

Doktori (PhD) értekezés tézisei

**AZ EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁSÁHOZ VALÓ JOG PARADIGMAVÁLTÁST KÖVETŐ
INTERPRETÁCIÓJA A NEMZETKÖZI EMBERI JOGI EGYEZMÉNYEK
VÉGREHAJTÁST ELLENŐRZŐ MECHANIZMUSAIBAN**

dr. Falusi Bernadett

Témavezető: Dr. Szűcs Lászlóné Dr. habil. Siska Katalin

egyetemi docens



DEBRECENI EGYETEM

Marton Géza Állam- és Jogtudományi Doktori Iskola

Debrecen
2021.

1. A doktori értekezés előzményei és célkitűzései

A doktori értekezés témaválasztásának kiindulópontja a jogi alapprobléma, hogy a Gazdasági, Szociális és Kulturális Jogok Nemzetközi Egyezségokmánya (továbbiakban: GSZKJNE) elfogadását és 1976-os hatályba lépését követően az egészséghez, illetve egészségügyi ellátáshoz való jogot továbbra sem szabályozza megnyugtatóan újabb univerzális szintű emberi jogi egyezmény. A jelen kutatás indokoltságát az 1990-es évek emberi jogi paradigmaváltása és azt követően újabb nemzetközi emberi jogi végrehajtást ellenőrző mechanizmusok bevezetése alapozta meg. Álláspontom szerint azoknak nem csak száma, hanem jelentősége is megnőtt, így releváns és egyben aktuális kérdés, hogy a nemzetközi emberi jogi testületek jelenleg milyen keretek között és hogyan értelmezik az egészségügyi ellátáshoz való jogot.

A kutatás célja ezen újabb interpretációs irányok bemutatása, amelyeknek a dolgozat szerkezeti felépítése egyaránt lehetővé teszi az önmagukban és egymással összehasonlításban megismerését is. Az egészségügyi ellátáshoz való jog számos nemzetközi emberi jogi egyezményben és egyéb dokumentumban megjelenik vagy köthető azokhoz, de az általam végzett vizsgálat kizárólagosan az európai régióra, egészen pontosan az Európa Tanács államaira korlátozódott, más régiók nem képezték részét. Abban az értelemben viszont teljes körű a feldolgozottság, hogy a szóban forgó 47 államra egységesen érvényes emberi jogi egyezmények mind megjelennek az értekezésben.

Mindenekelőtt egy általános jellegű ismertetés történt az emberi jogi egyezmények végrehajtást ellenőrző mechanizmusairól és az elméleti háttérrel, amelynek bemutatására a *II. FEJEZET* szolgál. Ezt követi a *III. FEJEZET*, az univerzális emberi jogi jogvédelmi szintet összefoglaló nagyobb szerkezeti egység, középpontjában a GSZKJNE 12. cikkében foglalt egészségügyi ellátáshoz való jog megalapozásával, tartalmával és az implementációjával kapcsolatos kérdéseket érintve. A *IV. FEJEZET* az európai regionális emberi jogi jogvédelmi szint összefoglalását nyújtja.

Mindez elsősorban a Gazdasági Szociális és Kulturális Jogok Bizottságának (továbbiakban: GSZKJB) dogmatikája, valamint a bírói, illetve kvázi-bírói testületek döntései alapján történt az Emberi Jogok Európai Bírósága (HUDOC-ECHR), Szociális Jogok Európai Bizottsága (HUDOC-ESC), Európai Unió Bírósága esetjogának adatbázisából (InfoCuria). Ezeket kiegészítik olyan nemzetközi *soft law* dokumentumok, mint az ENSZ Emberi Jogi Főbiztosi Hivatala (OHCHR) adatbázisában fellelhető, ún. konstruktív párbeszéd elemei – a GSZKJNE

részes állami jelentések és a GSZKJB azokra adott visszajelzések, politikai nyilatkozatok az államok részéről, az Országgyűlési Könyvtár ENSZ Letéti Gyűjteményében hozzáférhető ENSZ évkönyvek (1948-1966), valamint egy fejezet erejéig az európai régió 47 alkotmányának rendelkezései.

A fogalmi elhatárolás kapcsán az egészségügyi ellátáshoz való jog fogalmának az értekezésben olyan értelmezését használtam, amelyen kívül esett a tágabb értelemben vett egészséghez való jog részét képező egészséget meghatározó tényezők, ezen felül: a nem közvetlenül az ellátáshoz kapcsolódó egészségvédelmi preventív intézkedésektől, mint például a munkavédelemmel, addiktív egészségkárosító anyagokkal kapcsolatos.

Továbbá, a nemzetközi emberi jogi végrehajtást ellenőrző mechanizmusok tekintetében a terjedelmi korlátok miatt és a címmel is összhangban nem vállalkoztam a nem emberi jogi szerződéseken alapuló végrehajtás-ellenőrzési mechanizmusok bemutatására, az ún. nem állami szereplők, az NGO-k, valamint azok szerepe, extraterritoriális joghatóság kérdéseinek vizsgálatára.

2. Az értekezés konklúziói

Az egészségügyi ellátáshoz való jog értelmezését érintő kérdéseket összesen hat hipotézis mentén vizsgáltam.

1. A MÉLTÓSÁG: *az emberi jogok univerzalista felfogásával előfeltételezésem szerint az áll összhangban, hogy az emberi jogi testületek az emberi méltóságból eredeztetik az egészségügyi ellátáshoz való jogot is.*

Az egészségügyi ellátáshoz való jog megalapozásában a konkurens megközelítések közül dominánsnak tekinthető az emberi méltóság, az egyes testületek gyakorlatában nem kizárólagosan van jelen, s nem egységes az ahhoz viszonyulás sem. Amennyiben az adott emberi jogi egyezményben nem szerepel, a gyakorlat ezt pótolja, nevesítve a kettő közötti kapcsolat fennállásának tényét. A méltóság mibenlétének, *jellegének* meghatározásában a hiány azonban a legtöbb esetben máig azonosítható vagy éppen ellenkezőleg, párhuzamosan többféle értelmezés is megjelenik.

Az emberi méltóság visszatérően megjelenik a GSZKJB minden olyan általános kommentárjában, amely a GSZKJNE-nek az egyes emberi jogokra vonatkozó értelmezését adja, így az egészségügyi ellátáshoz való jogot érintő jogértelmezése során is.

