

Életvégi döntések lehetőségei Magyarországon 1. rész

Options of End-of-Life Decisions in Hungary Part 1.

Tóth Ágnes Anita¹ * ✉, Lénárt Anett^{2,1} *, Nagy Edit^{3,1}, Sinkó Eszter¹

¹Semmelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképző Központ, Budapest

²Medlén Kft., Budapest

³Semmelweis Egyetem Gyermekgyógyászati Klinika, Bókey utcai részleg, Budapest

* megosztott első szerzők

✉ tothagnesanita@gmail.com

Jelen cikk célja az életvégi ellátással kapcsolatos döntési lehetőségek magyarországi helyzetének bemutatása. A tanulmány először ismerteti a témakör hazai aktualitását, a legfontosabb fogalmakat, mint az eutanázia különböző formái, a terápiás túlbuzgóság és a palliatív ellátás. Ezt követően egy rövid nemzetközi kitekintést nyújt. A cikk célja, hogy különböző nézőpontokból világítson rá az életvégi döntések összetett kérdéseire, beleértve a jogi, vallási, etikai és orvosszakmai vonatkozásokat. Az írás részletesen ismerteti a vonatkozó hazai jogszabályokat és rendelkezéseket, valamint elemzi a különböző vallási felekezetek nézőpontját és az etikai irányelveket. Külön figyelmet szentel annak, hogy bemutassa az orvosi gyakorlatot befolyásoló tényezőket, amelyek meghatározzák az orvosok mindennapi döntéseit ebben a kényes témában. A szerzők pontokba szedték az életvégi ellátásokkal kapcsolatos döntések nehézségeit, problémáit, és javaslatokat is megfogalmaznak arra vonatkozóan, hogy milyen eszközök és támogatások segíthetik az orvosokat az életvégi döntések meghozatalában, hogy ezekben a rendkívül nehéz, összetett és lelkileg megterhelő helyzetekben is megfelelően tudjanak eljárni.

Kulcsszavak: életvégi döntések, eutanázia, palliatív ellátás, hospice, jogi szabályozás

The purpose of this article is to present the situation regarding options for end-of-life care decisions in Hungary. The study first outlines the current relevance of the topic Hungary, then, it introduces the most important concepts, such as the different forms of euthanasia, therapeutic obstinacy, and palliative care. This is followed by a brief international overview. The aim of the article is to shed light on the complex issues surrounding end-of-life decisions from various perspectives, including legal, religious, ethical, and professional medical aspects. The paper provides a detailed account of the relevant national laws and regulations, analyses the viewpoints of different religions, and discusses official ethical guidelines. Special attention is given to present the factors influencing medical practice that determine the everyday decisions of physicians in this sensitive area. The authors outline the difficulties and challenges associated with end-of-life care decisions and offer suggestions on tools and support that can assist physicians

in making these critical, complex, and emotionally taxing decisions appropriately.

Key words: end-of-life decisions, euthanasia, palliative care, hospice, legal regulations

BEVEZETÉS

A haldoklás, halál témájáról való nézetek koronként, kultúránként, vallásonként változnak. A halál egy természetes folyamat, melynek azonban sok társadalmi, vallási és gazdasági vonatkozása is van.

Az 1930-as évektől megváltozott a halálhoz való hozzáállás. A korábban családi körben zajló esemény egy klinikai történéssé vált, rideg, kórházi, intézményi keretek között. A nyugati civilizációban a legtöbben mára a hosszú, szenvedéssel teli halált szeretnék elkerülni, ezzel szemben a legtöbb fejlett országban nő az átlagéletkor, egyre több a krónikus betegség, ennek következtében többnyire hosszú lefolyású, fájdalommal teli haldoklás jellemző, melynek végén kórházi körülmények között halnak meg az emberek. Medikalizálódott a folyamat, az orvosok mindent megtesznek (nem egyszer a beteg akarata ellenére is) azért, hogy betegeket életben tartsák, az életet minden áron meghosszabbítsák, akár indokolatlan kezelés használatával is [1].

A „saját” halál, méltó halál kérdése, kellemetlen témává vált a civilizációk fejlődésével, melyről a legtöbben egyre kevésbé beszélnek szívesen [1]. Pedig a cikkekben bemutatott szempontok miatt is fontos lenne a kérdéssel szélesebb körben foglalkozni. Az abortusz, magzati eutanázia nem témája jelen cikkeknek.

A TÉMA AKTUALITÁSA MAGYARORSZÁGON

A Magyarországon is aktuális téma a közbeszédbe az ALS (amiotrófiás laterálszklerózis) betegségben szenvedő dr. Karsai Dániel alkotmányjogász beadványát követő polémia okán robbant be ismét. Az ő esetében nincs olyan kezelés, amit visszautasíthatna (a lélegeztetőgép kivételével), így gyakorlatilag nem tud a jogilag megengedett ellátás visszautasításának lehetőségével élni. A strasbourgi Emberi Jogok Európai Bíróságához fordult, hogy állásfoglalást kapjon arra vonatkozóan, hogy életét eutanázia által fejezhesse be. A strasbourgi bíróság 2024. június 13-án meghozta döntését,

melyben elutasította a beadványt. Azt állapították meg, hogy az öngyilkossághoz való asszisztálás magyarországi büntetőjogi tilalma megfelel a nemzetközi egyezmények követelményeinek. Azonban az a kérdés, hogy az egyén önrendelkezési jogával milyen mértékben egyeztethető össze ez a tilalom, azaz hogy bizonyos esetekben az egyén önmaga dönthessen saját haláláról, annak időpontjáról, számos erkölcsi és etikai kérdést vet fel, amik kapcsán az egyes tagországok véleménye rendkívül eltérő, emiatt az országoknak tágabb mozgásteret kell biztosítani [2,3,4].

A nyilvános tárgyalás után az Igazságügyi Minisztérium közleményt adott ki, melyben továbbra is teljes mértékben elhatárolódik az eutanázia legalizálásától. „A méltóság kiteljesedése és annak megtartása nem politikai vagy világnézeti kérdés, hanem alapjog. A mi álláspontunk, hogy nem kerekedhet felül az élet szentségén. Az élet védelme elsődleges a keresztény kultúrában, így Magyarországon is. Az életről történő lemondás, az eutanázia számtalan visszaélésre is lehetőséget ad. Az emberi élet szent és sérthetetlen, mely értékrendünket az Alaptörvényünk is tükrözi. Álláspontunk határozott: senki, semmilyen indokból nem veheti el más életét” [5].

