

Med. Et Jur.

Egészségügyi szolgálati jogviszony

4. oldal

Az egészségügyi dokumentáció
megismerhetőségének örök dilemmái

IV. rész

8. oldal

Egészségügyi adatok tudományos
kutatási célú elemzése a GDPR
tükrében

I. rész

16. oldal

A Genfi Konszenzus Nyilatkozat
a konszenzus hiányáról

Az abortuszjog nemzetközi
emberi jogi mivoltának elutasítása

22. oldal

A szakértői bizonyítás aktuális kérdései

29. oldal



Egészség? Betegség?



Orvosoktól betegeknek
hitelesen.

Havonta
**2 millió
embernek**
nyújtunk segítséget.

WEBBeteg.hu



Főszerkesztői előszó

Napjainkban az egészségügyben dolgozók munkavégzésére irányuló különböző jogviszonyok nagy átalakuláson mennek keresztül. Ezek a változások mind az egészségügyi személyzet, mind a betegek szempontjából kiemelt jelentőségűek lehetnek. Dr. Németh Kinga az új egészségügyi szolgálati jogviszony sajátosságait elemzi a jogszabályi környezetet ismertetve, illetve az egészségügyi dolgozók korábbi foglalkoztatási jogviszonyával összehasonlítva.

Cikksorozatuk befejező részében Dr. Antal Barnabás és Dr. Őri Adrienn az egészségügyi dokumentáció részjogosítványainak gyakorlását mutatják be példákkal.

Turcsin dr. Czapári Dóra cikksorozatában a nagyszámú adat felhasználásával, statisztikai módszerekkel végzett orvostudományi kutatások kapcsán térképezi fel a GDPR szempontrendszerét és a vonatkozó kutatásetikai szabályokat. Az első részben az orvostudományi kutatások fogalmait tisztázza.

Dr. Falusi Bernadett a közelmúltban elfogadott Genfi Nyilatkozat, illetve a kapcsolódó nemzetközi jogi jogforrások tükrében mutatja be a nők egészségének előmozdításával és megőrzésével, illetve az abortuszszal kapcsolatos nemzetközi jogi iránymutatásokat, kitérve azok belső jogban való reflexiójára is.

Végül Dr. Kovács Gábor recenzióját olvashatjuk Dr. Nogel Mónika 2020 őszén, a szakértői bizonyítás témakörében megjelent könyvéről.



DR. SZABADOS GYÖRGY
főszerkesztő,
az Egészség Joga Alapítvány
kuratóriumának elnöke

IMPRESSZUM

MED. Et JUR.

ISSN 2061-6619

Alapító tulajdonos:
Egészség Joga Alapítvány

Kiadja:
Egészség Joga Alapítvány
1142 Budapest,
Erzsébet királyné útja 112.

Szerkesztőség:
4026 Debrecen, Csemete u. 20.
Telefon: 06 (52) 785 013
E-mail: info@medetjur.hu
<http://www.medetjur.hu>
Ár: 1 690 Ft

Főszerkesztő:
Dr. Szabados György

Főszerkesztő-helyettes:
Dr. Boda-Balogh Éva

Szerkesztőbizottság:
Dr. Kovács Gábor
Dr. Őri Adrienne
Dr. Pribula László
Dr. Szabó András
Dr. Zákány Judit
Dr. Németh Kinga

Lapterv, tördelés:
Farkas-Borics Virág

Értékesítés és előfizetés
info@medetjur.hu

Nyomdai kivitelezés:
**Printorg Produkció Kereskedelmi
és Szolgáltató Kft.**

Megrendelés sorszáma: 2021/01

Terjesztés:
Magyar Posta Zrt.

Fotók: dreamstime.com, 123rf.com,
freepik.com és www.thinkstockphotos.com
A MED. Et JUR. név és a hozzá kapcsolódó
logó jogvédelem alatt állnak.
A lapban megjelenő írások és képek
felhasználása csak a kiadó írásos
engedélyével lehetséges. Az újságban
közölt hirdetések tartalmáért a kiadó nem
vállal felelősséget.

Egészségügyi szolgálati jogviszony

Évtizedek óta várták az egészségügyi dolgozók az egészségügy reformját, azon belül a munkájuk felelősségével arányos béremelést. A koronavírus-járvány miatt az egészségügyre nehezedő nyomás a kormánytól kikényszerítette, hogy meghallja a Magyar Orvosi Kamara javaslatait, de cserébe olyan szabályokat is törvénybe iktattak, ami sok egészségügyi dolgozót elbizonytalanított az állami egészségügyi munkavállalástól. Jelen cikk az új rendelkezések főbb szabályait ismerteti.

Az Országgyűlés 2020. október 6. napján fogadta el az egészségügyi szolgálati jogviszonyról szóló 2020. évi C. törvényt (Eszjtv.), majd a kormány novemberben a hozzátartozó végrehajtási rendeleteket.

Kiket érint?

Az állami és az önkormányzati fenntartású egészségügyi szolgáltatóknál foglalkoztatott közalkalmazottak és munkavállalók jogviszonya 2021. március 1-jén átalakul egészségügyi szolgálati jogviszonnyá. A rendelkezés mind az egészségügyi dolgozókra, mind az egészségügyben dolgozókra vonatkozik. *Egészségügyi dolgozó* minden egészségügyi tevékenységet végző

természetes személy, *egészségügyben dolgozó* az egészségügyi szolgáltató működőképességének, üzemeltetésének biztosítása céljából munkavégzésre irányuló jogviszonyt létesítő személy.

A munkaszerződés tervezett tartalmáról az érintetteket írásban tájékoztatni kell és az egészségügyi szolgálati munkaszerződést 2021. február 28-ig kell megkötöni. Ha az új munkaszerződés határidőben nem kerül megkötésre, az érintett közalkalmazotti jogviszonya vagy munkaviszonya megszűnik. Megszűnés esetén az érintett dolgozó közalkalmazotti jogviszonyának vagy munkaviszonyának megszűnésekor érvényes illetményének megfelelő összegű végkielégítésre jogosult, maximum 3 havi mértékben.

A vállalkozókra és a magáncégek alkalmazottaira ez a törvény nem vonatkozik. Az egyházi intézmények saját döntésük alapján csatlakozhatnak a törvény alá tartozókhoz.

Főszabály szerint az állami, önkormányzati fenntartású egészségügyi szolgáltatóknál ettől a határidőtől kizárólag ez egészségügyi szolgálati jogviszony keretében lehet egészségügyi tevékenységet végezni, ez alól kivétel a közreműködő és az önkéntes segítő, azonban megbízási jogviszony keretében ezekben az intézményekben egészségügyi tevékenység a továbbiakban nem végezhető.

Az egészségügyi felsőoktatási intézményekben (pl. klinikák) csak az egészségügyi dolgozókra terjed ki a törvény hatálya, a működésben és üzemeltetésben részt vevő egészség-

ügyben dolgozókra a jogviszonyváltozás nem vonatkozik.

Egészségügyi szolgálati jogviszony olyan büntetlen előéletű és cselekvőképes személlyel létesíthető, aki megfelel az egészségügyi szolgálati munkaszerződés szerinti egészségügyi tevékenység végzésére jogszabályban előírt feltételeknek, és aki nem áll kamarai kizárás, etikai vagy fegyelmi büntetés hatálya alatt. A jogviszony létrejötte előtt a munkáltató erkölcsi bizonyítványt kér a jelölttől.

A koronavírus-járvány miatti veszélyhelyzet ideje alatt az állami egészségügyi szolgáltatónál fennálló jogviszonyukat az egészségügyi dolgozók és az egészségügyben dolgozók nem szüntethetik meg. A 27/2021. (I. 29.) Korm. rendelet február 8-tól meghosszabbította, újra kihirdette a veszélyhelyzetet. Felmerül a kérdés, hogy ha március 1. után is fenntartják a veszély-

helyzet rendelkezéseit, azoknak az egészségügyi dolgozóknak, akik nem írják alá az egészségügyi szolgálati munkaszerződést, a törvény szerint valóban megszűnik-e a jogviszonyuk, vagy a járványhelyzet újra felülír mindent.

Mennyi az annyi?

Az Eszjtv. melléklete meghatározza az egészségügyi szolgálati jogviszonyban foglalkoztatott orvosok, fogorvosok, gyógyszerészek 2021-2023. közötti illetményét. A szolgálati jogviszonyban álló három, öt évente a gyakorlati idővel arányosan eggyel magasabb fizetési fokozatba léphet. A korábbi 170 ezer forintos kezdő nettó orvosi fizetés idén 320 ezerre, majd 2023-ra 457 ezerre emelkedik. Sok orvos 2023-ra a mostani bére dupláját vagy akár háromszorosát kaphatja majd.

Az egészségügyi szakdolgozókra továbbra is a 256/2013 Korm. rendelet szabályai vonatkoznak az ott meghatározott illetménytáblával, azonban a Vhr.-ben meghatározott illetménypótlékra is jogosultak.

Az egészségügyi szolgálati jogviszonyban foglalkoztatottat, akinek az illetményét 2021. március 1-jétől az Eszjtv. 1. melléklete szerint kell megállapítani, a magasabb bér 2021. január 1-jétől illeti meg. A különbség a jogviszony létrejöttét követően visszamenőleg kerül kifizetésre.

Az első szakvizsga megtételéig maximum a 3. fizetési fokozatba lehet eljutni. Huszonöt, harminc-, illetve negyvenévi egészségügyi szolgálati jogviszonnyal rendelkező egészségügyi szolgálati jogviszonyban álló személynek 2, 3, illetve 5 havi illetményének megfelelő szolgálati elismerés jár.

	2021. január 1. - 2021. december 31.		2022. január 1. - 2022. december 31.		2023. január 1-től	
1.	Gyakorlati idő	Összeg	Gyakorlati idő	Összeg	Gyakorlati idő	Összeg
2.	0-2 év	481 486 Ft	0-2 év	619 053 Ft	0-2 év	687 837 Ft
3.	3-5 év	613 134 Ft	3-5 év	788 315 Ft	3-5 év	875 906 Ft
4.	6-10 év	861 848 Ft	6-10 év	1 108 091 Ft	6-10 év	1 231 212 Ft
5.	11-15 év	979 473 Ft	11-15 év	1 259 322 Ft	11-15 év	1 399 247 Ft
6.	16-20 év	1 044 175 Ft	16-20 év	1 342 511 Ft	16-20 év	1 491 679 Ft
7.	21-25 év	1 158 957 Ft	21-25 év	1 490 087 Ft	21-25 év	1 655 653 Ft
8.	26-30 év	1 256 300 Ft	26-30 év	1 615 243 Ft	26-30 év	1 794 715 Ft
9.	31-35 év	1 307 997 Ft	31-35 év	1 681 710 Ft	31-35 év	1 868 567 Ft
10.	36-40 év	1 417 967 Ft	36-40 év	1 823 100 Ft	36-40 év	2 025 667 Ft
11.	41- év	1 666 040 Ft	41- év	2 142 051 Ft	41- év	2 380 057 Ft

Minősítés

Az egészségügyi szolgáltatások minőségének biztosítása érdekében az egészségügyi szolgálati jogviszonyban álló személy munkateljesítményét legalább évente egyszer a munkáltató írásban értékeli. A minősítés alapján az egészségügyi szolgálati jogviszonyban álló személy illetménye az adott fizetési fokozathoz tartozó összeghez képest legfeljebb 20%-kal növelhető.

Munkaidő

Az egészségügyi szolgálati jogviszonyban álló személy munkaidejére az Mt.-t az Eütv.-ben megállapított eltérésekkel kell alkalmazni azzal, hogy a munkaközi szünet a munkaidő részét képezi.

Egészségügyi szolgálati jogviszonyban álló személy számára a többműszakos és megszakítás nélkül működő egészségügyi szolgáltató esetében legfeljebb három hónap munkaidőkeret állapítható meg.

Egyenlőtlen munkaidő-beosztást csak munkaidőkeret esetén lehet alkalmazni. Egyenlőtlen munkaidő-beosztás esetén az általános

munkarendtől eltérő munkaidő-beosztási és pihenőnap-kiadási szabályok érvényesülnek.

Egyenlőtlen munkaidő beosztás esetén az egészségügyi szolgálati jogviszonyban álló személy részére hat munkanapot követően heti egy pihenőnapot biztosítani kell.

Az egészségügyi szolgálati jogviszonyban álló személy részére havonta legalább egyszer heti két pihenőnapot egybefüggően szombatra és vasárnapra biztosítani szükséges.

Az egészségügyi szolgálati jogviszonyban álló személy részére hetente legalább negyvennyolc óra egybefüggő pihenőidőt kell biztosítani.

