

# JOGI FÓRUM PUBLIKÁCIÓ

## **Ez lenne a „Plesó-ügy” megoldása?**

- **pszichiátriai betegek nem önkéntes intézeti gyógykezelése, gondolatok a 2015. évi LXXVII. törvényhez -**

**Szerző: dr. Sarkadi Mónika**

**Tatabánya, 2015. október 10.**

## **I. Bevezetés**

A pszichiátriai betegek nem önkéntes intézeti gyógykezelése nem kifejezetten az a terület, mely akár a jogvédők, a jogászok, az egészségügy, vagy a közérdeklődés középpontjában lenne. Az emberek leginkább csak akkor szereznek némi információt ezen eljárásokról, amikor egy-egy botrány, vagy az Emberi Jogok Európai Bíróságának (továbbiakban a **Bíróság**) egy-egy Magyarországot marasztaló ítélete kapcsán a bulvár média is kiemelten foglalkozik a témával. Ettől függetlenül ezek olyan eljárások, melyek folyamatosan jelentős erőforrást igényelnek mind a bíróságokon, mind a pszichiátriai intézményekben dolgozók részéről. Mint az ún. elmefelügyelet elnevezésű nemperes eljárásban rendszeresen résztvevő bírósági titkár az a véleményem, hogy a jelenlegi szabályozás sem a pszichiátriai betegek fokozott jogvédelmét, sem a társadalom védelmét nem szolgálja és sajnos a Bíróságnak a 41242/08. számú ügyben (továbbiakban „Plesó-ügy”) hozott ítélete utáni jogszabályváltozás is csak a Bíróság által kiemelt foltok egy részének bevarrását célozta, de a szabályozás alapvető hiányosságait továbbra sem oldotta meg.

Bár az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény (továbbiakban Eütv.) módosításáról szóló 2015. évi LXXVII. törvény miniszteri indokolása szerint az Eütv. X. fejezetének módosítása a „Plesó-ügy” kapcsán a Bíróság által feltárt hiányosságok orvoslását szolgálja, jelen írás végére azonban az olvasó is látni fogja, hogy a pszichiátriai betegek nem önkéntes intézeti gyógykezelésének jelenlegi szabályai nem feltétlenül jelentenek garanciát egy „második Plesó-üggyel” megelőzésére.

## **II. A pszichiátriai betegek nem önkéntes intézeti gyógykezelése szabályozásának nemzetközi jogi háttere**

Az alábbiakban bemutatásra kerülő nemzetközi dokumentumok nyilván nem mellőzhetők egy ilyen témájú írásban, azt azonban már előljáróban is szükséges rögzíteni, hogy a pszichiátriai betegek (korábban elmebetegek) nem önkéntes gyógykezelésének jogi szabályozása hazánkban sem a XX. század, vagy ezen nemzetközi dokumentumok vívmánya, hiszen a téma első átfogó szabályozása 1876-ban megtörtént, sőt már III. István korából is maradt írásos jogi intézkedés az elmebetegekkel

kapcsolatban (Gratiani-féle decretum, 1151)<sup>1</sup>.

Az emberi jogok és alapvető szabadságok védelméről szóló, Rómában, 1950. november 4-én kelt Egyezmény - melyet Magyarország 1992-ben ratifikált és az 1993. évi XXXI. törvénnyel vált a belső jog részévé - (továbbiakban **Egyezmény**), az Európa Tanács Miniszteri Bizottsága által 1983. február 22-én a miniszteri megbízottak 356. ülésén elfogadott R (83) 2 számú ajánlása [továbbiakban **ET R(83) 2. sz. ajánlása**] „az elmebetegségben szenvedő, kényszer gyógykezelt személyek jogi védelméről”, vagy az ENSZ 46/119. számú 1991. december 17-i közgyűlési határozata alapján elfogadott „A pszichiátriai betegek védelméről és a pszichiátriai gyógykezelés fejlesztéséről” szóló alapelvek (továbbiakban **ENSZ határozat**) nem az alapját jelentették az átfogó szabályozásnak, de annak későbbi irányát - az érintett országokban - mindenképpen meghatározták.

### ***II.1. Az Egyezmény - téma szempontjából - releváns rendelkezése***

Az 5. cikk értelmében mindenkinek joga van a szabadságra és a személyi biztonságra. Ez a jog azonban nem abszolút és korlátozhatatlan. Az Egyezmény e cikkében tételesen felsorolja, hogy mely esetekben van helye törvényben meghatározott eljárás útján való korlátozásnak, az e) pont második fordulata pedig rögzíti, hogy arra „az elmebetegek, alkoholisták, kábítószer-élvezők vagy csavargók őrizetbe vétele” esetében is sor kerülhet. A 2-4. pontok az eljárási garanciák követelményét fogalmazza meg, majd az 5. pont rögzíti, hogy ezek megsértésével végrehajtott letartóztatás, vagy őrizetbe vétel áldozatának joga van a kártalanításra. A határidőkre vonatkozóan konkrét követelmény a „haladéktalanul”-on kívül nincs, azonban az Emberi Jogok Európai Bíróságának gyakorlatában a 4 napon túli bíróság elé állítás már kivételes viszonyok között is jogszerűtlennek minősül. *„A határidőt úgy kell megállapítani, hogy ne lehetetlenítse el a jogalkalmazó hatóságok tevékenységét, és csak annyi ideig tartson, amennyi a bírósági eljárás előkészítéséhez feltétlenül szükséges. Ez az idő különleges esetekben sem haladhatja meg a 3-4 napot. A hétvégi napok és az ünnepnapok szinte minden európai államban beszámítanak a határidőbe. Az alapvető jog érvényesülése érdekében nem nagy ár a bíróságok és a szabadságelvönásra feljogosított hatóságok hétvégi „ügyeleti” rendszerének kiépítése”.<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> dr. Dósa Ágnes: Az elmebetegek gyógykezelésének jogi kérdései, Magyar Jog 1995. 6. szám 327. old.

<sup>2</sup> Az állampolgári jogok országgyűlési biztosának jelentése az AJB-3414/2010. számú ügyben, Budapest, 2011. május 30.

## **II.2. Az ET R(83) 2. sz. ajánlása az elmebetegségben szenvedő, kényszergyógykezelt személyek jogainak védelméről**<sup>3</sup>

Az ajánlás nem kötelező jelleggel útmutatást ad a tagállamok számára azokra az esetekre, amikor a pszichiátriai betegek egészségügyi intézménybe történő felvétele és ott tartása (kezelése) nem a „saját kérésére történik” (1. cikk). A pszichiátriai beteg definícióját nem határozza meg, azonban a 2. cikkben rögzíti, hogy *„az erkölcsi, társadalmi, politikai és egyéb értékekhez való alkalmazkodás nehézsége önmagában nem tekinthető az elmeállapot rendellenességének”*. Az ajánlás kiemeli, hogy a beteg csak akkor gyógykezelhető intézetben, ha elmebetegsége miatt komoly veszélyt jelent önmagára vagy másokra nézve, de azt is lehetővé teszi, hogy az államok *„olyan értelemben is rendelkezhetnek, hogy a beteg akkor is gyógykezelhető, ha elmebetegsége súlyos jellege miatt a gyógykezelés hiánya állapotának romlásához vezetne vagy megakadályozná, hogy az érintett megfelelő kezelésben részesüljön.”* Lehetővé teszi, hogy a beteget sürgős esetben bírói döntés nélkül is befogadják, illetve az intézetben tartsák, azonban ilyenkor azonnal tájékoztatni kell az illetékes bíróságot (vagy egyéb hatóságot), mely a döntését - a gyógykezelést eredetileg kérő, vagy javasoló személytől/szervtől eltérő - „orvosi tanács” alapján egyszerű és gyors eljárásban hozza meg.

Az eljárási garanciák között előírja továbbá, hogy a beteget azonnal tájékoztatni kell a jogairól, biztosítani kell a bírói határozatok elleni fellebbezés lehetőségét, és ki kell jelölni „egy személyt, akinek az a kötelessége - nem sértve bármely más érdekelt személy fellebbezési jogát -, hogy segítsen a betegnek eldönteni azt, hogy fellebbezzen-e vagy sem”.