E helyen a szakirodalom kiegészítését szeretném kiemelni. Audrey CHAPMAN helyesen mutat rá, hogy az egészséghez való jogot interpretáló 14. számú általános kommentárban a GSZKJB nem tér ki arra, hogy az emberi méltóságot az egészséghez vagy az egészségügyi ellátáshoz való jog forrásának tekinti. Ennek az oka valójában az, hogy ezt a testület a korábbi, 5. számú általános kommentárban teljesítette, amelyet a 14. számú általános kommentár 26. bekezdés is hivatkozza, ezáltal a közvetlen kapcsolatot is megteremtve. Ugyanis ha a fogyatékkal élőket, mint sérülékeny személyek csoportjának jogát kimondja az egészségügyi ellátáshoz való jogra, ami a méltóságukból ered, hangsúlyozva, hogy az ugyanúgy megilleti őket, mint bármely más személyt, akkor mindenki másnak az egészségügyi ellátáshoz való joga is az emberi méltóságból kell, hogy fakadjon.

Egyebekben azt, hogy az emberi jogok az ember veleszületett méltóságából fakadnak, a GSZKJB kifejezetten megemlíti a 17. számú általános kommentárjában, egy olyan jog esetében, amelynek különösen vitatható az emberi jogi jellege. Ebből is látható, hogy ennek kimondására az indokoltnak tartott esetekben szorítkozik.

Problemátikus ugyanakkor, hogy a testület a méltóságra több formában is hivatkozik, alapelveként, állapotként és jogként egyaránt, valamint éppen a 14. számú általános kommentár az, amelyben ilyen sokrétű értelmezést kap. E tekintetben, s végeredményben a GSZKJB tehát inkább elnehezíti, mintsem egyszerűbbé teszi a válaszadást, tovább erősítve Audrey CHAPMAN korábbi konklúzióját, miszerint a méltóság számos koncepciója közül egy sem nyújt megfelelő megalapozást az egészséghez való jog számára. A GSZKJNE-JK preambuluma is tartalmazza az emberi méltóságot, a GSZKJB pedig már két alkalommal hivatkozott rá, egységesen, mint alapelve.

Az emberi méltóságra alapozás mellett érvelést erősíti az EJEE 2002-ben elfogadott 13. jegyzőkönyvének az élethez való jogot érintő rendelkezése is. A gyakorlatban már korábban is megjelent, az államközi panaszok között a *Ciprus v. Törökország* ügyek negyedik kérelme elsőként határozott az EJEE 3. cikkel összefüggésben az emberi méltóság megsértéséről. S habár

ezt a többségi döntés nem az egészségügyi ellátáshoz való joggal összefüggésben tette meg, S. MARCUS-HELMONS BÍRÓ különvéleményében már ezt is érintette.

Az ESZK egyáltalán nem, a MESZK pedig kizárólag a munkavégzéssel összefüggésben említi a méltóság kérdését. Ezzel együtt a SZJEB a *DCI v. Hollandia* ügyben kimondottak szerint a méltóság mellett több más általánosan elismert érték mentén értelmezi a Karta-csomagban foglalt jogok mindegyikét, ide értve az autonómiát, az egyenlőséget, illetve a szolidaritást is.

Az EUAK egyik legfőbb eszméje az emberi méltóság, amely a preambulum mellett egy önálló fejezetben is helyet kap, és az EUAK minden rendelkezését áthatja, továbbá az EUB gyakorlatban más, többek között az egészségvédelemhez való jogot tartalmazó fejezettel is kapcsolatba kerül, s elviekben annak forrásaként tekinthető, de az EUB releváns eseteiben ezt eddig kifejezetten nem nevesítette.

AD 2. A FOKOZATOS MEGVALÓSÍTÁSI KLAUZULA: *a végrehajtást ellenőrző testületek a fokozatos megvalósítási klauzula figyelembevételével maguk is közreműködnek az egészségügyi ellátáshoz való jog, mint nemzetközi emberi jog jogi szempontból még vitatott aspektusainak jogi értelemben is értelmezhetővé válásában.*

Maga a fokozatos megvalósítási klauzula kizárólag a GSZKJNE 2. cikk 1. bekezdésében jelenik meg, ezért e feltételezés azon alapult, hogy a testületek ezt egy inherens kötelezettséggént kezelik, amely feltételezés szintén nem igazolódott.

Viszont a fokozatos megvalósítás egyik jogi vonatkozása a GSZKJNE monitoring reformmal 2009-ben bevezetett, 2. cikk 1. bekezdése szerinti közvetlen alkalmazhatósági indikátor, amely a kettős autoritativ interpretáció eredményeként az államjelentések kapcsán is vizsgálható volt. Az államjelentésekben foglaltakból a GSZKJNE vonatkozásában nem állapítható meg európai regionális szokásjog a belső jogban közvetlen alkalmazhatóság indikátora tekintetében.

Egyrészt, a vizsgált államok körében az államjelentések számos esetben egyáltalán nem tartalmaznak erre vonatkozó reflektációt, amelyek esetében a közvetlen alkalmazhatóságra sem annak gyakorlatára, sem a jogi meggyőződésre vonatkozóan nem lehet következtetni. Ez esetben ugyanakkor *prima facie* nem egyértelmű, hogy az adott államok részéről ez a közvetlen

alkalmazhatóság hallgatólagos elutasítását vagy elfogadását jelenti. Meglátásom szerint előbbi valószínűsíthető. Ezt azzal indokolom, hogy maga a jelentéstétel a GSZKJNE 16-17. cikkeiből származó jogi kötelezettség, amellyel kapcsolatosan a GSZKJNE 17. cikk 2. bekezdése szerint problémák felmerülése esetén azok szintén jelezhetőek a jelentéstétel során az államok részéről. Továbbá, az *opinio iuris* tekintetében a közvetlenül érintett államok kifejezett hozzájárulása is elengedhetetlen.

Másrészről azok az államok, amelyek a jelentéstételükben kitértek a közvetlen alkalmazhatóság indikátorára, szintén széttartó koncepciókat vallottak magukénak. A megközelítések különbözősége valamelyest összefüggőnek tekinthető a nemzetközi jog és az adott belső jog viszonyának monista vagy dualista jellegétől, mivel inkább a dualista államok többsége az, amely kifejezetten is vállalja a közvetlen alkalmazhatóság kizártságát vagy korlátozott körben érvényre juttatását, de még ez sem nyújt minden állam vonatkozásában egyértelmű támpontot. A szabályozás módja mellett mindenképpen releváns az államok alkotmányírósági vagy felsőbbbírósági gyakorlata is, az államok számos esetben hivatkoznak ezekre. Ugyanakkor ezek között is nehezen lenne egy közös pont meghatározható maga a közvetlen alkalmazhatóság tekintetében.