Kirendelés

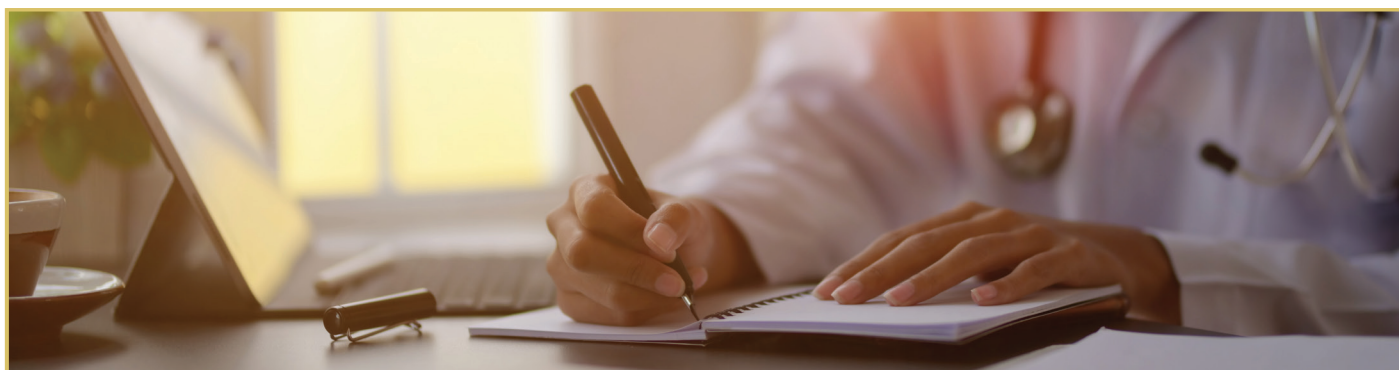
Az egészségügyi dolgozók körében a legnagyobb felháborodást az a rendelkezés okozta, amely arról rendelkezik, hogy az egészségügyi szolgáltató fenntartója döntése alapján egészségügyi közfeladat ellátása érdekében az egészségügyi szolgálati jogviszonyban álló személy határozott időre kirendelhető egy másik egészségügyi szolgáltatóhoz. A kirendelés időtartama nem haladhatja meg az egy évet,

ami egy alkalommal, legfeljebb egy évvel meghosszabbítható.

Az érintettek felháborodása miatt és a Kamara nyomására a Vhr. finomított a szabályozáson, miszerint a munkaszerződéstől eltérő foglalkoztatás esetén az egészségügyi szolgálati munkaszerződésnek tartalmaznia kell, hogy a kirendelés időtartama tizenkét hónapos időszak alatt összesen a negyvennégy beosztás szerinti munkanapot vagy háromszázötvenkét órát nem haladhatja meg.

Továbbá nem rendelhető ki az érintett:

- a. a várandóssága megállapításától gyermeke hároméves koráig,
- b. ha a családok támogatásáról szóló 1998. évi LXXXIV. törvény szerint nagycsaládos,
- c. gyermeke tizenhat éves koráig, ha gyermekét egyedül neveli,
- d. hozzátartozójának tartós, személyes gondozása esetén,
- e. ha a rehabilitációs szakértői szerv legalább ötvenszázalékos mértékű egészségkárosodását megállapította,
- f. a szakvizsgájának letételét megelőző fél éven belül,
- g. ha öregségi nyugdíjra jogosult, és nem járul hozzá a kirendeléséhez.



A kirendelésről az érintettet legalább 10 munkanappal előtte tájékoztatni kell, aki jelezheti, ha ez számára aránytalan sérelemmel járna.

Összeférhetetlenség

Az egészségügyi szolgálati jogviszonyban álló személy további munkavégzésre irányuló jogviszonyt, ideértve más keresőfoglalkoztatást, valamint díjazás ellenében folytatott tevékenységet is kizárólag a Kormány által kijelölt szerv előzetes engedélyével létesíthet. Kivéve a tudományos, oktatói, művészeti, lektori, szerkesztői, jogi oltalom alá eső szellemi tevékenységet és a nevelőszülői foglalkoztatási jogviszonyt.

Az előzetes engedély kérésének elmulasztása esetén az egészségügyi szolgálati jogviszony azonnali hatályú felmondással megszüntethető.

Az orvos közfinanszírozott ellátásban nem kezelheti – sürgősségi esetet kivéve – azt a beteget, akit magánellátásban is kezel.

Az egészségügyi szolgálati jogviszonyban álló személy köteles a munkáltatónak haladéktalanul írásban bejelenteni, ha vele szemben az egészségügyi szolgálati jogviszony létesítésekor vagy fennállása alatt az e törvényben meghatározott összeférhetetlenségi ok merült fel, vagy ha az egészségügyi szolgálati jogviszonyának fennállása alatt összeférhetetlen helyzetbe került. A munkáltató köteles haladéktalanul írásban felszólítani az egészségügyi

szolgálati jogviszonyban álló személyt, hogy az összeférhetetlenséget harminc napon belül szüntesse meg, vagy köteles a szükséges intézkedést megtenni az összeférhetetlenség kizárására.

A Btk. módosításával 2021. január 1-jétől a hálapénz elfogadása és adása is bűncselekménynek minősül.

Az Állami Egészségügyi Ellátó Központ (ÁEEK) 2020. december 31-ével megszűnt, minden feladatát az *Országos Kórházi Főigazgatóság* vette át, ez a szervezet gyakorolja a munkáltatói jogokat - feltehetően elsősorban a kirendelés jogintézményét - az egészségügyi szolgálati jogviszonyban állók felett.

Összegzés

Az egészségügyi szolgálati jogviszony rendelkezései az állami egészségügyben dolgozó valamennyi személyt érintik, azonban a bérnövekedés csak az orvosokat, fogorvosokat, gyógyszerészeket kompenzálja. Akik vállalkozóként végzik ezeket a feladatokat, szintén kiestek a béremelésből (pl. a házi orvosok). A rendes munkarenden kívüli munkavégzéshez – kötelezően elrendelt ügyelet, készenlét, önként vállalt többletmunkavégzés, helyettesítés, valamint a kirendelés – a kihirdetett rendelet díjazást nem rendelt, annak összegét az Országos Kórházfőigazgató állapítja majd meg, így annak mértéke egyelőre bizonytalan.

Az új bértábla hiányossága, hogy nem kezeli külön az egyetemi dolgozókat és

tudományos fokozattal rendelkezőket, miközben a MOK szerint éppen az okozza az egészségügyi szakma krízisét, hogy az orvosképzésből folyamatosan vándorolnak külföldre a legjobb orvosaink. A kamara szerint ezért elengedhetetlen, hogy az új bértábla vegye figyelembe az egyetemi kutatók, oktatók szakmai és tudományos előmenetelét.

Mindenképpen előnye a rendszernek, hogy az orvosoknak nem kell több munkát, másodállást vállalni ahhoz, hogy megélhetésük biztosított legyen, illetve azokon a kevésbé vonzó szakterületeken is megfelelő szakmai ellátottság válik biztosíthatóvá, amit eddig a kevés betegtalálkozó miatt kevesen választottak szakterületükké (pl. patológia). A magán és állami egészségügy teljes szétválasztására törekszik a törvény,

azonban csak az idő mutatja majd meg, hogy ez mennyire lehet sikeres.

Egyelőre nem tudni, hogy a biztos állami fizetés elegendő kompenzáció-e az összeférhetetlenségi és kirendelési szabályok mellett. Bizonyára lesznek olyan orvosok, akiknek nem éri meg a magánpraxist feladni, de mivel egyedi elbírálással döntenek a másodállás felől, erre nem feltétlenül lesz szükség. A törvény finomhangolásával, az érintettek igényeinek meghallgatása mellett az egészségügyi szolgálati jogviszony vonzó perspektíva lehet az egészségügyi szakembereknek.



DR. NÉMETH KINGA
ügyvéd

Az egészségügyi dokumentáció megismerhetőségének örök dilemmái IV.

*„A seb beköthető, a viszály enyhíthető,
de aki a titkot elárulja, annak nincs miben bíznia.” Sir27:21*

Cikkünk előző részében arra a kérdésre adtunk választ, hogy mik az egészségügyi dokumentáció megismerésének beteg megillető részjogosítványai. A negyedik, immár befejező részben azt vizsgáljuk, hogy az egészségügyi dokumentáció megismerésének részjogosítványai milyen módon gyakorolhatók, milyen jogszerű, de életszerűtlen helyzetek adódhatnak az adatkezelés során, illetve, hogy milyen váratlan helyzettel szembesültek az egészségügyi szolgáltatók – a veszélyhelyzet kihirdetését követő – adatszolgáltatási kötelezettségük teljesítésekor.

Azoknál az egészségügyi szolgáltatóknál, ahol nagy esetszámmal történik az ellátás (pl. kórházak, klinikák, járóbeteg-szakellátó központok, ápolási intézetek stb.), a betegdokumentáció megismerése vonatkozásában általában több igényt nyújtanak be a kérelmezők. Ez alatt évente hozzávetőleg akár több száz megkeresést kell érteni.

A kérelmek teljesítésének módjai

A megkeresések az érintett személyek részéről különböző módon

érkezhetnek egy szolgáltatóhoz: akár személyesen, elektronikusan, postai úton, adott esetben faxon stb. Pandémia idején, látogatási tilalom alatt adódhat olyan váratlan helyzet, hogy a személyes ügyfelfogadás szünetel. Ebben az esetben az adatigénylést személyesen nem lehet benyújtani, illetve az adatszolgáltatást teljesíteni. Személyes ügyintézés helyett azonban biztosítani kell a joggyakorlás egyéb módjait. Amennyiben pl. a kérelmező postai úton történő ügyintézészt választ, úgy részére a papíralapú válaszküldeményeket kizárólag az ő saját kezébe történő „sk” jelzéssel érdemes

megküldeni a megadott postázási/levelezési címre. Erre célszerű kiemelt gondot fordítani az ellátónak, és felhívni a kérelmező figyelmét ezen lehetőségre. Másik eset az elektronikus ügyintézés, amely történhet pl. elektronikus levelezés (e-mail) útján. Ez alapvetően egy nem védett csatorna, nincs önálló titkosítás, tehát jelentős kockázatot rejt. E-mail útján ennek megfelelően csakis akkor javasolt személyes adattartalmat, küldeményt továbbítani, ha a szolgáltató azonosította a kérelmezőt, illetve a beteget, megállapította a kérelmező jogosultságának meglétét, a szolgáltató

rendelkezésre áll a kért adat, illetve dokumentáció. Illetve ha a kérelmező az e-mail kommunikáció kockázatának ismeretében is kifejezetten ezen a csatornán kéri az adatszolgáltatást és ezt a szolgáltató megfelelő titkosítással képes biztosítani. Másik elektronikus ügyintézés pl. az a fajta hozzáférés, amikor a szolgáltató „https” protokollal saját szerverén teszi közvetlenül elérhetővé a kért adatot, illetve dokumentációmásolatot, az előzőekben írt biztonsági feltételekkel. A szolgáltató lehetővé teheti továbbá, hogy az adatvédelmi/adatbiztonsági szempontból magasabb védelmet nyújtó Hivatali Kapu, illetve elektronikus kéreleműrlap ún. e-Papír szolgáltatás igénybevételével történjen a küldemények fogadása és küldése. Egyebekben a GDPR is szorgalmazza az elektronikus ügyintézés, amikor pl. rögzíti, hogy az adatkezelőknek biztosítaniuk kell a kérések elektronikus benyújtását.¹

A kérelem tartalma

Cikkünknek ugyan nem célja tárgyalni az adatkezeléssel kapcsolatos tájékoztatás megadását, azonban néhány gondolat erejéig itt mégis ki kell térni rá. A GDPR szerint a személyes adatok megszerzésének időpontjában – taxatív felsorolt tartalommal – az adatkezelés kö-

rülményeiről tájékoztatást kell adni az érintett részre.² Ahogy az előzőekben említésre került, különböző csatornákon érkezhethet hozzáférési/tájékoztatási stb. igényű megkeresés az ellátóhoz, amelyben már megjelenhet személyes vagy akár

„Az egészségügyi dokumentáció megismeréséhez fűződő jogérvényesítés során a minden kétséget kizáró személyazonosság megállapítása csak személyes ügyintézés során történhet meg, egyéb módnál csak azonosításról beszélhetünk. Akkor, ha személyesen jár el a kérelmező, a betegdokumentáció megismerése esetén a személyazonosító okmány kulcsfontosságú a személyazonosság megállapításánál.”

különleges adat is. Erre figyelemmel az ellátóknak javasolt legalább egy rövid, tömör átlátható adatkezelési tájékoztató kivonatát alkalmazni a megkeresések adatkezeléséről, és azt akár a honlapon, az ügyintézés fizikai helyén, elektronikus válaszeleveléhez csatolva stb. hozzáférhetővé tenni, utalva arra, hogy további részletes adatkezelési tájékoztatás is kérhető.

