel az önrendelkezési szabadság feltételezi az önrendelkezési képességet, az életmentő, életfenntartó kezelése visszautasítására csak teljes és megkérdőjelezhetetlen döntésképesség birtokában kerülhet sor. 3. Tekintettel arra, hogy a kezelés megszüntetésére vonatkozó döntés alapja a beteg önrendelkezési joga, az mindig csak a beteg saját elhatározásán alapulhat. 4. Ezzel összefüggésben a jognak garanciális jellegű eljárási szabályokkal elő kell segítenie, hogy az eutanázia kellően megfontolt, szabad, befolyásmentes döntés eredménye legyen. 5. Mivel még a passzív eutanázia liberalizálása is „jelentős kockázatokat rejt az élethez való jog védelmét illetően”,⁶ az csak rendkívül szűk körben, a terminális állapotba került,⁷ vagyis a halál közvetlen közelében álló, menthetetlen betegek számára nyílhat meg. 6. A gyógyíthatatlan, elviselhetetlen kínok közt szenvedő beteget is tilos azonban aktívan halálba segíteni, akkor is, ha az akaratából, kérésére történe. 7. E koncepció érvényesülését a jogrendszerben szigorú garanciáknak kell öveznie.

Ezek a törvényes keretek végül alkotmányos keretkékké váltak, miután a jogrendszer eutanáziára vonatkoztatható normáinak érvényességét az AB maradéktalanul jóváhagyta. A közel sem egyhangú⁸ 22/2003. (IV. 28.) AB határozatban (a továbbiakban: első eutanáziahatározat) a testület úgy találta, hogy a törvénybe iktatott – azóta egyébként változatlan formában fennálló – korlátok egytől egyig igazolhatóak az alapjog-korlátozás alkotmányossági vizsgálatára irányadó szükségességi

⁵ Jelen tanulmányban az eutanázia-fogalmakat klasszikus tipológiájuk (önkéntes-nem önkéntes, aktív-passzív) szerint használom. Mivel nincs egyetértés e fogalmak pontos jelentésében, szükséges jeleznem, hogy azokat Bihari Mihály tipizálási rendszerét követve használom, mely a 22/2003. (IV. 28.) AB hat.-hoz, ABH 2003, 303. csatolt különvéleményében szerepel. Vö. Fülő Mihály: *Az eutanázia a büntetőjogi gondolkodásban* (Budapest: ELTE Eötvös 2009) 37–43.

⁶ A 22/2003. (IV. 28.) AB hat. alapjául szolgáló eljárásban az AB kikérte az egészségügyi miniszter véleményét – az idézett mondatrészt a vélemény AB által megfogalmazott tartalmából származik (ABH 2003, 270.).

⁷ A „terminális állapot” orvosszakmai fogalmát nem határozza meg az egészségügyi törvény. A fogalmat ebben a tanulmányban a törvény 20. § (3) bek.-ében meghatározott állapottal azonosítható, ez azonban orvosszakmai szempontból vitatható lehet.

⁸ A határozathoz Bihari Mihály, Erdei Árpád, Holló András és Kukorelli István alkotmánybírák csatoltak különvéleményt. A szavazás eredménye egyebekben nem ismert.

és arányossági mérce szerint. Nem jelentett kivételt ezalól az önkéntes passzív eutanázia gyakorlását korlátozó, szigorú és rendkívül körülményes feltételrendszer sem.

2. A PANASZINDÍTVÁNY ÉS MOTÍVUMA

A „méltó halál” ügyét újra mozgásba lendítő indítvány alapján az Alkotmánybíróságnak nagyjából azon a ponton kellett felütnie az eutanázia-aktát, ahol azt 2003-ban becsukta. A panaszos nem kérte ugyanis, hogy a bíróság vizsgálja felül korábban megvallott nézeteit az eutanázia jelenleg tilalmazott, nem önkéntes formáinak alkotmányos megítéléséről. Nem kezdeményezte azt sem, hogy a bíróság vegye újból arányossági vizsgálat alá az önkéntes eutanázia aktív formájának törvényi tilalmát. Az indítványozó elfogadta, de legalábbis nem kifogásolta az eutanázia alkotmányos kereteit kirajzoló, az AB által korábban jóváhagyott koncepciót. Az alkotmányjogi panasz kizárólag a törvényhozó által liberalizált önkéntes passzív eutanázia törvényes tartományát, az orvosi beavatkozások visszautasításának feltételrendszerét érintette. Visszalapozni tehát csakis ebben a kérdésben kellett a testületnek.

Ambícióját tekintve a panaszos senki szemében nem tűnhet nagyravágyónak. Az indítvány jól azonosítható, legfőbb célkitűzése szerint azt kívánta elérni, hogy az élet befejezésére vonatkozó döntés szabadsága végre valóságos jogként nyerjen elismerést. Ezzel összefüggésben viszont az indítványozó számos ponton, indokait mintegy 40 oldalban kifejtve, szerteágazóan támadta az ellátás visszautasításának feltételrendszerét tartalmazó szabályozást, nevezetesen *az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. tv.* (a továbbiakban: egészségügyi törvény vagy Eütv.), valamint *az egyes egészségügyi ellátások visszautasításának részletes szabályairól szóló 117/1998. (VI. 16.) Korm. rendelet* (a továbbiakban: Kr. vagy kormányrendelet) normáit.

A panaszos meglátása szerint a jog, noha elvileg elismeri, a gyakorlatban nem hagyja ténylegesen érvényesülni az egyének döntési szabadságát, amelynek következtében a már menthetetlen betegek gyógykezelése akaratuk ellenére meghosszabbodik. Az indítványban előadottak értelmében tehát a halállal szembenező betegek azon joga, hogy az életük megmentéséért, meghosszabbításáért tett erőfeszítésekről lemondjanak, csak papíron létezik. A törvény ellentmondásaiból, hiányosságaiból fakadó bizonytalanságok, nem kevésbé a normákba foglalt elvárások „betegágy melletti lehetetlensége” folytán ugyanis az önkéntes passzív eutanázia a valóságban kivitelezhetetlen. Mindez pedig összeegyeztethetetlen azzal a követelménnyel, amit az AB az első eutanáziahatározatában lefektetett; egyebek mellett így:

„[A] gyógyíthatatlan beteg arra vonatkozó elhatározása, hogy életét [...] nem kívánja végigélni, ezért visszautasítja az életben tartásához feltétlenül szükséges orvosi beavatkozást, önrendelkezési jogának része, melynek gyakorlását törvény más

alapjog védelméhez elkerülhetetlenül szükséges mértékben korlátozhatja ugyan, de *nem vonhatja el.*⁹

2.1. A PANASZOS: „HALLGATTASSÉK MEG A GYAKORLÓ ORVOS IS”¹⁰

Ezen a ponton kell, hogy kitérjek az indítvány gazdjára. A fent írt diszkrepanciát ugyanis, ami tehát az életben tartó kezelés visszautasításának elvi szabadsága és e jogosultság tényleges érvényesülése között mutatkozik, nem pusztán az indítványban felhozott jogi és orvosszakmai érvelés meggyőző ereje támasztja alá hitelt érdemlően, de a panaszos személye is.