A GSZKJNE 12. cikke vonatkozásában is érvényesen megállapítható, hogy az államok egy jelentős része eleve elzárkózik annak közvetlen alkalmazhatósága elismerésétől, vagy azt többes feltételrendszer megvalósulásához kötik. Ugyanakkor a közvetett alkalmazhatóság lehetőségén keresztül néhány állam teret enged a GSZKJNE 12. cikke joggyakorlatban való megjelentetésének is, akár a programjellegű norma jellegére hivatkozással, akár egy interpretációs funkcióval felruházva, a jogértelmezés segédeszközeként használva, akár a diszkriminációtilalommal együttes értelmezésben. A későbbi joggyakorlat alakulását a fenti példák alapján is valószínűsíthetően ezek fogják előmozdítani, ily módon meglátásom szerint a közvetlen alkalmazhatóság elismerése hiányában a közvetett alkalmazhatóság kiemelt szereppel rendelkezik, a nemzeti jogalkalmazói fórumok előtt is. Egyrészt, mintaként szolgál az egészség és az egészségügyi ellátáshoz való jog alkalmazhatóságát elutasító államok számára, másrészről azok közvetlen alkalmazhatóságra alkalmas jogi aspektusainak további konkretizálásához ennek követése vezethet eredményesen, akár a nemzeti, akár a nemzetközi szint tekintetében.

Ezt amiatt is indokoltnak vélem, mivel bár szinte ugyanolyan arányban találhatók olyanok az európai régió államai között, amelyek kifejezetten elismerik a közvetlen alkalmazhatóság

lehetőségét. Ebben a vonatkozásban azonban nem lehet figyelmen kívül hagyni azt a körülményt, hogy ez nem csak a GSZKJNE jogokat általánosságban érintve, hanem annak 12. cikke esetében is inkább az elmélet szintjén, mintsem gyakorlati példákkal alátámasztva valósul meg, hiszen kifejezetten az egészséghez, egészségügyi ellátáshoz való jog tekintetében nincs hivatkozott gyakorlat.

Ebből következően a GSZKJB-nek amellet, hogy szorgalmazza a közvetlen alkalmazhatóság legjobb gyakorlatainak bemutatását az állami jelentésekben, következésképpen a közvetett alkalmazhatóságra kellene következőként nagyobb hangsúllyal lennie egy általános kommentár kibocsátásakor, részben az azt is elutasító államok miatt, s annak potenciálisan a többi testület általi alkalmazhatóságát is előmozdítva.

AD 3. A HÁRMAS TIPOLOGIZÁLÁS: *feltételezésem szerint a vizsgált nemzetközi emberi jogi testületek újabban e hármás tipologizálás alkalmazásával és azon keresztül értelmezéssel mozdítják elő az egészségügyi ellátáshoz való jog érvényesíthetőségét.*

A GSZKJB dogmatika a kezdetektől az emberi jogokból származó állami kötelezettségek hármás felosztására, a tiszteletben tartás-védelem-teljesítés követelményeire alapoz, s ez a gyakorlatában is visszatükröződik, habár az eddigiekben még csak egy alkalommal és az *S. C. és G. P. v. Olaszország ügyben* is csak a tiszteletben tartás és védelem kötelezettségei kerültek előtérbe és közelebbi vizsgálatra.

Az EJEB az államközi és egyéni panaszok esetében egyaránt használja.

Az előfeltételezéssel ellentétben a SZJEB az egészségügyi ellátáshoz való joghoz pozitív és negatív állami kötelezettségeket kapcsol, ezáltal a paradigmaváltást megelőző, dichotóm megközelítést továbbalkalmazva. Holly CULLEN egy szintén említi a pozitív kötelezettségek ismertetése körében a hármás tipizálást is, ezt követően azonban hiányzik annak felismerése, hogy a SZJEB továbbra is a pozitív és negatív kötelezettségek mentén végzi az értelmezést. A SZJEB-től ily módon egy szemléletváltás lenne elvárható a későbbiekben.

S hasonlóképpen az EUB gyakorlatában is, amely ezt szintén nem érinti.

AD 4. A STANDARDOKAT érintő *előfeltételezésem szerint, a vizsgált testületek gyakorlatában azok egyaránt megjelennek valamilyen formában, azzal, hogy az egészségügyi ellátáshoz való jog más és más aspektusainak értelmezése hangsúlyosabb.*

Ezt a kutatás eredményei is alátámasztják. Az egészségügyi ellátáshoz való jog minél teljesebb körű kontrollja és ezáltal megvalósítása érdekében tehát valamely állam részéről minden egyes végrehajtás ellenőrzési eljárást tartalmazó egyezmény ratifikációja indokolt.

A GSZKJB dogmatika a 14. számú általános kommentárban legátfogóbb, minden elemre kitérő (rendelkezésre állás, hozzáférhetőség, minőség, elfogadhatóság), amelynek 22. és 25. számú általános kommentárok további specifikálását adják.

Ehhez az EJEB újabb gyakorlata áll legközelebb. Míg az államközi panaszok között a *Ciprus v. Törökország* ügy negyedik kérelmében a diszkriminációmentes ellátás megalapozása az egészségügyi szolgáltatások több aspektusában, a diszkriminációmentes hozzáférhetőséggel és a meghatározott minőségben rendelkezésre állással kapcsolatos vizsgálatok is történtek, ha nem is önmagukban, hanem más tényezőkkel együttes összefüggésben, de nem ellehetetlenítve az egészségügyi ellátórendszerek vizsgálatának kérdését.

Az EJEB bővíteni látszik a diszkriminációmentes hozzáférés garantálásán túlmenően, a rendelkezésre állás, a többi hozzáférési standard, valamely ellátás minősége és annak individualizáltsága vonatkozásában. Habár ez az EJEE egyes kapcsolódó cikkei szerint korábban kidolgozott sajátos terminológia továbbfejlesztése útján valósítja meg, de abban az egyes standardokat mégis egyértelműen azonosíthatóan.

Egyrészt megállapítható az egyébként jelentős költségvonzatú rendelkezésre állási standardban általános jelleggel az egészségügyi intézményi struktúra kapacitásbeli problémáival és a gyógyszerek rendelkezésre állásával kapcsolatos ügyekben egyéni jogsérelem megvalósulása, s a megfelelő minőségű egészségügyi személyzet garantálása aspektusát is megerősíti egy esetben. Másrészt egyes speciális személyi köröket érintő ügycsoportokban is megfigyelhető az egészségügyi ellátással kapcsolatos standardokra figyelemmel történő interpretáció kibővülése.

A vizsgált két speciális területen, az idegenek kiutasítása vagy kiadása miatti egészségügyi ellátás megtagadása tekintetében a hozzáférési standardok *D. v. Egyesült Királyság* ügyben kimondott *”nagyon kivételes körülmények,” Paposhvili v. Belgium* ügy szerinti *”más nagyon kivételes körülmények”* értelmezése alatt bővítette 2016-ban, amellett, hogy az EJEB az újabb esetjogában már az individualizált egészségügyi ellátásra is egyre nagyobb hangsúlyt fektet, mivel az érintett személy nemének, korának és egészségügyi állapotának is szerepe lehet. Az egészségügyi ellátások minőségének vizsgálata a jelenlegi gyakorlat alapján ezen ügycsoportban a fogvatartási körülmények között merülhet fel.