A gyógykezelés a 9. cikk értelmében határozott időre szól, a szükségességét „ésszerű” időközönként felül kell vizsgálni és az orvos, vagy az illetékes elrendelő bíróság (hatóság) döntése alapján bármikor megszüntethető.

---

<sup>3</sup> [http://www.europatanacs.hu/pdf/CMRec\(83\)2.pdf](http://www.europatanacs.hu/pdf/CMRec(83)2.pdf) (2015.09.12.)

### **II.3. ENSZ határozat**<sup>4,5</sup>

A pszichiátriai betegek jogaival kapcsolatos legátfogóbb és legrészletesebb nemzetközi jogi dokumentum az ENSZ által 1991-ben elfogadott „Alapelvek a pszichiátriai betegek védelméről és a pszichiátriai gyógykezelés fejlesztéséről”, c. ENSZ határozat, mely a fentiekhez hasonlóan ugyancsak nem kötelező jellegű ajánlásokat fogalmaz meg a tagállamok számára. A pszichiátriai betegek jogait (alapvető szabadságok és jogok, titoktartás, orvosi vizsgálat, gyógyszerelés, kezelés, közösség és kultúra szerepe) a felvételükkel és ellátásukkal kapcsolatos jogi problémák széles skáláját (beleegyezés a kezelésbe, kivételek, eljárási garanciák, panasz, jogorvoslat, megfigyelés és végrehajtás) fogja át mintegy 25 alapelvben részletezve. A 9. alapelv például rögzíti, hogy minden pszichiátriai kezelés esetén a „legkevésbé korlátozó vagy intruzív alternatíva” elvét kell alkalmazni, ami annyit jelent, hogy a betegnek joga van arra, hogy a legkevésbé korlátozó környezetben kezeljék, illetve kezelése mások fizikai biztonságának és saját egészségügyi szükségleteinek megfelelő legkevésbé korlátozó vagy intruzív módon történjen. Az eljárás szempontjából kiemelendő 11. és 16. alapelv.

A „beleegyezés a kezelésbe” címet viselő 11. alapelv főszabályként kimondja, hogy bizonyos kivételektől eltekintve „a beteget megfelelő tájékoztatás alapján adott hozzájárulása nélkül semmilyen kezelésnek nem lehet alávetni”, a (6) pont pedig megadja a kivételek feltételrendszerét. E szerint a beteg akarata ellenére is pszichiátriai kezelésben részesíthető, ha egy arra felhatalmazott „független hatóság” megállapítja, hogy a betegnek nincs meg a tájékozott beleegyezéshez vagy a kezelés tájékozott visszautasításához szükséges belátási képessége, és a kezelés a beteg legjobb érdekét (best interest of the patient's health needs) szolgálja. A beteg beleegyezése ellenére történő kezelés a „független hatóság” felhatalmazása alapján akkor is lehetséges, ha a beteg cselekvőképes ugyan, de saját vagy mások biztonsága szempontjából indokolatlanul utasítja vissza az érdekében álló kezelést. A (8) pont pedig arra az esetre is lehetővé teszi a beleegyezés nélküli kezelést, ha a hazai jog által felhatalmazott elmeügyi gyakorló orvos (qualified mental health practitioner by law) megállapítása szerint sürgős szükség van a beteget

---

<sup>4</sup>dr. Kovács József: A nem önkéntes pszichiátriai kezelés és a vélemény szabadság, *Fundamentum* 2004. 1. szám 23-43 old.

<sup>5</sup> <http://www.un.org/documents/ga/res/46/a46r119.htm> (2015.08.10.)

vagy más személyt közvetlenül fenyegető kár elkerülés érdekében. Ugyancsak ez az alapelv tiltja a pszichiátriai betegek sterilizációját, a sebészeti beavatkozásokat, vagy a visszafordíthatatlan pszichiátriai kezeléseknél a beteg beleegyezése nélküli alkalmazását. Minden esetben tájékoztatni kell a beteget kezelés természetéről, az alternatív kezelésekről és a lehetséges mértékig be kell vonni az ún. kezelési terv (treatment plan) kidolgozásába.

Jelen írás témája szempontjából nélkülözhetetlen a nem önkéntes beutalással foglalkozó 16. alapelv bemutatása sem, mely szerint „1. Valamely személy (a) nem önkéntes alapon betegként pszichiátriai intézetbe utalható; vagy (b) saját kérelem alapján felvételt nyert betegként nem önkéntes alapon pszichiátriai intézetben tartható akkor, és csak akkor, ha törvény által arra felhatalmazott, megfelelő képzettséggel rendelkező pszichiáter a 4. Alapelvvel összhangban megállapítja, hogy a személy pszichiátriai (mentális) betegséggel küzd, és úgy véli:

(a) hogy a mentális betegség miatt fennáll annak komoly lehetősége, hogy a személy azonnali, vagy közvetlen kárt okoz önmagában, vagy másokban; vagy

(b) hogy a komoly mentális betegséggel küzdő és csorbult ítélőképességgel rendelkező személy beutalásának vagy további intézetben tartásának elmulasztása állapotának valószínű súlyos romlásához vezetne, vagy megakadályozná a legkevésbé korlátozó alternatíva elvének figyelembe vételével is csak pszichiátriai intézetbe történő beutalással biztosítható, megfelelő kezelés nyújtását.

A (b) pontban hivatkozott esetben egy, az első szakembertől független második pszichiáterrel is konzultálni kell, ha arra lehetőség van. Ha ilyen konzultációra sor kerül, akkor nem önkéntes beutalás vagy visszatartás csak a második pszichiáter egyetértésével lehetséges.

2. A nem önkéntes beutalás vagy visszatartás első alkalommal - a beutalás vagy visszatartás felülvizsgálati szerv általi felülvizsgálatát megelőzően - csak a hazai jogban megfigyelés vagy előzetes kezelés céljára meghatározott rövid időtartamra tartható fenn. A beutalás okait haladéktalanul közölni kell a beteggel, s a beutalása tényét az alapul szolgáló okokkal együtt haladéktalanul és részletesen közölni kell a felülvizsgálatot végző szervvel, a beteg személyes képviselőjével (ha van ilyen), és a beteg családjával, ha a beteg nem ellenzi.”<sup>6</sup>

---

<sup>6</sup> Az Emberi Jogok Európai Bíróságának ítélete a 41242/08. számú ügyben

Amint az az ET R(83) 2 sz. ajánlása, valamint az ENSZ határozat vázlatos bemutatásából is látható mindkét dokumentum az ún. „parens patriae” megoldás mellett foglal állást, ami annyi jelent, hogy a kötelező pszichiátriai intézeti kezelés elrendelésének feltételeként az ön- és közveszélyesség mellett elfogadja önmagában az intézeti gyógykezelés szükségességét is, ha a beteg ellátása másképpen nem biztosítható és a beteg nem rendelkezik a kellő belátási képességgel.<sup>7</sup>

### **III. A pszichiátriai betegek nem önkéntes intézeti gyógykezelésének hazai szabályozása a „Plesó-ügy”-et megelőzően**

Miután Magyarország 1992-ben ratifikálta az emberi jogok és alapvető szabadságok védelméről szóló Egyezményt, a magyar jogrendszert összhangba kellett hozni az Egyezménnyel. Ezt a harmonizációt az akkor hatályos régi Eütv (1972. évi II. törvény) módosításáról szóló 1994. évi LXXXVII. törvény teremtette meg, mely 1995. február 15. napján lépett hatályba. A pszichiátriai betegek gyógykezelésével és gondozásával kapcsolatos szabályokat jelenleg már az 1998. július 1. napján hatályba lépett az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény (továbbiakban Eütv.) X. fejezete tartalmazza. Az Eütv. a régi Eütv.-hez képest abban jelentett nagy előrelépést, hogy megadta a pszichiátriai intézet, a veszélyeztető magatartás, a közvetlen veszélyeztető magatartás, majd 2006. január 1. napjától a pszichiátriai beteg definícióját is. Külön címben foglalta össze a pszichiátriai betegek jogaira vonatkozó különös szabályokat (fokozott védelem, a korlátozó, kényszerítő eszközök alkalmazhatósága, személyes szabadság korlátozásának feltételei, módja, egészségügyi dokumentáció megismeréséhez való jog, stb.), külön szabályozta az önkéntes gyógykezelésre, a sürgősségi gyógykezelésre, valamint a kötelező gyógykezelésre vonatkozó anyagi- és eljárásjogi szabályokat, végül pedig a közös eljárási szabályokat. A szabályozás azóta természetesen többször is változott, azonban a jelenleg hatályos szövegre kétség kívül „Plesó-ügy”-ben hozott ítéletének megállapítása volt. Ebből kifolyólag jelen írás először a 2015. július 1. napját megelőző szabályozást mutatja be annak szerkezetét követve, majd összefoglalja a Plesó-ügy lényegét és az ügyben hozott ítélet megállapításait, végül pedig ismerteti, hogy a 2015. évi LXXVII. törvény releváns rendelkezéseit.

