

A BETEGEK JOGAINAK KODIFIKÁLÁSÁRÓL*

A szemléletváltást kívánja hangsúlyozni a készülő új egészségügyi törvény azzal, hogy – elsőként a magyar törvényhozás történetében – a betegek jogainak önálló fejezetet szentel. A betegek jogait eddig ugyanis csak közvetett módon lehetett levezetni: egyrészt az orvosok és egészségügyi dolgozók jogi kötelezettségeiből, másrészt – és ez inkább csak a bírói gyakorlat által alkalmazott módszer – az általános, személyhez fűződő jogok értelmezéséből.

A betegek jogainak e közvetett szabályozása ellen két oldalról vetődött fel kritika: egyrészt az igényüket csak ügyel-bajjal érvényesíteni tudó betegek és az egyéni autonómia tiszteletén alapuló, új szemléletű bioetika részéről¹, másrészt a jogbizonytalanság hátrányait érzékelő orvosok oldaláról. Míg az első csoportba tartozók zászlajára a „több jogot a betegeknek!” követelés íródott fel, addig a másik csoport a „tudjuk meg végre, hogy pontosan mire számíthatunk” igényével jutott el a betegek jogainak részletesebb megfogalmazásához, illetve támogatásához.

A JELENLEGI JOGI KÖRNYEZET

Mielőtt az egészségügyi törvénytervezetet értékelném, előbb a jelenlegi jogi környezetet kell röviden felvázolnom. Mivel a betegek jogai a személyhez fűződő jogokkal állnak a legszorosabb kapcsolatban, ezért ezzel kezdem. A magyar jog nem vállalkozik a személyhez fűződő jogok kimerítő felsorolására, ebből következően a betegeket megillető jogok felsorolása sem merült még fel a jelenlegi törvénytervezet elkészítéséig. A Polgári Törvénykönyv csak néhány különösen fontos, személyhez fűződő jog sérelmét jelöli meg. A taxatív felsorolás hiánya következtében a bíróság értelmezési lehetősége igen széles, így a betegek jogainak érvényesítése eddig inkább felfogásbeli, mintsem jogi korlátokba ütközött. A betegek jogainak érvényesítésében, szélesítésében elsősorban a bíróság kezében volt/van a döntés.

A személyhez fűződő jogok példálózó jellegű felsorolása nagy vonalakban meghatározza a betegeket

megillető jogok kereteit. Ezekből további jogok származtathatók: így például a pszichiátriai betegek személyes szabadságának meghatározott törvényi védelme, az egészségügyi ellátások diszkriminációmentes biztosítása, az egészségügyi beavatkozások előtti hozzájárulás stb. Az Alkotmánybíróság az emberi méltósághoz való jogot az úgynevezett „általános személyiségi jog” egyik megfogalmazásának tekinti. Az általános személyiségi jogot e bírói testület olyan anyajogként fogja fel, amelyet mint szubszidiárius alapjogot a bíróságok felhasználhatnak az egyén autonómiájának védelmére, ha az adott tényállásra a konkrét, nevesített alapjogok egyike sem alkalmazható.²

A személyiségi jogok tág megfogalmazásában rejlő jogi lehetőséghez társul az is, hogy Magyarországon az emberi méltóságon és az emberi jogok pozitív védelmén alapuló speciális hagyománnyal állunk szemben. Az Alkotmánybíróság a terhességmegszakításról hozott döntésében megerősítette, hogy az alapvető emberi jogok védelme nem merül ki a passzív védelemben, vagy abban, hogy az állam tartózkodik bizonyos beavatkozástól, hanem aktív védelmet és jogi mechanizmust jelent az emberi jogok biztosítása érdekében.³