A szóban forgó indítványt ugyanis ezúttal nem egy jogáspáros jegyzi, mint az első eutanáziahatározat esetében,¹¹ hanem egy orvos: Vadász Gábor sebész és aneszteziológus szakorvos, nyugalmazott főorvos. Egy „bennfentes” tehát, aki munkája során rendszeresen szembesült azzal, hogy a gyakorlatban éppen azok a jogi garanciák üresítik ki a haldokló betegek önrendelkezési szabadságát, amelyek azt elvben biztosítani hivatottak.

Az indítványban és a nyilvánosság előtti nyilatkozataiban vallottak szerint Vadász Gábor a betegek, a kollégák és általában véve az orvosi hivatás iránti felelősségérzete miatt érezte úgy, hogy nem maradhat tovább tétlen. A törvényi és rendeleti szabályozás megváltoztatására irányuló javaslataival először a jogalkotóhoz fordult, de próbálkozásai zátonyra futottak, minden fórumon politikai ellenállásba, nemtörődömségbe ütközött. Ezért határozta el, hogy magányos harcosként az AB-hoz fordul. Elkötelezettségét jól mutatja, hogy a cél érdekében nem volt rest elmélyedni azokban az alapjog-dogmatikai és alkotmány-eljárásjogi kérdésekben, amelyeket az AB-nak írt beadványok, különösen az alkotmányjogi panasz érdemi elbírálása és eredményessége feltételez. (Ezen a ponton csak zárójelben, de fontosnak tartom megjegyezni, hogy bár a panaszban több – az AB dolgát megkönnyítő – hiba és következetlenség azonosítható, az abban foglalt érvelés alapján egyáltalán nem feltűnő az indítványozó szakértelmének hiánya. Az AB-nak címzett, általam ismert indítványoktól elsősorban személyes, irodalmi hangvétele különbözteti meg, nem pedig amatőr jellege.)¹²

Alkotmányjogi panaszeljáráásban az indítványozó kiléte egy bizonyos fokig mindig relevanciával bír, hiszen az érdemi eljárás lefolytatása megköveteli az áldozat-

⁹ 22/2003. (IV. 28.) AB hat., ABH 2003, 262. – kiemelés tőlem [V. B.]. Az idézet nem szerepel az indítványban, azt magam hívom fel az abban foglaltak alátámasztására.

¹⁰ A frázis e módozatát az indítvány szövegéből kölcsönöztem.

¹¹ Az első határozathoz vezető indítvány Takács Albert főiskolai tanár és Kmetty Ildikó ügyvéd nevéhez fűződik.

¹² Nincs tudomásom arról, hogy a panaszos vett-e igénybe jogi segítséget az indítvány megírásához. A panasz ügyvédi ellenjegyzése ugyanakkor – az indítványozó egy sajtónyilatkozata alapján – formális asszisztálásnak, nem pedig érdemi közreműködésnek tűnik. (A panasz benyújtásának időpontjában az alkotmányjogi panaszeljáráásban még kötelező volt a jogi képviselő.) Lásd „»Inkább a halál«. Dr. Vadász Gábor nyugalmazott aneszteziológus és sebész a passzív eutanáziáról” *Magyar Narancs* 2013/17., magyarnarancs.hu/lelek/inkabb-a-halal-84482.

ti státuszt, vagyis azt, hogy az indítványozó „érintettje” legyen a panaszban állított alapjogsérelemnek. (Az érintettség bonyolult kérdésére alább még visszatérek.) Jelen ügyben viszont a panaszos kiléte – a panasz tárgyára figyelemmel – többletjelentéssel bír, sajátos horderőt kölcsönöz az indítványban foglaltaknak.

Az indítványozó ugyanis olyan orvosszakmai ismeretek és egészségügyi tapasztalatok birtokában van, amellyel az AB nem rendelkezik, maga nem is rendelkezhet, de amelyek az indítvány helyes elbírálásához alighanem nélkülözhetetlenek. Az eutanázia törvényben meghatározott keretek között történő kivitelezhetőségének kérdése ugyanis nem köztudomású tények alapján dől el. Ez egyrészt orvosszakmai, másrészt egészségügyi igazgatási kérdés, amelyre a praktizáló orvosokkal szemben az AB – szakértő bevonása, illetve empirikus kutatás hiányában – nem bír kellő rálátással. (Orvosszakmai kérdés például az, hogy mi számít életmentő és életfenntartó beavatkozásnak, mi a különbség a két fogalom között, és egészségügyi igazgatási kérdés például az, hogy elérhető-e egyáltalán, és ha igen, akkor miként, hogy valamennyi kórházban, a nap 24 órájában rendelkezésre álljon egy pszichiáter szakorvos, akinek a hatályos szabályozás szerint az volna a feladata, hogy állást foglaljon az eutanáziát kérő, haldokló beteg beszámíthatóságáról.) Az alkotmánybírák nem betegágyak mellett dolgoznak, és orvosi diplomájuk sincs (ez utóbbi elvben nem kizárt, de a mostani összetételről biztosan elmondható). Ennek az ügynek az eldöntéséhez ezért kevés az a kollektív jogi bölcsesség, amelyet az alkotmánybírók képéhez általában hozzákapcsolunk.

Meggyőződésem, hogy az eutanázia ügyének profitálnia kellett volna abból, hogy az AB asztalára olyan indítvány került, amely képes volt felszínre hozni és a gyakorlatból merített, klinikai példákkal láthatóvá tenni az alkotmánybírói szemmel alapesetben láthatatlant: azt, ahogyan az egészségügyi törvény betűje életre kel; illetve, jelen esetben éppen azt, ahogyan nem kel életre. Nem így történt.

2.2. A TÁMADOTT NORMÁK

A panaszos érvelését az AB döntésével egybefűzve mutatom be e tanulmány 5. pontjában; itt előjáróban csak nagyvonalakban azonosítom az indítvány főbb tartalmi elemeit a szabályozás és az indítvány viszonyának könnyebb átláthatósága érdekében. Itt kell leszögezni, hogy tanulmányom nem törekszik teljességre: csak az alkotmánybírói döntés általam leginkább fontosnak és/vagy problematikusnak vélt elemeire térek ki; ezzel összhangban az indítványt sem a maga egészében mutatom be.

A panaszos az emberi méltósághoz való jog különböző aspektusaira (önrendelkezési szabadság, jogegyenlőség, általános cselekvési autonómia) hivatkozással támadta az önkéntes passzív eutanázia útjába állított egyes anyagi jogi és eljárási korlátokat. Ennek keretében a panasz az életmentő, illetve életfenntartó beavatkozások visszautasításának mindkét törvényben elismert változatát érintette.