A kérelmek elbírálásánál az első legfontosabb szempont, hogy ki a megkereső. Ennek megválaszolás tipikusan személyazonosítással történik. Fontos, hogy egy személy

azonosítása nem jelent személyazonosság-vizsgálatot. Az egészségügyi dokumentáció megismeréséhez fűződő jogérvényesítés során a minden kétséget kizáró személyazonosság megállapítása csak személyes ügyintézés során történhet meg, egyéb módnál csak azonosításról beszélhetünk. Akkor, ha személyesen jár el a kérelmező, a betegdokumentáció megismerése esetén a személyazonosító okmány kulcsfontosságú a személyazonosság megállapításánál. „A polgár a személyazonosságát a személyazonosító igazolványon túl az érvényes útlevéllel vagy kártyaformátumú vezetői engedéllyel igazolhatja. Személyazonosítás céljából - jogszabályban meghatározott kivételekkel - a polgár nem kötelezhető más okmány bemutatására”.³ Ennek megfelelően a kérelmező a társadalombiztosítási

azonosító jelet igazoló hatósági igazolvány bemutatását a szolgáltató ilyen esetben nem kérheti azonosítás céljára (arra egyébként nem is alkalmas az okmány), e helyett a fent említett – tipikusan az érintett személy képmását is tartalmazó – személyazonosító igazolvány, vezetői engedély vagy útlevél bemutatását kérheti. Ma már alapvető, hogy az okmányok másolása főszabály szerint tilos, még akkor is, ha ehhez a kérelmező személy kifejezetten hozzájárulna. Érdemes megemlíteni a gyakorlatban jó megoldásnak tűnő

ún. „négy szem elv” alkalmazását. Ez olyan művelet, amelyet két ügyintéző egymást leellenőrizve végez. Amennyiben rendelkezésre áll két ügyintéző, úgy a fentiek szerinti személyazonosításhoz – az okmány megtekintéséhez – igénybe vehetik ezt a megoldást.

Ha az ügyintézés nem személyesen történik, akkor az ellátóknak javasolt olyan kérelem nyomtatványt biztosítani, amellyel lehetősége van a kérelmezőnek az igényét teljes bizonyító erejű magánokirat kellékeit tartalmazó – pl. két tanú feltüntetésével, ügyvédi ellenjegyzéssel stb. – dokumentumon előterjeszteni. A tanúzás egyébként nem ismeretlen az egészségügyi ellátások vonatkozásában tett nyilatkozatoknál. Érdemes felhívni a megkereső személy figyelmét, hogy a kérelmet a megfelelő tartalommal saját kezűleg is megírhatja és aláírhatja, nem szükséges feltétlenül az előbbi tanúzás, ellenjegyzés stb. Fontos szabály, hogy az adatkezelő megtagadhatja az adatokhoz történő hozzáférés iránti kérelem befogadását vagy teljesítését, amennyiben számára az adatalany nem egyértelműen azonosítható, ezt a GDPR 12. cikk (2) bekezdése is rögzíti, ugyanakkor a (6) bekezdés szerint további lépéseket is tehet, vagyis további, az érintett személyazonosságának megerősítéséhez szükséges információk nyújtását kérheti. Ha viszont sikerült a személyazonosság megállapítása vagy az azonosí-

tás, akkor második lépésben arról kell megbizonyosodni az ellátónak, hogy a kérelmező jogosult-e élni a betegdokumentáció megismerésének bármelyik jogosítványával. Ilyenkor a jogosultság megállapításának kérdése tisztázandó, pl. hogy saját jogon vagy képviselőként jár-e el a kérelmező, aki lehet törvényes képviselő, gondnok, hozzátartozó, örökös stb. Ehhez mindenképpen szükséges az erre feljogosító okirat

„Érdemes felhívni a megkereső személy figyelmét, hogy a kérelmet a megfelelő tartalommal saját kezűleg is megírhatja és aláírhatja, nem szükséges feltétlenül az előbbi tanúzás, ellenjegyzés stb.”

bemutatása, illetve meghatalmazás esetén annak elvétele és az ügyirat-hoz csatolása.

Amennyiben az ellátó megállapította, hogy a kérelmezőnek van jogosultsága, akkor ajánlott egy, az ügyintézésre rendszeresített nyomtatványt – az előzőekben említett kérelmet – kitölteni. Célszerű tartalmi elem lehet egy ilyen kérelemnél pl. az érintett személy azonosítása és a kérelem elintézhetősége miatti személyazonosító adatok. Mivel elválhat egymástól a kérelmező és a beteg, ilyen esetben mindkettőjük adatát érdemes rögzíteni,

figyelemmel az adattakarékosság elvére. Személyesen eljáró kérelmező esetén a telefonos elérhetőségre és/vagy e-mail címre a könnyebb kapcsolattartás vonatkozásában lehet szüksége az ellátónak, azonban ezen utóbbi adatokat nem kötelező megadni. Nagyon jelentős, hogy a GDPR alapján az érintett akarátának önkéntes, konkrét és megfelelő tájékoztatáson alapuló és egyértelmű kinyilvánítása – érvényes hozzájárulása – szükséges olyan adatok bekéréséhez, amelyek egyébként nélkülözhetők lennének. Itt tehát kizárólag akkor beszélhetünk jogszerű adatkezelésről, ha ezen adatok átadását vagy megtagadását azért választhatja meg szabadon a kérelmező, mert egyébként továbbra is van lehetősége személyes, illetve postai ügyintézésre. Utóbbi miatt a lakcím vagy tartózkodási hely/levelezési cím mint adat kérhető.

Releváns az is, hogyha nem a beteg a kérelmező, akkor ennek a kérelemből egyértelműen ki kell derülnie. Ennek megfelelően fel kell tüntetni, hogy pl. meghatalmazott, vagy kiskorú beteg törvényes képviselője, vagy kirendelt gyámja, vagy nagykorú beteg gondnoka, vagy közeli hozzátartozói minősége, adott esetben elhunyt személy örököse stb. a kérelmező. Abban az esetben, ha gyámként vagy gondnokként jár el a kérelmező, úgy szükséges a törvényes képviselőt elrendelő hatósági határozat érdemi részének megtekintése, esetleg számának feljegyzé-



se. Amennyiben szülő nyújt be kérelmet kiskorú gyermeke adatának szolgáltatására, úgy indokolt nyilatkoznia, hogy szülői felügyeleti joga nem áll korlátozás alatt.

Szükséges feltüntetni a kérelemben, hogy a betegdokumentáció megismerésének melyik részjogosítványát szeretné érvényesíteni a kérelmező – betekintés, tájékoztatás, másolatkérés, adatpontosítás. A betekintésre, a tájékoztatás kérésére, valamint az adatpontosításra érdemes egy előzetes időpont-egyeztetést követően sort keríteni, erre a kérelmező figyelmét – az indok megjelölésével, pl. a kezelőorvos jelenléte – felhívni.

Rögzíteni szükséges továbbá a kérelemben a kért egészségügyi do-

kumentációra, ellátásra vonatkozó adatokat. Amennyiben nem ismert az ellátással kapcsolatos pontos információ (pl. hely, idő), úgy bármely egyéb információ is megkönnyítheti a dokumentáció, adat fellelhetőségét, ezért ebben az esetben célravezető egyéb releváns tény, adatot elkérni a kérelmezőtől, amely a birtokában van és szeretné közölni az ellátóval.

Érdemes nyilatkoztatni a kérelmezőt arról is, hogy amennyiben a kérelem teljesíthető (adott a betekintés időpontja, betegdokumentáció-másolat elkészült stb.), akkor arról milyen formában értesítse őt az ellátó, továbbá a kért dokumentációt milyen módon szeretné kézhez kapni (személyesen, elektronikusan, postai úton).

Közölni kell továbbá a kérelmezővel, hogy az adatszolgáltatás első alkalommal ingyenes – kivéve az elhunyt személlyel kapcsolatos másolatkérés –, de minden további másolat térítési díj köteles, ennek összegét – jogszabály hiányában ajánlás alapján – térítési díj szabályzat határozza meg. Ennek összegét – jogszabály hiányában ajánlás alapján – térítésszabályzat határozza meg. Az ellátó akkor jár el helyesen, ha saját naprakész nyilvántartásában vezeti – többek között –, hogy egy adott illető kapott-e már korábban a dokumentációból.

Ajánlott tájékoztatni a kérelmezőt továbbá arról, hogy az ügyintézés az ellátó a kérelem hiánytalan benyújtásától és a személy azonosításától kezdődően indokolatlan késedelem

nélkül megkezd, és legfeljebb egy hónapon belül befejezi. Szükség esetén, figyelembe véve a kérelem összetettségét és a kérelmek számát, ez a határidő további két hónappal meghosszabbítható, ilyen esetben a rendes határidőben a késedelem okairól értesíteni kell a kérelmezőt.⁴ A kérelem szabályos beérkezésének/felvételének napja a határidőbe nem számít bele.

Elvárás felhívni a kérelmező figyelmét még az Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Tér (a továbbiakban: EESZT) szolgáltatásra. Az EESZT egy egységes informatikai környezet, ami egy magas fokú adat- és kibervédelemmel biztosít hatékony kommunikációt az egészségügyi ágazaton belül. Az EESZT rendelkezik lakossági portállal, ahol – közvetlen hozzáféréssel – lehetséges van az érintetteknek a 2017. november 1. napjától történt, közfinanszírozott, valamint 2020. június 1-től a magánszolgáltató által nyújtott ellátásairól készült meghatározott típusú egészségügyi dokumentációkat (zárájelenítés, ambuláns lap, leletek stb.) díjmentesen megtekinteni, letölteni, illetve kinyomtatni. Az ellátók – ezen egyszerűbb és gyorsabb ügyintézés miatt – a későbbiekben mentesülhetnek adminisztrációs tevékenységtől.

A kérelem teljesítése

A megfelelő kérelem befogadását követően – figyelemmel az indokolatlan késedelem elkerülésére, de

alapesetben legfeljebb egy hónapos határidőre – célszerű az ügyintézés mielőbb lefolytatni. Elmondható, hogy a legtöbb esetben a kérelem teljesíthető, tehát akár a tájékoztatás, illetve a másolat kiadása stb. rendben megvalósul, viszont az is tény, hogy még mindig előfordul, hogy a megkeresők több esetben fordultak betegjogi képviselőkhöz. Az Integrált Jogvédelmi Szolgálat egy koráb-

„A GDPR szerint megtagadható a hozzáférési jog gyakorlására irányuló kérelem teljesítése akkor is, ha a kérelem egyértelműen megalapozatlan vagy túlzó.”¹⁰

bi szakmai beszámolójából kiderül, hogy elsősorban az egészségügyi dokumentációk megismerésének azonnali lehetőségét, például az EESZT-be történő felhelyezést hiányolták. A betegeknek, illetve a hozzátartozóknak gyakran nem volt kellő információjuk még arról a lehetőségről sem, hogy milyen módon juthatnak hozzá az egészségügyi dokumentációhoz, hogyan biztosítja az adott egészségügyi szolgáltató az egészségügyi dokumentációba történő betekintést, valamint azt, hogy milyen kötelezettségeket (pl. díjfizetés, írásbeli kérelem) ír elő, hogy azokról kivonatot, vagy másolatot készíthessen a beteg.⁵

Amikor nincs teljesítés

Előfordul olyan eset is, amikor a szolgáltatónál semmilyen adathordozón nem lelhető fel – az egyébként kötelezően előírt nyilvántartásában⁶ – a beteg által kért adat/dokumentáció. A jogszabály meghatározott időintervallumot ír elő a betegdokumentáció megőrzésére, ez főszabály szerint 30 év, zárójelen-

tés esetén 50 év, vizsgálati képanyagnál pedig 10 év, a kötelező nyilvántartási időt követően gyógykezelés vagy tudományos kutatás érdekében – amennyiben indokolt – az adatok továbbra is nyilvántarthatók, viszont ennek hiányában azokat meg kell semmisíteni.⁷ Ez a GDPR „korlátozott tárolhatóság” elvének⁸ is megfelel. Megőrzésre egyebekben a nyilvántar-

tási időn túl abban az esetben van lehetőség, ha az az érintett egyéb, 30 évnél nem régebbi egészségügyi adatkezelésével kapcsolatba hozható, valamint a betegség természete, a kezelés jellege, az érintett személy, vagy általános tudomány- és kultúrtörténeti okok miatt annak tudományos jelentősége van.⁹ Ha a megőrzési időn belül a szolgáltató nem tudja biztosítani az egészségügyi dokumentáció megismeréséhez fűződő jogot a kérelmezőnek, akkor sérül a betegjog, valamint a GDPR „integritás és bizalmas jelleg” elve is. Abban az esetben viszont, ha a megismerni kívánt dokumentáció kötelező megőrzési ideje eltelt és

az selejtezésre került, akkor jogszerűen megtagadhatja az ellátó a kérelmező betegdokumentációhoz fűződő hozzáférési jogát. A GDPR szerint megtagadható a hozzáférési jog gyakorlására irányuló kérelem teljesítése akkor is, ha a kérelem egyértelműen megalapozatlan vagy túlzó.¹⁰ Ezt nyilván a betegdokumentáció megismeréséhez való jog gyakorlása során nagyon gondosan kell értelmezni és alkalmazni, hiszen az egészségügyi adatokra vonatkozó tájékoztatás megalapozatlan megtagadása jogellenes, így itt érezhetünk némi egymásnak feszülő ellentétet. Abban az esetben pl. ha a kérelmező – nyilatkozata alapján – önhibáján kívül sokadik alkalommal „veszíti el” a betegdokumentációt, álláspontunk szerint akkor sem tagadhatja meg az ellátó annak kiadását.

Adatvédelem/adatbiztonság avagy humánus segítőkész figyelmesség

Cikkünk végén egy-egy elképzelt, de reális esetet vázolunk, amikor az ellátó

részéről jogilag nem, etikai szempontból annál inkább felmerülhet a kérdés a tekintetben, hogy az adatvédelmi/adatbiztonsági és orvosi titoktartás követelményeinek történő szigorú megfelelés vagy az egészségügyi szolgáltató és az egyén közötti különleges élethelyzet megoldása fontosabb.