Ugyanakkor a bírói gyakorlatból nem adható egyértelmű válasz arra a kérdésre, hogy az emberi méltóság védelme magában foglalja-e az egyéni önrendelkezés jogát is. A betegek jogainak törvényi szabályozásában azonban éppen ez a legfontosabb alapjog, amely a leginkább a tájékoztatáson alapuló beleegyezés gondolatában jut kifejezésre. A törvénytervezet hangsúlyozza a korábbi paternalista orvos–beteg kapcsolat modelljével való szakítást, amikor *az egyéni önrendelkezést a szabályozás alapelemévé teszi*. Az önrendelkezési jog gyakorlása mindenekelőtt általános és speciális tájékoztatást kíván meg. Az általános tájékoztatás a beteg állapotáról, a betegség várható lefolyásáról, és egyáltalán minden olyan körülményről, amely a beteg betegséggel kapcsolatos életmódját érinti, folyamatos kommunikációt igényel. Tekintettel arra, hogy ezen a téren sok évtizedes az elmaradásunk, jónéhány évbe beletelik majd, mire a rend-

* A tanulmány az egészségügyi törvény tervezetének 1997. május 20–21-i változatán alapul. A kormány május 22-én fogadta el az egészségügyi törvényjavaslatot, amely változásokat tartalmazhat a tanulmány alapjául szolgáló tervezethez képest. (A szerk.)

szeresen adott széles körű orvosi tájékoztatás pozitív hatásai érzékelhetőek lesznek, és például a betegek valóban aktív partnerekké válnak a gyógyításban.

Az eddigiekben az alkotmányos alapjogokból és a személyhez fűződő jogok védelméből vezetem le a betegek jogait. Bár ez a módszer alapvetően helyes eredményre vezet, mégis féltő, hogy ezen általános normák, alapelvek a gyakorlatban több, egymással összeférhetetlen következtetést engednek meg, hiszen ezek az elvek emberi, személyiségi jogokat fogalmazznak meg, amelyek csak implicit módon tartalmazzák az egyes betegjogokat. A legtöbb ma már nemzetközileg elfogadott páciensjog⁴ így csak értelmezés útján származtatható, s kétséges, hogy megfelel-e a jogbiztonság követelményeinek. Az persze nemcsak Közép-Kelet-Európában, de a világ szinte bármely részén igaz, hogy a betegek jogai elsőként nem a jogalkotáson, hanem az aktivista bírói jogértelmezésen, illetőleg a szakmai publikációkon keresztül kaptak kellő jogi méltányolást. Nem tagadva a progresszív, aktivista (azaz a jogszabály szó szerinti értelmezésén túllépő) bírói jogértelmezés jelentőségét, az ilyen megoldás mindig kiszámíthatatlanná teszi a jogot. A jogállamiság alapvető követelménye azonban, hogy a jogszabályok megismerhetők és hozzáférhetők legyenek. Ezért – bár a pácienseket megillető legtöbb jogosultság fellelhető, vagy levezethető a magyar hatályos jogból –, mégis indokolt ezek egységes törvényi szabályozása. Ez a törekvés tűnik ki az egészségügyi törvény jelenlegi tervezetéből.

A hatályos egészségügyi jogszabályok, közöttük az egészségügyi törvény, döntően kétféle típusú normát tartalmaznak. Az egyik – és ez a domináns – az egészségügyi dolgozók kötelezettségeire, az egészségügyi intézmények egymással való kapcsolatára helyezi a hangsúlyt, a másik az egészségügyi dolgozók kötelezettségei szempontjából a páciensek által igénybe vehető egészségügyi beavatkozásokat és azok feltételeit rögzíti. Ez a kettősség a mostani egészségügyi törvénytervezetben is megfigyelhető, s – véleményem szerint – továbbra is vitatható.

A TÖRVÉNYTERVEZET SZERKEZETE

Az átfogó egészségügyi törvények tematikája nem mutat olyan egységes képet, mint a kontinentális polgári törvénykönyveké. Általánosságban két nagy csoport különíthető el egymástól: az egyik a közegészségügyi törvények csoportja, amelyben a munka-

egészségügy, a járványügy, a munkahelyek, iskolák működtetésének higiénés feltételei, a védőoltások szerepelnek a szabályozás tárgyaiaként. Más országokban viszont kórházi törvény, betegek jogairól szóló törvény készült, de még jellemzőbb, hogy egymástól elkülönülő kérdésekben külön törvényeket alkottak: például a pszichiátriai ellátásról, vagy az asszisztált reprodukció módszereiről. A magyar törvényelőkészítő munkacsoport tudatosan nem az egyes kérdéseket

részletesen szabályozó törvények elkészítését tűzte feladatául, hanem a kódex-szerű törvényalkotást. A kódex legfontosabb sajátossága, hogy az nem egyfajta kompiláció, hanem az egyes normastruktúrák a szövegen belül logikus és zárt rendszerben szerepelnek.