EUTANÁZIA FOGALOMKÖRE

Az eutanáziával kapcsolatos fogalmak használata nem egységes, a szakértők sem értenek egyet, többféle szóhasználat, értelmezés létezik a szakirodalomban és a köznyelvben is.

Aktív eutanázia: „halálba segítés”

Ezt több helyen alcsoportokra bontják az alábbiak szerint: [6,7]

1. aktív, közvetlen, szándékolt: egy személy közvetlen beavatkozással meggyorsítja vagy előidézi egy másik személy halálának bekövetkezését, annak kívánságára (pl. méreginjekció beadásával).
2. aktív, közvetett, szándékolt: gyakorlatilag öngyilkosságban való közvetett közreműködés, az öngyilkosság segítése (pl. mérge beszerzése a betegsége miatt öngyilkosságra készülő számára, aki a mérget maga veszi be).
3. aktív, közvetlen, nem szándékolt: itt a cél a gyógyítás vagy fájdalomcsillapítás, és nem a halál. Az eljárás során azonban számításba veszik azt is, hogy a beavatkozás a halál gyorsabb bekövetkezésével járhat (pl. a beteg elviselhetetlen fájdalomban szenved, ennek enyhítése céljából intenzívebb fájdalomcsillapítást alkalmaznak, ami következtében megszűnik vagy csökken a fájdalom, de ezzel a halál időpontját hamarabbra hozzák). Ezt az eljárást nem szándékolt jellege miatt sokan nem sorolják az eutanázia körébe.

Passzív eutanázia: „meghalni hagyás”

Az orvos nem tesz olyat, ami a beteg halálához vezet. Az orvos szándéka a beteg halálára irányul. Ez az életmentő, életfenntartó vagy életfunkciókat helyreállító (újraélesztő)

eljárások el nem kezdését vagy beszüntetését jelenti [6,7,8]. Egyes nézetek szerint ide tartozik, ha a beteg visszautasítja az ellátást (ellátás visszautasítása/önrendelkezés), mások viszont ezt, mint betegjogot teljesen elhatárolják az eutanázia fogalmától [7,8,9]. Léteznek olyan nézetek is, ami szerint a passzív eutanázia mint fogalom nem értelmezhető. Mivel az életmentő és életfenntartó kezelések visszautasításának lehetőségével, ha a beteg olyan súlyos gyógyíthatatlan betegségben szenved, amely az orvostudomány mindenkori állása szerint rövid időn belül – megfelelő egészségügyi ellátás mellett is – halálhoz vezet, és emellett a betegség természetes lefolyása biztosított, akkor a beteg csupán az önrendelkezését gyakorolja. Tehát ennek tiszteletben tartásával nem lehet a halál bekövetkezésének oka az orvos [9].

Más vélemény szerint, amit sokan passzívnak definiálnak, az valójában a betegség természetes lefolyását lehetővé tévő ellátás [7]. Szakértők megfogalmaztak olyan álláspontot is, ami szerint az orvosi technológia fejlettsége nehezzé teszi az aktív és a passzív eutanázia megkülönböztetését a gyakorlatban. Erre jó példa a lélegeztetőgép kikapcsolásának, konkrétan a kapcsoló elfordításának értelmezése [9].

A Magyar Orvosi Kamara által szervezett Életvégi döntésekről szóló Agorán megfogalmazták, hogy az eutanázia kifejezés kerülendő. Csak belga jogszabályban olvasható mint jogi szóhasználat. Az, amit aktív eutanáziának hívnak – orvos-beteg viszonylatban – gyakorlatilag emberölés, amit pedig passzív eutanáziaként foglalnak össze, kérdéses, mert például a lélegeztetőgép lekapcsolása is aktív cselekedet, de ez vajon kimeríti-e az emberölés fogalmát. Nem mindegy büntetőjogilag, hogy tevékenységről vagy mulasztásról van-e szó.

Egy másik formát is megemlítenek a szakirodalomban, az indirekt eutanáziát: ha fájdalomcsillapításként a morfinadagot emelni kell, a következő adag megöli a beteget, és ezzel az orvos már tisztában van. Vagyis előre látott, de nem szándékolt cselekményről van szó [7,9].

„Terápiás túlbuzgóság”

Még egy fogalom van, amit az utóbbi időben használnak ebben a kérdéskörben. Ez pedig az úgynevezett "terápiás túlbuzgóság" elutasítása. Ezt általában nem tekintik passzív eutanáziának. A "terápiás túlbuzgóság" alatt a beteg állapothoz képest aránytalan, túlságosan terhes, nem hasznosuló orvosi kezelésekre, beavatkozásokhoz való túlzott ragaszkodást értik. Ennek kerülését sem a bioetika, sem az egyházak, sem az erkölcszociológia nem tekinti helytelen, elítélendő magatartásnak [10].

Palliatív ellátás

A hospice ellátás gyakorlóinak felfogása szerint pedig a fentiekén kívül a következő lehetőségek kapcsolódnak még az életvégi döntésekhez: palliatív ellátás (hospice), palliatív szedálás.

A palliatív ellátás a súlyos betegséggel élő emberek és családjuk számára nyújtott ellátási forma, ami a tünetek eny-

hítésére szolgál (fájdalom, alvászavar, fulladás, depresszió...). A diagnózistól kellene hogy rendelkezésre álljon, a szokásos terápia mellett adható. Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvényben külön szakaszban (99. §) foglalkoznak a haldoklók gondozásának ellátásával [11, 12, 13].

A terminális palliatív szedáció valójában szedatív gyógyszerek alkalmazását jelenti, a túrhetetlen és kezelhetetlen kínok csökkentésének céljából. Itt a passzív eutanáziával ellentétben nem a beteg halála a cél, hanem az elviselhetetlen szenvedés enyhítése [8, 14].

2020-ban Magyarországon 11 931 beteg kapott hospice-és palliatív szakellátást. Az ellátottak 79,5%-a szenvedett daganatos betegségben szemben a 2014 és 2016 közötti adatokkal, amikor még 97% volt az arányuk az ellátottak között. Európai becslések szerint a daganatos betegségben szenvedők legalább 20%-ának, a nem daganatos betegek 5%-ának kellene palliatív ellátásban részesülnie legalább az élete utolsó részében [11, 12].