---

<sup>7</sup> dr. Kovács József: A nem önkéntes pszichiátriai kezelés és a véleményszabadság, Fundamentum 2004. 1. szám 23-43 old.



### III.1. Fogalom meghatározás és a pszichiátriai betegek jogaira vonatkozó különös szabályok

Az Eütv. 188. § a) pontjában a jogalkotó megadja a pszichiátriai intézet definícióját, a b) és c) pontjában pedig elkülöníti a veszélyeztető és közvetlen veszélyeztető magatartás fogalmát. A b) pont szerinti **veszélyeztető magatartásról** akkor beszélünk, „*ha a beteg - pszichés állapotának zavara következtében - saját vagy mások életére, testi épségére, egészségére jelentős veszélyt jelenthet és a megbetegedés jellegére tekintettel a sürgős intézeti gyógykezelésbe vétel nem indokolt*”. A c) pont szerinti **közvetlen veszélyeztető magatartásról** pedig akkor, „*ha a beteg - pszichés állapotának akut zavara következtében - saját vagy mások életére, testi épségére, egészségére közvetlen és súlyos veszélyt jelent*”. A pszichiátriai beteg fogalmát [ d) pont] pedig a BNO<sup>8</sup> besorolás (Mentális és viselkedészavar: F00-F99, illetve szándékos önártalom: X60-X84) szerint adta meg.

Miután a pszichiátriai betegek gyógykezelésére és gondozására vonatkozó különös szabályozás egyik célja a fokozott jogvédelem, a törvény külön elvként határozza meg, hogy az általános részben foglalt betegjogok korlátozása csak veszélyeztető állapotú beteg esetében, az állapot fennállásáig lehetséges. A pszichiátriai betegnek joga van, hogy ellátására, gyógykezelésére lakóhelyi, illetve családi környezetében kerüljön sor (190. §). Ezzel szorosan összefügg a betegnek az a joga, hogy gyógykezelése során a lehető legkevésbé korlátozó eszközt, illetve módszert alkalmazzák. A törvény nevesíti azokat a betegjogokat, amelyeknél a beteg állapotára tekintettel kivételesen korlátozásra kerülhet sor. A gyógykezeléshez való beleegyezésére (191. §) a törvény szerinti általános szabályok az irányadó, azonban a nem önkéntes gyógykezelés (sürgősségi és kötelező) esetében addig, ameddig a beteg veszélyeztető vagy közvetlenül veszélyeztető magatartást tanúsít, el lehet tekinteni a beteg beleegyezésétől. Fontos garanciális elem azonban, hogy a beteg tájékoztatását ilyen esetekben is a körülményekhez képest meg kell kísérelni, és a veszélyeztető állapot elmúltával a beteget részletesen tájékoztatni kell minden olyan körülményről, amelyet a betegtájékoztatás szabályai szerint beteggel egyébként is közölni kell. Veszélyeztető állapotú, zavart, nyugtalan pszichiátriai beteg esetében kivételesen, ideiglenes jelleggel lehetőség van a beteg mozgási szabadságának korlátozására (192. §), de garanciális elemként rögzítve van az arányosság követelménye, azaz a korlátozás csak addig tarthat és olyan mértékű lehet, ameddig és amilyen

---

<sup>8</sup> Betegségek Nemzetközi Osztályozásának X. Revíziója

mértékben az feltétlenül szükséges. Az orvosi dokumentáció megismerésének joga (193.§) veszélyeztető állapotú pszichiátriai betegek esetében két okból korlátozható. Egyrészt akkor, ha alapos okkal feltételezhető, hogy a dokumentáció megismerése a beteg gyógyulását nagymértékben veszélyeztetné, másrészt pedig akkor, ha az abban foglalt információ megismerése más személy személyiségi jogait sértené.

### **III.2. Pszichiátriai betegek intézeti gyógykezelése - az önkéntes gyógykezelés**

A pszichiátriai betegek intézeti gyógykezelésbe vételére a 196. § szerint három esetben kerülhet sor: a beteg tájékozott beleegyezése alapján; veszélyeztető állapotú beteg esetében sürgősséggel; valamint bíróság kötelező intézeti gyógykezelést elrendelő határozata alapján.

Önkéntes gyógykezelés esetén a cselekvőképes beteg a pszichiátriai intézetbe történő felvétele előtt beleegyezett. Ugyancsak önkéntes a gyógykezelés, ha a korlátozottan cselekvőképes kiskorú, vagy a cselekvőképességében az egészségügyi ellátással kapcsolatos jogok tekintetében részlegesen korlátozott, vagy cselekvőképtelen beteget az Eütv. 16. § (1)-(2) bekezdéseiben meghatározott személy kérelmére vették fel a pszichiátriai intézetbe. A bíróság önkéntes gyógykezelés esetén kizárólag az intézeti gyógykezelés indokoltságát és a beteg beleegyezésének érvényességét vizsgálja, cselekvőképes beteg esetében kizárólag a beteg kérelmére, korlátozottan cselekvőképes kiskorú, vagy a cselekvőképességében az egészségügyi ellátással kapcsolatos jogok tekintetében részlegesen korlátozott, vagy cselekvőképtelen beteget esetében pedig hivatalból vizsgálja. Amennyiben tehát a beteg cselekvőképes, a bíróságnak kizárólag akkor van hatásköre eljárni, ha a beteg kérte az intézeti gyógykezelés indokoltságának és a beleegyezése érvényességének a vizsgálatát. Amennyiben ilyen kérelmet nem terjesztett elő, akkor attól függően, hogy ez mikor jut a bíróság tudomására, érdemi vizsgálat nélküli elutasításnak, vagy az eljárás megszüntetésének van helye. Amennyiben viszont korlátozottan cselekvőképes kiskorú, vagy a cselekvőképességében az egészségügyi ellátással kapcsolatos jogok tekintetében részlegesen korlátozott, vagy cselekvőképtelen beteg felvételét az Eütv. 16. § (1)-(2) bekezdésében megjelölt személy kérte, vagy ún. ideiglenes felvételre kerül sor *(erre akkor van lehetőség, ha fent meghatározott személy nyilatkozatának beszerzése késedelemmel járna, vagy felmerül annak a veszélye, hogy a beteg indokolt gyógykezelésében ellenérdekelt, a 199. § szerinti sürgősségi vagy 200. § szerinti kötelező*

*gyógykezelés feltételei nem állnak fenn, de az intézeti gyógykezelése indokolt*), akkor a bíróság hivatalból vizsgálja az intézeti gyógykezelés indokoltságát és a beleegyezés érvényességét. E kérelmekről a pszichiátriai intézet vezetője haladéktalanul értesíti a bíróságot és az értesítéstől számított 72 órán belül a bíróságnak határozatot kell hoznia. Az eljárás során biztosítani kell a beteg megfelelő képviselőt (201. § 4 bekezdés alapján ügygondnok, vagy betegjogi képviselő), a határozathozatal előtt a bíróságnak meg kell hallgatnia a beteget, az intézet vezetőjét, vagy az általa kijelölt orvost és be kell szereznie független - a beteg gyógykezelésében részt nem vevő - igazságügyi elmeorvos szakértő szakvéleményét.