Az Eütv. egyrészt a halál szoros közelségébe kerülő, gyógyíthatatlan, de még döntésképes betegek számára nyitja meg az ellátás visszautasításának lehetőségét,

feltéve, hogy annak valamennyi jogszabályi feltétele teljesül [20-21. §]. Ez tekinthető a passzív eutanázia alapesetének. Az eutanázia eme verziója vonatkozásában az indítványozó mindenekelőtt a beteg akaratának törvény szerinti végrehajthatóságát vizsgáló, háromtagú orvosi bizottság intézményét kérte alkotmányossági vizsgálat alá venni, figyelemmel a pszichiáter és a kezelőorvos viszonyára, valamint az aktuálisan rendelkezésre álló pszichiáter szakorvosok állományára. Közvetetten¹³ támadta az indítványozó a háromnapos kötelező várakozási időt is, mert az a sürgős esetekben kivitelezhetetlenné teszi az ellátás visszautasítására irányuló akaratnyilatkozat figyelembevételét. Alapjogsértőnek minősítette az indítványozó a kezelőorvosok arra irányuló kötelezettségét is, hogy megkíséreljék betegeiket lebeszélni az ellátás visszautasításához való jog gyakorlásáról.¹⁴ Végezetül kifogásolta a panaszos, hogy a 18 év alatti, „fiatal felnőtteket” a törvény, pusztán életkoruknál fogva, az eseti mérlegelés teljes kizárásával, ab ovo kirekeszti az életben tartó ellátás visszautasítására jogosultak köréből. Ugyanígy aggályosnak vélte, hogy a törvény rendőri intézkedés bevonásával engedi kikényszeríteni az orvosi beavatkozások elvégzését, ha annak visszautasítására nincs joghatályos nyilatkozat.

A passzív eutanázia lehet „élő végrendelet” következménye is (22. §). Ennek a jogintézménynek – tartalma alapján – két lehetséges típusa különböztethető meg. Az egyik esetben, amelyről az Eütv. 22. § (1) bekezdése szól, az érintett végakaratában arról rendelkezik, hogy cselekvőképtelensége esetére mely vizsgálatokat, beavatkozásokat, köztük életmentő, életfenntartó beavatkozásokat nem kíván igénybe venni. A másik típus szerinti esetben, amelyről a 22. § (2) bekezdése szól, az érintett helyettes döntéshozót nevezhet meg, vagyis egy olyan döntésképes személyt, aki az ellátás visszautasításának jogát helyette gyakorolhatja, amennyiben ő cselekvőképtelenné válna. A kétféle nyilatkozat érvényességét a törvény azonos feltételekhez kötötte [Eütv. 22. § (3) bekezdés], amelyek közül a panaszos szintén valamennyit célba vette: a megkövetelt közokirati formát, az elvárt pszichiáter szakorvosi véleményt, valamint a nyilatkozat rendszeres, kétévenkénti megújítási kötelezettségét. Aggályosnak vélte az indítványozó azt is, hogy az élő végrendeleteknek nincs központi, a kórházak által hozzáférhető nyilvántartása, így megtételük sok esetben látens marad.

3. KRITIKÁM SZEMPONTRENDSZERE

Mind tudjuk, hogy a morális értékítéletet követelő „nehéz esetek” komoly kihívás elé állítják az alkotmányt végső soron értelmező felsőbíróságokat.¹⁵ Döntési helyzetük nehézségét persze nem önmagában az eljárás tárgyát képező ügy jogi megítélésének erkölcsi súlya adja, hanem a döntéshez megválaszolandó elvi kérdések

¹³ Lásd a 15. lj.-et.

¹⁴ Kr. 9. § (1) bek.

¹⁵ Premisszaként kezelem, ezért nem kívánom igazolni azt, hogy a(z alkotmány)bíráskodási funkció szükségszerűen magában foglalja nehéz esetek eldöntését, vagyis az AB küldetése teljesítését tagadná meg, ha – általánosságban véve – tartózkodna az ilyen esetek eldöntésétől.

alkotmányos alulszabályozottsága.¹⁶ Az, hogy az alaptörvény szűkszavú és egy másnak feszülő rendelkezései nem adnak egyértelmű eligazítást arra vonatkozóan, hogy egy adott alapjog pontosan mit tilt, enged vagy éppen ír elő a törvényhozás számára.¹⁷ A jogalkalmazó számára rendelkezésre álló normák bizonytalan jelentését ilyenkor csak az írott jog mögött húzódó igazoló elvek azonosításával és össze-mérésével lehet konkretizálni. Ez magától értetődően jóval kiszámíthatatlanabb kimenetelű értelmezést vár el a bíróságtól, mint a szabályalkalmazással eldönthető, „egyszerű” esetek. Ez az értelmezési bizonytalanság, figyelemmel a meghozandó döntés társadalmi jelentőségére és kihatására, nyomasztó erkölcsi és politikai terhet tesz az alkotmányos ügyekben döntő bíróság vállára.

Az önkéntes passzív eutanáziára vonatkozó hazai szabályozás alkotmányosságának kérdése is ilyen nehéz eset (az AB szóhasználatában: „határeset”¹⁸). Annak ellenére az, hogy az egészségügyi törvény rendelkezéseit – az élő végrendelet esetét ide nem értve – az AB egy évtizeddel ezelőtt már arányossági mérlegelés alá vette. Abból a döntéséből ugyanis nem következik, nem következhetett, hogy az arányosság mérlegének nyelve 2014-ben ugyanarra billen. Az életvégi döntéseket korlátozó normák alkotmányosságát determináló határvonalak sokkal hajlékonyabbak annál, minthogy ezt a tesztet az AB tíz év elteltével megkerülhette volna.¹⁹ Miként arra az első eutanáziahatározat rámutatott:

„Az AB álláspontja 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.”²⁰

Nincs azonban könnyű dolga annak a kívülállónak sem, aki a nehéz esetben született döntés bírálatára vállalkozik. Az ő feladata az, hogy önkényességi (ésszerűségi) teszt alá vegye a döntés eredményét, vagyis megvizsgálja, hogy a döntésből megismerhető indokok alapján a bíróság racionálisan érvelt-e saját álláspontja mellett. Ez számos jogi és jogon túli kritérium együttes figyelembevételét feltételezi: megfelel-e a döntés az alkotmányos és morális elveknek, nem kerül-e a testület

¹⁶ E kifejezést („alulszabályozottság”) nem mennyiségi, hanem minőségi kritériumként kell értelmezni, vagyis nem a kevés normára, hanem a konkluzív (ügydöntő) norma hiányára utal, amelynek következtében a döntés „aluldeterminált” a jogszabályszöveg által. Lásd GYÖRFI (2. lj.) 38.

¹⁷ Robert Alexy szerint az alkotmány háromféle módon irányítja az alapjogokat érintő közhatalmi döntéseket: egyeseket *tilt* (ügymint a szabadságjogok megsértését), egyeseket *előír* (ügymint az intézményvédelmi kötelezettséget), míg minden mást szabályozatlanul hagy, s ezzel szabaddá tesz. Robert ALEXY: „Verfassungsrecht und einfaches Recht” in *Veröffentlichungen der Vereinigung der Deutschen Staatsrechtslehrer* (Berlin: Walter de Gruyter 2002) 14–15.

¹⁸ 21/1996. (V. 17.) AB hat., ABH 1996, 74, 80.

¹⁹ Ezt hallgatólagosan a jelen tanulmány tárgyát képező döntésben is elismerte, ti. az indítvány befogadhatósága feltételeinek vizsgálatakor az „ítélt dolog” mint eljárási korlát kérdése fel sem merült (a határozat legalábbis semmilyen ezzel összefüggő észrevételt nem tartalmaz).

²⁰ 22/2003. (IV. 28.) AB hat., ABH 2003, 265.

megmagyarázhatatlan ellentmondásba önmagával (akár a döntésén belül, akár korábbi gyakorlatát tekintve), kellően körültekintő-e, kellő figyelemmel van-e a realitásokra, döntése társadalmi, politikai és gazdasági meghatározottságára stb.