NEMZETKÖZI GYAKORLAT

Az életvégi döntések jogi szabályozása nem egységes Európában, egymástól gyökeresen eltérő nézetek is vannak e témában. Vannak olyan országok, ahol az öngyilkosságban való közreműködést büntetik, ilyen Magyarország is. Sok európai országban nem képez bűncselekményt az öngyilkosságban való közreműködés, mivel ha az alapcselekményt nem büntetik (az öngyilkosságot), akkor nem képez bűncselekményt az ehhez kapcsolódó tettestársi cselekmény sem. Illetve vannak olyan országok, például Svájc, ahol akkor büntetendő csak a közreműködő, ha nem altruista okok vezérelték. Az eutanázia Európában Ausztriában, Belgiumban, Svájcban, Luxemburgban, Spanyolországban és Hollandiában törvényes. Ezen országok mellett más államokban is vannak olyan jogszabályok, amelyek lehetőséget adnak az eutanázia bizonyos formáinak törvényes gyakorlására, például Oregon és Washington államok az Amerikai Egyesült Államokban, valamint Kolumbia és Ausztrália bizonyos területei [9, 10].

Svájc

Svájc lehetőséget biztosít az orvosasszisztált öngyilkossághoz. Tehát az orvos segédkezhet a beteg halálában, ha azt a beteg hajlja végre. A 20. század elején Svájc – sok más országhoz hasonlóan – dekriminalizálta az öngyilkosságot. Így az öngyilkossághoz való segítségnyújtás nem tekinthető bűnrészességgnek. Azt vették alapul, hogy az egyén önérdekének döntő szempontnak kell lennie. De büntetik azt, ha olyan személynek segít valaki az öngyilkosságban, aki anyagilag függ tőle vagy akitől örökölni fog [10, 15].

A témával kapcsolatban kiemelendő, hogy Svájc egyedülálló a világon abban a tekintetben, hogy lehetővé teszi a külföldiek számára, hogy beutazzanak és segítséget kapjanak a halálhoz anélkül, hogy gyógyíthatatlan betegek lennének. Viszont a folyamat bonyolult, költséges és nagyon sok benne a bürokrácia. Vannak olyan szervezetek, akik segítenek a tel-

jes folyamat lebonyolításában. Az egyik ilyen ismert szervezet saját bevallása szerint 2018-ban tagjainak több mint 90%-a külföldi volt [15, 16].

A haszonszerzési célból megvalósított öngyilkossági közreműködés tilos Svájcban, azonban nem büntetik azt, aki kiszámlazza a tevékenység során felmerült eszközök és igénybe vett szolgáltatások díját, valamint a felmerült adminisztratív költségeket [10]. Magas költségei vannak a procedúrának. Egyes számítások szerint 6500 GBP (2 879 857 Ft) és több mint 15 000 GBP (6 645 825 Ft) közötti egy asszisztált haláleset teljes költsége [16, 17].

Hollandia

2002 óta törvényes keretek között gyakorolható az önkéntes eutanázia. Emellett asszisztált öngyilkosság is folytatható. Csak orvos végezhet eutanáziát és csak önkéntesen. Eutanáziát csak helyzetüket megítélni képes, gyógyíthatatlan betegek kérhetnek megfelelő dokumentáció mellett, és az orvosnak egy másik, független kollégával is konzultálnia kell. A 2022-ben bejelentett eutanáziás elhalálozások aránya az összes halálozás 5,1 százalékát tette ki (8720 fő), amíg ez az adat 2021-ben 4,5 százalék volt Hollandiában. Közöttük voltak demensek, pszichiátriai betegek és olyan idős párok is, akik olyan összetett betegségben szenvedtek, aminél nem volt esély a gyógyulásra. Hollandiában szigorú feltételrendszer teljesülése esetén – ezt hívják Gröningen-protokollnak – kiskorúak számára is elérhető az eutanázia [17, 18].

Belgium

A Belgiumban hatályos eutanázia törvény szerint az eutanázia „olyan cselekedet, amely egy személy életét annak saját kérésére szándékosan befejezi, de a cselekedetet nem a saját életének befejezését kérő személy hajlja végre” [19]. Ezzel gyakorlatilag az aktív, direkt, önkéntes eutanáziát engedélyezik. De itt is van lehetőség az asszisztált öngyilkosságra is. Az önkéntes eutanázia során az orvos felírja a beteg részére az úgynevezett eutanázia-csomagot, amelyet az orvos ad be a betegnek. Az orvos nem büntethető, ha a jogszabály szerint jár el. Az orvost jelentési kötelezettség terheli. 2019-ben 2 656 esetet jelentettek a hatóságok felé [19].

A jogi és orvosi feltételek négy betegcsoportot határoznak meg, akik élhetnek az eutanázia kérésével:

- Súlyos és gyógyíthatatlan állapotú, terminális stádiumban lévő felnőtt vagy egyenjogúsított kiskorú, aki elviselhetetlen testi vagy lelki szenvedést él át.
- Súlyos és gyógyíthatatlan állapotú, terminális stádiumban lévő nem-egyenjogúsított kiskorú, aki elviselhetetlen testi szenvedést él át.
- Súlyos és gyógyíthatatlan állapotú, nem terminális stádiumban lévő felnőtt vagy egyenjogúsított kiskorú, aki elviselhetetlen testi vagy lelki szenvedést él át.
- Öntudatlan, irreverzibilis állapotban lévő felnőtt vagy egyenjogúsított kiskorú [19].

Kiskorúak számára Hollandiához hasonlóan meghatározott feltételek mellett végezhető eutanázia [17].

AZ ÉLETVÉGI DÖNTÉSEK MAGYARORSZÁGI JOGI KÖRNYEZETE

Az életvégi döntések kérdéskörében a jogértelmezés nem egységes Magyarországon sem. Vannak olyan értelmezések, mely szerint a hatályos szabályozás lehetőséget biztosít önkéntes passzív eutanáziára, ennek keretei számos kérdést vetnek fel, míg a nem önkéntes passzív eutanázia, illetve az aktív eutanázia egyértelműen büntetőjogi kategória [20]. Mások szerint a hatályos jogszabályi rendelkezések szerint a haldokló megölése emberölésnek minősül, függetlenül attól, hogy az érintett kérésére történt-e, és a beteg szenvedéseinek megrövidítése volt-e a célja. Emellett az öngyilkosság nem, de az öngyilkosságban való közreműködés szintén büntetendő Magyarországon [10].