Ha a gyógykezelés nem indokolt, a bíróság elrendeli a beteg elbocsátását és a bíróság jogerős határozatának közlésétől számított 24 órán belül el kell őt bocsátani az intézetből. Amennyiben viszont a beleegyező nyilatkozat, vagy a kérelem érvénytelen - és annak a törvényben meghatározott feltételei fennállnak - a bíróság elrendeli a beteg kötelező intézeti gyógykezelését.

A cselekvőképes beteget kérelmére, a cselekvőképtelen, korlátozottan cselekvőképes kiskorú vagy a cselekvőképességében az egészségügyi ellátással összefüggő jogok tekintetében részlegesen korlátozott beteget esetén a gyógykezelésbe vételét kérő személy kérelmére az intézetből el kell bocsátani. Az önkéntesen, illetve az ideiglenesen felvett beteg nem bocsátható el, ha a gyógykezelés során veszélyeztető vagy közvetlen veszélyeztető magatartást tanúsít, és emiatt fennáll az intézeti gyógykezelés szükségessége. Ebben az esetben a 199. §-ban szabályozott eljárást kell lefolytatni. A bíróság az intézeti gyógykezelés szükségességét időszakosan felülvizsgálja (198.§), melyre pszichiátriai fekvőbeteg-gyógyintézetben harmincnaponként, pszichiátriai betegek rehabilitációs intézetében hatvannaponként kerül sor, azonban cselekvőképes beteg önkéntes gyógykezelésének felülvizsgálatra csak akkor kerülhet sor, ha ez ellen a beteg nem tiltakozott.

### ***III.3. A sürgősségi gyógykezelés (199.§)***

Sürgősségi gyógykezelésre akkor kerülhet sor, ha a beteg pszichiátriai beteg, közvetlen veszélyeztető magatartást tanúsít és ez csak azonnali pszichiátriai intézeti gyógykezelésbe vétellel hárítható el. Ez esetben a közvetlen veszélyeztető magatartást észlelő orvos intézkedik a beteg pszichiátriai intézetbe szállításáról, melynél szükség esetén a rendőrség közreműködik. A

pszichiátriai intézet vezetője 24 órán belül a bíróság értesítésével kezdeményezi a beszállítás indokoltságának megállapítását és a kötelező pszichiátriai intézeti gyógykezelés elrendelését. A bíróság pedig az értesítéstől számított 72 órán belül határozatot hoz, melyben egyrészt dönt a beszállítás indokoltságáról, másrészt - a 199. § (5) bekezdésében foglaltak fennállása esetén - elrendeli a beteg kötelező pszichiátriai intézeti gyógykezelését.

Az eljárás során itt is biztosítani kell a beteg megfelelő képviseletét [201. § (4) bekezdés alapján ügygondnok, vagy betegjogi képviselő], a határozathozatal előtt meg kell hallgatnia a bíróságnak a beteget, az intézet vezetőjét, vagy az általa kijelölt orvost és be kell szereznie független - a beteg gyógykezelésében részt nem vevő - igazságügyi elmeorvos szakértő véleményét.

Annak érdekében, hogy a bíróság a tárgyalás során valós képet alkothasson a beteg állapotáról, a 199. § (4) bekezdés előírja, hogy a betegnél a határozat meghozataláig csak olyan gyógykezelést szabad alkalmazni, amely a beteg állapotát stabilizálja, elsősorban az állapotromlás megelőzésére kell törekedni. Amennyiben - orvos szakmai szempontok alapján - ez nem lehetséges és a betegnél halaszthatatlanul el kell kezdeni a gyógykezelést, azonban ennek okait részletesen indokolni és dokumentálni is kell.

A bíróság a 199. § (5) bekezdése értelmében a sürgősséggel felvett beteg esetében akkor rendeli el a kötelező gyógykezelést, ha a beteg (1) pszichiátriai beteg, (2) veszélyeztető magatartást tanúsít és (3) fennáll az intézeti gyógykezelés szükségessége. E három feltételnek együttesen kell fennállnia és össze kell függnie.

Amennyiben tehát a (közvetlen) veszélyeztető magatartást tanúsító beteg nem minősül a 188. § d) pontja szerint pszichiátriai betegnek, nem állapítható meg a beszállítás indokolttsága és nem rendelhető el a kötelező pszichiátriai intézeti gyógykezelés. Akkor sem rendelhető el a kötelező gyógykezelés, ha a pszichiátriai beteg nem tanúsított a 188. § b) pontja szerinti veszélyeztető magatartást még akkor sem, ha az állapota súlyos és indokolt lenne a pszichiátriai intézeti gyógykezelése. Feltétel továbbá az is, hogy a pszichiátriai beteg által tanúsított veszélyeztető magatartás oka a pszichés állapotának zavara kell, hogy legyen. Fontos kiemelni, hogy annak eldöntése, hogy a beteg pszichiátriai beteg-e, illetve hogy az általa tanúsított magatartás

összefüggésben van-e pszichés állapotának zavarával, minden esetben orvosszakértői kérdés. Annak eldöntése viszont, hogy a magatartása veszélyeztető-e, illetve közvetlen veszélyeztető, nem kizárólag szakkérdés, hanem erre vonatkozóan további bizonyítás lefolytatásának van helye.<sup>9</sup>

Fontos garanciális szabály, hogy sürgősséggel beszállítására került betegeknél akkor is le kell folytatni a kötelező intézeti gyógykezelés elrendelésére irányuló eljárást, ha később beleegyezését adta az intézeti gyógykezeléshez. A pszichiátriai intézetből el kell bocsátani a beteget, ha intézeti gyógykezelése a továbbiakban nem indokolt, egyébként pedig a gyógykezelés szükségességét a bíróság harmincnaponként felülvizsgálja.

#### **III.4. A kötelező gyógykezelés (200. §)**

Az indokolás szerint a jogalkotó fontosnak tartotta, hogy azon pszichiátriai betegeknél, akik veszélyeztető állapotuk miatt intézeti gyógykezelésre szorulnak, de a kezelésnek önként nem vetik alá magukat, ne a sürgősséggel történő beszállítás legyen az egyetlen eszköz arra, hogy a beteg a megfelelő gyógyintézetbe kerülhessen. Ezért lehetőség van arra, hogy a bíróság először elrendelje a beteg intézeti gyógykezelését és kényszerintézkedésre csak abban az esetben kerüljön sor, ha a beteg a bíróság határozatának nem tesz önként eleget. Erre azonban csak abban az esetben van lehetőség, ha a beteg veszélyeztető magatartást tanúsít, de megbetegedés természetére tekintettel nem indokolt az sürgősségi gyógykezelésbe vétel. Az eljárás a pszichiátriai gondozóintézet szakorvosának értesítése, vagy bizonyos feltételek esetén az ügyész kezdeményezésére indul, és a kérelemben nem elég a kötelező intézeti gyógykezelés elrendelését kérelmezni, hanem javaslatot kell tenni a gyógykezelés végző pszichiátriai intézetre is.

A bíróságnak az értesítéstől számított 15 napon belül kell meghozza a határozatát, azonban a határozathozatal előtt meg kell hallgatnia a beteget, a beteg gyógykezelésében részt nem vett független igazságügyi elmeorvos szakértőt, valamint a beteg gyógykezelésében részt vett szakorvost. Ha a beteg az idézésre nem jelenik meg, a bíróság elrendelheti az elővezetését, más kényszerítő eszközt azonban nem alkalmazhat. A kötelező intézeti gyógykezelés szükségességét a

---

<sup>9</sup> dr. Molnár Andrea: Segédanyag a pszichiátriai betegek intézeti gyógykezelésével kapcsolatos bírósági eljárásokhoz (Tatabányai Törvényszék belső anyag, 2014. április 2.)

bíróság 30 naponként felülvizsgálja és a gyógykezelésre kötelezett beteget az intézetből el kell bocsátani, ha gyógykezelése már nem indokolt.