Az alábbiakban e kritériumok szem előtt tartásával törekszem a döntést kritika alá venni, rámutatva erős és gyenge pontjaira. Utóbbiak vonatkozásában különös figyelmet fordítok arra, hogy a testület hol spórolja meg azt az intellektuális erőfeszítést, amit a nehéz esetek érdemi eldöntése feltételez.

4. A BEFOGADHATÓSÁGI VIZSGÁLAT

Mivel az alkotmányjogi panasz érdemi elbírálásához bizonyos eljárási akadályok leküzdésén keresztül vezet az út, először ezt a kérdéskört vizsgálom.

Vadász Gábor már 2011-ben az AB elé vitte az ügyet, indítványozva a testület akkor még *actio popularis* alapon kezdeményezhető utólagos normakontroll eljárását. Az ismert okok miatt azonban 2012-ben arra kényszerült, hogy indítványát, immáron alkotmányjogi panasz formájában, ismételten előterjessze.²¹ Ahhoz, hogy az indítvány ebben az eljárási keretben is befogadásra találjon, mindenekelőtt érintettségét és a rendelkezésre álló jogorvoslat hiányát kellett igazolnia.

Az egészségügyi törvény értelmében életmentő és életfenntartó beavatkozást csak terminális állapotú²² betegek jogosultak visszautasítani. Egész pontosan azok, akik az orvostudomány mindenkori álláspontja szerint olyan gyógyíthatatlan betegségben szenvednek, amely megfelelő kezelés mellett is rövid időn belül halálhoz vezet.²³ Az indítványozó ugyanakkor nem a halálos ágyából kérte az AB eljárását, tehát az indítvány benyújtásakor nem volt éppen abban a helyzetben, hogy az életmentő, illetve életfenntartó kezelés visszautasítására vonatkozó szabályok alapján eutanáziáért folyamodhasson. Ebből kifolyólag pedig nem volt magától értetődő az sem, hogy ő tényleges érintettje az indítványban állított – az egészségügyi törvény támadott rendelkezéseinek alaptörvény-ellenességéből származtatott – alapjogsérelemnek.

Az indítványozó, dióhéjban összefoglalva, azzal érvelt, hogy idős és beteg emberként személyét, emberi méltóságához való jogát tekintve közvetlenül fenyegetőnek érzi azt a gyakorlatot, hogy az orvoskar – a szabályozás hibáiból kifolyólag – nem veszi figyelembe a betegeknek a kezelés visszautasítására vonatkozó akaratnyilvánítását.²⁴

²¹ Az Abtv. értelmében az *actio popularis* alapján indult, és 2011. december 31-ig le nem zárult eljárások a törvény erejénél fogva megszűntek. Csak azoknak a civil indítványoknak volt maradásuk a testület előtt, amelyek a 2012. január 1-jén hatályba lépett *Alaptörvény* és az Abtv. alapján alkotmányjogi panaszként is betervezhetők voltak.

²² Lásd a 7. lj.-et.

²³ Eütv. 20. § (3) bek.

²⁴ Ennek a veszélynek a realitását az indítványozó az orvosi gyakorlatot bemutató és elemző szakirodalmi hivatkozással is megtámogatta. ZUBEK László [et. al.]: „A kezeléskorlátozás gyakorlata a hazai intenzív osztályokon” *Orvosi Hetilap* 2010/38. 1530–1536.

Az AB végül arra jutott, hogy az érintettség valamennyi részkövetelménye (személyes, közvetlen és aktuális mivolta) teljesült az indítványozó esetében.²⁵ Két körülményt vett ezzel összefüggésben számításba: egyrészt az emberi halandóság megkérdőjelezhetetlenségét, másrészt a halálközeli állapot bekövetkezésének időbeni kiszámíthatatlanságát. Úgy érvelt, hogy bárki bármikor kerülhet olyan állapotba (érheti betegség vagy baleset), amelynek következtében gyakorolhatná az egészségügyi kezelés visszautasításának jogát. A testület szerint ennek a helyzetnek az előreláthatatlansága és az ember halandó mivolta együttesen alapozta meg az indítványozó érintettségét.²⁶

Az érintettség fentiek szerinti értelmezését a testület szilárd elvi alapra helyezte. Leszögezte ugyanis, hogy megengedhetetlen volna az áldozati státusz szűkebb értelmezése (ti. az a felfogás, miszerint kizárólag a terminális állapotú betegek járulhatnak panaszukkal az AB elé), mert azzal a testület elzárna a polgárokat az alkotmányjogi panasz benyújtásának lehetőségétől, amely a szóban forgó esetben az egyetlen szóba jöhető jogvédelmi eszköz. Ez a jogértelmezés pedig az AB szerint az *effet utile* („hatékony érvényesülés”) elvébe ütközik:²⁷ „A jogértelmezés, amely eleve lehetetlenné teszi a jogi norma érvényesülését, ésszerűtlen és ezért elfogadhatatlan lenne (»effet utile«)”.²⁸

Külön vizsgálta az érintettség követelményének fennállását az AB az élő végrendelettelre vonatkozó szabályokkal összefüggésben. Az indítványozó erről úgy nyilatkozott, hogy még nem tett élő végrendeletet, csak szándékában állt, de arra éppen azért nem került végül sor, amiért a szabályozást az AB előtt támadja: hogy ti. a jogszabály az előzetes nyilatkozattételt számára elfogadhatatlan, alkotmányos jogait sértő anyagi és eljárási korlátok közé szorítja.

Az AB ebben a kérdésben is a befogadhatóság javára döntött. Ezt azzal indokolta, hogy az élő végrendelet megtételének lehetősége minden döntésképes személy, így az indítványozó számára is bármikor nyitva áll, így érintettségét pusztán az a tény, hogy effektíve még nem élt önrendelkezési jogának eme részjogosultságával, nem kérdőjelezi meg.

Egy vonatkozásban viszont az indítvány elvérzett az érintettség tesztjén. Visszautasította ugyanis az AB az indítványnak azt a részét, amely az Eütv. 21. §

²⁵ A kérdésről, Salamon László különvéleményének tanúsága szerint, nem volt egyetértés az AB-n belül. Lásd 24/2014. (VII. 22.) AB hat., S. L. különvéleménye [203-204].

²⁶ 24/2014. (VII. 22.) AB hat., Indokolás [60] és [62].

²⁷ A nevezett elv elsősorban a közösségi jogban ismert, az Európai Bíróság gyakorlatából, de „nyomokban” (megnevezése nélkül) az Emberi Jogok Európai Bíróságának esetjogában is azonosítható, egyebek mellett éppen az áldozati státusz vizsgálatával összefüggésben. Ha az érintettség megszorító értelmezése elzárja a kérelmezőt a jogérvényesítés lehetőségétől, akkor az EJEK szerinti is úgy kell értelmezni, hogy fennáll az érintettség, mivel az *Eggyezmény* szabályainak értelmezésével mindig az *Eggyezmény* hatékony érvényesülését, magyarul az egyén jogainak védelmét kell szolgálni. Lásd pl. *Klass and others v. Germany*, Judgment of 6 September 1978, Series A, No. 28, § 30–38. Az *effet utile* elve egyébként az AB egy korábbi döntésében is felbukkant már: akkor a titkos megfigyelés okozta „láthatatlan” jogsérelmek kapcsán segítette a bíróságot az érintettség helyes értelmezésének kidolgozásában, az imént hivatkozott *Klass*-ügy nyomán. Lásd 32/2013. (XI. 22.) AB hat., Indokolás [22].