Egészségügyi törvény

1998 előtt a jogrendszer nem biztosította a betegek átfogó jogvédelmét. Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény (továbbiakban: Egészségügyi törvény) részletesen szabályozza a betegjogokat. A haldokló beteg alapvető jogai a következők: orvosi ellátáshoz való jog, emberi méltóság joga, személyes támogatásra való jog, fájdalomcsillapításra és a szenvedés enyhítésére való jog, tájékoztatás joga, önrendelkezésre és a kezelés visszautasítására való jog. Az életvégi döntésekkel kapcsolatos szabályok 1997 óta gyakorlatilag változatlanok [13].

A jelenleg hatályos Egészségügyi törvény részletesen rendelkezik az önrendelkezéshez való jogról (15-19. §), valamint az ellátás visszautasításának jogáról (20-23. §). Az önrendelkezési jog gyakorlása keretében (15. § (2)) a beteg szabadon döntheti el, hogy kíván-e egészségügyi ellátást igénybe venni, és annak során mely beavatkozások elvégzésébe egyezik bele, illetve miket utasít vissza – a 20. §-ban előírt korlátozások (ld. alább) figyelembevételével. A 16. § többek között azt mondja ki, hogy a cselekvőképes beteg közokiratban, teljes bizonyító erejű magánokiratban megnevezheti azt a cselekvőképes személyt, aki jogosult helyette a beleegyezési és visszautasítási jogát gyakorolni [13,21].

Az Egészségügyi törvény rendelkezései alapján a beteg szintén közokiratban vagy teljes bizonyító erejű magánokiratban utasíthatja vissza azokat az ellátásokat, amik elmaradása esetén egészségi állapotában várhatóan súlyos vagy maradandó károsodás következne be (20. § (2)). Írásképesség esetén erre két tanú együttes jelenlétében van lehetőség [13].

A formai előírásokon túl csupán akkor lehet életfenntartó vagy életmentő beavatkozást visszautasítani, lehetővé téve a betegség természetes lefolyását, ha a beteg olyan súlyos betegségben szenved, amely az orvostudomány mindenkori állása szerint rövid időn belül – megfelelő egészségügyi ellátás mellett is – halálhoz vezet és gyógyíthatatlan [20. § (3) bek.]. Ám ez a döntés csak akkor érvényes, ha egy háromtagú orvosi bizottság (melynek tagjai a beteg kezelőorvosa, egy, a beteg gyógykezelésében részt nem vevő, a betegség jellegének megfelelő szakorvos, valamint egy pszichiáter

szakorvos) a beteget megvizsgálja, és egybehangzóan, írásban nyilatkozik arról, hogy a beteg döntését annak következményei tudatában hozta meg, és hogy a törvényi feltételek fennállnak. Az orvosi bizottság nyilatkozatát követő 3. napon a betegnek két tanú előtt újra ki kell nyilvánítania a visszautasításra irányuló szándékát. Amennyiben a beteg nem járul hozzá az orvosi bizottság vizsgálatához, a kezelés visszautasítására vonatkozó nyilatkozata nem vehető figyelembe [20. § (4) bek.]. Nem élhet az egyén ezzel a joggal, ha az ellátás elmaradása mások életét vagy testi épségét veszélyeztetné [20. § (1) bek.]. További törvényi korlátozások vannak például a várandós anyára vonatkozóan: ha előre láthatóan képes a gyermek kihordására, az életfenntartó vagy életmentő beavatkozást nem utasíthatja vissza. Míg a cselekvőképtelen és korlátozottan cselekvőképes beteg esetén az egészségügyi szolgáltató keresetlet indít a beleegyezés bíróság általi pótlása iránt [20. § (6), 21. § (2)]. A kezelőorvos a bíróság jogerős határozatának meghozataláig köteles a beteg egészségi állapota által indokolt ellátások megtételére [13,21].

Az Egészségügyi törvény 20. § (7) bekezdése azt is lefekteti, hogy ha olyan ellátást utasít vissza, amelynek elmaradása esetén egészségi állapotában várhatóan súlyos vagy maradandó károsodás következne be, vagy az életfenntartó és életmentő kezelések visszautasítása esetén meg kell kísérelni a beteg döntése hátterében levő okok feltárását és a döntés megváltoztatását. A beteg a visszautasításra vonatkozó nyilatkozatát bármikor, alaki kötöttség nélkül visszavonhatja [20. § (8)] [13].

Érdekes külön is kiemelni az Egészségügyi Törvény 20-23. § ellentmondását. A 22. § (1) bekezdés azt mondja ki, hogy cselekvőképes személy közokiratban visszautasíthat egyes életfenntartó, életmentő beavatkozásokat későbbi cselekvőképtelensége idejére, ha gyógyíthatatlan betegségben szenved, és betegsége következtében önmagát fizikailag ellátni képtelen, illetve fájdalmai megfelelő gyógykezeléssel sem enyhíthetők. Ezzel szemben, ha korábban ezzel nem élt, később csak akkor utasíthat vissza életfenntartó, életmentő kezeléseket, ha terminális állapotba kerül, és ekkor is csak szigorú szabályok szerint teheti meg [13].

A jogi rendelkezések értelmezésében vannak kérdéses pontok: ilyen a törvényben lévő „a betegség természetes lefolyása” kórházi körülmények közötti értelmezése. Ebben az esetben a beteg általában valamilyen állapotát javító orvosi kezelésben részesül, tehát különbséget kellene tenni egyes kezeléseket között, mik azok, amelyek mellett rövid időn belül bekövetkezik a halál, és mik azok, amelyek mellett a terminális állapot elhúzódó [22].

Az Egészségügyi törvény vonatkozásában érdemes megemlíteni a személyiségi jogok általános védelmét a Polgári Törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvényben (továbbiakban: Polgári Törvénykönyv). A Polgári Törvénykönyv a személyiségi jogok általános védelméről szóló 2:42. §-ának magyarázatával kapcsolatban dr. Hámori Antal kiemeli, hogy az élethez való jogról való lemondás nem lehet érvényes a büntető törvényben szabályozott emberölés miatt. Ezáltal a

személyiségi jogok védelmét nem lehet csupán az érintett jogalany kívánalmaitól, önrendelkezési jogának gyakorlásától függővé tenni. Vagyis vannak olyan helyzetek, amikor a jognak a jogalanyt saját magától is meg kell védenie. Ez gyakorlatilag védelem az ellen, hogy ha egy személy bármilyen kiszolgáltatott helyzetbe kerül, feláldozza személyiségi jogait aktuális helyzetének megoldásaként. Ám az Emberi Jogok Európai Egyezménye kimondja, hogy az önrendelkezés rendes körülmények között megelőzi az állam általános életvédelmi kötelezettségét, de jelentősen korlátozottak azok az esetek, amikre kiterjedhet az önrendelkezési jog [7,10,23].