### ***III.5. Közös eljárási szabályok***

Az fenti nemperes eljárások lefolytatására a beteg lakóhelye (tartózkodási helye) szerint illetékes járásbíróság az illetékes, a felülvizsgálat lefolytatására pedig a pszichiátriai intézet székhelye szerinti járásbíróság. További garanciális szabály, hogy az eljárásban biztosítani kell a beteg megfelelő képviseletét, ezért amennyiben meghatalmazott, vagy törvényes képviselője nincsen, a bíróság ügygondnokot rendel a beteg számára, de a jogszabály lehetővé teszi azt is, hogy a betegjogi képviselő járjon el a beteg képviseletében. A beteg képviselője köteles a személyes meghallgatás előtt felkeresni a beteget, tájékozódni a beszállítás körülményeiről és tájékoztatni a beteget az eljárással kapcsolatos jogairól.

Az igazságügyi elmeorvos szakértőnek nyilatkoznia kell arra vonatkozóan is, hogy a beteg képes-e ügyeinek vitelére és amennyiben azt állapítja meg a szakértő, hogy a beteg belátási képessége csökkent, vagy hiányzik, a bíróság a szakvélemény másolati példányát megküldi a beteg lakóhelye szerint illetékes gyámhatóságnak a gondnokság alá helyezési eljárás megindítása céljából. Az eljárás során hozott határozatot a betegnek is kézbesíteni kell, a határozattal szemben a közléstől számított 8 napon belül lehet fellebbezni.

Sürgősségi gyógykezelés és a kötelező gyógykezelés esetén, illetve önkéntes gyógykezelés esetén a cselekvőképtelen beteg, cselekvőképtelen, vagy korlátozottan cselekvőképés kiskorú, illetve cselekvőképességében az egészségügyi ellátással összefüggő jogok tekintetében részlegesen korlátozott beteg esetében a felülvizsgálat mindig hivatalból történik, a cselekvőképés beteg önkéntes gyógykezelésénél pedig csak akkor kerülhet sor a felülvizsgálatra, ha a beteg nem tiltakozott ellene.

#### IV. A Plesó-ügy lényege és az Emberi Jogok Európai Bíróságának (továbbiakban a Bíróság) a 41242/08. számú ügyben hozott ítélete

A pszichiátriai betegek gyógykezelésére és gondozására vonatkozó szabályozás legutolsó módosítását amint arra a 2015. évi LXXVII. törvény indokolása is utal elsősorban az ún. Plesó-ügyben hozott ítélet megállapításai indokolták. Attól függetlenül, hogy az ügyben a kötelező intézeti gyógykezelés elrendelésére indult az eljárás, az ítélet átfogó változást hozott az addigi szabályozásban.

Amint azt az Alkotmánybíróság már többször megfogalmazta „*az Emberi Jogok Európai Egyezményéből, illetve a Bíróság esetjogi gyakorlatából, valamint a [...] nemzetközi dokumentumokból megállapítható, hogy az elmebetegek tekintetében az ön- és közveszélyesség oka lehet a személyi szabadság korlátozásának, a kötelező pszichiátriai gyógykezelésnek. A nemzetközi dokumentumok és a Bíróság gyakorlata is a hangsúlyt főképpen az eljárási garanciákra helyezi, azaz, hogy az elmebetegség miatt történő szabadságkorlátozás ne lehessen önkényes, csak a szükséges mértékű legyen, és csak a szükséges ideig tartson.*”<sup>10</sup>

Az ítélet marasztalásának részletezése előtt azonban szükséges a tényállás rövid összefoglalása is, mert a Bíróság által feltárt szabályozási hiányosságok egy része csak a tényállás ismeretében értelmezhető.

Plesó Tamás (továbbiakban kérelmező) édesanyja rendszeresen beszámolt pszichiáterének (dr. M.-nek) a kérelmező „furcsa viselkedéséről”, hogy „céltalanul rója a várost”, „nem gondoskodik magáról”, stb. Dr. M. tájékoztatta a kérelmező édesanyját a sürgősségi, valamint a kötelező gyógykezelés lehetőségéről. A kérelmező felszólítást kapott arra, hogy keresse fel dr. M. rendelését. Erre 2007 szeptemberében sor került és dr. M. diagnózisa „megfigyelés alatt álló paranoid schizofrenia” volt. Ezt követően dr. M. pszichológiai vizsgálatra adott időpontot a kérelmezőnek, a vizsgálatot végző dr. L. „skizoid elidegenedés, szenitív beállítottság, paranoid magatartás”-t állapított meg. A következő konzultációkon „a kérelmező kifejtette a politika iránti érdeklődését, és hangot adott annak a reményének, hogy megválasztják Budapest főpolgármesterének”. A 2007. október 31-i konzultáción a kérelmező jelezte dr. M.-nek, hogy nem kíván több személyes találkozón részt venni és ezt követően dr. L. rendelésén sem jelent meg. A kérelmező édesanyja 2007.

---

<sup>10</sup> Állampolgári jogok országgyűlési biztosa - jelentések AJB-3414/2010. számú ügyben

november 5-én és 6-án panaszkodott dr. M.-nek, hogy képtelen finanszírozni, hogy fia a „rituális mosdásaihoz” rengeteg vizet használ el, majd dr. M. elmagyarázta neki, hogy a kérelmezőnek önként kell kezelést kérnie. Ezt követően Dr. M. 2007. november 26-án a kérelmező kötelező intézeti gyógykezelésének elrendelését kérte a Dunakeszi Városi Bíróságtól. 2007. december 11-én a Dunakeszi Városi Bíróság az ügyben tárgyalást tartott, a kérelmezőnek ügygondnokot rendelt ki, tanúként meghallgatta dr. M.-et, és a kérelmezőt. Rögzítette, hogy a kérelmező válasza dezorientáltak és tévesek voltak. A kirendelt igazságügyi elmeorvos szakértő a tárgyalás szünetében folytatta le a vizsgálatot kb. 40 perc alatt, azonban sem az ügygondnoknak, sem a kérelmezőnek nem volt módja arra, hogy a tárgyalás folytatása előtt megismerje a szakvéleményt. A kirendelt dr. H. nem nyújtott be írásos szakvéleményt, csak a tárgyalás szünetében ismertette. Írásban 2007. december 13-án küldte meg a bíróságnak. A 2007. december 18-án tartott újabb tárgyaláson a bíróság elrendelte a kérelmező kötelező intézeti gyógykezelését. A bíróság a szakvélemény megállapításait teljes mértékben elfogadva megállapította, hogy „a kérelmező grandiózus téveszmékkel kísért skizofréniában szenved és azzal, hogy nem hajlandó önként pszichiátriai kezelés alá vetni magát és nem hajlandó törődni magával, veszélyezteti saját egészségét.” A bíróság megállapította azt is, hogy megfelelő orvosi kezelés javítana az állapotán, továbbá azt hogy a kezelés elmaradása egészsége rosszabbodását vonná maga után. A végzés ellen az ügygondnok nyújtott be fellebbezést, azonban a Pest Megyei Bíróság 2008. február 12-én helybenhagyta az elsőfokú bíróság határozatát.

A kérelmező a Bírósághoz 2008. augusztus 21. napján előterjesztett kérelmében azt állította, hogy pszichiátriai őrizetbe vétele nem volt indokolt, és sértette az Egyezmény 5. cikk 1. bekezdésének e) pontját<sup>11</sup>. Állítása szerint egyrészt nem került kellő módon bizonyításra, hogy elmebeteg; másrészt az intézeti gyógykezelés elutasítása nem tekinthető olyan körülménynek, ami igazolja a szabadságtól megfosztást; harmadrészt pedig nem vizsgálták a bíróságok megfelelően a „veszélyesség” kritériumát sem.