A másik a *Rooman v. Belgium* ügyben hozott 2019-es elvi jelentőségű döntése, amelyben az orvosilag indokolt szabadságelvonással érintett pszichózisos betegek vonatkozásában a fogvatartásra *”megfelelő intézménynek”* a rendelkezésre állás és fizikai elérhetőség standardjait magában foglaló szűkebb értelmezése keretein túllépve, egy tágabb értelmezést vezetett be, a korábbiakat a minőségbeli és elfogadhatósági standardokkal kiegészítve, amelyek hiányában újabb gyakorlatában már szintén állapított meg jogsértést.

A SZJEB az egészségügyi ellátáshoz való jog standardjai tekintetében az államjelentések kapcsán már megalapozott gyakorlatát vitte tovább a kollektív panaszmechanizmusban is. E testület értelmezésében a hozzáférési standardok jutnak szerephez, amelyek szorosan kötődnek egy-egy egyezménybeli rendelkezéshez: a diszkriminációtilalom az ESZK Preambulum klauzulával, illetve a MESZK E. cikkével, fizikai hozzáférhetőség a 11. cikk 1. bekezdés, a materiális hozzáférhetőség a 13. cikk 1. bekezdés, az információs hozzáférhetőség pedig a 11. cikk 2. bekezdés által védett. Így annak ellenére, hogy számos esetben a gyakorlati megvalósítás is előtérbe kerül, a standardok tekintetében a SZJEB gyakorlata - az előfeltételezésekkel ellentétben - hagy hiányérzetet maga után.

Az EUB ügyekben mindkét esetben szintén egy-egy hozzáférési standard azonosítható, előbbiben magához az egészségügyi ellátáshoz materiális hozzáférhetőség, másokban a gyógyszerellátáshoz fizikai hozzáférhetőség.

AD 5. A JOGKORLÁTOZÁS: *az egészségügyi ellátáshoz való jog korlátozásának feltételei is egyre kidolgozottabbak a testületek gyakorlatában.*

A GSZKJNE 4. cikke szerinti limitációs klauzula szerint az egészségügyi ellátáshoz való jog kizárólag a GSZKJNE-ben foglalt jogok természetével összhangban, demokratikus társadalom általános jólétének előmozdítása céljából, törvényben szabályozottan történhet jogszerűen.

Ezt tovább árnyalja a 14. sz. általános kommentár: legitim cél érdekében kell történnie, valamint szigorúan szükségesnek kell lennie egy jóléti és demokratikus társadalomban, kiegészítve az arányosságnak a GSZKJNE 5. cikk 1. bekezdése szerinti kritériumával. Ezt a GSZKJB az *S. C. és G. P. v. Olaszország* ügyben a gyakorlatba is átültette.

A többi testületnél azonban a jogkorlátozásnak ilyen feltételek menti alkalmazása kifejezetten még a SZJEB esetében sem állapítható meg, az EJEB és EUB esetében pedig az azokra irányadó egyezmény rendelkezései szerinti saját értelmezés érvényesül. Ez jelenleg tehát még várta magára, ugyanakkor megemlítendő, hogy az EJEB esetében a *Lopes de Sousa Fernandes v. Portugália* ügy kamarai döntésében Paulo PINTO DE ALBUQUERQUE bíró kezdeményezte, hogy az EJEB terjessze ki az EJEE szerinti jogvédelmet GSZKJB által kimondását, alapján egészségügyi ellátáshoz való jog keménymagja nem korlátozható, ilyennek tekintve az életmentő egészségügyi ellátást, az alapellátást és az alapvető gyógyszerekhez hozzáférést. A további részjogosítványok esetében - az erőforrások szűkösségének figyelembevételével - ésszerűségi-arányossági teszt mellett érvelt, de az EJEB ezt az álláspontot azóta sem fogadta el. A teljesség érdekében látni kell, hogy a fentebb említett kivételektől eltekintve a testület az államoktól szolgáltatási típusú kötelezettséget elváró, egészségügyi ellátáshoz kapcsolódó ügyek megítélésében, azokra a szociális és gazdasági közpolitikák részeként tekintve, az államok széleskörű mérlegelési körének (*margin of appreciation*) főszabályát érvényesíti, megerősítve a társadalmi és az egyéni érdekek közötti méltányos egyensúly (*fair balance*) megteremtése során a jogkorlátozás lehetőségét.

AD 6. A RELEVÁNS EMBERI JOGI DOKUMENTUMOK ÉS A VIZSGÁLT VÉGREHAJTÁS-ELLENŐRZŐ TESTÜLETEK EGYMÁS ÁLTALI HIVATKOZÁSA AZ ESETJOGBAN: *ezek az emberi jogi testületek egymásra tekintettel is értelmezik az egészségügyi ellátáshoz való joggal összefüggésben felmerült eseteket.*

A fragmentáció vagy egységesítési törekvések kérdésében a legszorosabb együttműködés, a GSZKJB és EJEB tekintetében állapítható meg, de a SZJEB-bel együttesen vizsgálva a három nemzetközi emberi jogi testület „körbeérő” egymásra hivatkozása alapján magának a fokozatos megvalósításnak is egyértelmű elkötelezettjeként tekinthető. A kapcsolat minden esetben

legalább a szabályozás tekintetében fennáll az EUAK-val is, de az EUB ugyanakkor, az EUAK 35. cikk szerinti az egészségvédelemhez való joggal kapcsolatban elbírált eddig elé került ügyekben is a saját gyakorlatát vitte tovább.

A GSZKJB az egyéni panaszmechanizmus hatályba lépése óta az egészségügyi ellátáshoz való joggal összefüggésben szintén hivatkozott az EJEB jogilag kötelező döntéseiben foglaltakra. S habár az EUB gyakorlata szintén megjelent hivatkozási alapként, de az nem közvetlenül a vizsgálat tárgyában.

Az EJEB a *Lopes de Sousa Fernandes v. Portugália* ügy kamarai döntésében kiemelte, hogy az egészséghez való jog nem szerepel az EJEE-ben, illetve annak kiegészítő jegyzőkönyveiben. A különvélemények megfogalmazói felhívták arra a többségi döntés támogatóinak figyelmét, hogy az eset emiatt nem a GSZKJNE rendelkezései alapján vizsgálendő. Ezzel együtt is az ítélet a "Releváns nemzetközi jog" címszó alatt hivatkozta a GSZKJNE 12. cikkét és a GSZKJB 14. számú általános kommentárját, továbbá az ESZK 11. cikkét és az EUAK 35. cikkét is. Az egészségügyi ellátáshoz való jognak ezen nemzetközi jogi egyezmények rendelkezéseire közvetett alkalmazhatóságnak ezáltal teret engedve az EJEE égisze alatt, de nem lépve át annak határát.