Magyarország Alaptörvénye, Alkotmánybírósági határozat

2003-ban (22/2003. (IV. 28.) AB-határozat) alkotmánybírói határozat született az eutanáziával kapcsolatban egy 10 évvel korábban beadott indítvány kapcsán. Ebben azt kérték az indítványozók, hogy állapítsák meg, hogy az Egészségügyi törvény alkotmányellenesen korlátozza a gyógyíthatatlan betegek önrendelkezési jogát azért, hogy nincs lehetőségük orvosi segítséggel befejezni az életüket. Emellett azt is szerették volna, ha az Alkotmánybíróság megállapítaná, hogy a passzív eutanáziát lehetővé tevő rendelkezések tekintetében az Egészségügyi törvény alkotmányellenesen korlátozza a gyógyíthatatlan betegek önrendelkezési jogát. Mindkét indítványt elutasította az Alkotmánybíróság.

Magyarország Alaptörvényének II. cikke szerint az emberi méltóság sérthetetlen. Minden embernek joga van az élethez és az emberi méltósághoz. Ezzel összefüggésben az alkotmánybírói elutasítás egyik indoka az volt, hogy a betegek önrendelkezési joga szembekerül egy másik alapjoggal, az élethez való joggal. Ez pedig a méltósághoz való joggal összefüggésben abszolút jognak tekinthető. Ezt az államnak az egyes személyek vonatkozásában (akár velük szemben is) és általában véve is védenie kell [21,24,25,26].

Ám van olyan szakértői vélemény is, mely szerint az emberi méltósághoz való jogból levezetve az önrendelkezési jog alapján joga van mindenkinek saját döntést hozni arról, hogyan akar véget vetni az életének. Ezt azzal indokolják, hogy az ember méltóságát azáltal ismerhetjük el, ha a méltósághoz való jogban megtalálható önrendelkezési jogot a gyakorlatban ténylegesen megadjuk.

Ez, mint fentebb leírtuk, ha aktív eutanáziáról van szó, az élethez való jogba ütközhet, így ezt a jogot az állam korlátozhatja, de el is vonhatja. Készültek alkotmánybírói különvélemények is, amiben eltérő véleményeket fogalmaztak meg, főleg a passzív eutanáziával kapcsolatban. Voltak különvélemények, melyek az Egészségügyi törvény 20. § (3) bekezdésében a „gyógyíthatatlan” betegség kifejezést alkotmányellenesnek titulálták, mert például a nem gyógyítható, de valamilyen állapotban stabilizálható beteg számára, vagy az olyan beteg számára, akinek betegsége hosszú lefolyású, annak is biztosítani kellene az életfenntartó, életmentő vagy bármilyen más kezelés visszautasításának jogát. A másik megfogalmazás, amit alkotmányellenesnek tartottak, az a „rövid idő” volt mint határozatlan jogfogalom, a jogbiztonság-

normavilágosság követelményét megsérti. Egyes alkotmánybírók szerint az is alkotmányellenes, hogy meg kell próbálni a beteget lebeszélni a döntéséről. Ezen rendelkezések az Egészségügyi törvényben azóta is változatlanok [22,25].

Jogászai vélemény szerint az is kérdéses, hogy ha egy betegség halálhoz vezet akkor is, ha a szakmai szabályoknak megfelelő ellátás biztosított, de ezzel a kezeléssel meghosszabbítható az élettartam, akkor a jog szerint a cselekvőképes beteget akarata ellenére kezelni kell, mert már nem teljesül a „rövid idő” kritériuma [9].

Előzetes rendelkezés (advance directives/”living will”/”élő végrendelet”) egészségügyi ellátás visszautasításáról cselekvőképesség esetére

Ezt a kérdéskört az egyes egészségügyi ellátások visszautasításának szabályairól szóló 117/1998. (VI.16) kormányrendelet szabályozza, az Egészségügyi törvénnyel összhangban. Az előzetes rendelkezés egy előzetes nyilatkozattétel lehetőség, ami arra ad lehetőséget, hogy a cselekvőképes személy egy előzetes jognyilatkozatban visszautasítson bizonyos egészségügyi beavatkozásokat, kezeléseket későbbi, esetleges cselekvőképtelenné válása esetére [7,27].

Ebben arról lehet nyilatkozni, hogy milyen vizsgálatokat, beavatkozásokat, valamint életfenntartó, életmentő beavatkozásokat szeretne az egyén visszautasítani, ha a fentiek szerint rövid időn belül a szóba jövő ellátások ellenére halálhoz vezet a betegsége (terminális állapot), és akkor, ha gyógyíthatatlan betegségben szenved, és betegsége következtében önmagát fizikailag ellátni képtelen, illetve fájdalmi megfelelő gyógykezeléssel sem enyhíthető. Fontos kikötés tehát, hogy az egyes életmentő, életfenntartó kezelések visszautasítása akkor érvényesülhet, ha terminális állapotúvá válik a beteg vagy gyógyíthatatlan betegségben szenved, és önmaga ellátására képtelen vagy csillapíthatatlan fájdalomban szenved. Lehetőség van cselekvőképes helyettes döntéshozó megjelölésére is [28].

Közokiratban kell nyilatkozni, tehát közjegyző kell az elkészítéséhez (2023. őszén ennek körülbelül 45 000 Ft volt a közjegyzői díja). Mivel speciális témakörrel van szó, és a közjegyzők az orvosi háttérrel, nomenklatúrát nem ismerik, javasolják, hogy egy orvost is vonjanak be a dokumentum elkészítésébe, hogy a végeredmény a gyakorlatban is használható legyen. A tartalmával kapcsolatban nincs szabályozás, ez nagyon eltérő lehet a nyilatkozatot tevő személye alapján (milyen idős, milyen betegségekben, milyen stádiumban szenved). A nyilatkozat bármikor visszavonható, minden formalitás nélkül. Vannak kezdeményezések arra, hogy mintákat dolgozzanak ki, segédletet adjanak ahhoz, hogy mit tartalmazzon az okirat. Ilyen minták elérhetőek például a Magyar Hospice-Palliatív Egyesület honlapján is [27,28].

Nincs arra vonatkozóan sem jogszabály, hogy az elkészült iratot hová kell eljuttatni, esetleg valamilyen nyilvántartásba regisztrálni, így igen esetleges annak valódi figyelembevétele. A rendelet ad néhány kapaszkodót: a beteg adja át a háziorvosának, illetve amikor kórházi felvételre kerül sor, vigye magával a hitelesített dokumentumot [27,28].