A Bíróság mindenekelőtt kiemelte, hogy az Egyezmény 5. cikk 1. bekezdésében foglalt „törvényes” és „törvényben meghatározott eljárás útján” kifejezések a hazai jogra utalnak vissza, e kifejezések mögött meghúzódó fogalom a tisztességes és megfelelő eljárás, ami annyit jelent, hogy a szabadság

---

<sup>11</sup> „Mindenkinek joga van a szabadságra és a személyi biztonságra. Szabadságától senkit nem lehet megfosztani, kivéve az alábbi esetekben és a törvényben meghatározott eljárás útján: ... e) ...elmebetegek...őrizetbe vétele”



elvonását megfelelő szervnek kell elrendelnie és végrehajtania, s az intézkedés nem lehet önkényes. Rámutatott, hogy a „nemzeti jog betűjének” megfelelő eljárás is lehet önkényes, ha a hatóságok részéről „rossz hiszem, vagy csalás eleme merül fel”. Az Egyezmény 5. cikk 1. bekezdés e) pontja szerinti „törvényesség kritériuma nem teljesül pusztán a hazai jognak való megfeleléssel; magának a hazai jognak is összhangban kell állnia az Egyezménnyel”. Utalt rá, hogy az elmebetegség miatti őrizetbe vétel törvényességéhez a Bíróság három minimumfeltételt állított fel:

- az elmebetegséget meggyőző módon bizonyítani kell (független orvosszakértőnek kell valódi mentális zavart megállapítania);
- a mentális zavarnak olyan típusúnak, vagy fokúnak kell lennie, ami igazolja a kötelező intézetbe utalást;
- a további intézetben tartásnak a zavar további fennállásától kell függnie.

E körben a Bíróságnak az volt a feladata, hogy a megtámadott határozatokat az Egyezmény alapján vizsgálja felül, azaz meg kellett bizonyosodnia arról, hogy a vitatott határozat meghozatalakor elegendő bizonyíték állt a hazai bíróságok rendelkezésére a személyi szabadság korlátozásának elrendelésére.

A Bíróság a hazai bíróság gyakorlatából kiemelte, hogy „az a tény, hogy a kérelmező nem volt hajlandó önként igénybe venni gyógykezelést, általában jelentős veszélyeztető magatartásnak minősül”. Az ügy érdemére vonatkozóan pedig megállapította, hogy a szakvéleményt a szakértő egy bírósági tárgyalás 40 perces szünetében készítette el, ami kétséges a vizsgálat „tisztes és megfelelő” voltát illetően, ezért a Bíróság nem tudta olyanként elfogadni a szakvéleményt, mint ami kellően alapos és részletes ahhoz, hogy a hazai bíróságok számára lehetővé tegye a kérelmező személyes szabadságát korlátozó határozat meghozatalát. E körben észrevételezte, hogy „a lefolytatott eljárás nem volt teljes mértékben mentes az önkényesség kockázatától”.

A Bíróság nem találta meggyőzőnek a Kormány azon érveit, hogy a szóban forgó mentális zavar olyan fokú volt, ami kötelező intézetbe utalást indokolt; „különösen mivel úgy tűnik, hogy sem a nemzeti jog, sem az ügyben eljáró bíróság nem tett különbséget a kérelmező egészségének közvetlen veszélyeztetése, valamint az egészségromlás távolabbi kockázata között”. Kifejtette, hogy amikor nem az a kérdés, hogy a személy egészsége közvetlen veszélyben van-e, hanem az, hogy az egészségügyi kezelés javítana-e az állapotán, illetve hogy a kezelés hiánya állapotrosszabbodáshoz

vezetne-e, akkor a bíróságoknak fokozottan kell figyelniük arra, hogy egyensúlyt találjanak az egyén önrendelkezési jogából fakadó „betegséghez való jog” és a „csökkent képességűek számára a lehető legjobb egészségügyi ellátás társadalmi felelősségéből fakadó érdek” között. Jelen esetben úgy találta a Bíróság, hogy a bíróságok „nem tettek valódi erőfeszítést az egyensúly megtalálására”.

A Bíróság azt is hangsúlyozta, hogy **„a kötelező intézeti gyógykezelés csak végső esetben, kevésbé korlátozó alternatíva hiányában és csak akkor alkalmazható, ha „valódi egészségügyi előnyökkel jár anélkül, hogy aránytalan terhet róna az érintett személyre”**. Kiemelte azt is, hogy a kérelmező korábban nem részesült pszichiátriai kezelésben és az eljárás során nem merült fel adat arra sem, hogy másokra bármilyen veszélyt is jelentene.

Lényeges kritikaként fogalmazódott meg a Bíróság részéről, a kérelmező részéről a kezelés elutasításában nem az önrendelkezési jog gyakorlását látta a bíróság, hanem annak bizonyítékát, hogy nem képes belátni saját állapotát. A Bíróság szerint az ilyen érvelés azt is jelentené, hogy aki vonakodik a pszichiátriai intézeti gyógykezeléstől, az éppen a vonakodásával bizonyítja „saját állapotának és a potenciális egészségrosszabbodás kockázatának a felmérésére való képtelenségét”, ami pedig összeegyeztethetetlen az Egyezményben biztosított jogok hatékony védelmének elvével. A bíróság hibájának értékelte, hogy a cselekvőképes kérelmező esetében nem vizsgálták meg alaposan, hogy a gyógykezelés elutasítása racionális, vagy irracionális döntés volt-e. „Ezért nem lehet azt mondani, hogy a kérelmezőt személyes szabadságától megfosztó határozat az összes releváns tényező értékelésén alapul - beleértve a terápiás kilátásokat, illetve az enyhébb beavatkozást jelentő alternatívák rendelkezésre állását is -, ahogyan azt a pszichiátriai betegek védelméről és a pszichiátriai gyógykezelés fejlesztéséről szóló ENSZ alapelvek is megkövetelik”. A Bíróság nem volt meggyőződve arról, hogy a kérelmező mentális zavara olyan típusú, illetve fokú volt, ami indokolta a kötelező őrizetbe vételt, ezért megállapította, hogy a kérelmező kötelező intézeti gyógykezelésének elrendelése nem felelt meg az Egyezmény 5. cikke 1 bekezdésének e) pontjában foglalt feltételeknek.

## V. A 2015. évi LXXVII. törvény legfontosabb rendelkezései

Ugyan a fent ismertetett ítélet 2012. október 2. napján kelt, a Bíróság megállapításaira figyelemmel végrehajtott módosítás csak 2015. július 1-i hatállyal módosította az Eütv. X. fejezetét. Ennek során a jogalkotó pontosította a veszélyeztető és közvetlen veszélyeztető magatartás fogalmát, mely szerint veszélyeztető magatartás akkor állapítható meg, ha a beteg - **mentális** zavara következtében - saját, vagy mások életére, testi épségére, egészségére jelentős veszélyt jelenthet, **és a kezelés hiánya állapotának további romlását eredményezné, amely a 196. § c) pontja szerinti gyógykezeléssel hárítható el**, de a megbetegedés jellegére tekintettel a sürgős intézeti gyógykezelésbe vétel nem volt indokolt. A 188. § c) pontja szerinti közvetlen veszélyeztető magatartás pedig akkor állapítható meg, ha a beteg - akut **mentális** zavara következtében - saját, vagy mások életére, testi épségére, egészségére közvetlen és súlyos veszélyt jelent, **és az azonnali kezelés hiánya állapotának további romlását eredményezné**, amely a 196. § b) pontja szerinti gyógykezeléssel hárítható el.

Pontosította a szakértő eljárását azzal, hogy mindegyik eljárásra előírta [197. § (7) bekezdés és 199. § (6a) bekezdés], hogy a szakvéleményt írásban, vagy legkésőbb a meghallgatáson szóban kell előterjeszteni.

Meghatározta a meghallgatásról készült jegyzőkönyv kötelező tartalmi elemeit, úgy mint: gyógykezelést kezdeményező képviselőjének nyilatkozata, az ügygondnok álláspontja, a beteg számára feltett kérdések, az azokra adott válaszok, a beteg által önállóan előadottak összefoglalása, a szóban előterjesztett szakvélemény teljes tartalma, illetőleg írásbeli szakvélemény ismertetésének megtörténtét és az egyéb észrevételeket.