A SZJEB szintén hivatkozta a GSZKJB-t.

S miben járul mindez hozzá a hazai tudományos diskurzushoz? Az előbbieket hazánkkal szemben is további lépések megtételét támasztják elvárásként. Ez egyrészt a vállalt nemzetközi jogi kötelezettségeknek minél nagyobb fokú megfelelésben – egy példaként, állami jelentéstétel útján – másrészt a demokratikus jogállamok esetében nemzetközi jogi szintén elvárt további elköteleződések felkészülésben – elsődlegesen a további ratifikációkban – realizálódik. Az értekezés tehát egy komplex és dinamikusan változó rendszerben, egy kiterjedt kérdéskörön belül egyetlen részterületet érint, amelynek a kézirat lezártakor aktuális megítéléséről kíván részletes pillanatképet nyújtani.



Nyilvántartási szám: DEENK/479/2021.PL
Tárgy: PhD Publikációs Lista

Jelölt: Falusi Bernadett

Doktori Iskola: Marton Géza Állam- és Jogtudományi Doktori Iskola

MTMT azonosító: 10060931

A PhD értekezés alapjául szolgáló közlemények

Folyóiratcikkek, tanulmányok (3)

1. **Falusi, B.:** A Gazdasági, Szociális és Kulturális Jogok Nemzetközi Egyezségokmányának 12. cikke szerinti egészségügyi ellátáshoz való jog az európai régióban: Legjobb gyakorlatok a GSZKJNE-monitoring alapján.
Közjogi Szemle. 13 (3), 100-105, 2020. ISSN: 1789-6991.
MTA Állam- és Jogtudományi Bizottság: A
2. **Falusi, B.:** Previous and Recently Introduced Standards in the Strasbourg Case-Law Related to the Health Care of Persons of Unsound Mind.
Lex et Scientia. 27 (2), 41-56, 2020. ISSN: 1583-039X.
MTA Állam- és Jogtudományi Bizottság: A
3. **Falusi, B.:** Egy újabb lépés az univerzális nemzetközi emberi jogok szférájában az egészségügyi ellátáshoz való jog irányába? - Az S. C. és G. P. v. Olaszország ügy.
Jog, Állam, Politika. 11 (3), 69-82, 2019. ISSN: 2060-4580.
MTA Állam- és Jogtudományi Bizottság: A

További közlemények

Folyóiratcikkek, tanulmányok (6)

4. **Falusi, B.:** A Genfi Konszenzus Nyilatkozat a konszenzus hiányáról: Az abortuszjog nemzetközi emberi jogi mivoltának elutasítása.
Med et Jur. 2021 (1), 22-28, 2021. ISSN: 2061-6619.
5. **Falusi, B.:** Az Alaptörvény XX. cikk alkotmánybírói gyakorlata, kitekintéssel az ENSZ emberi jogi végrehajtás-ellenőrzés közvetlen alkalmazhatósági indikátorára.
Debreceni Jog Műhely. 18 (1-2), 25-37, 2021. EISSN: 1786-5158.
DOI: <http://dx.doi.org/10.24169/DJM/2021/1-2/3>
MTA Állam- és Jogtudományi Bizottság: C





6. **Falusi, B.:** A strasbourgi emberi jogi bíróság gyakorlata egyes medicinák tekintetében.
Med et Jur. 2020 (2), 25-30, 2020. ISSN: 2061-6619.
7. **Falusi, B.:** An Endeavour to a 'Bridging Definition' between Health and the Health Care
Component of the International Human Right to Health - The Highest Attainable Standard of
Health in Health Care.
In: A béke őre, az emberi jogok védője : az Egyesült Nemzetek Szervezetének aktuális
tevékenységei napjainkban. Szerk.: Talabos Dávidné Lukács Nikolett, Debreceni Egyetem,
Debrecen, 25-39, 2019. ISBN: 9789634901594
8. **Falusi, B.:** A második generációs jogok Bizottságának új hatáskörei.
In: A nemzetközi kapcsolatok jogának időszerű kérdései : a jogtudomány aktuális kihívásai
az egyes jogágakban. Szerk.: Szűcs Lászlóné Siska Katalin, Papp, László J, Debreceni
Egyetem, Debrecen, 9-23, 2018. ISBN: 9789634900351
9. **Falusi, B.:** 1956 - Bibó István nézetrendszerében.
In: Visszatekintés 1956-ra. Szerk.: Szűcs Lászlóné Siska Katalin, Papp László J, Debreceni
Egyetem, Debrecen, 27-43, 2017. ISBN: 9789634739586

Konferenciaközlemények (1)

10. **Falusi, B.:** The State of Danger Declared for the Prevention of the Human Epidemic: An
Assessment Based on Previous Cases.
In: A jog tudománya, a mindennapok joga IV.. Szerk.: Szűcs Lászlóné Siska Katalin, Talabos
Dávidné Lukács Nikolett, Debreceni Egyetem, Debrecen, 44-64, 2020.

MTA Állam- és Jogtudományi Bizottsága irányelvei szerint:

**„A” kategóriás folyóiratban megjelent publikációk: 3, melyek közül az értekezés
alapjául szolgál: 3**

**„C” kategóriás folyóiratban megjelent publikációk: 1, melyek közül az értekezés
alapjául szolgál: 0**

A DEENK a Jelölt által az iDEa Tudóstérbe feltöltött adatok bibliográfiai és tudománymetriai
ellenőrzését a tudományos adatbázisok és a Journal Citation Reports Impact Factor lista alapján
elvégezte.

Debrecen, 2021.10.27.



University Doctoral (Ph.D.) Dissertation Abstract

**THE RECENT INTERPRETATION OF THE HUMAN RIGHT TO HEALTH CARE BY
THE INTERNATIONAL HUMAN RIGHTS TREATY-BODIES**

dr. Falusi Bernadett

Supervisor: Dr. Szűcs Lászlóné Dr. habil. Siska Katalin, Assistant Professor



University of Debrecen

Marton Géza Doctoral School of Legal Studies

Debrecen
2021.

I. Background and objectives of the doctoral dissertation

The main point for choosing the topic of the doctoral dissertation is the basic legal problem that after the adoption of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights (hereinafter: ICESCR) and its entry into force in 1976, the right to health and as its part, the right to healthcare is still not regulated by another universal human rights convention. This research was grounded in the paradigm shift in human rights of the 1990s and also the subsequent introduction of new international human rights monitoring mechanisms. In my opinion, not only their number, but also the importance of these has increased. So, it raises a relevant and actual question of the current framework and interpretation of the right to health care by international human rights treaty-bodies.