A magyar tervezet lazább szerkezettű, de tematikájában átfogó jellegű: változó kidolgozottsággal, de igyek-

szik felölelni az egészségügy területét érintő valamennyi fontos jogi kérdést. A vállalkozás nagyságát mutatja, hogy a törvénytervezet 18 fejezetre és 118 címre oszlik. Egyes fejezetek önálló törvénytervezeteknek tűnnek, míg mások lazán kapcsolódnak egy másik fejezethez. Ebben a formájában talán a francia *Code de la Santé Publique*-kel rokonítható, amely szintén átfogó, de egymással lazán kapcsolódó normaszövegekből áll.

A törvénytervezet jelenlegi változatát olvasva igazából nem világos a törvény logikai felépítése, hiszen váltakozva szerepelnek közigazgatási típusú, illetve magánjogias normák. A betegek jogaitól (II. fejezet) teljesen elkülönülve önálló fejezetben szerepelnek például az egészségügyi dolgozók jogai és kötelezettségei (VI. fejezet). Ugyanígy érthetetlen a III. fejezet (Népegészségügy) és a VII. fejezet (Az állam egészséggel kapcsolatos felelőssége, az egészségügy szervezése és irányítása) elkülönülése.

A betegek jogainak és kötelezettségeinek, illetve az egészségügyi dolgozók jogainak és kötelezettségeinek elkülönítéséből számos elvi és jogtechnikai probléma is adódik. Egyrészt nem szerencsés, ha a két fejezet nem harmonizál, másrészt viszont a normaszövegek ismételtetése vagy részbeni átvétele zavaró lehet, a sorozatos visszautalás nehézkessé teszi a szöveget, bizonyos esetekben jogértelmezési problémához is vezethet.

Bár ez az írás nem az egész törvénytervezetet kívánja értékelni, a betegek jogainak elemzésekor szükségképpen több fejezet rendelkezéseit is érintenem kell. Mindenekelőtt kiemelendő, hogy a jelen tervezet a betegeket megillető jogok megfogalmazásakor két alapvető csoportot különböztet meg egy-

mástól. Az egyik az úgynevezett *általános jogok csoportja*, a másik *az egyes speciális betegcsoportokat megillető jogok kategóriája*, amelyeket a törvény külön fejezetekben szabályoz. Az általános és a speciális jogok e megkülönböztetése legmarkánsabban a betegek jogairól szóló fejezet (II. fejezet, Az egyén szerepe, A betegek jogai és kötelezettségei) és a pszichiátriai betegekre vonatkozó fejezet (X. fejezet, Pszichiátriai betegek gyógykezelése és gondozása) egymásra vonatkoztatása során mutatkozik meg. A két fejezetben szereplő jogok tartalmát összevetve azt találjuk, hogy míg a betegek jogairól szóló általános rész a címben foglaltakkal ellentétben részletes szabályokat rögzít, addig a pszichiátriai betegekre vonatkozó jogok inkább általánosságban fogalmazzák meg a jogokat. A tervezet kimondja, hogy „a pszichiátriai betegek személyiségi jogait egészségügyi ellátásuk során fokozott védelemben kell részesíteni.” A törvénytervezet e fejezetében utal arra, hogy a betegek jogaira vonatkozó fejezet rendelkezéseit kell a pszichiátriai betegek esetében is alkalmazni, és e jogok csak kivételes esetben korlátozhatóak, akkor, ha a beteg veszélyeztető, vagy közvetlen veszélyeztető állapotban van. A szabályozás továbbra is intézmény-centrikus, és nem számol egyéb ellátási formákkal (önsegítő csoport, kommunális ellátás, házi gondozás).