Az illetékességi szabályok vonatkozásában az a változás, hogy ha a beteg a pszichiátriai eljárás kezdeményezésekor a pszichiátriai intézetben tartózkodik, akkor a pszichiátriai intézet székhelye is megalapozza a járásbíróság illetékességét. A bírói munkateher csökkentése szempontjából pedig az jelenti a legnagyobb változást, hogy megteremtette annak jogszabályi háttérét, hogy ezeket a nemperes eljárásokat erre kijelölt bírósági titkárok is lefolytathassák.

## VI. Valóban sikerült a módosítással kiküszöbölni a Bíróság által feltárt hiányosságokat?

A veszélyeztető-, és a közvetlen veszélyeztető magatartás megítélése álláspontom szerint eddig sem okozott különösebb zavart a bíróság számára, mert a „jelenthet” és „jelent” szóhasználat világosan megkülönböztette, hogy a veszélyeztető magatartásnál egy potenciális veszélyről beszélünk, míg a közvetlen veszélyeztető magatartásnál aktuálisan veszélyes betegről van szó. Az egészségügyben ugyanakkor több olyan fogalom is van, melyek nehezen szétválaszthatók, mert több közös metszetük is van. Az Eütv. korábban ismertetett 188. § b) [*veszélyeztető magatartás*] és c) [*közvetlen veszélyeztető magatartás*] pontjain kívül az Eütv. 3.§ j) pontja megadja a *veszélyeztető állapot* definícióját (az az állapot, amelyben az azonnali intézkedés hiánya a beteg vagy más személy életét, testi épségét vagy egészségét közvetlenül fenyegető helyzetet eredményezne, illetőleg a környezetére közvetlen veszélyt jelentene) is és a Pszichiátriai Szakmai Kollégium által kiadott módszertani levél az Eütv.-hez az egészségügyről és módosításához c. szakmai anyag pedig a sürgősségi gyógykezeléssel kapcsolatban bevezeti a *közvetlen veszélyeztető állapot* fogalmát.<sup>12</sup>

A (közvetlen) veszélyeztető magatartás megállapíthatóságának konjunktív feltételei kiegészültek egy újabb feltétellel, de nem vagyok meggyőződve arról, hogy ez a gyakorlatban bármi változást is jelent majd. Egyelőre 2-2,5 hónap tapasztalata alapján még nem talákoztam olyan szakvéleménnyel, melyben a szakértő akként nyilatkozott volna, hogy az (azonnali) kezelés hiánya NEM eredményezte volna a beteg állapotának további romlását. A veszélyeztető magatartás megítélése pedig nem elsősorban szakkérdés. A törvényi fogalomnak vannak olyan összetevői [pszichiátriai beteg, a tanúsított magatartás összefüggése a pszichés állapot zavarával, a kezelés hiánya eredményezné-e állapotának további romlását, a 196. § b) pontja szerinti gyógykezeléssel hárítható el], melyek orvosszakértői kérdések, de annak megállapítása, hogy pl. a beszállítást indokoltá tevő magatartás a „saját, vagy mások életére, testi épségére, egészségére közvetlen és súlyos veszélyt jelentett-e”, az egyértelműen bírói mérlegelés kérdése.<sup>13</sup> Ezt támasztja alá a Bíróság azon megállapítása is, hogy a szakvéleményt kritika nélkül fogadta el a bíróság. Ez a fogalomponosítás legfeljebb azt a célt szolgálhatta volna (ha nem „és”, hanem „vagy” kötőszóval kerül az új szövegbe), hogy egy újabb esetben alátámassza a Kormány azon hivatkozását, hogy „50.

<sup>12</sup> Állampolgári jogok országgyűlési biztosa - jelentések AJB-3414/2010. számú ügyben

<sup>13</sup> dr. Molnár Andrea: Segédanyag a pszichiátriai betegek intézeti gyógykezelésével kapcsolatos bírósági eljárásokhoz (Tatabányai Törvényszék belső anyag, 2014. április 2.)

... A Kormány szerint a kezelés szükségessége önmagában, az önmagára vagy másokra való veszélyesség nélkül is elegendő igazolásul szolgál a mentálisan zavart személyek kötelező pszichiátriai kezelésére”.

Amennyiben a „Plesó-ügyben” a Bíróság külön is sérelmezte, hogy a kirendelt szakértő a szakvéleményét nem a tárgyaláson terjesztette elő, így azt sem a kérelmező, sem az ügygondnoka nem ismerhette meg a tárgyalás folytatása előtt, az ennek megfelelő változtatást és az igazi garanciát az jelentette volna, ha a törvény előírja, hogy a szakértő a szakvéleményét legkésőbb a meghallgatásig írásban, vagy a meghallgatáson szóban terjeszti elő, és ez utóbbi esetben a bíróság a szakvéleményt teljes terjedelmében a jegyzőkönyvben rögzíti.

Garanciális szempontból mindenképpen hasznos, hogy a jogalkotó meghatározta a meghallgatásról készülő jegyzőkönyvek kötelező tartalmi elemeit, azonban ha a 201. § (7a) bekezdés d) pontja szerint a bíróság a beteg által önállóan előadottakat a bíróság csak összefoglalóan rögzíti, az azt is jelenti, hogy a beteg adott esetben szétesett, inkohérens gondolkodása és nyilatkozata egy koherens, adekvát összefüggő egészként fog megjelenni a jegyzőkönyvben, így egy esetleges másodfokú eljárásban azzal szembesülhet a törvényszék, hogy az írásban előterjesztett szakvélemény és a meghallgatásról készült jegyzőkönyv teljesen ellentmond egymásnak, a bíróság ezt a látszólagos ellentmondást nem oldotta fel, ezért a döntése iratellenes, megalapozatlan.

Lényeges azonban kiemelni, hogy bár az Eütv. tartalmaz bizonyos speciális szabályokat, melyek a pszichiátriai betegek gyógykezelésével kapcsolatos bírósági eljárások gyors lefolytatását hivatottak garantálni, azonban lényeges kérdésekre nincs speciális szabály és így az Eütv. 201. § (1) bekezdése szerint háttérjogszabályként alkalmazandó Pp. jelentősen „elnehezíti” az eljárást. Amennyiben az Eütv.-ben szabályozott szigorú határidőket még sikerül is tartania a bíróságnak és a kérelmező értesítését követő 72 órán belül a bíróság lefolytatja az eljárást és meghozza a határozatot, az írásba foglalásra, a határozatok közlésére, esetleges előzetes végrehajthatóságra, vagy kézbesítés módjára már nincsenek speciális szabályok. A bírósági titkárok részére a meghallgatás lefolytatását a Pp. 12/A.§-a korábban is lehetővé tette, így ezekben az esetekben szóba sem jöhetett, hogy a bíróság a határozatát esetleg a meghallgatáson meghozza és kihirdesse. Amennyiben az akta - a szakvéleménnyel és a meghallgatás jegyzőkönyvével - időben bekerült a bíróhoz, aki az értesítéstől

számított 72 órán meghozza a határozatát, majd innen áttérne a Pp. általános szabályaira, akkor ugyan jogszerűen járna el, csak az Eütv. szerinti speciális garanciális szabályok vesztenék értelmét. Mi értelme van annak, hogy a bíróság 72 órán belül meghozza a határozatát, ha arra nincs speciális szabály, hogy azt milyen módon és milyen határidővel kell kézbesíteni a feleknek?

Az érdemi végzés kézbesítése nagyon sokszor nehézségekbe ütközik, hiszen ha a határozat kézbesítésekor még ténylegesen a kórházban tartózkodik a kérelmezett és nincs helyettes átvévő, vagy meghatalmazott, akkor a kézbesítési vélelem útján történő kézbesítés hosszú hetekkel hosszabbíthatja az egész eljárást. Mivel az Eütv. 201. § (1) bekezdése alapján alkalmazandó Pp. szabályai szerint a határozatot a kérelmezett lakóhelyére (tartózkodási helyére) postai szolgáltató útján kell kézbesíteni, álláspontom szerint nem elvárható sem a kérelmezőtől, sem a bíróságtól, hogy a bíróság határozatait - jogszabályi háttér hiányában is - személyesen kézbesítse a pszichiátriai intézetben fekvő kérelmezettnek.