Ma Magyarországon nagyon kevesen élnek az előzetes rendelkezés lehetőségével. Valószínűleg sokan nem is tudnak arról, hogy van erre lehetőség. Anomália mutatkozik a kórházban meghozott visszautasítás és az előre elkészített visszautasítás között. Az előzetes rendelkezés esetén a visszautasítás alapja lehet az is, ha az egyén gyógyíthatatlan betegsége következtében önmagát fizikailag ellátni képtelen, illetve fájdalmai megfelelő gyógykezeléssel sem enyhíthetők. Amikor már kórházban van az egyén, és felmerül az életmentő ellátás szükségessége, gyakran már nem tehető meg realisan. A beteg cselekvőképessége esetén azért nem, mert az egészségügyi törvényben meghatározott három tagú bizottság és a három nap elteltével történő ismételt nyilatkozási szükséglet időkerete hosszú. Törvényes képviselő kérésre pedig bírósági döntésre kell várni, ami szintén hosszabb időt vesz igénybe. Szintén jogi kérdéseket vet fel, hogy az életveszélybe került betegre sokszor beszűkült tudatállapot jellemző, ami a belátási képességét jelentősen befolyásolhatja. Ez pedig felveti döntési képesség hiányában az ellátás visszautasításának jogszerűségét [13,27,28].

Ellátás Előzetes Tervezése – Advance care planning

Ez az életvégi megbeszélések strukturált módszere. Az ellátás előzetes tervezését a hospice ellátásban dolgozták ki azért, hogy megismerjék a daganatos betegek életvégi egészségügyi ellátással kapcsolatos igényeit és az ellátás dokumentált részévé tegyék azt. Később ezt más betegcsoportokra és ellátási formára is kiterjesztették. A nemzetközi gyakorlatban egyre nagyobb figyelmet fordítanak erre a tervezésre. Ez kiterjedhet olyan kérdésekre, mint az ellátás preferált helyszíne, ellátás preferált körülményei, személyes értékek, fontos dolgok az életben, vallással, spiritualitással kapcsolatos kérdések, temetéssel, búcsúztatással kapcsolatos kívánalmak, hagyatékkal kapcsolatos információk, de az előzetes egészségügyi rendelkezés is része lehet. Az ebben meghatározottakat akkor veszik figyelembe, amikor az egyén már olyan állapotban van, hogy nem tud részt venni döntési helyzetekben [8,29].

Magyarországon a szakorvosképzés átalakításáról szóló 28/2022. (VIII. 25.) BM-rendelet módosította a háziorvostan szakorvosképzés követelményrendszerét, amely alapján az ellátás előzetes tervezése a palliatív medicinán belül már a háziorvosi kompetenciák között szerepel [29].

A beteg döntéseinek jogszabályban meghatározott lehetőségeit összefoglalva tehát elmondható, hogy egy egyszerű beavatkozást, kezelést bármilyen módon vissza lehet utasítani, például ha hazamegy a beteg a kórházból. Közokiratban vissza lehet utasítani az ellátást, amelynek elmaradása esetén egészségi állapotában várhatóan súlyos vagy maradandó károsodás következne be. De életmentő vagy életfenntartó kezelések visszautasításáról csak akkor rendelkezhet a beteg, ha súlyos betegségben szenved, ami rövid időn belül halálhoz vezet és gyógyíthatatlan. Ha valaki előre szeretne rendelkezni arról, hogy a későbbiekben esetleges cselekvőképtelenség esetén milyen kezeléseket utasít vissza, ezt előzetes egészségügyi rendelkezés formájában teheti meg.

Büntető törvénykönyv

A téma kapcsán foglalkozni kell az eutanázia büntetőjogi vonatásával is. A magyar büntetőjog két alapvető, a kérdéskör szempontjából releváns esetet ismer: „emberölés” és „öngyilkosságban való közreműködés”. A jelenleg hatályos magyar szabályozás szerint ha az egészségügyi dolgozó az eutanázia aktív formájában vesz részt, a tényállástól függetlenül emberölés vagy öngyilkosságban való közreműködés büntetést követi el. A különbség, hogy kiben alakul ki a döntés: az öngyilkosságot elkövető személyben vagy a segítőjében [23].

A Büntető Törvénykönyvről szóló 2012. évi C. törvény 160. § (1) bekezdése szerint, aki más megöl, büntett miatt öt évtől tizenöt évig terjedő szabadságvesztéssel büntetendő. A 162. § (1) bekezdése pedig az öngyilkosságban való közreműködésről rendelkezik. Aki más öngyilkosságra rábír, vagy ennek elkövetéséhez segítséget nyújt – ha az öngyilkosságot megkísérik vagy elkövetik – büntett miatt egy évtől öt évig terjedő szabadságvesztéssel büntetendő. Ebbe a körbe tartozik az is, ha valaki más segítene külföldön eutanáziában részesülnie, a segítő büntetőjogi felelősségre vonnák Magyarországon öngyilkosságban való közreműködés miatt. Fontos azonban kiemelni, hogy aki tizenegyedik életévét be nem töltött vagy akaratnyilvánításra képtelen személyt öngyilkosságra rábír, ha az öngyilkosságot elkövetik, emberölésért büntetendő [160. § (5)] [23].

Tehát Magyarországon mind az orvos általi, mind a laikus személy általi másik ember öngyilkosságához való asszisztálás büntetendő. Ez extraterritoriálisan is igaz, vagyis ha ez egy másik olyan országban történik, ahol az öngyilkosságban való közreműködés nem tekintendő bűncselekménynek [2,4].

KÖVETKEZTETÉSEK

A fentieket összegezve elmondhatjuk, hogy az életvégi döntésekkel, kezelésekké visszautasításával kapcsolatos hazai jogi szabályozás értelmezése nem egységes. Ellentmondások vannak a jogszabályok, rendeletek értelmezésében még a jogászok között is. Az orvosok számára – akik jogi képzésben minimálisan részesülnek – még nehezebb a jogi környezet értelmezése. Szükség lenne arra, hogy az orvosok támogatást kapjanak a jogszabályok értelmezésével és gyakorlati betartásának lehetőségeivel kapcsolatban. Akár oktatási, edukációs anyagok segítségével, akár olyan módon, hogy tudják, kihez lehet fordulni, ha jogi kérdésük van ebben a témakörben. Az anomáliák felszámolásának érdekében pedig kezdetben szakmai egyeztetésekre lenne szükség jogászok és orvosok bevonásával, később pedig szélesebb társadalmi körben, mivel ez egy olyan fontos téma, amit a lehető legtöbb szempontból körbe kell járni.