²⁸ 24/2014. (VII. 22.) AB hat., Indokolás [63].

(3) bekezdésének megsemmisítésére irányult. Ez arra teremt jogalapot, hogy a korlátozottan cselekvőképes és cselekvőképtelen betegek esetében a kezelőorvos az érvénytelenül visszautasított életmentő vagy életfenntartó kezelés végrehajtásához szükség esetén rendőri közreműködést vegyen igénybe. Az indítvány ezt a rendelkezést jogalkotói túlkapásként minősíti, amely súlyosan sérti az emberi méltóságot; erőszakkal ugyanis senkit sem szabad gyógyítani.

Az AB nem merült el a rendőri fellépésre adott felhatalmazás arányosságának vizsgálatában. Ehelyett megállapította, hogy az indítványozó számára a támadott rendelkezés nem okozhat alapjogsérelmet, legalábbis nem adott elő arra vonatkozó információt, hogy korlátozottan cselekvőképes vagy cselekvőképtelen beteg volna, vagy ilyen személyek törvényes képviselőjeként, esetleg kezelőorvosként lépne fel.²⁹

Megítélésem szerint az AB ezzel a következtetéssel önmagával került ellentmondásba, igaz, ez az önellentmondás nem teljesen nyilvánvaló. Ennek meglátásához fel kell ismernünk, hogy a passzív eutanáziára vonatkozó törvényi szabályozás a terminális állapotba jutott, az életben tartó kezeléseket leállítását kezdeményező betegeket nem kezeli magától értetődően cselekvőképes személyekként.³⁰ Ha így kezelné, akkor nem rendelné el valamennyi eutanáziát kérő beteg elmeorvosi vizsgálatát, csupán azokét, akik esetében a belátási képesség valamilyen körülmény folytán megkérdőjeleződik. Ehelyett azonban a szabályozás minden ilyen döntést egy olyan háromtagú bizottság jóváhagyásától tesz függővé, amelynek egyik tagja egy – a beteg tudatállapotának vizsgálatára hivatott – pszichiáter szakorvos. Innen nézve pedig már csak egy egyszerű logikai művelet az indítványozó érintettségének levezetése minden, a cselekvőképtelen és korlátozottan cselekvőképes állapokra vonatkozó törvényi szabály vonatkozásában: ha ugyanis elfogadjuk, hogy az indítványozó érintettségét a passzív eutanáziára vonatkozó szabályozás vonatkozásában megalapozza az, hogy halandó lévén bárki, bármikor kerülhet halálközeli állapotba (és az AB ezt elfogadta), a haláltusát vívó betegek teljes belátási képessége pedig a szabályozás értelmében eleve kétséges, akkor nincs okunk kétségbe vonni az érintettséget azon törvényi szabályok vonatkozásában, amelyek a döntésképeségükben korlátozott személyekre vonatkoznak.

Mindezek alapján állítom, hogy az Eütv. 21. § (3) bekezdésével összefüggésben az AB csak úgy állhatott a visszautasítás pártjára, hogy a határozat e pontján – figyelmetlenségből vagy az érdemi állásfoglalás elkerülése végett – „csavart egyet” az érintettség tesztjének erősségi fokozatán. Más kérdés, hogy az indítványozó az érintettséget e paragrafus vonatkozásában sem a fent írt összefüggésben, sem más módon nem igazolta, így az AB nem kényszerült versengő érvek megfogalmazására.

²⁹ 24/2014. (VII. 22.) AB hat., Indokolás [76–77].

³⁰ Erre mutatott rá kritikusan Kis János – SAJÓ András: „Amicus curiae az Alkotmánybírósághoz” *Fundamentum* 2003/1. 135–136.

5. AZ ÉRDEMI VIZSGÁLAT

Érdemi vizsgálata során az AB az alkotmányjogi panaszt részben megalapozottnak, túlnyomó részben pedig érdemi elbírálásra alkalmatlannak találta. Eredményét tekintve a döntés egyszerűsítette a beteg cselekvőképtelenné válásával hatályosuló, élő végrendelet készítésének feltételrendszerét, de teljesen érintetlenül hagyta a haldokló, de döntésképes beteg esetében alkalmazható passzív eutanázia jogszabályban lefektetett korlátait. Az így kialakult összkép egyes benyomásokat kelt. Ez a kiegyensúlyozatlanság amellett, hogy helyenként rekonstruálhatatlan és/vagy igazolatlan megfontolásokon nyugszik, egyúttal súlyos ellentmondásokkal terhelt szabályozáshoz is vezetett. Az itt következőekben mindenekelőtt ezt az állításomat igyekszem alátámasztani.

5.1. AMI HOLT BETŰ MARADT

Meg kell hagyni, hogy az indítvány számos vonatkozásában azért került visszautasításra, mert a panaszos, bár fontos alkotmányossági kérdésre hívta fel a figyelmet, nem tudta azt olyan alkotmányos összefüggésekben megvilágítani, amely kényszerítően, de legalábbis nagyobb eséllyel aktivizálta volna érdemben az – egyébként kérelemhez kötött – AB-t. Általánosságban elmondható az is, hogy az indítványozó nem vértette fel kellőképpen beadványát az AB érdemi döntést kikerülő manővereivel szemben, ezt pedig az AB – meglátásom szerint – helyenként bátran ki is használta. Jelen tanulmány keretei között nincs lehetőség az indítványban foglaltak és az arra adott válaszok kimerítő értékelésére, ezért csak néhány plasztikus példát meríték a határozatból arra, hogyan háritotta el az AB az érdemi reflexiót az indítványozó szabályozással szemben megfogalmazott egyes kritikáira.

5.1.1. „EZ CSAK A JOGI NORMA ALKALMAZÁSA SORÁN DERŰLHET KI”

A panaszos elvi és gyakorlati szempontokra is figyelemmel támadta a passzív eutanázia feltételeit vizsgáló háromtagú bizottság intézményét, összetételét, különösképpen azt, hogy abban egy pszichiáter szakorvosnak is helyet kell kapnia. Előadta, hogy az életvégi rendelkezések végrehajtása praktikusán e jogintézmény miatt hiúsul meg: a bizottság összeállása és a tőle elvárt „haladéktalan” döntés már csak azért sem biztosított, mert a magyar egészségügy nincs erre felkészülve, nem rendelkezik az ehhez szükséges pszichiáter szakorvosi állománnyal és szervezettséggel, ezért az ilyen bizottságok felállításának feltételei eleve hiányoznak. Az AB reakcióját szó szerint érdemes idézni:

„A törvények végrehajtása – ebben végrehajtásuk anyagi és személyi feltételeinek megteremtése – a törvényhozó és a közigazgatás feladata. E feltételek hiánya vezethet konkrét esetben alkotmányos jogok sérelméhez, de ez csak a jogi norma alkal-

mazása során derülhet ki, ezért csak a konkrét ügyekhez kapcsolódó alkotmányjogi panaszeljárásokban támadható.”³¹

Az AB itt a lehetetlent várja el. Azt, hogy egy terminális állapotú beteg – csakis ilyen személy lehetne ugyanis egy alkotmányjogi panaszeljáráshoz vezető *konkrét* ügy érintettje – járuljon a testülethez annak érdekében, hogy a Vadász Gábor által felvetett kérdésben állást foglaljon. Ez nemcsak, hogy abszurd, de önellentmondásba is sodorja az AB-t, ti. azzal az állásponttal, amit a befogadhatósági vizsgálat során az *effet utile* („hatékony érvényesülés”) elv relevanciájáról ugyanebben a határozatában vallott (lásd jelen tanulmány 4. pontját).