Azokon a járásbíróságokon ahol a titkárok végezték a meghallgatást, 2015. július 1-je előtt szóba sem jöhetett, hogy a bíróság a meghallgatáson hozza meg határozatát a kötelező gyógykezelés elrendelése tárgyában. Most, hogy már kijelölt titkárok is lefolytathatják az eljárást, jogi akadály már nincsen annak, hogy a meghallgatáson határozatot hozzunk és kihirdessük, azonban a kérelmezettek betegségének fakadó előre nem látható, kiszámíthatatlan reakció az, ami visszatarthatja a titkárokat, hogy a meghallgatás helyszínén határozatot hozzanak. Mivel a bírósági meghallgatásig a gyógykezelés célja a közvetlen veszélyeztető állapot megszüntetése oly módon, hogy az lehetőség szerint ne akadályozza a bírósági meghallgatást, sokunkkal előfordult már, hogy a kihallgatható, de egy kicsit (nem kicsit) agitált, felhangolt állapotú kérelmező pusztán meghallgatása is kisebb-nagyobb atrocitások közepette történt.

Végezetül nemcsak a fenti szabályozatlanságok kiküszöbölésére hívnám fel a figyelmet, hanem arra is, amiről szerintem a Bíróság 41242/08. számú ügyben hozott ítélete szól: addig amíg az önkéntes gyógykezelés és a kötelező intézeti gyógykezelés mint két végpont között nincs semmi köztes megoldás, addig akármilyen részletes is a kötelező intézeti gyógykezelés szabályozása, akármilyen rövid határidőket épít be a jogalkotó garanciális jelleggel az eljárásba, a szabályozás **nem felel meg a legkevésbé korlátozó beavatkozás elvének**. A magyar szabályozás legnagyobb hiányossága

szerintem tehát az, hogy hiányzik belőle pl. a nem önkéntes ambuláns kezelés lehetősége. Ezt a kezelési formát az USA-ban már a nyolcvanas években bevezették. Ez általában az antipszichotikumokkal való nem önkéntes ambuláns kezelést jelenti, melyet bíróság rendel el. Összhangban van azzal az elvvel, hogy a pszichiátriai betegek kezelésénél mindig a lehető legkevésbé korlátozó alternatívát, kezelési formát kell választani. Mivel a nem önkéntes ambuláns kezelés kevésbé korlátozó alternatíva, mint az intézeti, ennek elrendeléséhez kevésbé szigorú kritériumoknak is elég megfelelni, mint a nem önkéntes intézeti elhelyezés, vagy kezelés kapcsán. Míg az utóbbinál a saját magára vagy másokra való közvetlen veszélyesség a megkövetelt kritérium, addig a nem önkéntes ambuláns kezelésnél például a „kezelést, gondozást igényel” feltételt szokták alkalmazni.<sup>14</sup>

## VII. Összegzés

A Bíróság ítélete mindenképpen hasznos volt abból a szempontból, hogy - az orvosok, jogászok és a jogvédők által - régóta kritizált szabályozáshoz végre hozzányúljon a jogalkotó és természetesen szükség is volt még több garanciális szabály (pl. jegyzőkönyv tartalmi elemei, ügygondnok nyilatkozata) beépítésére de addig, amíg a pszichiátriai betegek nem önkéntes gyógykezelésének valamennyi alternatívája személyi szabadságot korlátoz, addig ugyanolyan távolságra vagyunk az Egyezményben biztosított jogok hatékony védelmétől, mint voltunk a Bíróság 41242/08. számú ügyben hozott ítélete előtt.

Az Egyezményben és az ENSZ Alapelvekben elvárt jogvédelmet csak akkor fogjuk tudni ténylegesen biztosítani, ha a nem önkéntes kezelési formának lesz olyan változata is, mely nem korlátoz személyi szabadságot. Akkor lehetne olyan nem önkéntes kezelési formát alkalmazni, amely a beteg szabadságából a lehető legkevésébbet vesz el, vagyis amely a szükséges legkisebb mértékben sérti a beteg szabadságjogait. Véleményem szerint ez lett volna a „Plesó-ügy” kapcsán a feladat, nem pedig a foltozgatás.

---

<sup>14</sup> dr. Kovács József: A nem önkéntes pszichiátriai kezelés és a vélemény szabadság, *Fundamentum* 2004. 1. szám 23-43 old.

### **Felhasznált irodalom:**

1. dr. Dósa Ágnes: Az elmebetegek gyógykezelésének jogi kérdései, Magyar Jog 1995. 6. szám
2. dr. Kovács József: A nem önkéntes pszichiátriai kezelés és a véleményszabadság, Fundamentum 2004. 1. szám
3. Az állampolgári jogok országgyűlési biztosának jelentése az AJB-3414/2010. számú ügyben, Budapest, 2011. május 30.
4. Az állampolgári jogok országgyűlési biztosának jelentése az AJB-701/2010. számú ügyben, Budapest 2011. április 27.
5. Az alapvető jogok biztosa, mint OPCAT nemzeti megelőző mechanizmus jelentése az AJB-410/2015. számú ügyben (2015. június)
6. dr. Molnár Andrea: Segédanyag a pszichiátriai betegek intézeti gyógykezelésével kapcsolatos bírósági eljárásokhoz (Tatabányai Törvényszék belső anyag, 2014. április 2.)
7. dr. Vizi János: Kezelhető-e gyermekkorú beteg felnőtt pszichiátriai osztályon?
8. dr. Mátyássy Adrienn, dr. Kákonyi Zoltán, dr. Szűcs Attila: Sürgősségi pszichiátria, Háziorvos Továbbképző Szemle 2000. (5:évf.) 2. szám
9. dr. Tringer László: Sürgősségi pszichiátria, Egészségügyi Menedzsment 2002. (4. évf.) 2. szám

### **Jogszabályok, bírósági határozatok:**

1. Az elmebetegek gyógykezeléséről és gondozásáról szóló 1966. évi 12. törvényerejű rendelet és annak indokolása
2. Az egészségügyről szóló 1972. évi II. törvény 33. - 37. §-ai és annak indokolása
3. Az 1994. LXXXVII. törvény indokolása az egészségügyről szóló 1992. évi II. törvény módosításáról
4. Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény.. fejezete a pszichiátriai betegek gyógykezelése és gondozásáról (188-201/B. §-ai) és annak indokolása
5. A 2015. évi LXXVII. törvény az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény módosításáról és annak indokolása
6. 1/2012. számú polgári elvi határozat
7. Az Emberi Jogok Európai Bíróságának ítélete a 41242/08. számú ügyben (Plesó kontra Magyarország)



8. Pfv.III.20.304/2004/5. sz. végzés
9. Pfv.III.20.213/2007/3. sz. végzés
10. Pfv.II.20.161/2009/6. sz. végzés
11. Pfv.II.22.185/2010/3. sz. végzés
12. Pfv.II.22.089/2011/5. sz. végzés

**Internetes források:**

[www.medicalonline.hu/cikk\\_print/joghezagok a pszichiatricai betegek kenyszergyogykezeleseben](http://www.medicalonline.hu/cikk_print/joghezagok_a_pszichiatricai_betegek_kenyszergyogykezeleseben)

(2015.08.31.)

[http://www.europatanacs.hu/pdf/CMRec\(83\)2.pdf](http://www.europatanacs.hu/pdf/CMRec(83)2.pdf) (2015.09.12.)

[http://ec.europa.eu/health/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/index_en.htm) (2015.08.10.)

<http://www.un.org/documents/ga/res/46/a46r119.htm> (2015.08.10.)

<http://www.un.org/documents/ga/res/46/a46r119.htm> (2015.08.10.)