Törekedni kell arra is, hogy a betegek megismerjék a „living will” és az ellátás előzetes tervezésének intézményét. Ehhez azonban az az első lépés, hogy az orvosok legyenek tisztában a lehetőségekkel, amit utána a betegek és hozzátartozóik számára át tudnak adni.

SZERZŐI MUNKAMEGOSZTÁS

Publikációnk alapját az Egészségügyi Menedzserképzés keretében Az Egészségügyi Rendszerek Működése tantárgy vizsgaanyaga képezte. S.E. témavezetőként segítette munkánkat.

Szakirodalmi adatok gyűjtése, elemzése és a kéziratok elkészítése az alábbiak szerint történt:

- Az életvégi döntések kapcsán használt fogalmak, nemzetközi kitekintés és életvégi döntésekkel kapcsolatos

magyarországi jogi környezet témáját T.Á.A. dolgozta fel.

- Az életvégi döntésekkel kapcsolatos vallási és etikai dilemmák, a jelenlegi magyarországi gyakorlat és az összefoglalás témakör L.A. anyaga.
- A problémák és megoldási javaslatok megfogalmazása L.A. és T.Á.A. közös munkája.

Publikációnkat dr. Karsai Dániel emlékének ajánljuk.

IRODALOMJEGYZÉK

- [1] Barcsi: Az Emberhez Méltó Halál Lehetősége: Az Eutanázia és Alternatívája, Esszé Esély 2004/5. https://www.esely.org/kiadvanyok/2004_5/barcsi.pdf (megtekintés: 2023.11.30.)
- [2] „Elutasította Karsai Dániel beadványát a Strasbourgi Emberi Jogok Európai Bírósága” <https://telex.hu/belfold/2024/06/13/karsai-daniel-itelet-strasbourg-birosag-eutanazia> (megtekintés: 2024.07.04.)
- [3] „European Court Of Human Rights: Case Of Dániel Karsai v. Hungary” <https://hudoc.echr.coe.int/eng#%7B%22itemid%22:%5B%22001-234151%22%5D%7D> (megtekintés: 2024.07.04.)
- [4] „Szakértőket is meghallgat a strasbourgi bíróság Karsai Dániel ügyében” https://hvg.hu/itthon/20231117_Szakertoket_is_meghallgat_a_strasbourgi_birosag_Karsai_Daniel_ugyeben (megtekintés: 2023.11.28.)
- [5] „Karsai Dániel Strasbourgan: A magyar kormány sem tudott felhozni olyan botrányos ügyet, ami az eutanázia ellen szólna” <https://24.hu/kozelet/2023/11/28/karsai-daniel-strasbourg-targyakas-eutanazia/> (megtekintve: 2023.12.02.)
- [6] „A kegyes halál, avagy az eutanázia kérdésköre” <https://www.legitimo.hu/jogi-hirek/a-kegyes-halal-avagy-az-eutanazia-kerdeskore/> (megtekintés: 2023.11.25.)
- [7] Kőrösi Alexandra: Az Önrendelkezési Jog Az Eutanázia Kapcsán, Tanulmány <https://jap.sze.hu/images/lapsz%C3%A1m/2017/2/k%C5%91r%C3%B6si.pdf> (megtekintés: 2023.11.28.)
- [8] Csikós (ed.): Palliatív Ellátás Egyetemi Jegyzet, Pécs 2015. <https://hospice.hu/docu/Palliativ-ellatas-egyetemi-jegyzet.pdf>
- [9] Az Életvégi Döntések Jogi Szabályozása Magyarországon Állam- és Jogtudomány LVII. évfolyam 2016. 4. szám Különszám https://jog.tk.hu/uploads/files/AJT_2016_04.pdf (megtekintés: 2023.11.28.)
- [10] Hámori.: Az „Eutanázia” Aktuális Kérdései (etikai, jogi, teológiai aspektusai) JURA 27. évfolyam, 2021. I. szám https://jura.ajk.pte.hu/JURA_2021_1.pdf (megtekintés: 2024.01.21.)
- [11] EMMI szakmai irányelv (EÜK 2017/15.) a daganatos felnőtt betegek teljes körű hospice és palliatív ellátásáról <https://jogkodex.hu/doc/1496978> (megtekintés: 2024.11.30.)
- [12] Egészségügyi Szakmai Kollégium: Egészségügyi szakmai irányelv A daganatos felnőtt betegek teljes körű hospice és palliatív ellátásáról <https://kollegium.aeek.hu/Download/Download/3581> (megtekintés: 2024.01.21.)
- [13] 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99700154.tv>
- [14] Hegedűs: Az Életvégi Döntések Lehetőségei Időskorban, 2016. október <https://semmelweis.hu/neurologia/files/2017/01/Hegedus-eletvegi-dontesek.pdf> (megtekintés: 2023.11.30.)
- [15] „Swiss perspectives in 10 languages” <https://www.swissinfo.ch/eng/why-assisted-suicide-is-normal-in-switzerland-45924614> (megtekintés: 2023.11.25.)
- [16] „The true cost: How the UK outsources death to Dignitas” <https://www.independent.co.uk/life-style/health-and-families/the-true-cost-how-the-uk-outsources-death-to-dignitas-a8073401.html> (megtekintés: 2023.12.04.)
- [17] Kertész: Eutanázia és A Gazdasági Jog – Gondolatok A Német Alkotmánybíróság Döntése Nyomán Közjogi Szemle 2021/4. <https://szakcikkadatbazis.hu/doc/8458661> (megtekintés: 2023.12.04.)
- [18] „Hollandiában tavaly volt a legtöbb eutanázia” https://medicalonline.hu/kitekinto/cikk/hollandiaban_tavaly_volt_a_legtobb_eutanazia (megtekintés: 2023.12.05.)
- [19] Kőműves: Eutanázia Belgiumban Tanulmány – Kihívások Metszésponjtjában Kharón Thanatológiai Szemle 2021/4. https://kharon.hu/docu/2021-4_komuves-eutanazia.pdf (megtekintés: 2023.11.25.)
- [20] „Eutanázia és büntetőjog” <https://batki.info/eutanazia-es-buntetojog/> (megtekintés: 2024.01.21.)
- [21] Tóth: Eutanázia Szakdolgozat 2018 Miskolc <http://midra.uni-miskolc.hu/document/30249/26234.pdf> (megtekintés: 2023.11.25.)