A Mindenszentek eset

Utcai verekedés során szerzett sérülés miatt cselekvőképtelenül fekszik a beteg Mindenszentekkor egy kórházban. Még aznap a testvére – a megfelelő személyazonosítást követően – kérelmet nyújt be, mert betegdokumentáció-másolatot szeretne kapni a beteg folyamatban lévő ellátásáról, ugyanis rendőrségi feljelentést kíván tenni. A szolgáltatónak nincs tudomása meghatalmazott vagy a beteg gondnokságát ellátó személyről. Miután a kérelmező is úgy nyilatkozott, hogy a sorban őt megelőző házastárs/élettárs nincs, és a szülők egyéb okból akadályozva vannak az ügyintézésben, kiadható a dokumentációról készült másolat a testvér részére. Nem tudja az ellátó

tó ugyanakkor, hogy közölheti-e a kérelmezővel, hogy a nyolc napon túl gyógyuló feltehetően bűncselekményből származó sérülés miatt már proaktív módon jelzéssel élt a rendőrség felé, így arról hallgat. Másnap megjelenik a szülő, és közli, hogy elmúlt az akadályoztatása és immár ő is szeretne eljárni. A szolgáltató rögzíti az iratok között a szülő ilyen irányú nyilatkozatát, illetve felveszi a kérelmét, és a továbbiakban kizárólag az ő részére biztosítja a betegdokumentáció megismeréséhez kapcsolódó jogokat. Időközben azonban a beteg visszanyeri belátási képességét – ezáltal ún. „állapot cselekvőképtelensége” megszűnik –, és tájékoztatja őt a szolgáltató – helyesen – a folyamatban lévő ügyintézésről. A beteg megtiltja a dokumentációs jogosultság további ügyintézését a hozzátartozói irányába, így az ellátó akkor jár el jogszerűen, ha az ügyintézését megszakítja a szülő vonatkozásában is. Megjegyzendő, hogy a rendőrség felé történő jelentés tényét a beteg egészségügyi dokumentációjában rögzíteni kell,¹¹ és amennyiben az harmadik személyre nem vonatkozik, akkor a testvér számára elvileg közölni lehet-



tett volna, hiszen a dokumentációban szereplő adatnak minősül.

A karácsonyi eset

Egy negyven évvel ezelőtti karácsonyi napon született páciens a születési időpontját (óra/perc pontossággal) szeretné megtudni attól a szolgáltatótól, ahol született. Kérelmét elektronikusan küldte meg, feltüntetve benne, hogy az adatot sorsmissziószámának tekinti és ezotérikus világnézete miatt egy numerológiai kalkulátor jóshoz szeretné elvinni. Az ellátónak könnyű dolga lenne, ha a kérelmező születési időpontját tartalmazó dokumentáció nem zárójelentésben szerepelne, és így az már selejtezésre került volna. Ebben az esetben ugyanis megtagadhatja az adatszolgáltatást. Ha azonban zárójelentés tartalmaz ilyen adatot, akkor azt ki kell adni

a kérelmezőnek. Érdekeség, hogy a születési időpont esetén az osztott személyes adat fogalmával találkozhatunk, ugyanis pl., ha a kérelmező megjelöli a születési dátumát és az anyja nevét, akkor abból értelemszerűen az ellátó tud következtetni egyrészt az anya múltbeli egészségi állapotára, amely szerint adott évben pl. alkalmas volt arra, hogy szüljön, másrészt számára tény a kérelmező születési időpontja, ami viszont önmagában csak személyes adat. Emlékezzünk vissza az egészségügyi adat sajátosságára, „*információt hordoznak az érintett múltbeli, jelenlegi vagy jövőbeli testi vagy pszichikai egészségi állapotáról*”. Esetünkben viszont érdekesebbé válik a helyzet, mivel kiderül a szolgáltató számára, hogy a megadott információ – a személyazonosító igazolványon szereplő „anyja neve” és a „születési időpont” – alapján titkos örökbefogadás valószínűsít-

hető. Ebben az esetben az egészségügyi adatokról a tájékoztatást – még ha egyébként tud is róla – nem az ellátó, hanem a gyámhatóság adja meg, a vér szerinti szülő természetes személyazonosító adatai nélkül.¹² Viszont a gyámhivatal kötelezően elutasítja az egészségügyi adatokról való tájékoztatás iránti kérelmet, ha a kérelem alapján nem valószínűsíthető, hogy a kért adatok az örökbefogadott egészsége szempontjából jelentőséggel bírnak.¹³



DR. ŐRI ADRIENN
ügyvéd egészségügyi- és
munkajogi szakjogász



DR. ANTAL BARNABÁS LL.M.
egészségügyi és adatbiztonsági,
adatvédelmi szakjogász
egészségügyi adatvédelmi
tisztviselő
DEBRECENI EGYETEM
KLINIKAI KÖZPONT

LÁBJEGYZETEK

1. GDPR 15. cikk (3) és GDPR (59) preambulbekezdés
2. GDPR 13. cikk (1)
3. A polgárok személyi adatainak és lakcímének nyilvántartásáról szóló 1992. évi LXVI. törvény 29. § (12)
4. GDPR 12. cikk (3)
5. IJSZ 2018. évi beszámoló Elérhető: <https://www.google.com/search?q=statisztika+betegjogok+-megs%C3%A9rt%C3%A9se&client=firefox-b&sxsrf=ACYBGNT7ohXvYVgEbaQ8s->

- HNz14GkMwS_Kw:1568800493117&source=Inms&tbm=isch&sa=X&ved=0ahU-KEwiZiPagjdrkAhXHxaYKHZfID10Q_AUI-ESgB&biw=1760&bih=878#imgsrc=3B1ShG2DRMWm3M:
6. Eüak. 28. § (1)
 7. Eüak. 30. §
 8. GDPR 5. cikk (1) e)
 9. Az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezelésének egyes kérdéseiről szóló 62/1997. (XII. 21.) NM rendelet 5. § (1)

10. GDPR 12. cikk (5)
11. Az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezelésének egyes kérdéseiről szóló 62/1997. (XII. 21.) NM rendelet 4. § (2)
12. Ptk.4:136
13. A gyámhatóságokról, valamint a gyermekvédelmi és gyámügyi eljárásról szóló 49/1997. (IX. 10.) Korm. rendelet 53/C. § (3)

Regisztráljon a drportal.hu oldalon!



A magas színvonalú ellátáshoz fontos, hogy naprakész ismeretekkel rendelkezünk a legfrissebb kutatási eredményekről, kezelési lehetőségekről vagy szakmai protokollokról.

Nálunk mindent egy helyen megtalálhat – egészségügyi hírek, konferenciák, edukációs játékok, kreditpontos tanfolyamok, életstílus.

Csatlakozzon Ön is
dinamikusan növekvő
szakmai közösségünkhöz!

Egészségügyi adatok tudományos kutatási célú elemzése a GDPR tükrében

I. rész

Napjainkban „az adat vált az új olajjá”¹, és szinte valamennyi területen egyre nagyobb figyelmet kap az adatalapú működés, az adatalapú döntéshozatal. Igaz ez a tudományos és orvostudományi kutatások esetén is, ahol a klasszikus kísérletezést egyre inkább kiegészíti, illetve felváltja az adatok elemzésén alapuló kutatás: az orvosi kutatócsoportok kiegészülnek statisztikusokkal, más tudományterületek képviselőivel annak érdekében, hogy a kutatási kérdéseket közösen vizsgálják, és a különböző területekről megközelítve érjenek el eredményeket, megteremtve ezzel a transzdiszciplináris kutatások, illetve kutatócsoportok működésének alapját.

A digitalizáció segítségével az adatok kezelése és tárolása egyszerűbb és olcsóbb lett, mint valaha,² és az elmúlt években, évtizedben az adatbányászat területén megjelenő újítások, különösen a szövegbányászat területén elért eredmények³ az egészségügyi adatok elemzése során is komoly potenciált rejtenek. A Big Data módszereknek az egészségügyben és az orvostudományi kutatásokban való alkalmazása segíthet az egészségügyi ellátás minőségének, illetve hatékonyságának növelésében, a kutatási hipotézisek felállításában.⁴ A mesterséges intelligencia alkalmazá-

sa is gyorsan fejlődik ebben a szektorban, ami segíti az adatok elemzésével végzett diagnosztikai tevékenységet, elemzésekből a beteg állapotára nézve prognózisok megfogalmazását is, illetve elemzések segítségével klinikai kutatások eredményességének visszaigazolását is.⁵

Jelen műben a nagyszámú adat felhasználásával, statisztikai módszerekkel végzett orvostudományi kutatások GDPR rendszerében való elhelyezése, illetve a vonatkozó kutatásetikai szabályok és a GDPR kapcsolódási pontjainak azonosítása a célom. Ennek során, az adatelem-

zésen alapuló módszertannal végzett vizsgálatokat minősítem az etikai szabályok és a GDPR szempontjából, majd összevetem az etikai szabályok alapján kutatásban részt vevő személyek jogállását a GDPR alapján az adatkezelésben részt vevő személyek jogállásával. Fontos felhívni a figyelmet arra, hogy az orvostudományi kutatások végzésekor az etikai szabályoknak való megfelelés – bár jelentős elvárások kerülnek megfogalmazásra bennük is – önmagában nem elegendő: figyelemmel kell lenni az adatvédelmi szabályrendszerre is. Bár meglehetősen sok az átfedés a

két rendszer között, mégsem elégséges csak az egyiknek való megfelelés. Célom, hogy jelen műben segítséget adjak a kutatásetikai szabályok és az általános adatvédelmi rendelet rendelkezései közötti kapcsolat feltárásához, a két szabályrendszer jogintézményeinek egymással való megfeleltetéséhez, ezzel is támogatva a kutatást végző személyek adatvédelmi jogi megfelelését.

Kutatás-fejlesztés fogalma

Az Európai Unió politikájában is központi szerep jut az Európai Kutatási Térség (EKT) létrehozásával a kutatásnak, amelynek alapját az Európai Unió működéséről szóló szerződés 179. cikke teremtette meg azzal, hogy az Unió céljává tette egy olyan európai kutatási térség létrehozását, amelyen belül a kutatók, a tudományos ismeretek és technológiák szabadon áramlanak, továbbá célja a tudományos és technológiai alapok erősítése, a versenyképesség fejlődésének ösztönzése, és a szükségesnek ítélt kutatási tevékenységek támogatása.⁶ A kutatás uniós politikában betöltött jelentős szerepe megnyilvánul a Kutatási és Technológiafejlesztési Hetedik Keretprogram⁷, valamint – az azt váltó – „Horizont 2020” keretprogram⁸ elfogadásában is, mely egyértelműsíti, hogy az Uniónak kutatásra, technológiafejlesztésre, demonstrációra és innovációra, a nemzetközi együttműködés előmozdítására, az eredmények terjesztésére és optimalizálására, valamint a képzés és a mobilitás serken-

tésére irányuló tevékenységeket kell végrehajtania.⁹

A kutatási és innovációs tevékenységek alatt a keretprogram egy rendkívül széles tevékenységi kört ért. Ide tartozónak ítéli a kutatási, a technológiafejlesztési, a demonstrációs és az innovációs tevékenységek teljes körét, beleértve a harmadik országokkal és a nemzetközi szervezetekkel való együttműködés előmozdítását, az eredmények terjesztését és optimalizálását, valamint az Unióban tevékenykedő kutatók magas színvonalú képzésének és mobilitásának serkentését is.¹⁰

Az EU szerzői jogi rendelete is a tudományos kutatás fogalmának széles körű értelmezését követi, hiszen akként értelmezi, hogy az kiterjed mind a természettudományokra, mind a bölcsészettudományokra, valamint kutatóhelynek tekinti például az egyetemeket vagy más felsőoktatási intézményeket, azok könyvtárait, és az olyan szervezeteket is, mint a kutatóintézetek és a kutatást végző kórházak. A kutatóhelyek közös vonásainak azt tartja, hogy nonprofit alapon vagy államilag elismert, közérdekű célért tevékenykednek, amit különösen tükrözhet a közfinanszírozás, illetve a nemzeti jogszabályokban vagy közbeszerzési szerződésekben foglalt rendelkezések.¹¹

Az általános adatvédelmi rendelet is a tudományos kutatás átfogó értelmezését veszi alapul, hiszen a rendelet szerint a személyes adatok tudományos kutatási célú kezelését tágan kell értelmezni, mégpedig úgy, hogy az magában foglalja többek között a technológiafejlesztési és demonst-

rációs tevékenységeket, az alapkutatást, az alkalmazott kutatást, és a magánfinanszírozású kutatást is.¹²

Az általános adatvédelmi rendelet tudományos kutatás fogalma tekintetében képviselt álláspontja különös jelentőséggel bír, mivel speciális szabályozási rendszert állít fel a tudományos kutatások vonatkozásában azzal, hogy számos kivételszabályt állapít meg rájuk vonatkozóan. A rendelet terminológiája tehát a fentiek szerint az uniós jogforrások – így különösen az Európai Unió működéséről szóló szerződés, a Hetedik keretprogram, valamint a Horizont2020 keretprogram – szóhasználatát követi.