Álláspontom szerint az AB, azután hogy elismerte az indítványozó érintettségét, továbbá azt, hogy a szóban forgó anyagi és személyi feltételek hiánya is vezethet alapjogsérelemhez, nem kerülhette volna meg az érdemi döntést. Pusztán az, hogy ez ténykérdések feltárását feltételezi, vagyis empirikus kutatást igényel, nem tántoríthatta volna el. Hisz maga is elismerte, hogy az eutanáziaszabályozás alkotmányosságának kérdése sohasem választható el annak a környezetnek az adottságaitól, amelyben a szabályozás az érvényesülés igényével lép fel. Érdemes ismét emlékeztetni szavaira:

„Az AB álláspontja 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.”³²

5.1.2. „KEZDEMÉNYEZÉSÉRE AZ INDÍTVÁNYOZÓNAK NINCSEN JOGOSULTSÁGA”

Az AB több vonatkozásban is azon az alapon utasította vissza az indítványt, hogy mulasztásban megnyilvánuló alkotmányértés megállapítását a panaszos nem jogosult kezdeményezni.

Erre a sorsra jutott egyebek mellett az az alkotmányossági kifogás is, amely az élő végrendeletek, illetve az ellátás visszautasítására vonatkozó egyéb okiratok nyilvántartását hiányolta. Azt tehát, hogy nincs szabályozva és nincs megszervezve sem ezeknek az okiratoknak a nyilvántartása, sem az egészségügyi intézmények általi hozzáférés lehetősége. Ebből fakadóan hiába él valaki azzal a jogával, hogy élő végrendeletet tegyen, ha nincs hozzátartozója, barátja, aki tud annak létezéséről (esetleg másolat birtokában van), vagy van ugyan, de az illető nincs jókor, jó helyen, akkor a korábban nyilatkozatot tevő, de cselekvőképtelenné vált betegen akarata ellenére megkezdik az életmentő, életfenntartó kezelést. Ez a hiányosság

³¹ 24/2014. (VII. 22.) AB hat., Indokolás [115].

³² Lásd 21. ljt.

az indítvány tanúsága szerint az orvosi gyakorlatban igen jelentős mértékben hiúsítja meg az életvégi döntések tiszteletben tartását.

A mulasztásban megnyilvánuló alaptörvény-ellenesség kezdeményezése valóban nem joga az indítványozónak. Annak hivatalból történő megállapítása azonban törvényből fakadó kötelezettsége az AB-nak, feltéve, hogy annak törvényi feltételei fennállnak. Mulasztás akkor áll fenn az *Alkotmánybíróságról szóló 2011. évi CLI. tv.* (a továbbiakban: *Abtv.*) szerint, ha a jogi szabályozás *Magyarország Alaptörvényéből* (2011. április 25.) (a továbbiakban: *Alaptörvény*) levezethető lényeges tartalma hiányos.³³ Abból tehát, hogy az indítványozó nem jogosult kezdeményezni ilyen megállapításra irányuló eljárást, nem következik, hogy nincs mulasztás, amit az AB észlelhetett volna, ahogyan az sem, hogy az észlelés ne alapulhatna az indítványozó által előadottakon. Mindebből következik véleményem szerint, hogy az AB csak akkor és azért nem állapíthatta meg a mulasztást, mert nem tekintette az emberi méltósághoz való jog *Alaptörvényből* levezethető lényeges tartalmának azt, hogy a legkiszolgáltatottabb állapotban lévő – már döntésképtelen – betegek esetében a jogszabály ilyen garanciával védje méltóságuk tiszteletben tartását. Ezt, a testület felelősségének tisztánlátása céljából, fontos hangsúlyozni.

5.1.3. NEM SZÓL SZÁM – NEM FÁJ FEJEM?

Nem lehet szó nélkül elmenni amellett, hogy az indítvány egyes részei és összefüggései mellett az AB szó nélkül elment, kivált azért, mert súlyos kérdésekről van szó.

Az indítvány sérelmezte és klinikai példákkal is illusztrálta, hogy noha a visszautasítható kezelések között szereplő életmentő beavatkozások – a törvényi definíció alapján³⁴ – magukban foglalják a közvetlen életveszélyt elhárító sürgős életmentés eseteit is, azok visszautasítására az eutanázia törvény szabta keretei között – a háromtagú orvosi bizottság felállítása, de különösen a háromnapos várakozási idő miatt – eleve, fogalmilag nincs lehetőség. Az indítványozó szerint az életvégi döntés szabadsága csak akkor lenne biztosított, ha annak gyakorlását a törvény differenciált feltételrendszerrel tenné függővé, és sajátos esetként kezelné a *sürgős életmentést*.

Ugyanúgy elsiklott a határozat mellett, hogy az indítványozó nemcsak gyakorlati szempontok alapján, de elvi alapon is kifogásolta, hogy a szabályozás az elmerorvosi vizsgálatban látja annak garanciáját, hogy a beteg döntését következményei tudatában és tájékozottan hozza meg. Éppúgy, ahogyan az élő végrendelet AB által elbírált, alább tárgyalt esetében is. A panaszos meglátása szerint a kezelőorvos mindennapi munkájának szerves része, hogy felmérje betegek tudatállapotát, ítélőképességének határait. E nélkül nem is írhatna fel erős hatású gyógyszert, nem javasolhatna jelentős kockázatokat hordozó vizsgálatokat, műtéteket. Az indítványozó szerint ez *mind a beteg, mind a kezelőorvos* méltóságát sérti. A kifo-

³³ Abtv. 46. § (1) bek.

³⁴ Eütv. 3. § n) és i) pont.

gást azonban az AB csak az utóbbi összefüggésben vizsgálta, megállapítva, hogy a pszichiáter szakorvos bizottsági jelenléte és a kezelőorvos emberi méltósága között alkotmányjogi összefüggés nem állapítható meg.³⁵ A betegeket, az ő jogait a testület – ebben az összefüggésben – szem elől tévesztette.

5.2. „ÉLŐ” VÉGRENDELET – ÉLETKÉPESEBB FELTÉTELEK

E tanulmány felvezetéséből is ismert már, hogy az AB osztotta az indítványozónak azt az álláspontját, hogy az élő végrendelet egyes érvényességi kellékei – nevezetesen az egy hónapnál nem régebbi elmeorvosi szakvélemény beszerzésének kötelezettsége, valamint a kétéves érvényességi időkorlát – sértik az emberi méltósághoz való jogból levezetett önrendelkezési szabadságot, ennél fogva az *Alaptörvény* II. cikkébe ütköznek. A döntés összmegejtélése szempontjából indokolt röviden levezetni, hogyan jutott a testület erre az álláspontra.

A fenti korlátok értelemszerűen az alapjog-korlátozás alkotmányosságának általános mércejeként ismert szükségességi-arányossági teszten akadtak fenn.