The aim of the research is to present these newer directions of interpretation, the structure of which is possible to get to know both in themselves and in comparison with each other. The right to health care appears in or can be linked to a number of international human rights conventions and other international documents. However, the scope was limited to the European region and specifically to the member states of the Council of Europe and was not part of other regions. Nevertheless, the elaboration is complete in the sense that the human rights conventions uniformly valid for the 47 states in question all appear in the dissertation.

First of all, a general introduction was made about the mechanisms for monitoring the implementation of the relevant human rights conventions and the theoretical background, both detailed in *Chapter II*. After that, *Chapter III* gives the details the universal level of human rights protection, focusing on issues related to the establishment, content and implementation of the right to health care under Article 12 of the ICESCR. *Chapter IV* outlines the interpretation of the right to health care in the European region.

As for the definition used in this dissertation, the right to health care does not include the so called health determinants that are part of the broader right to health. Additionally, the indirectly connected preventive measures of health protection, as occupational safety and health and questions related to addictive substances are also excluded.

Furthermore, with regard to international human rights monitoring mechanisms, due to size constraints of the dissertation and to stay in line with the title given, it does not include the

category of non-human rights treaty monitoring mechanisms. The so-called non-state actors, NGO-s and their role in examining issues of extraterritorial jurisdiction.

II. The conclusions of the dissertation

Concerning the interpretation of the right to health care, I made the examination along a total of six hypotheses.

AD. 1. THE DIGNITY. *In line with acceptance of the universalist conception of human rights, I presume that the relevant human rights treaty-bodies also derive the human right to health care from human dignity.*

Besides that human dignity can be considered dominant among the competing approaches in establishing the right to health care, it is not exclusively present in the practice of individual bodies, and the attitude towards it cannot be considered uniform either. On the one hand, if it is not included in the relevant human rights convention, the practice replaces it by naming the fact of the relationship between the two. However, on the other hand, in most cases, the deficiency in the definition of the nature and character of dignity can still be identified or, on the contrary, several interpretations appear in parallel.

Human dignity is repeatedly reflected in all general comments of the Committee on the Economic Social and Cultural Rights (CESCR), the treaty-body which gives the interpretation of the right to health care under Article 12 of the ICESCR.

At this point, I would like to highlight one additional point to the pertinent literature. Audrey CHAPMAN rightly points out that in General Comment No. 14 (2000), in which the right to the highest attainable standard of health is interpreted, the CESCR does not mention that human dignity is seen as a source of either the right to health or the right to health care. In fact, this has previously been fulfilled by the treaty-body in General Comment No. 5 (1994), which is also referred to in paragraph 26 of General Comment No. 14. Indeed, if it states the right to health care of people with disabilities as a group of vulnerable people derives from their dignity, emphasizing that they have the same right as any other person, then right to health care of everyone else must be based on human dignity as well.

Moreover, that human rights derive from human dignity is explicitly mentioned by the CESCR in its General Comment No. 17 (2005), in the case of one exact human right with a particularly questionable nature. It is also clear from this that it confines itself to stating this in cases which it considers justified.

Although, it seems problematic that the CESCR refers for human dignity in more forms, namely as a principle, a state, and as a right as well. Even more, it is General Comment No. 14 (2000) that receives such an interpretation. In this regard, the CESCR makes it more difficult to respond, further reinforcing the conclusion of Audrey CHAPMAN that none of the many concepts of dignity provide an adequate basis for the right to health. The preamble to the Optional Protocol on the International Covenant of Economic, Social and Cultural Rights (OP-ICESCR) also mentions human dignity and the CESCR has already referred to twice - as a principle in two cases.

In addition to the justification of the right to health care based on human dignity, the provision on the right to life in Optional Protocol No. 13 to the European Convention of Human Rights (ECHR), adopted in 2002, reinforces this argument. It has already appeared among the interstate complaints, the fourth case of *Cyprus v. Turkey* was the first to rule on a violation of human dignity in the context of Article 3 of the ECHR. Although the majority decision did not do so in the context of the right to health care, it is important to add, that Judge S. MARCUS-HELMONS has already addressed this in his dissenting opinion.

The European Social Charter (ESC) does not mention the issue of dignity at all, and the Revised European Social Charter (R-ESC) it in the context of work. However, as the European Committee of Social Rights (ECSR) has stated the case of the *DCI v. the Netherlands*, in addition to dignity, it interprets all the rights enshrined in the Charter in accordance with a number of other universally recognized values, including autonomy, equality and solidarity.

As to the Charter of Fundamental Rights of the European Union (CFR) human dignity, is one of the main ideas, which not only appears in its the preamble, but included in a separate chapter and permeates all the provisions of the CFR. Unfortunately, the Court of Justice of the European Union (CJEU) has still not explicitly mentioned so far in its relevant case-law.

AD 2. THE PROGRESSIVE IMPLEMENTATION CLAUSE. *The treaty-bodies contribute to the legal interpretation of the still controversial aspects of the right to health care as an international human right with taking into account the progressive implementation clause.*

The progressive implementation clause appears only in Article 2 (1) of the ICESCR, hence this presumption was based on the question whether the monitoring treaty-bodies are treating it as an inherent obligation, which was also not substantiated.

However, one of the legal aspects of the progressive implementation is the indicator of '*direct applicability*,' introduced by the ICESCR monitoring reform in 2009, according to Article 2 (1). As a result of the double authoritative interpretation, this indicator could also be examined in connection with state reports. From the state reports in concern, it is not possible to establish any customary European regional customary law with regard to this ICESCR indicator.

On the one hand, among the states examined, in many cases the state reports do not contain any reflection on this indicator neither in terms of domestic law or in practice. Therefore it is not clear whether this means the rejection or acceptance of direct applicability. As for the result of the research, the former is more likely. I justify this on the grounds that the legal obligation arises from Articles 17 (2) of the ICESCR, problems may also be indicated by the states if any problem occur in relation to the report. Furthermore, with regard to the *opinio iuris*, the express consent of the states directly concerned is also essential.

On the other hand, those states that referred to the indicator of direct applicability in their state reports were also adopted different concepts. The differences in approaches can be seen to be somewhat related to the monistic or dualistic nature of the relationship between international law and the domestic law in concern, as it is the majority of dualistic states that explicitly undertake to exclude or limit direct applicability, but this does not apply to all states. However, a clear point of reference cannot be determined. Besides the domestic law, the practices of the constitutional or supreme courts of the states are definitely relevant, and the states refer to those in many cases. However, it still would be difficult to identify a common point regarding the indicator of direct applicability.