Ez nem áll teljesen összhangban a Magyarországon hatályos tudományos kutatásról, fejlesztésről és innovációról szóló 2014. évi LXXVI. törvénnyel (a továbbiakban: Innovációs tv.), ami a kutatás-fejlesztés alatt kizárólag az alapkutatást, az alkalmazott kutatást és a kísérleti fejlesztést érti,¹³ innováció alatt pedig egy új vagy továbbfejlesztett terméket vagy folyamatot, vagy ezek kombinációját, amely jelentősen különbözik az adott szervezet korábbi termékeitől vagy folyamataitól, és amelyet termék esetén a potenciális felhasználók számára elérhetővé tettek, vagy amelyeket folyamat esetén a szervezet használatba vett.¹⁴

Az alapkutatás alatt olyan kísérleti vagy elméleti munkát ért az Innovációs törvény, amelyet elsősorban a jelenségek vagy megfigyelhető tények hátterével kapcsolatos új ismeretek megszerzésének érdekében folytatnak, anélkül, hogy kilátásba

helyeznék azok közvetlen üzleti alkalmazását vagy felhasználását.¹⁵ Az alkalmazott kutatás ezzel szemben olyan tervezett kutatás vagy kritikus vizsgálat, amelynek célja valamely új termék, eljárás vagy szolgáltatás kifejlesztéséhez szükséges új ismeret, illetve szakértelem megszerzése, vagy a már létező termékek, eljárások vagy szolgáltatások jelentős mértékű fejlesztésének elősegítése.

Magában foglalja még a komplex rendszerek összetevőinek létrehozását is, de beletartozhat a prototípusok laboratóriumi környezetben vagy létező rendszerekhez szimulált interfésszel rendelkező környezetben történő megépítése, és a kísérleti sorozatok gyártása is, amennyiben ez az alkalmazott kutatáshoz, különösen a generikus technológiák ellenőrzéséhez szükséges.¹⁶ A kísérleti

fejlesztés pedig a meglévő tudományos, technológiai, üzleti és egyéb vonatkozó ismeretek és szakértelem megszerzését, összesítését, alakítását és felhasználását jelenti új vagy javított termékek, eljárások vagy szolgáltatások kidolgozása céljából.¹⁷

Bár az SZTNH hatáskörrel rendelkezik a kutatás-fejlesztési tevékenység minősítésével kapcsolatban,¹⁸ az ennek eredményeképp megalkotott határozat felhasználási köre korlátozott: adó- és járulékkedvezmények érvényesítéséhez lehet felhasználni,¹⁹ valamint az SZTNH is eltérő fogalommeghatározással operál, hiszen álláspontjuk szerint „a kutatás-fejlesztési tevékenység olyan alkotómunkát jelent, amely a meglévő ismeretanyag bővítését, új alkalmazások kidolgozását célozza, valamely tu-

dományos vagy műszaki bizonytalanság feloldása érdekében.”²⁰

A fentiek alapján kijelenthető, hogy rendkívül széles azon tevékenységeknek a köre, ami a kutatás-fejlesztés körébe tartozik, de véleményem szerint a jogbiztonság érdekében szükséges lenne a hazai szabályozás terminológiájának olyan jogalkotói szabályozása, hogy az az uniós jogforrások által alkalmazott fogalmakkal konzisztens legyen.

A jogbizonytalanságot – az általános adatvédelmi rendeletben szabályozott, tudományos kutatásokra vonatkozó speciális szabályozási rendszer alkalmazhatósága tekintetében némileg enyhíti, hogy az Európai Adatvédelmi biztos – előzetes, kötőerővel nem bíró – véleményében összefoglalta a tudományos kutatásra vonatkozó speciális szabályozási



rendszer alkalmazhatóságának kritériumait. Álláspontja szerint egyrészt szükséges, hogy szó legyen a személyes adatok kezeléséről, másrészt az, hogy az etikai és módszertani releváns szektorális előírások – ideértve az informált beleegyezésen alapuló hozzájárulás, elszámoltathatóság, felügyelet elvárásait - alkalmazásra kerüljenek, harmadrészt pedig, hogy a kutatást a társadalom kollektív ismereteinek bővítése és jóléte céljából hajtsák végre, szemben azon kutatásokkal, amiket egy vagy több magánérdekből végeznek.²¹

Azzal, hogy az uniós és magyar kutatásokkal kapcsolatos terminológia nem teljesen egységes és hogy a fenti értelmezés sem bír jogi kötőerővel, nehéz helyzetbe kerülnek azok, akik kutatási célú tevékenységükre vonatkozóan kedvezményeket vagy lehetőségeket szeretnének igénybe venni, esetlegesen a kutatási célú adatkezelésre vonatkozó speciális szabályrendszerre szeretnének hivatkozni, mivel nehezen lehet meggyőződni arról, hogy érdemes-e erőforrástallokálni az adott tevékenységbe, mivel nem bizonyos, hogy a tevékenység tudományos kutatásnak minősül-e. A bizonytalanság és kiszámíthatatlanság azonban kétséget kizáróan a kutatásokat hátráltató és visszafogó jelenségeknek minősülnek.

Emberen végzett orvostudományi kutatás

A tudományos kutatások körébe tartoznak az emberen végzett orvostudományi kutatások, melynek

fogalmát egyértelműen definiálja az Eütv.²² A fogalom a kutatás céljából indul ki: azokat a kutatásokat sorolja ide, amelyeknek célja a betegségek kórismézésének, gyógykezelésének, megelőzésének és rehabilitációjának javítása, okainak és eredetének jobb megismerése, beleértve olyan beavatkozásokat és megfigyelési módozatokat is, amelyek eltérnek a megszokott egészségügyi ellátás során alkalmazottaktól, illetőleg amelyek során még nem teljesen ismert és kivizsgált hatású tényezőket (hatóanyagok, anyagok, eszközök, eljárások, módszerek, körülmények, feltételek) is alkalmaznak.²³ Amit nem a fent felsorolt célokból végeznek, az nem minősül orvostudományi kutatásnak, ebből kifolyólag azokra az Eütv. szabályait sem kell alkalmazni²⁴ (még akkor sem, ha egyébként egészségügyi adatokon végzett kutatásról van szó).²⁵ Orvostudományi kutatásnak minősül többek között a diagnosztikus, terápiás, megelőzési és rehabilitációs eljárások tökéletesítésére, új eljárások kidolgozására, valamint a betegségek kóroktanának és kórlefolyásának jobb megértésére irányuló; az epidemiológiai; a közegészségügyi-járványügyi érdekből végzett kutatás is.²⁶ A kutatásetikai és etikai engedélyezési eljárásra vonatkozó szabályok szimultán alkalmazandók az adatvédelem szabályaival, így az emberen végzett tudományos kutatások során tekintettel kell lenni a kutatásetikai és etikai engedélyezési eljárás szabályrendszerére is. A kutatásetikai és etikai engedélyezési eljárásra vonatkozó szabályok – az adatvédelmi jog szempontjából néz-

ve – tulajdonképpen további garanciákat jelentenek az egészségügyi adatok tudományos kutatási célú kezelésére.

Emberen végzett orvostudományi kutatások státuszuk alapján történő csoportosítása

Az emberen végzett orvostudományi kutatásokat több szempont alapján is csoportosíthatjuk. Így csoportosíthatjuk azokat a státuszuk alapján, ami során megkülönböztünk beavatkozással járó és beavatkozással nem járó vizsgálatokat.

Beavatkozással nem járó vizsgálat egyrészt a klinikai vizsgálatnak nem minősülő olyan vizsgálat, amely kutatás során végzett eljárás nem tér el a megszokott egészségügyi ellátástól.²⁷ Ide tartozik még a CE jelöléssel ellátott orvostechnikai eszközzel végzett vizsgálat, melynek célja a vonatkozó megfelelőség értékelési eljárásban hivatkozott felhasználási célnak megfelelő alkalmazás során keletkező adatok gyűjtése és feldolgozása (orvostechnikai eszközzel kapcsolatos beavatkozással nem járó vizsgálat),²⁸ valamint azon vizsgálati készítményekkel kapcsolatos vizsgálatok, amelyekben

- a. a forgalomba hozatalra engedélyezett gyógyszer rendelése nem a vizsgálat céljából történik,
- b. a gyógyszert a klinikai gyakorlatban szokásos módon, a forgalomba hozatali engedély feltételeinek megfelelően rendelik,
- c. a betegnek egy adott kezelési

stratégiába való bevonását nem határozzák meg előzetesen egy vizsgálati tervben, hanem a gyógyszer az aktuális klinikai gyakorlatnak megfelelő módon rendelik és annak rendelése világosan elválik a betegnek a vizsgálatba való bevonására vonatkozó döntéstől,

- d. a betegen a szokásos klinikai gyakorlaton túlmenően kiegészítő diagnosztikai vagy monitoring eljárást nem alkalmaznak, és
- e. az összegyűjtött adatok elemzésére kizárólag epidemiológiai módszereket alkalmaznak (vizsgálati készítményekkel kapcsolatos beavatkozással nem járó vizsgálat).²⁹

A 23/2002. (V.9.) EüM rendelet nem taxatív felsorolással igyekszik egyértelműsíteni a beavatkozással nem járó vizsgálatok körét. Ide sorolja többek között a biztonságossági vizsgálatokat, a gazdasági szempontú adatgyűjtéseket, az életminőségi vizsgálatokat (pl. kérdőíves felmérések), az epidemiológiai, az alkalmazott terápia hatékonyságára, pontosságára, megfelelőségére irányuló kutatásokat, a terápiahűségre vonatkozó felméréseket, a megfigyeléses vizsgálatokat „részcsoporton”, a retrospektív eset-kontroll vizsgálatokat („case control study”) és az egyéb megfigyeléses (pl. retrospektív kohorsz) vizsgálatokat.³⁰

Az Eüak. Kommentárja abban látja a beavatkozással nem járó vizsgálá-

„Az adatgyűjtés módja alapján is csoportosíthatjuk az emberen végzett orvostudományi kutatásokat, ami szerint megkülönböztetünk prospektív és retrospektív vizsgálatokat.”

tok lényegét, hogy azok „a beteg számára lényegében megterhelést nem jelentő, fizikai beavatkozással nem járó, a kutatási alany lelki egészségére kockázatot nem jelentő, többnyire valamilyen adminisztratív, adatgyűjtéssel járó vizsgálatok körét jelentik. Ezek alapulhatnak például csak az egészségügyi dokumentáció tanulmányozásán.”³¹

Emberen végzett orvostudományi kutatások csoportosítása az adatgyűjtés módja alapján

Az adatgyűjtés módja alapján is csoportosíthatjuk az emberen végzett orvostudományi kutatásokat, ami szerint megkülönböztetünk prospektív és retrospektív vizsgálatokat. A prospektív adatgyűjtés esetén az adatgyűjtés a jövőre nézve történik, a vizsgálatban való részvétel a beteg beleegyezésével történhet, és a beleegyező nyilatkozatán alapul. Retrospektív vizsgálat ezzel szemben a meglévő adatállományok felhasználásán alapuló kutatás.

Emberen végzett orvostudományi kutatások csoportosítása a vizsgálat jellege szerint

Az emberen végzett orvostudományi kutatások lehetnek orvostechnikai eszközökkel kapcsolatos klinikai vizsgálatok, vizsgálati készítményekkel kapcsolatos

klinikai vizsgálatok, valamint ezekbe a kategóriákba nem sorolható, emberen végzett orvostudományi kutatások (klinikai vizsgálat) is.³²

Az orvostechnikai eszközzel kapcsolatos – beavatkozással járó – klinikai vizsgálatnak minősül minden olyan tervezett és ütemezett, emberen egy vagy több vizsgálati helyen végzett szisztematikus orvostudományi kutatásnak minősülő vizsgálat, amelynek célja egy vagy több klinikai vizsgálatra szánt orvostechnikai eszköz alkalmazásával, az eszköz biztonságosságával és teljesítőképességével kapcsolatos klinikai adatok gyűjtése, amely megelőzi a forgalomba hozatalt.

A vizsgálati készítmények beavatkozással járó klinikai vizsgálatáról beszélünk minden olyan, emberen végzett orvostudományi kutatásnak minősülő egy vagy több vizsgálati helyen végzett vizsgálat esetén, amelyeknek célja egy vagy több vizsgálati készítmény

- f. klinikai, gyógyszeres, illetve farmakodinámiai hatásainak feltárása;
- g. által kiváltott nemkívánatos gyógyszerhatás azonosítása, illetve

h. felszívódásának, eloszlásának, metabolizmusának és kiválasztódásának tanulmányozása a készítmény ártalmatlanságának, hatékonyságának, előny/kockázat arányának igazolása céljából.

Azok az emberen végzett orvostudományi kutatások tartoznak a klinikai vizsgálatok kategóriájába, ame-

lyek nem sorolhatók a fenti kettőbe.

A klinikai kutatások fogalma és típusai bemutatása után a következő számban az egészségügyi adatok elemzésével emberen végzett orvostudományi kutatások fenti kategóriákba történő besorolása, adatvédelmi jogalapja, illetve a klinikai vizsgálatban részt vevő személyek

adatvédelmi jogállásának meghatározása következik.