A kétéves időkorlát már a teszt első, szükségességi lépcsőjén. Arra ugyanis, hogy az élő végrendelet miért szorul rendszeres megújításra, miért „avul el” kétévénként, az AB hiába keresett, nem talált alkotmányosan igazolható magyarázatot. Rámutatott, hogy egy bármikor, akár két évnél rövidebb időn belül is visszavonható nyilatkozat esetében még csak nem is ésszerű a nyilatkozattétel megismétlésének elvárása.³⁶

Az elmeorvosi szakvélemény beszerzésének kötelezettsége viszont már arányossági mérlegelés tárgyává vált.³⁷ Azt ugyanis, hogy a korlátozás legitim célt szolgál, a testület nem vitatta. Valóban nem is vitaképes, hogy a szabad (befolyásmentes), tájékozott és felelősségteljes döntést a jogalkotó nemcsak jogosult, de köteles is garanciákkal védeni. Csakis így biztosított, hogy az érintett döntésében valóban önrendelkezési joga jusson kifejezésre. (Nyilvánvalóan ilyen célt szolgál az a korlátozás, amely a cselekvőképtelen és az egészségügyi döntéseket tekintve korlátozottan cselekvőképes személyeket eleve elzárja az élő végrendelet jogintézményétől.)

Szemet szűrt azonban a testületnek, hogy az általánosan elvárt elmeorvosi vizsgálat egyedülálló garancia (és egyben korlát) a személyes jognyilatkozat-tételben, hiszen illet még az olyan legszemélyesebb jognyilatkozatok esetében sem vár el a jog, mint a házasságkötés, az örökbefogadás vagy akár az apasági elismerő nyilatkozat. Ezért további, e szokatlan korlátozást igazoló körülmény után kutatott; végeredményét tekintve sikertelenül.

Ezen a ponton viszont érdemes megállni, és szó szerint felidézni a határozat idevágó passzusát:

³⁵ 24/2014. (VII. 22.) AB hat., Indokolás [122].

³⁶ 24/2014. (VII. 22.) AB hat., Indokolás [149].

³⁷ 24/2014. (VII. 22.) AB hat., Indokolás [152].

„Vizsgálni kellett, igazolható-e a korlátozás szükségessége. Emellett szól, hogy az ellátás visszautasítása súlyos, sokszor visszavonhatatlan következménnyel járó döntés, amely a beteg halálához vezethet. Amely különben a nyilatkozat alkalmazandósága esetén *ex hypothesi* egyébként is belátható időn belül bekövetkezik. Az élő végrendelet ennek módjáról szól. *Az objektív életvédelmi kötelezettség, mint alkotmányosan igazolható cél, ezért itt nem jöhet szóba*, mert a beteg életét semmilyen beavatkozás nem tudja (az orvostudomány állása szerint) megmenteni.”³⁸

E gondolatmenettel könnyű egyetértenünk, hiszen vaslogikán nyugszik. Az állam életvédelmi kötelezettsége nem lehet alapja az életmentő és életfenntartó kezelések visszautasítását akadályozó, a szabad és befolyásmentes döntést védelmező eljárási korlátok igazolásának. Azért nem, mert a passzív eutanázia lehetőségét az anyagi jog csak olyan betegstádiumban nyitja meg, amikor már a betegség természetes lefolyása elkerülhetetlenül halálhoz vezet. Magyarán, nincs az a pszichiátriai szakvélemény vagy más eljárási garancia, amely a beteget ilyen esetben megmenthette a haláltól.

Az előzőekre figyelemmel az arányosság oldalán az AB már csak azt vizsgálta, hogy önmagában a belátási képesség igazolása indokolja-e, mégpedig kényszerítő jelleggel, az elmeorvosi vizsgálatot.

A testület rámutatott, hogy feladatát tekintve a pszichiáter nem vizsgálhat mást, csak a nyilatkozó cselekvőképességét.³⁹ Erre ugyanakkor a közjegyző is nyilvánvalóan alkalmas, hiszen az ő mindennapi munkájának szerves részét képezi, hogy a jogügyletek lebonyolítása során vizsgálja és megállapítsa, ügyfelei a következmények tudatában, saját erkölcsi meggyőződésük alapján hozták-e meg döntésüket. Ebből pedig már okszerűen következett az AB verdiktje: az elmeorvosi vizsgálat indokolatlan, felesleges korlát, amelyet alapjogsértő volta miatt meg kell semmisíteni.

5.3. AZ ALKOTMÁNYBÍRÓSÁG DOGMATIKAI „FÉLFORDULATA”

A fent részletezett okfejtésben fel kell figyelniünk egy igen fontos momentumra. Arra nevezetesen, hogy a testület kilépett a jogkorlátozás indokolásának abból a medréből, amit még 2003-ban, az első eutanáziahatározatában vájt a befolyástól mentes, szabad és tájékozott életvégi döntés garanciájaként aposztrofált olyan korlátok alkotmányosságának igazolására, mint amilyen a háromtagú orvosi bizottságban szereplő pszichiáter szakorvos, a háromnapos várakozási idő stb. Ha összevetjük a fent idézett alkotmánybírói érvelést és az első eutanáziahatározat alábbi részletét, nem lehet nem észrevenni az AB által vett dogmatikai félfordulatot:

³⁸ 24/2014. (VII. 22.) AB hat., Indokolás [147] – kiemelések tőlem [V. B.].

³⁹ 24/2014. (VII. 22.) AB hat., Indokolás [153].

„Az állam [...] fennálló életvédelmi kötelezettsége az, hogy azt a bonyolult folyamatot, amelynek során a beteg arról dönt: él-e az életmentő vagy életfenntartó beavatkozás visszautasításának lehetőségével, ne zavarhassák meg e döntési folyamattól idegen hatások. Az állami intézményvédelmi kötelezettségnek az életéről és a haláláról döntést hozó betegen kívül, tágabb értelemben mindenki más életének a védelmében is érvényesülnie kell, aki a jövőben kerülhet hasonló helyzetbe. [...] 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.*”⁴⁰

Vegyük észre: a második eutanáziahatározatban az olvashattuk, hogy az állam életvédelmi kötelezettsége semmilyen összefüggésbe nem hozható a beteg szabad döntésének folyamatát biztosító garanciákkal. Ehhez képest az első eutanáziahatározatban az AB az állam objektív életvédelmi kötelezettségére (is) figyelemmel igazolta az ilyen korlátok arányosságát. Mégpedig azon az alapon, hogy az életvédelmi kötelezettség nem merül ki az egyedi életek védelmében, hanem az életet mint értéket is hivatott védelmezni, így a jogalkotó által beiktatott extra garanciák alkotmányos alapokon nem kifogásolhatóak. A 2014-es döntésben ennek az érvelésnek már nyoma sincs.⁴¹ Fel sem merül a határozatban, hogy az élet mint érték védelme az egyéni autonómia érvényesülésének útjába állhat; vagy hogy a szabályozásnak üzennie kellene az élet értékének „szentségét”.⁴² Ezt az igazolást a testület expliciten elutasítja.