A betegek jogainak szabályozása során újra és újra felvetődik a helyes, nem stigmatizáló kifejezések használatának igénye. Ilyen kérdés az is: egyáltalán nevezhető-e *betegnek* az orvosi tevékenységet igénybe vevő? Nemcsak a magyar nyelv problémája, hogy a „beteg” szó nem fejezi ki megfelelően azt a szemléltetést, amely az egészségügyi teendők körébe utalta a prevenciót, a meddő párok gondozását, az orvosi alkalmassági vizsgálatra jelentkezőt, az öngyilkosságot megkísérlőt stb. Tudjuk, hogy az egészség–betegség fogalmának meghatározása, illetőleg ezen állapotok egymástól való elhatárolása igen összetett filozófiai, orvosi, szociológiai kérdés. Valójában a betegnek mint sajátos jogalannak a hangsúlyozása is kérdéses lehet, hiszen a betegség mint állapot, önmagában nem befolyásolja a teljes cselekvőképességgel rendelkező személy önrendelkezési jogosultságát. Alternatívaként kínálkozik a ma még igencsak hivatalosan csengő (egészségügyi) *fogyasztó, szolgáltatást igénybe vevő*, illetve a *páciens* szó használata. A másik visszatérő terminológiai probléma, amely a törvényalkotás során többször is előkerült, hogy a döntően az angolszász szakirodalom által ihletett, és az egyéni autonómia tiszteletén alapuló, új törvénybe hogyan ültethetők át az *informed consent*, a *patient's rights* és a *patient's rights advocate* kifejezések. A törvénytervezet úgy igyekezett ezekre a problémákra választ találni, hogy fenntartotta a beteg szó használatát, azonban a

fogalommeghatározások között olyan definíciót adott ennek a szónak, hogy az egészségügyi szolgáltatások széles skáláját igénybe vevő személyek mind beletartozzanak. Ami a betegjogok, betegjogi képviselő fogalmakat illeti, véleményem szerint igencsak szerencsétlenül hangzanak ezek a szóösszetételek. Nem is az angol kifejezés pontos lefordítását kell megpróbálni, hanem a jogterület, illetve a betegek jogérvényesítését segítő intézmények tartalmát kell a fogalomnak kifejeznie. A magam részéről „a hozzájárulás érvényességi feltételei” között említeném a megfelelő tájékoztatást, a betegjogok helyett a „betegek jogai” elnevezést javaslom, „betegjogi képviselő” helyett pedig a „beteg-képviselő” elnevezést, hiszen „betegjogi” jogágról nem beszélhetünk.

A törvénytervezet betegek jogaira vonatkozó fejezetének készítőit elsősorban az angolszász, egyéni autonómia, és egyáltalán a jogok tiszteletén alapuló pragmatikus jogbölcselet, illetve az ehhez szorosan kapcsolódó bírói aktivizmus ihlette meg. Különösen jelentősek e téren *Dworkin*⁵ és *Annas* munkái.⁶ Ez a felfogás éles ellentétben áll a Magyarországon korábban dominánsnak tekinthető analitikus megközelítéssel. A jogokat nem a jogrendszer egészébe illeszti be, hanem pragmatikus, aktivista alapállásból a jogok érvényesülését is elő kívánja segíteni azzal, hogy absztrakt megfogalmazások helyett a jogokat konkrét tartalommal, a gyakorlat nyelvén írja le.

A betegek jogairól és kötelezettségeiről⁷ szóló 2. cím alatt az alábbi, külön is nevesített jogok találhatóak.

1. Az egészségügyi ellátáshoz való jog; 2. Az emberi méltósághoz való jog; 3. A kapcsolattartás joga; 4. Az intézmény elhagyásának joga; 5. A tájékoztatáshoz való jog; 6. Az önrendelkezési jog; 7. Az ellátás visszautasításának joga; 8. Az egészségügyi dokumentáció megismerésének joga; 9. Az orvosi titoktartáshoz és a magánélet védelméhez való jog; 10. A beteg kötelezettségei; 11. A betegjogok érvényesítése; 12. A beteg panaszainak kivizsgálása; 13. A betegjogi képviselő.