TURCSINÉ DR. CZAPÁRI DÓRA

PhD hallgató

PÉCSI TUDOMÁNYEGYETEM,
ÁLLAM- ÉS JOGTUDOMÁNYI
DOKTORI ISKOLA
PÉCSI TUDOMÁNYEGYETEM,
GYÓGYSZERTUDOMÁNYOK DOKTORI ISKOLA

LÁBJEGYZETEK

1. Meglena KUNEVA, az Európai Bizottság fogyasztóvédelmi ügyekért felelős biztosának 2009-es beszéde: "Personal data is the new oil of the internet and the new currency of the digital world." http://europa.eu/rapid/press-release_SPEECH-09-156_en.htm (2017. 08. 25.)
2. EUROPEAN DATA PROTECTION SUPERVISOR: A Preliminary Opinion on data protection and scientific research 6. https://edps.europa.eu/sites/edp/files/publication/20-01-06_opinion_research_en.pdf
3. PATAKI Gábor – SZÓKE Gergely László: Az online személyiségprofilok jelentősége – régi és új kihívások, Infokommunikáció és jog, 2017/2., 64-65.
4. W. NICHOLSON PRICE II - I. Glenn COHEN: Privacy in the age of medical big data, Nature Medicine, Vol 25, January 2019. 37.
5. NICHOLSON PRICE II – COHEN: i.m. 37.
6. Európai Unió működéséről szóló szerződés (EUMSZ) 179. cikk (1)
7. Az Európai Parlament és a Tanács 1982/2006/EK határozata (2006. december 18.) az Európai Közösség kutatási, technológiafejlesztési és demonstrációs tevékenységekre vonatkozó hetedik keretprogramjáról (2007–2013) (Hetedik keretprogram)
8. Az Európai Parlament és a Tanács 1291/2013/EU rendelete (2013. december 11.) a „Horizont 2020” kutatási és innovációs keretprogram (2014–2020) létrehozásáról és az 1982/2006/EK határozat hatályon kívül helyezéséről (Horizont2020)
9. Horizont2020 (1) Preambulumbekezdés
10. Horizont2020 2. cikk 1.
11. Az Európai Parlament és a Tanács (EU) 2019/790 irányelve (2019. április 17.) a digitális egységes piacon a szerzői és szomszédos jogokról, valamint a 96/9/EK és a 2001/29/EK irányelv módosításáról (12)
12. Az Európai Parlament és a Tanács (EU) 2016/679 Rendelete (2016. április 27.) a természetes személyeknek a személyes adatok kezelése tekintetében történő védelméről és az ilyen adatok szabad áramlásáról, valamint a 95/46/EK rendelet hatályon kívül helyezéséről (Általános adatvédelmi rendelet vagy GDPR) (159) preambulumbekkezdés
13. A tudományos kutatásról, fejlesztésről és innovációról szóló 2014. évi LXXVI. törvény (Innovációs tv.) 3. § 11.
14. Innovációs tv. 3. § (6)
15. Innovációs tv. 3. § 1.
16. Innovációs tv. 3. § 2.
17. Innovációs tv. 3. § 7.
18. Innovációs tv. 36. § (1)
19. Innovációs tv. 36. § (2) a)
20. Szellemi Tulajdon Nemzeti Hivatala: Kutatás-fejlesztési Minősítési Eljárások Módszertani Útmutatója, 7. oldal https://www.szttnh.gov.hu/sites/default/files/szttnh_vegleges_kf_modszertani_utmutato_2019_1.pdf
21. EUROPEAN DATA PROTECTION SUPERVISOR i.m. 12.
22. Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény (a továbbiakban: Eütv.)
23. Eütv. 157. §
24. DR. DÓSA Ágnes - DR. HANTI Péter - DR. KOVÁCSY Zsombor: Kommentár az egészségügyi törvényhez, Wolters Kluwer, 2016. 157. §
25. A gyakorlatban e célokat tágan értelmezve sokszor egy-egy kutatócsoport akkor is követi az ágazati szabályrendszert, és etikai engedélyezési eljárást kezdeményez, ha a betegadatokon végzett tudományos kutatás csak közvetve függ össze e célokkal (pl. működés hatékonyságának növelése).
26. Az emberen végzett orvostudományi kutatásokról szóló 23/2002. (V. 9.) EüM rendelet 1. § (1)
27. Az emberen végzett orvostudományi kutatások, az emberi felhasználásra kerülő vizsgálati készítmények klinikai vizsgálata, valamint az emberen történő alkalmazásra szolgáló, klinikai vizsgálatra szánt orvostechnikai eszközök klinikai vizsgálata engedélyezési eljárásának szabályairól szóló 235/2009. (X.20.) Korm. rendelet 15-16. §
28. 23/2002. (V. 9.) EüM rendelet 16. § b)
29. Az emberi alkalmazásra kerülő gyógyszerrekről és egyéb, a gyógyszerpiacot szabályozó törvények módosításáról szóló 2005. évi XCV. törvény 1. § 8. (a továbbiakban: Gyógyszertv.)
30. 23/2002. (V. 9.) EüM rendelet 20/C §., valamint TUKEB eljárási tájékoztatója, <https://ett.aeek.hu/tukeb/>, „Az eljárásról” menüpont (2020.07.13.)
31. DR. HANTI Péter: Kommentár az egészségügyi adatvédelmi törvényhez, Wolters Kluwer, 2013., 21. §
32. Ezen vizsgálatok lehetnek beavatkozással járó és nem járó vizsgálatok is, azonban jelen pontban kizárólag a beavatkozással járó típus kifejtése történik tekintettel arra, hogy a beavatkozással nem járó típusa már fentebb kifejtésre került.

A Genfi Konszenzus Nyilatkozat a konszenzus hiányáról

Az abortuszjog nemzetközi emberi jogi mivoltának elutasítása

2019 tavaszán amerikai kezdeményezésre indult a végül 2020. október 22-én Genfi Konszenzus Nyilatkozat a nők egészségének előmozdításáról és a család megerősítéséről (továbbiakban: Nyilatkozat) címmel, Washingtonban elfogadott dokumentum. Négy pillére a nők jobb egészségének biztosítása; az élet védelme annak minden szakaszában; a család mint az egészséges társadalmak alapegységének védelme; minden nemzet szuverén joga az élet védelmének külső nyomásgyakorlás nélküli szabályozása a belső jogban. A Nyilatkozat legfőbb üzenete, hogy *„a nemzetközi jogban nem létezik az abortuszjog, így ebben a kérdésben az ENSZ-nek tiszteletben kell tartania a nemzeti törvényeket és politikákat, külső nyomásgyakorlás nélkül.”*¹

Az abortuszkérdés megjelenése az ENSZ emberi jogi keretrendszerében

Az abortusz elméleti megközelítései annak teljes tiltásától, az indikációs, időhöz kötött, illetve tanácsadási modelleken keresztül a korlátlan abortuszfelfogásig széles

skálán helyezkednek el, s az egyes államokban a jogi szabályozás ezek mentén eltérően alakul.² A Nyilatkozat aláírói ezt fenntartják az állami szuverenitás körébe tartozó kérdésnek, mivel a jelenlegi nemzetközi jogban nincs hatályos norma a nők abortuszjogához.³

A nemzetközi emberi jogok terén

az abortusszal összefüggő kérdések értelmezése a közelmúltig az ENSZ emberi jogi megközelítése keretrendszerében legszorosabban az egészséghez való jog részévé váló reprodukciós jogokhoz kapcsolódott. A reprodukciós szabadság tiszteletben tartása és a legalizált abortuszhoz, mint egészségügyi

szolgáltatáshoz hozzáférés garantálása közül utóbbi kapott nagyobb hangsúlyt, de mindkét esetben a nem biztonságos abortusz és komplikációi megelőzését szolgálva. Ugyanakkor a belső jogban szabályozottság követelményén túl az abortusz tilalmazását is elismerve, s nem korlátozva a belső jogi szabályozás egyik módozatát sem.

Első szakaszként az Emberi Jogok Egyetemes Nyilatkozata és arra épü-

si és fejlesztési konferencián, 179 kormányzat által elfogadott Kairói Akcióprogram határozta meg. Eszerint a reprodukciós jogok nemzeti jogokban és nemzetközi jogban már elismert emberi jogokat foglalnak magukban. *„Ezek egyrészt azon alapulnak, hogy elismerjék a párok és egyének alapvető jogait a gyermekeik számáról és időzítéséről szabad és felelősségteljes döntésre, továbbá hogy rendelkezzenek az eh-*

*hez szükséges információkkal és eszközökkel, valamint a lehető legmagasabb szintű reprodukciós egészség elérésére. Ez magában foglalja a reprodukcióval kapcsolatos döntések hátrányosmegkülönböztetés-, kényszer- és erőszakmentes meghozatalának jogát, ahogyan azt az emberi jogi dokumentumok kifejezik.”*⁵

„Számos jelentés és beszámoló tapasztalata alapján a várandós nők halála gyakran a nem biztonságos abortusz következménye, amelyet a rájuk vonatkozó diszkriminatív törvények és gyakorlatok miatt vesznek igénybe.”

lő ENSZ emberi jogi egyezmények rendszerének kialakítása említendő, egészen az 1993-as bécsi emberi jogi világkonferenciáig. Ez utóbbin elfogadott Bécsi Deklaráció és Akcióprogrammal kezdődött az ENSZ emberi jogi megközelítésére építkező második szakasz, a nők és leánygyermekek emberi jogaival összefüggésben kimondva, hogy azok az egyetemes emberi jogok integráns részét képezik.⁴

A reprodukciós jogok fogalmát az 1994-es nemzetközi népesedé-

A reprodukciós egészség fogalmával egészítette ki az 1995-ös negyedik Nőügyi világkonferencián elfogadott Pekingi Nyilatkozat és Cselekvési Program. A WHO egészség fogalma alapulvételével *„a reprodukciós egészség a teljes testi, szellemi és társadalmi jóllét állapota, és nem pusztán betegség vagy fogyatékosság hiánya, ideértve a reprodukciós rendszerrel, annak funkcióival és eljárásaival kapcsolatos minden kérdést.”*⁶

Ezzel összefüggésben a férfiak és nők joga, választásuk szerinti

- » családtervezési módszerekhez,
- » legális születésszabályozási módszerekhez,
- » megfelelő egészségügyi szolgáltatásokhoz hozzáférés joga.⁷

Az abortusz a nőket a terhességgel összefüggésben fenyegető egészségügyi kockázatként jelenik meg ezekben a dokumentumokban. A nem biztonságos művi terhességmegszakítás miatt fellépő komplikációk ugyanis reprodukciós vagy egyéb betegségekhez, halálhoz vezethetnek. A fejlődő államokban ma is vezető halálozási ok, az esetek többségében azonban megelőzhető lenne. A Kairói Akcióprogram ezért előírta az abortusz belső jogi szabályozottságát, valamint intézkedéseket

- » a nem kívánt terhesség megelőzése;
- » családtervezési szolgáltatások révén a terhességmegszakítások csökkentése;
- » a legális művi vetélés biztonságossága;
- » az abortuszból eredő szövődmények kezeléséhez szükséges szolgáltatásokhoz hozzáférés érdekében.⁸

A Pekingi Nyilatkozat a megfelelő egészségügyi szolgáltatásokhoz, többek között a születésszabályozás legális módszereihez jobb hozzáférés megerősítése mellett⁹ stratégiai célokat tűzött ki. Egyrészt a nők reprodukciós egészségügyi ellátásokhoz hozzáféréseinek növelését,¹⁰ másrészt a minél biztonságosabb

abortusz érdekében kutatások és információterjesztés támogatását.¹¹

A harmadik szakaszban az interpretációba bekapcsolódtak a szerepükben addigra megerősödött ENSZ emberi jogi testületek,¹² az előbbi dokumentumokat használva értelmezési alapul.¹³ 1999-ben a CEDAW-Bizottság 24. számú általános kommentárjában megerősítette, hogy a nőkkel szembeni hátrányos megkülönböztetés minden formájának kiküszöböléséről szóló ENSZ egyezmény alapján az egészségügyi ellátáshoz – beleértve a reprodukciós ellátásokhoz – való hozzáférés alapvető jognak minősül.¹⁴ Újdonsága az ezzel kapcsolatos akadályok megszüntetésére irányuló állami kötelezettség, s a dekriminalizálás megfontolására

vonatkozó javaslata: „*lehetőség szerint módosítani az abortuszt kriminalizáló jogszabályokat az abortuszon átesett nőkre kivetett szankciók visszavonása érdekében.*”¹⁵

Ezt 2000-ben követte a CESCR-Bizottság 14. számú általános kommentárja, amely már a reprodukciós szabadságot is az egészséghez való jog részeként nevesítette.¹⁶ A nőkkel szembeni megkülönböztetés kiküszöbölése érdekében a dekriminalizációs javaslat kivételével a CEDAW-Bizottság kommentárjával azonos tartalmú szempontokat sorol fel,¹⁷ a fiatalok esetében is hangsúlyozva a megfelelő reprodukciós egészségügyi szolgáltatások fontosságát,¹⁸ amelyek a kiemelt prioritású állami kötelezettségek felsorolásában is

szerepelnek,¹⁹ de egyikkel összefüggésben sem érintve az abortusz legalitásának kérdését.