With regard to Article 12 of the ICESCR, it can also be stated that a significant number of states refrain from recognizing the direct applicability of this provision from the outset. Other states are

stating that the realisation of one or more conditions are needed to be directly applicable. However, through the possibility of indirect applicability, Article 12 of the ICESCR appears in the case law of some states in the following forms: by reference to its programmatic nature, secondly as its interpretative function as an aid to legal interpretation or thirdly, in conjunction with the non-discrimination clause. The development of future case-law on the basis of the above examples is also likely to be facilitated by these, thus, in my view, in the absence of recognition of direct applicability, indirect applicability has a priority, even before national law enforcement forums. On the one hand, it serves as a model for states that reject the applicability of the right to health and the right to health care. On the other hand, its follow-up can lead to further concretisation of their directly applicable legal aspects, both at national and international level.

I also consider this to be justified because, although there are almost the same proportion of countries in the European region that explicitly recognize the possibility of direct applicability. However, it cannot be ignored that this is not only a matter for the rights of the ICESCR in general, but also for Article 12 in theory rather than supported by examples from domestic case-laws, as there is no specifically cited practice of the right to health and healthcare.

Consequently, on one hand, the CESCR should encourage presenting best practices of direct applicability in state reports. And on the other hand, the treaty-body should place greater emphasis on indirect applicability when issuing a general comment, partly because of states that also reject this conception, and also for its potential ability to be promoted by other treaty-bodies.

AD 3. THE TRIPARTITE TYPOLOGY. *The examined international human rights treaty-bodies have recently promoted the enforceability of the right to health care by applying and interpreting this type of typology.*

The CESCR-dogmatic is based on the threefold division of state obligations arising from human rights, namely the requirements of respect, protect and fulfillment of those. This is reflected in its relevant practice as well, although only one occasion so far, in the *S. C. and G. P. v. Italy case*, in which only the obligations of respect and protection were mentioned and examined.

The tripartite typology is also used by the ECtHR. It appears both in interstate and individual complaints.

Contrary to the hypothesis, the ESC links positive and negative state obligations to the right to health care, thus continuing to apply the dichotomous approach that preceded the paradigm shift. Holly CULLEN also mentions the tripartite typology in the description of positive obligations, but thereafter there is a lack of recognition that the ESC continues to interpret along positive and negative obligations. In this way, a change of attitude could be expected from the treaty-body in the future.

Accordingly, the CJEU also does not mention this in its case-law.

AD 4. THE STANDARDS OF THE RIGHT TO HEALTH CARE. *According to my presumption concerning the standards, in the practice of the examined treaty-bodies they all appear in a way, with a stronger emphasis on the interpretation of different aspects of the right to health care.*

This hypothesis is also supported by the results of the research. The control of implementation of the right to health care should be as full as possible. Therefore it should be essential for a state to ratify each relevant human rights treaty and optional protocols for all international human rights treaty monitoring procedures.

The most comprehensive is the CESCR-dogmatic in General Comment No. 14 (2000), which gives a holistic approach by the standards (availability, accessibility acceptability, quality) of right to health care, further specified in General Comments No. 22. (2016) and No. 25 (2020).

The recent practice of the ECtHR seems to be the closest to the CESCR interpretation. While among the interstate complaints, the fourth case of *Cyprus v. Turkey*, studies on non-discrimination in several aspects of health services, non-discriminatory access and availability in a given quality were examined, albeit not in isolation, but in conjunction with other factors, but not making it impossible to examine health care systems.

The ECtHR seems to be expanded beyond guaranteeing non-discriminatory access in terms of availability, other accessibility standards, the quality of a service and its acceptability for the individual. Although it implements this by further developing the specific terminology previously developed according to some related articles of the ECHR, it nevertheless clearly identifies each standard.

On the one hand, in the otherwise significant costly availability standard, an individual violation can be established in general in matters related to the capacity problems of the healthcare institutional structure and the availability of medicines, and it also confirms the aspect of guaranteeing adequate quality medical staff in one case. On the other hand, there has also been an increase in interpretation in relation to health care standards in some special case groups.

The first of the two specific areas examined, access standards for denial of health care due to the expulsion or extradition of aliens. The category of “very exceptional circumstances,” declared in the *D. v. the United Kingdom* case were expanded in the *Paposhvili v. Belgium* case with introducing the category “other very exceptional circumstances” in 2016. In addition to the increasing emphasis already placed on individualized healthcare in its new case law, as the gender, age and state of health of the person concerned may also play a role. examination of the quality of benefits in the light of current practice in this case group may arise in detention conditions.

The other decision was made in the key case of *Rooman v. Belgium*. In 2019, the ECtHR introduced a broader interpretation of the standards of ‘appropriate facilities’ for the persons of unsound mind., including not only the standards of availability and physical accessibility, but the standards of quality and acceptability as well, in the absence of which the ECtHR has already found an infringement in its recent practice.

With regard to the standards of the right to health care, the ESCR also continued its well-established practice in connection with state reports in the collective complaint mechanism. In the interpretation of this treaty-body, a significant role is given to accessibility standards, which are linked to the provisions of the ESC or R-ESC: the non-discrimination clause in the the Preamble of the ESC and Article E of the R-ESC, physical accessibility in Article 11 (1), material accessibility in Article 13 (1) and information accessibility is protected by Article 11 (2). Thus, despite the fact that in many cases the practical implementation also comes to the fore, the practice of the ESCR leaves a sense of lack in terms of standards, contrary to the assumptions.

In both cases examined by the CJEU, accessibility standards can be identified. On one hand, the material accessibility to the health care itself and to physical accessibility to medicines on the other.

AD 5. RESTRICTION OF RIGHTS. *The conditions for restricting the right to health care are also becoming more and more developed in the practice of the treaty-bodies.*

According to the limitation clause in Article 4 of the ICESCR, the states may subject the right to health care only to such limitations as are determined by law only in so far as this may be compatible with the nature of this right and solely for the purpose of promoting the general welfare in a democratic society.

This is further nuanced by CESCR General Comment No. 14., it must be for a legitimate purpose and strictly necessary in a welfare and democratic society, supplemented by an emphasis on the proportionality requirement under Article 5 (1) of the ICESCR. This also appeared in the practice of the treaty-body in *S. C. and G. P. v. Italy case*.

However, the other treaty-bodies cannot expressly apply the restriction of rights under such conditions, even in the case of the ESCR. The ECtHR and the CJEU have their own interpretation in accordance with the provisions of the convention governing them. In the aspect of the ECtHR, the decision of the Grand Chamber in the *Lopes de Sousa Fernandes v. Portugal case*, Judge Paulo PINTO DE ALBUQUERQUE initiated that the the protection under the ECtHR should be extended under the ruling of the CESCR, according to which the minimum core of the right to health care cannot be restricted, such as life-saving health care, basic care and access to essential medicines. In the case of additional entitlements, he argued for a reasonableness test, given the scarcity of resources, but the majority has not accepted this position since. For the sake of completeness, it should be noted that, apart from the exceptions mentioned above, the ECtHR enforces the general rule of margin of appreciation in its assessment of healthcare-related matters. It takes those as part of public social and economic policies of the states, reaffirming the possibility of restricting rights when establishing a fair balance between social and individual interests.