- [22] Zubek: Életvégi döntések az intenzív terápiában – az önrendelkezés és a kezeléskorlátozás etikai és jogi vonatkozásai, Doktori értekezés http://old.semmelweis.hu/wpcontent/phd/phd_live/vedes/export/zubeklaszlo.d.pdf
- [23] 2012. évi C. törvény a Büntető Törvénykönyvről <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a1200100.tv> (megtekintés: 2023.11.25.)
- [24] 22/2003. (IV. 28.) AB határozat <https://njt.hu/jogszabaly/2003-22-30-75> (megtekintés: 2023.11.25.)
- [25] Tóth: „Oszthatatlan és korlátozhatatlan?” – Gondolatok az emberi élethez és méltósághoz való jogról az eutanáziahatározat kapcsán <https://jesz.ajk.elte.hu/tothj21.html> (megtekintés: 2024.09.21.)
- [26] Magyarország Alaptörvénye <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a1100425.atv>
- [27] Kussinszky, Stánicz: Közjegyzői Feladatok Az Életvégi Döntések Érvényesülése Kapcsán Közjegyzői Közlöny 2021/3. szám <https://szakcikkadatbazis.hu/doc/6794734> (megtekintés: 2023.11.25.)
- [28] „Living will a közjegyzői gyakorlatban” <https://budafok-kozjegyzo.hu/living-will-a-kozjegyzoi-gyakorlatban/> (megtekintés: 2023.11.25.)
- [29] Busa: Az Ellátás Előzetes Tervezése (Advance Care Planning) és Alkalmazási Lehetőségei Magyarországon Doktori (Ph.D) értekezés 2023. Pécs <https://pea.lib.pte.hu/bitstream/handle/pea/34938/busa-csilla-phd-2023.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (megtekintés: 2023.11.28.)

A SZERZŐK BEMUTATÁSA



Tóth Ágnes Anita 2014-ben végzett a Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Karán. 2015-ben a Budapesti Gazdasági Főiskola Külkereskedelmi Karán minőségmenedzsment szakirányon szerzett diplomát. Ezt kö-

vetően a Semmelweis Egyetem Betegbiztonsági és Minőségügyi Menedzser képzését is elvégezte. Orvosi munkája mellett 2014 óta dolgozik a Semmelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképző Központjában minőségüggyel kapcsolatos projektekben szakmai szakértőként.



Lénárt Anett ortopéd-traumatológus, kézsebész főorvos 1999-ben szerzett diplomát a SE Általános Orvostudományi Karon. 2007-ben ortopéd-traumatológia, 2009-ben kézsebészet szak-

vizsgát tett. 1999-től 2014-ig a Merényi Gusztáv Kórház, 2014-től 2018-ig a Honvédkórház Baleseti Sebészeti Osztályán dolgozott, 2014-től 2021-ig a Honvédkórház Egynapos Sebészeti Osztályán osztályvezető főorvosként. 2021 óta a magánegészségügyben dolgozik kézsebészként.



Nagy Edit 1990-ben kezdett el dolgozni, az akkor SE I. sz Gyermekgyógyászati Klinika Intenzív terápiás osztályán. 1992-ben gyermekápoló, 1994-ben újszülött-csecsemő-gyermek intenzív terápiás szakápoló és 2013-ban klinikai neurofiziológiai szakasszisztens végzettséget szerzett Budapesten Ezt követően az EEG-laborban szakasszisz-

tensként és a Klinika Koraszülött Intenzív osztályán dolgozott szakápolóként. 2020-ban a SE Egészségtudományi Karán diplomás ápoló képzettséget szerzett, jelenleg a SE Egészségügyi Menedzserképző Központ Egészségügyi menedzser mesterképzésének hallgatója. 2020-tól a SE Gyermekgyógyászati Klinikán oktatásért felelősként és klinikai vezetőápoló helyetteseként tevékenykedik, 2023-tól a Gyermek-klinika Bókay részlegének részlegvezetői feladataival bővült a munkaköre.



Sinkó Eszter közgazdász, egészségpolitikai szakértő. 1979-ben végezte el a Marx Károly Közgazdaságtudományi Egyetemet elméleti gazdaságpolitika szakon. Az Orvostovábbképző Intézetben kutatóként dolgozott (1980-1983), majd a Szociális Intézetek Központjában a statisztikai osztályt vezette. Később az egészségügy központi irányításában makrogazdasági tervezéssel foglalkozott, az egészségügyi reform első hulláma során az akkori Szociális és Egészségügyi Minisztérium Reformtitkárságának munkatársaként az egészségügyi intézményrendszer irányításának, finanszírozásának átalakítása volt a szakterülete (1988-

1992). Az Egészségbiztosítási Önkormányzat választott tagja volt az önkormányzat működésének teljes időtartama alatt (1993-1998). A Sedgwick Noble Lowndes nemzetközi tanácsadó cég magyarországi képviselőjénél vezetőként dolgozott, az egészségügy és nyugdíj területén kormányzati tanácsadással foglalkozott (1993-1995). Jelenleg a Ssemelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképző Központjának egyik igazgatóhelyettese. 2000-ben a London School of Economics and Science egyetemen PhD-kutatásokat végzett. Fő érdeklődési területe az egészségügy működésének egészségpolitikai értékelése. Az IME – Egészségügyi vezetők szaklapja, tudományos folyóirat 2001-es alapításától a Szerkesztőbizottság tagja, a lapot 2021 óta kiadó Magyar Egészségügyi Menedzsment Társaság elnökhelyettese.

1992). Az Egészségbiztosítási Önkormányzat választott tagja volt az önkormányzat működésének teljes időtartama alatt (1993-1998). A Sedgwick Noble Lowndes nemzetközi tanácsadó cég magyarországi képviselőjénél vezetőként dolgozott, az egészségügy és nyugdíj területén kormányzati tanácsadással foglalkozott (1993-1995). Jelenleg a Ssemelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképző Központjának egyik igazgatóhelyettese. 2000-ben a London School of Economics and Science egyetemen PhD-kutatásokat végzett. Fő érdeklődési területe az egészségügy működésének egészségpolitikai értékelése. Az IME – Egészségügyi vezetők szaklapja, tudományos folyóirat 2001-es alapításától a Szerkesztőbizottság tagja, a lapot 2021 óta kiadó Magyar Egészségügyi Menedzsment Társaság elnökhelyettese.