2003-ban a CRC-Bizottság 4. számú általános kommentárja a teherbe esett fiatalok jogaikhoz és igényeikhez igazodó egészségügyi szolgáltatásokhoz hozzáférését értelmezte részletesebben. Az ENSZ testületek között egyedülként a CRC-Bizottság követte szigorúan a Kairói Akcióprogram és Pekingi Nyilatkozat eredeti koncepcióját. Az értelmezést arra korlátozta, hogy a nem biztonságos abortusz miatti megbetegedés és halálozás csökkentése érdekében hozzáférés biztosítandó a reprodukciós egészségügyi szolgáltatásokhoz, ideértve a családtervezést, preventív intézkedéseket és biztonságos



abortuszt, ahol az nem ellentétes a törvényekkel.²⁰

Ezt vitte tovább 2012-ben az ENSZ emberi jogi főbiztosa jelentése is. Iránymutatásai érintették a családtervezési szolgáltatásokat, a nem kívánt terhesség kezelését, ideértve a biztonságos abortuszhoz való hozzáférést - ahol az törvényes -, és az abortusz utáni ellátást.²¹ Ugyanakkor megjelölte a nem biztonságos abortusz²² problémáit is: az abortusz tilalmát és kriminalizálását. Széles körű kutatások eredményei alapján az ellátás igénybevételétől tartózkodás vagy túl késői igénybevételének fő oka „a túlságosan korlátozó abortusztörvény, [mivel] elriaszt az ellátást kereső magatartástól.”²³ A fiatalkorú lányok esetében pedig a preventív intézkedések hiányán túl „kiemelkedően magas arányú az önmaguk által indukált terhességmegszakítás és a büntetőjogi szankcióktól való félelem.”²⁴

Fordulópont az abortuszkérdés megítélésében – a női reprodukciós önrendelkezési jogot hangsúlyozó indikációs modell

2015-ből említést érdemel az Agenda 2030 elfogadását megelőzően, az ENSZ mellett amerikai és afrikai régióhoz tartozó emberi jogi szakértők részvételével elfogadott közös nyilatkozat, amely szintén az abortusztilalomban rejlő veszélyekre hívta fel a figyelmet. Számos jelentés és beszámoló tapasztalata

alapján a várandós nők halála gyakran a nem biztonságos abortusz következménye, amelyet a rájuk vonatkozó diszkriminatív törvények és gyakorlatok miatt vesznek igénybe. A CEDAW-Bizottság által kezdeményezett koncepciót folytatva, a kizárólag nők által igénybe vehető szolgáltatások, így az abortusz kriminalizálása vagy a szolgáltatásnyújtás elmulasztása megengedhetetlen nemi alapú megkülönböztetést jelent. „Felhívjuk az államokat, hogy gondosan mérlegeljék az abortuszt minden körülmények között bűncselekménnyé nyilvánító törvények diszkriminatív és egészségügyi hatásait, töröljék el az abortuszon átesett nőkre vonatkozó büntetőintézkedéseket, és az abortuszt legalább a következő esetekben legalizálják: nemi erőszak, vérfertőzés, és ha a terhesség a nő fizikai, szellemi egészségét vagy életét veszélyezteti,”²⁵ s biztosítandó az abortusz utáni biztonságos ellátáshoz való hozzáférés is. Ezek hiánya a nők reprodukzív jogainak megsértéséhez vezet, ezért az államokhoz fordulva jogalkotási és egyéb intézkedések megtételét terjesztették elő.²⁶

A 2015-2030 között irányadó Fenntartható Fejlődési Keretrendszer (Agenda 2030) és célrendszer is kiemelte, hogy az 1990-ben kitűzött Millenniumi Fejlesztési Célok közül különösen az anyák, újszülöttek és gyermekek egészsége, illetve

„... a 2030-ig kitűzött cél – véget vetni minden megelőzhető elhalálozásnak az újszülöttek, a gyermekek és az anyák esetében egyaránt – a várandós nők életét minden eddigénél intenzívebben védő megközelítést generált.”

a reprodukciós egészség céljának²⁷ teljesítése továbbra is fennálló feladat.²⁸ Az Agenda 2030-ban az államok ezért elkötelezték magukat a reprodukatív egészségügyi szolgáltatásokhoz egyetemes hozzáférés biztosítása mellett, ideértve a családtervezést, tájékoztatást és oktatást,²⁹ összhangban a Kairói Akcióprogrammal és Pekingi Nyilatkozattal.³⁰ Az Agenda 2030 sem erősíti meg tehát kifejezetten az abortuszjogot, amire az előbbi emberi jogi szakértői csoport éppen kritikaként fogalmazta meg, hogy az államok „nem mozdították elő a reprodukciós jogok kiterjedtebb és nyilvánvalóbb elismerését.”³¹ Ugyanakkor a 2030-ig kitűzött cél – véget vetni minden megelőzhető elhalálozásnak az újszülöttek, a gyermekek és az anyák esetében egyaránt³² – a várandós nők életét minden eddigénél intenzívebben védő megközelítést generált.

Ennek mintegy megalapozója volt 2016-ban a CESC-Bizottság 22. számú általános kommentárja. Ez előbb megismétli a reprodukciós egészség Kairói Akcióprogram szerinti fogalmát,³³ majd felhívja a fi-



gyelmet a reprodukciós jogok más jogokkal kölcsönös összefüggésére, kitérve a testi és szellemi integritást, valamint autonómiát védő emberi jogokhoz, amelyek az élethez, szabadsághoz és biztonsághoz való jog; kínzás és más kegyetlen, embertelen vagy megalázó bánásmód tilalma; magánélet és családi élet tiszteletben tartása; valamint az egyenlőség elsimerése; és a hátrányos megkülönböztetés tilalma. Így például „az abortusz megtagadása gyakran vezet az anyák halálához és megbetegedéséhez, az élethez vagy a biztonsághoz való jog megsértéséhez, és bizonyos körülmények között kínzással, kegyetlen, embertelen vagy megalázó bánásmóddal járhat.”³⁴ Továbbá az abortuszt korlátozó, illetve kriminalizáló³⁵ törvé-

nyeket diszkriminatívnak minősíti, amellyel szemben álló hatályos jogi akadályok azonnali megszüntetését vagy reformját mondja ki.³⁶ A nem biztonságos terhességmegszakítások megelőzése érdekében különösen a következő belső jogi intézkedéseket sürgeti: a korlátozó abortusztörvények liberalizálását, a biztonságos abortuszhoz hozzáférés garantálását, valamint a nők autonóm döntéshozatali jogának tiszteletben tartását.³⁷

A keménymag kötelezettségek között említi továbbá a nem biztonságos abortusz megelőzését, a jog tiszteletben tartása kapcsán az autonómián alapuló döntési jog garantálását, a jog megvalósításánál pedig az univerzális hozzáférés biztosítását hangsúlyozza.³⁸

A Konszenzus Nyilatkozat azonban nem közvetlenül erre, hanem az Emberi Jogi Bizottság (továbbiakban: EJB) által 2019-ben kibocsátott, a női reprodukciós önrendelkezési jog mellett még határozottabban állást foglaltó 36. számú általános kommentárra adott ellenreakcióként értelmezhető. A Polgári és Politikai Jogok Nemzetközi Egyezségokmánya 6. cikkében foglalt élethez való jog alapján „a részes államokban a terhesség önkéntes megszakításának szabályozására irányuló intézkedések nem sérthetik a terhes nő vagy lány élethez való jogát vagy az Egyezségokmányból eredő egyéb jogait. Így az abortusz korlátozása nem veszélyeztetheti életüket, nem okozhat fizikai vagy szellemi fájdalmat vagy szenvedést,

*s nem jelenthet hátrányos megkülönböztetést vagy magánéletbe önkényes beavatkozást.*³⁹

A testület erre tekintettel az abortusztörvények felülvizsgálatát irányozza elő. Egyrészt felsorolja az abortuszhoz legális, biztonságos és tényleges hozzáférés biztosításának három esetét: (1) *a terhesség a várandós anya életét, egészségét veszélyezteti; (2) a terhesség elviselése jelentős fájdalmat vagy szenvedést okoz, különösen, ha a terhesség nemi erőszak vagy vérfertőzés következménye; (3) a magzat életképtelen.* Habár ebben nem azonosítható egyértelműen állásfoglalás, a megjelölt esetek az időben korlátlan abortusz lehetőségére engednek következtetni. Minden más esetben pedig olyan módon szabályozandó maga a terhesség és ezzel együtt az abortusz, hogy megelőzze a nem biztonságos abortuszhoz folyamodást. Így meg kell szüntetni a jogi akadályokat: nem kriminalizálható a hajadon nők terhessége, valamint az abortusz sem az azt igénybe vevő nők, sem az egészségügyi szolgáltatók oldaláról. Sőt, meg kell szüntetni a tényleges hozzáférés olyan akadályait is, mint az abortusz végrehajtásának lelkiismereti okból megtagadása. Nem vezethetők be új akadályok sem.⁴⁰

Ezzel szemben előbb az Egészségügyi Világközgyűlés 72. rendes éves ülésén 9 állam tett közös nyilatkozatot,⁴¹ majd az ENSZ Közgyűlésén 21 állam tett elköteleződést⁴² a már hivatkozott Nyilatkozat irányába, annak érdekében, hogy az ENSZ azokra a konkrét kérdésekre koncentráljon, amelyek széles

körű elfogadottságot élveznek a tagállamok körében, ahelyett, hogy konszenzust nélkülöző koncepciót próbálnának elfogadtatni. Jelen esetben: az abortusz univerzális emberi jogként kezelését, ezáltal az államok számára progresszív abortuszzabályozást irányozva elő.

A Genfi Konszenzus Nyilatkozat megítélése

A Nyilatkozat példa arra, amelyet Bódig Mátyás a monitorozó testületek jogértelmezésének legitimitása aspektusában már kifejtett: annak ellenére, hogy az államok kötelezettséget vállaltak az emberi jogok tiszteletben tartására és emberi jogi egyezményekhez csatlakoztak, s ez által az emberi jogok védelme nem kizárólagosan belső joghatósági kérdés, az ENSZ és más emberi jogi szakértők által végzett értelmezés határa ott húzódik, ahol az állam azt az állami szuverenitás körébe tartozónak nyilvánítja.⁴³ Az értelmezés aktivizmusával szemben az államok magatartása azonban leggyakrabban az egyet nem értés ellenére is passzív marad a nemzetközi szinten, az ehhez hasonló aktív tiltakozás egyedi. A Nyilatkozat jogilag nem kötelező, s nem irányul belső jogi módosításokra, de későbbi potenciális szokásjogi szabállyal szemben felhívható hivatkozási alapként szolgálhat. Aláírásán eredetileg részt vevő 32 állam, amely – mivel a Nyilatkozat nyitott a további aláírásokra – további 3 állammal bővült, jelenleg több mint 1,6 milliárd sze-

mély és a világ valamennyi régiója képviselőjében.⁴⁴

A társkezdeményezők közé tartozott, s az európai régióból aláírók sorában szerepel Lengyelország és Belarusz mellett Magyarország is. A belső jogi szabályozás szempontjából így hazánk vonatkozásában is két kérdés merülhet fel az EJB 34. számú általános kommentárjával összhang tekintetében. Ezek egyike a dekriminalizáció lehetősége, mivel a Btk. 163. § alapján a saját magzatát elhajtó vagy elhajtató nő vétséget követ el, más esetben a magzatelhajtás büntettnek minősül. Másrészt az abortuszzabályozás liberalizációja az időbeliség tekintetében, mivel bár hazánkban az európai uniós tagállamok többségénél korlátozottabb szabályozás érvényesül, de meghatározott feltételek mellett legális az abortusz. Továbbá, az EJB 34. számú általános kommentárjában megjelölt indikációknak a magzati élet védelméről szóló 1992. évi LXXIX. tv. 5-6. §§ szabályozása az első trimeszter végéig kivétel nélkül megfelel, s az anya életének védelmében a terhesség teljes ideje alatt bármikor végrehajtható az abortusz. A hatályos szabályozás hazai módosítása ugyanakkor egyik kérdésben sem tervezett, a Nyilatkozat hazai értelmezése jelenleg az Alaptörvény II. cikk és a magzatvédelmi törvény preambulumból kiindulva, a magzatot fogantatásától kezdve megillető védelem hangsúlyozására fókuszál. Ennek okán, összhangban a Kairói Akcióprogramban foglaltakkal, az abortusz *születésszabályozási* eszköznek

tekintett, így semmilyen körülmények között nem értelmezhető a *családtervezés* eszközeként.⁴⁵

A közelmúlt néhány belső jogi abortuszreformja szintén nem az egységesítés irányába hat. Míg Argentína és Kolumbia az abortuszszabályozás enyhítésére készül, 2018-ban Belgiumban és Írország-

ban is szigorító szabályozást vezettek be, s Lengyelországban 2020. október 23. napján az alkotmánybíróság jelentős korlátozás mellett foglalt állást. A széttartó gyakorlatok fenntartását a Genfi Konszenzus Nyilatkozat pedig vélhetően tovább fogja erősíteni, az abortuszjog egyetemességének javára törté-

nő nemzetközi emberi jogi értelmezési törekvések ellenében.