Az AB tehát láthatóan szakított a korábbi, messzemenő állami paternalizmusnak megágyazó, az élet értékét abszolutizáló alapjogi szemlélet képviselésével. Amint „kitolta” az önkéntes passzív eutanázia képéből az élet „szentségének” elvét, képessé vált arra, hogy feszes és okszerű érveléssel levezesse az élő végrendelet érvényességéhez előírt elmeorvosi szakvélemény alkotmányellenességét. Éppen ezért ad igazán okot a csalódottságra az, hogy ezen az újonnan felvett, tisztább szemüvegén keresztül nem vizsgálta meg érdemben a passzív eutanázia alapesetének 2003-ban alkotmányosnak bizonyult, de az indítványban újfent támadott rendelkezéseit.

⁴⁰ 22/2003. (IV. 28.) AB hat., ABH 2003, 269. – kiemelés tőlem [V. B].

⁴¹ Annak ellenére, hogy a testület vizsgálta az *Alkotmány* és az *Alaptörvény* összehasonlíthatóságát, és irányadónak tekintette korábbi gyakorlatát. Lásd 24/2014. (VII. 22.) AB hat., Indokolás [129–131].

⁴² Balogh Elemér és a hozzá csatlakozó Dienes-Oehm Egon, valamint Juhász Imre alkotmánybírák, továbbá Salamon László alkotmánybíró önálló különvéleménye, esszenciáját tekintve, éppen ezt az elmozdulást kifogásolja az AB által megsemmisített szabályozás alkotmányosságának igazolásával (Salamon László inkább csak annak megtámogatásával): 24/2014. (VII. 22.) AB hat., B. E. különvéleménye [177], S. L. különvéleménye [200].

5.4. FÉLOLDALASRA FARAGOTT SZABÁLYOZÁS

Az, hogy az élő végrendelettel feltételrendszeréből kikerültek az egyéni autonómiát indokolatlanul korlátozó feltételek, ellenben a passzív eutanázia alapesetére vonatkozó korlátok változatlanul fennmaradtak, különösen ellentmondásos, „féloldalas” szabályozáshoz vezetett.

Körütekintően világítja ezt meg Balogh Elemér a határozathoz fűzött különvéleményében, amely megállapítja: az élő végrendelet útján az életmentő, életfenntartó kezelés megszüntetésére jóval szélesebb körben, jóval kevesebb eljárási korlát mellett van mód, mint az eutanázia alapesetében.⁴³ Hiszen míg alapesetben kizárólag a haldokló (terminális állapotú) beteg kérheti a kezelés leállítását [Eütv. 20. § (3) bekezdés], addig az élő végakaratra foglalt életvégi döntés a betegállapot egy korábbi stádiumában állók esetében is hatályosulhat: az effektíve még nem haldokló, de gyógyíthatatlan betegségtől szenvedő, a betegség folytán magatehetetlen, csillapíthatatlan fájdalmakkal küzdő betegek vonatkozásában [Eütv. 22. (1) bekezdés c) pont]. Az élő végrendelet érvényességével szemben ugyanakkor már csak egyetlen eljárási feltételt támaszt a jogszabály, a közokirati formát, míg az eutanázia alapesetében a „méltó halál” csak egy rendkívül körülményes procedúra (elmerorvosi vizsgálat, háromnapos várakozási idő, ismételt nyilatkozattétel stb.) kijárással érhető el.

Még a fentieknél is súlyosabb ellentmondásnak tűnik, hogy az élő végrendeletben kijelölhető helyettes döntéshozó a szabályozás alapján szélesebb körben jogosult visszautasítani életfenntartó, életmentő kezelést, mint maga a személyesen eljáró, döntésképes beteg. Hiszen a helyettes döntéshozó nemcsak a terminális állapot, hanem már az Eütv. 22. § (1) bekezdése c) pontja szerinti feltételek fennállása esetén is rendelkezhet az életmentő, életfenntartó kezelése visszautasításáról.⁴⁴ És bár a törvény a helyettes döntéshozó belátási képességét is vizsgálni rendeli a háromtagú orvosi bizottságban helyet kapó pszichiáter szakorvos által,⁴⁵ az ő esetében számos egyéb korlát (háromnapos várakozási idő, ismételt nyilatkozattételi kötelezettség, kötelező lebeszélés) nem érvényesül.

A fenti ellentmondást az AB alapvetően azzal a körülménnyel próbálta racionalizálni, hogy az élő végrendeletet még nem kiszolgáltató állapotú betegek, hanem tájékozott, nem beteg személyek, előzetesen hozzák meg, ezért ilyen esetben cselekvőképességük nem kérdőjeleződik meg:

„A cselekvési autonómia fejeződik ki tehát az Eütv. 22. §-a által biztosított nyilatkozattételi lehetőségben is: ez az előzetes nyilatkozat, avagy élő végrendelet a tájékozott ember (későbbi beteg) számára biztosít lehetőséget arra vonatkozóan, hogy sorsáról egészségi állapota romlása esetére is szabadon gondoskodjon.”⁴⁶

⁴³ 24/2014. (VII. 22.) AB hat., Indokolás [186].

⁴⁴ 24/2014. (VII. 22.) AB hat., Indokolás [188].

⁴⁵ Eütv. 22. § (4) bek. b) pont.

⁴⁶ 24/2014. (VII. 22.) AB hat., Indokolás [142].

Téved azonban az AB abban, hogy élő végrendeletet csak egészségesen lehet tenni. Semmi nem zárja ki azt, hogy a terminális állapotú, de döntésképes beteg az élet befejezésének módjáról közokiratban rendelkezék arra az esetre, ha cselekvőkép-telenné válna. (A közjegyző kérésre természetesen kimegy a beteg ágyához, ennek költségvonzatán kívül semmi akadálya nincs.) A közjegyzői gyakorlat egyébként is azt mutatja, hogy az a nagyon kevés ember, aki ilyen végrendelet készíttetése cél-jából a közjegyző elé járul, többnyire már halálos betegségben szenved.⁴⁷

Ezt a félreértést azért is érdemes külön kiemelni, mert plasztikusan szemlélteti: az AB nem fogékony arra, hogy gyakorlati példákon keresztül elmélkedjen az általa elbírált szabályozás alkotmányossági kérdésein. Márpedig e nélkül nem lehet életet lehelni a passzív eutanázia gyakorlatban tetszhalott intézményébe.

Nem szabad elvitatni, hogy az élő végrendelet érvényességének feltételül sza-bott alkotmánysértő korlátok kiiktatása az egyéni autonómia szélesebb érvénye-sülését tette lehetővé. Ezt fontos korrekcióként kell elkönyvelnünk, hiszen valame-lyest csökkentette a halállal viaskodó, menthetetlen betegek kiszolgáltatottságát. Ugyanez a lépés azonban elmaradt az eutanázia másik – a klinikai esetek túlnyomó többségét érintő – formája esetében. Az AB nem élt azzal a lehetőséggel, hogy az indítványban rejlő potenciált maximálisan kimerítve, érdemben reagáljon az euta-náziaszabályozás sokat kritizált, neuralgikus pontjaira. Pedig hitelesebb indítványt nehezen kaphatott volna.

⁴⁷ Mikó Ádám XVI. kerületi közjegyző egy interjúbán úgy nyilatkozott, hogy a gyakorlatában még nem fordult elő, hogy egészséges ember készítettett volna végrendeletet. Lásd index.hu/belfold/2014/10/01/dr._miko_adam_passziv_eutanazia_interju/.