AD 6. RELATIONSHIP BETWEEN RELEVANT HUMAN RIGHTS DOCUMENTS AND EXAMINED MONITORING TREATY-BODIES IN THEIR CASE LAW. *These human rights treaty-bodies also interpret the decisions of each others cases arising in the context of the right to health care.*

On the issue of fragmentation or unification efforts, the closest cooperation can be found with regard to the ICESCR and the ECtHR, but when examined together with the ESCR, it can be

considered as a clear commitment to gradual implementation on the basis of the circular references of the three international human rights treaty-bodies. In all cases, at least in terms of regulation, there is also a relationship with the CFR, but at the same time the CJEU has continued its own practice in cases brought before it in connection with the right to health protection under Article 35 of the CFR.

Since the entry into force of the individual complaint mechanism, the CESCR has also referred to the provisions of the legally binding decisions of the ECtHR in the context of the right to health care. Although the practice of the CJEU has also emerged as a reference, it is not directly relevant to the subject matter of the investigation.

The ECtHR emphasized in *Lopes de Sousa Fernandes v. Portugal*, that the right to health was not enshrined in the ECHR or its additional protocols. The authors of the dissenting opinions drew the attention of the supporters of the majority decision to the fact that the case should therefore not be examined on the basis of the provisions of the ICESCR. However, under the heading 'Relevant international law', the judgment referred to Article 12 of the ICESCR and CESCR General Comment No. 14 (2000), as well as to Article 11 of the ESC and Article 35 CFR. Thus allowing the indirect applicability of the right to health care to the provisions of these international conventions under the auspices of the ECHR, but not beyond its limits.

The ESC also refers to the CESCR.

And how does all this contribute to the domestic scientific discourse? The former also call for further steps to be taken by states. This is achieved, on the one hand, by complying as much as possible with the obligations under international law, for example through the state reporting system, and, on the other hand, by preparing for the further commitments required by democratic states governed by the rule of law in international law, primarily through further ratifications. The dissertation reflects on a portion of a complex and dynamically changing system, within a wide range of issues.



Registry number: DEENK/479/2021.PL
Subject: PhD Publication List

Candidate: Bernadett Falusi
Doctoral School: Géza Marton Doctoral School of Legal Studies
MTMT ID: 10060931

List of publications related to the dissertation

Articles, studies (3)

1. **Falusi, B.:** A Gazdasági, Szociális és Kulturális Jogok Nemzetközi Egyezségokmányának 12. cikke szerinti egészségügyi ellátáshoz való jog az európai régióban: Legjobb gyakorlatok a GSZKJNE-monitoring alapján.
Közjogi Szemle. 13 (3), 100-105, 2020. ISSN: 1789-6991.
Level of HAS Committee on Legal and Political Sciences: A
2. **Falusi, B.:** Previous and Recently Introduced Standards in the Strasbourg Case-Law Related to the Health Care of Persons of Unsound Mind.
Lex et Scientia. 27 (2), 41-56, 2020. ISSN: 1583-039X.
Level of HAS Committee on Legal and Political Sciences: A
3. **Falusi, B.:** Egy újabb lépés az univerzális nemzetközi emberi jogok szférájában az egészségügyi ellátáshoz való jog irányába? - Az S. C. és G. P. v. Olaszország ügy.
Jog, Állam, Politika. 11 (3), 69-82, 2019. ISSN: 2060-4580.
Level of HAS Committee on Legal and Political Sciences: A

List of other publications

Articles, studies (6)

4. **Falusi, B.:** A Genfi Konszenzus Nyilatkozat a konszenzus hiányáról: Az abortuszjog nemzetközi emberi jogi mivoltának elutasítása.
Med et Jur. 2021 (1), 22-28, 2021. ISSN: 2061-6619.





5. **Falusi, B.:** Az Alaptörvény XX. cikk alkotmánybírósági gyakorlata, kitekintéssel az ENSZ emberi jogi végrehajtás-ellenőrzés közvetlen alkalmazhatósági indikátorára.

Debreceni Jogi Műhely. 18 (1-2), 25-37, 2021. EISSN: 1786-5158.

DOI: <http://dx.doi.org/10.24169/DJM/2021/1-2/3>

Level of HAS Committee on Legal and Political Sciences: C

6. **Falusi, B.:** A strasbourgi emberi jogi bíróság gyakorlata egyes medicinák tekintetében.

Med et Jur. 2020 (2), 25-30, 2020. ISSN: 2061-6619.

7. **Falusi, B.:** An Endeavour to a 'Bridging Definition' between Health and the Health Care Component of the International Human Right to Health - The Highest Attainable Standard of Health in Health Care.

In: A béke őre, az emberi jogok védője : az Egyesült Nemzetek Szervezetének aktuális tevékenységei napjainkban. Szerk.: Talabos Dávidné Lukács Nikolett, Debreceni Egyetem, Debrecen, 25-39, 2019. ISBN: 9789634901594

8. **Falusi, B.:** A második generációs jogok Bizottságának új hatáskörei.

In: A nemzetközi kapcsolatok jogának időszerű kérdései : a jogtudomány aktuális kihívásai az egyes jogágakban. Szerk.: Szűcs Lászlóné Siska Katalin, Papp, László J, Debreceni Egyetem, Debrecen, 9-23, 2018. ISBN: 9789634900351

9. **Falusi, B.:** 1956 - Bibó István nézetrendszerében.

In: Visszatekintés 1956-ra. Szerk.: Szűcs Lászlóné Siska Katalin, Papp László J, Debreceni Egyetem, Debrecen, 27-43, 2017. ISBN: 9789634739586

Conference presentations (1)

10. **Falusi, B.:** The State of Danger Declared for the Prevention of the Human Epidemic: An Assessment Based on Previous Cases.

In: A jog tudománya, a mindennapok joga IV.. Szerk.: Szűcs Lászlóné Siska Katalin, Talabos Dávidné Lukács Nikolett, Debreceni Egyetem, Debrecen, 44-64, 2020.

**By the directives of HAS Committee on Legal and Political Sciences:
Publications in periodicals level „A”: 3, related to the dissertation: 3.
Publications in periodicals level „C”: 1, related to the dissertation: 0.**

The Candidate's publication data submitted to the iDEa Tudóstér have been validated by DEENK on the basis of the Journal Citation Report (Impact Factor) database.

27 October, 2021