DR. FALUSI BERNADETT

PhD hallgató

DEBRECENI EGYETEM,
MARTON GÉZA ÁLLAM- ÉS JOGTUDOMÁNYI DOKTORI ISKOLA

LÁBJEGYZETEK

1. Geneva Consensus Declaration on Promoting Women's Health and Strengthening the Family (Washington, 22 Oct 2020).
2. Számos külföldi szabályozást összefoglal: GREBELYNÉ KISS Evelin: Az abortusz törvényi szabályozása és megítélése napjainkban, Polgári Szemle, 2018/1-3. 413-415.
3. Ld. még: SIFRIS, Ronli: Restrictive Regulation of Abortion and the Right to Health, Medical Law Review, Vol. 18. No. 1. (2010) 186.
4. Vienna Declaration and Programme of Action (World Conference on Human Rights, Vienna, 25 Jun 1993) § 18.
5. Cairo Programme of Action (International Conference on Population and Development, Cairo, 5-13 Sept 1994) § 7.3.; megismétli Beijing Declaration and Platform for Action (Fourth World Conference on Women, Beijing, 4-15 Sept 1995) § 96.
6. Beijing Declaration, §§ 95, 223.
7. Uo. § 95.
8. Cairo Programme of Action, § 8.25.
9. Beijing Declaration, § 97.
10. Uo. § 106. e).
11. Uo. § 109. i).
12. BÓDIG Mátyás: Gazdasági és szociális jogok az ENSZ emberi jogi mechanizmusai: Egy emancipációs folyamat tanulságai, Fundamentum, 2015/1. 8.
13. Az ENSZ testületek esetében az általános kommentárok szerinti értelmezést tekintem a kutatás fő tárgyának.
14. CEDAW General Comment No. 24. (1999): Art. 12 (Women and Health) § 1.
15. Uo. § 31. b) és c).
16. CESCR General Comment No. 14. (2000): Art. 12 (The Right to the Highest Attainable Standard of Health) § 8.
17. Uo. § 21.
18. Uo. § 23.
19. Uo. § 44. a).
20. CRC General Comment No. 4. (2003): Adolescent Health and Development in the Context of the Convention on the Rights of the Child, § 27. a).
21. Technical guidance on the application of a human rights based approach to the implementation of policies and programmes to reduce preventable maternal morbidity and mortality, Report of the UN OHCHR (UN Doc. A/HRC/21/22, 2 Jul 2012) § 33.
22. Uo. § 9.
23. Uo. § 56.
24. Uo. § 59.
25. Joint Statement by UN Human Rights Experts, the Rapporteur on the Rights of Women of the Inter-American Commission on Human Rights and the Special Rapporteurs on the Rights of Women and Human Rights Defenders of the African Commission on Human and Peoples' Rights (24 September 2015).
26. Uo.
27. Millenium Development Goals, Goal No. 5.
28. Agenda 2030 for Sustainable Development (UN Doc. A/RES/70/1, 21 Oct 2015) § 16.
29. Uo. § 3.7.
30. Uo. § 5.6.
31. Joint Statement by UN Human Rights Experts ... (24 September 2015).
32. Uo. § 26.
33. CESCR General Comment No. 22. (2016): Art. 12 (Right to Sexual and Reproductive Health) § 6.
34. Uo. § 10.
35. Fiatalok abortuszának dekriminálizálásáról, Id.: CRC General Comment No. 20 (2016): Implementation of the Rights of the Child during Adolescence, § 60.
36. Uo. § 34.
37. Uo. § 28.
38. Uo. § 49.
39. HRC General Comment No. 36. (2019): Art. 6 (Right to Life) § 8.
40. Uo.
41. Joint Statement on Women's, Adolescent, and Children's Health, World Health Organization (72nd Session of the World Health Assembly, May 2019).
42. Alapja: Political Declaration of the High-Level Meeting on Universal Health Coverage (UN Doc. A/RES/74/2, 18 Oct 2019).
43. BÓDIG Mátyás: Dogmatikai fejlődés és demokratikus legitimitás, Reflexiók az ENSZ Gazdasági, Szociális és Kulturális Jogok Bizottságának dogmatikai teljesítményéről, Fundamentum, 2014/3. 6-9.
44. Letter dated 2 December 2020 from the Permanent Representative of the United States of America to the United Nations addressed to the Secretary-General (UN Doc. A/75/626, 7 Dec 2020).
45. Uo. § 8.25.

A szakértői bizonyítás aktuális kérdései

2020 őszén a HVG-ORAC Kiadó gondozásában jelent meg Nogel Mónika: *A szakértői bizonyítás aktuális kérdései*¹ c. monográfiája. A kötet minden bizonnyal az egészségügyi területen működő igazságügyi szakértők, és az orvosi, egészségügyi joggal foglalkozó jogász szakemberek érdeklődésére is számot tart.

A frissen megjelent kötet egyértelműen több éves kutatómunka eredménye. A szerző tollából már korábban is jelentek meg színvonalas cikkek a szakértőjelöltek státuszáról,² a szakértői bizonyításról,³ a szakértők jogi státuszáról,⁴ az igazságügyi szakértői rendszer minőségbiztosításáról.⁵ A szóban forgó kötet ezekből a már megjelent írásokból is építkezik, de messze többet kínál: egy elméleti szakkönyv és gyakorlati kézikönyv optimális egyensúlyát megteremtő művet foghat a kezébe az olvasó.

A szakvéleményekkel kapcsolatos elvárások világszerte gyökeresen megváltoztak. A hibás szakvéleményekre visszavezethető téves ítéletek arra ösztönözték a jogalkotókat, hogy vizsgálják felül a szakértői bi-

zonyítás korábbi elveit. Elsősorban az angolszász jogterületen tanulmányok sora világított rá arra, hogy a szakértők által alkalmazott új módszerek bevezetését nem követte az az elméleti megalapozás, amelyik megnyugtatóan segítette volna a módszerek hibahatárát, és a bizonyításban betöltött valós szerepét kijelölni. Ezeket a tanulmányokat hazai szerző feldolgozásában most olvashatja először az érdeklődő. Először kerülnek hazai kontextusba a szakértői bizonyítást érintő olyan alapvető dokumentumok, mint az Egyesült Államok Tudományos Társaság Kutatási Tanácsának jelentése vagy az Egyesült Államok elnökének Tudományos és Technikai Tanácsadói Tanácsa (President's Council of Advisors on Science and

Technology, PCAST) által 2016-ban kiadott vizsgálati anyag, illetve a Lordok Háza Tudományos és Technológiai Tanácsának 2019-ben megjelent: „Forenzikus tudományok és a büntető igazságszolgáltatási rendszer: útmutató a változtatáshoz” című jelentése („Forensic Science and Criminal Justice System: a Blueprint for Change”). Ebben a könyvben bejárhatjuk az utat, amelyen az elmúlt évtizedek tudósai haladtak azért, hogy a szakértői bizonyítás aktuális kihívásait rendszerezze, a problémákat feltárják és a jogalkalmazó számára támpontot adjanak. Jól látható az is, hogy a külhoni szakmai diskurzus világszerte elindította a szakértői bizonyítás újragondolását, a szakértői módszerek és a jogi szabályozás reformját.

A revízió hazánkban sem kerülhető meg. A témát érintő hazai diskurzus ugyan jóval halkabb volt, azonban a jogalkotó kísérletet tett arra, hogy az újabb kihívásoknak megfelelő jogszabályokat alkosson. A megszületett hazai joganyag nemzetközi összehasonlító vizsgálatát és tudományos, sőt kritikai értékelését is olvashatjuk a műben.

A könyv hat része a szakértői bizonyítás legfontosabb kérdésköreinek vezet végig az olvasót. (I. rész: A szakértő és a szakvélemény szerepe a büntetőeljárásban. II. rész: Szakértői tevékenység ostrom alatt. III. rész: A szakvélemény kulcselemei. IV. rész: A szakértői vélemények hitelt érdemlősége a büntetőeljárásban. V. rész: A minőség és a minőségügy értelmezése a szakértői tevékenység keretei között. VI. rész: A szakértő munkájának értékelése. A szakértői vélemény értékelése.)

A kötet bemutatja, hogyan változtak meg a szakvéleményekkel szemben támasztott követelmények

külföldön és ez hogyan hat a hazai jogra. Hogyan lehet növelni a szakvélemények validitását? Hogyan ellenőrizhetők a szakértők megállapításai? Hogyan biztosítható, hogy kizárólag a legfelkészültebb szakemberek végezhesenek szakértői tevékenységet és csak a megfelelő színvonalú szakvélemények kerüljenek a jogalkalmazó asztalára?

A mű felvázol egy lehetséges „sorvezetőt” is, amelyet a nyomozó hatóság, az ügyészség, a bíróság és az ügyvédek is felhasználhatnak a szakértői vélemények értékelése során. A monográfiának nem utolsósorban az is célja, hogy rámutasson a hatályos jogi környezet hiányosságaira.

Összegzésként megállapíthatjuk, hogy a feldolgozott téma rendkívüli gazdagságára és kidolgozásának magas színvonalára figyelemmel a kötet elolvasása megéri a fáradságot. Az olvasó releváns új ismeretanyaggal gazdagodhat, és olyan ösz-

szefüggéseket ismerhet fel, amelyek az egyes témák továbbgondolására inspirálnak. A témához kapcsolódó irodalomjegyzék és jogesetjegyzék bizonyítja a munka megalapozottságát és a szerző szakértelmét. A témában hiánypótló, az elméleti háttérrel a joggyakorlatból vett példákkal illusztráló kötetből a munkájukban közvetlenül alkalmazható gyakorlati tanácsokat kaphatnak úgy a szakértői tevékenységet végzők, mind a szakvéleményeket felhasználó jogászok. A könyv stílusa azt is lehetővé teszi, hogy a téma iránt érdeklődő laikusok is élvezettel forgassák. Meggyőződésem szerint a kötet kitűnően használható a felsőoktatásban és felnőttképzésben is.



DR. KOVÁCS GÁBOR

egyetemi tanár
SZÉCHENYI ISTVÁN EGYETEM
DEÁK FERENC ÁLLAM- ÉS JOG-
TUDOMÁNYI KAR

LÁBJEGYZETEK

1. NOGEL Mónika: A szakértői bizonyítás aktuális kérdései. HVG-ORAC, Budapest, 2020.
2. NOGEL Mónika: Egészségügyi területen működő szakértőjelöltek jogi státusza az új szakértői törvény alapján, Med. Et Jur., 2016/2.; NOGEL Mónika: A szakértőjelöltek státuszának minőségbiztosítási szempontú vizsgálata, Ügyészek Lapja, 2016/3-4.; NOGEL Mónika: A szakértőjelöltekre vonatkozó szabályozás minőségbiztosítási szempontú vizsgálata, Belügyi Szemle, 2017/9.
3. Nogel Mónika: A szakértői bizonyítással szemben támasztott követelmények

- szigorodása az Amerikai Egyesült Államokban, Jog – Állam – Politika, 2019/3., NOGEL Mónika: A szakértői tevékenység reformkísérlete Magyarországon, Med. Et Jur., 2019/3. NOGEL Mónika: Az igazságügyi szakértői szakterületek tagolása és a szakértői kompetencia, Ügyészek Lapja, 2019/6.; NOGEL et. al: A work in progress - accreditation of forensic DNA laboratories as a part of the „European Forensic Science Area 2020 (EFSA 2020)” concept, Forensic Science International Supplement Series Vol. 7. (2019)
4. KOVÁCS Gábor – NOGEL Mónika: Comparative Analysis of the Legal Regulation

- of Forensic Experts in Europe, Forensic Science International, 2017/277.; NOGEL Mónika: Expert Evidence in Criminal Proceedings in Hungary, In: Bratislava Legal Forum 2019, Collection of Papers, Comenius University in Bratislava, Faculty of Law, 2019.
5. NOGEL Mónika: A szakértői minőségbiztosítási rendszer kialakításának előkérdései és alapfogalmai, Jog – Állam – Politika, 2017/1.; NOGEL Mónika: A hazai szakértői minőségbiztosítás rendszerének vázlata és annak jelentősége a büntetőeljárásban, Magyar Jog, 2018/3.

Szinapszis

Member of
QUERCUS
CONSULTING GROUP



VEZETŐ PIACKUTATÓ CÉG A GYÓGYSZERIPARI, EGÉSZSÉGÜGYI PIACKUTATÁSOK TERÜLETÉN,
23 ÉVES SZAKMAI TAPASZTALATTAL.

A SZINAPSZIS MINŐSÉG

ÉLEN JÁR A KUTATÁSOK
innovációjában,
a digitalizációban.



A lakosság egészségügyi
információszerzési
SZOKÁSAINAK
MONITOROZÁSA.



Szakértő
AZ ORVOS-PATIKUS
kommunikációban.



Trendkövetés, mértékadó
ADATOK SZOLGÁLTATÁSA
az iparág felé.

EphMRA
Agency Member 1.10.20 – 30.9.21

ESOMAR
member



GLOBAL

🏠 1142 Budapest, Erzsébet királyné útja 112.

☎ +36 1 422 1634 • 📠 +36 1 422 1633 • ✉ szinapszis@szinapszis.hu

www.szinapszis.hu

Stratégiaalkotástól a megvalósításig



QUERCUS

CONSULTING GROUP



QCG
CONSULTING GROUP

DIGITAL CONSULTING | MARKETING CONSULTING | BUSINESS DEVELOPMENT CONSULTING | STRATEGY CONSULTING