Az alábbiakban a törvényben szereplő néhány fontosabb jog elemzésére és elméleti háttérének felvázolására vállalkozom, helyenként jóval túllépve a jelenleg ismert tervezet keretein.

AZ EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁSHOZ VALÓ JOG

A beteg jogairól és kötelezettségeiről szóló cím elsőként evvel a joggal foglalkozik. Ez a jog tulajdonképpen két eltérő gyökerű alapjoggal van összefüggésben: az egyik *az élet, az egészség, a testi épség védelme*. A másik

nem az úgynevezett elsőgenerációs jogok, hanem a gazdasági, szociális, kulturális jogok körébe tartozó, és újabban vitatott státuszú *egészségi ellátáshoz való jog* alapjogi megfogalmazásához kapcsolódik. Ezek az alapjogok az egészségügyi törvény szintjén rendszerint azt jelentik, hogy a páciens jogosult a betegségének és állapotának megfelelő – a rendelkezésre álló forrásokhoz mért –, legmagasabb szintű gyógyellátáshoz. További sajátossága e speciális, betegeket megillető jognak, hogy szoros kapcsolatban van az egyéni önrendelkezési joggal is, hiszen a gyógyellátás a biztosítás keretei között a beteg döntésén, választásán nyugszik.

A törvénytervezet további követelményeket támaszt az ellátás igénybevételét illetően: az egészségi állapot által indokolt, megfelelő, folyamatosan hozzáférhető, és megkülönböztetés nélküli legyen. Ezzel tulajdonképpen a források elosztása során felmerülő egyes kérdésekre is választ kíván adni a jogalkotó. Újdonsága a szabályozásnak a fogyasztóvédelmi szempontból igen komoly jelentőségű, folyamatosan biztosított egészségügyi szolgáltatás követelményének megfogalmazása.

A tervezet azt a szemléletet sugallja, ami fogyasztóvédelmi szempontból is igaz: a jó orvos megfelelő orvosi képzettséggel rendelkezik, tehát képes az adott betegség kezelésére, elérhető, hozzáférhető, megfizethető és megbízható.⁸

AZ EMBERI MÉLTÓSÁGHOZ VALÓ JOG

A magyar Alkotmány 54. §-a szerint „(1) *A Magyar Köztársaságban minden embernek véleszületett joga van az élethez és az emberi méltósághoz, amelytől senkit nem lehet önkényesen megfosztani.* (2) *Senkit nem lehet kínzásnak, kegyetlen, embertelen, megalázó elbánásnak vagy büntetésnek alávetni, és különösen tilos emberen a hozzájárulása nélkül orvosi vagy tudományos kísérletet végezni.*”

Az élet és az emberi méltóság védelmének egysorban említése számos értelmezési problémát vet fel. Így például felvetődik a kérdés, hogy egy alapjog két aspektusáról, vagy egymással is ütköztethető alapjogokról beszélhetünk-e. A magyar Alkotmányban az emberi méltóságnak önrendelkezésként való felfogása nem szerepel. Tulajdonképpen az Alkotmánybíróság sem kapcsolja következetesen és elválaszthatatlanul az emberi méltóságot az önrendelkezés jogához. Igaz, a halálbüntetésről szóló alkotmánybírósági határozatban az élethez való jogról mint az étellel való saját rendelkezésről is esik szó.⁹

A páciensnek joga van arra, hogy bármilyen megbetegedése esetén, vagy bármely orvosi segítséget igénylő beavatkozás igénybevételkor emberi méltó-

ságát az orvosok, az egészségügyi dolgozók messze-messzeően figyelembe vegyék. Az emberi méltóság alapjogából vezethető le az egészségügyi vizsgálatok során a beteg szeméremérzetének figyelembevétele, az illő megszólítás, a szükségtelen, vagy a beteg hozzájárulása nélkül végzett betegbemutatás tilalma, s egyáltalán minden olyan orvosi, egészségügyi beavatkozás tilalma, amely a beteg személyiségét figyelmen kívül hagyja, s őt pusztán tárgyként kezeli. Az orvos, az egészségügyi dolgozó soha nem élhet vissza pozíciójával, a páciens esetleges függőségével. Az orvos nem keltheti azt a benyomást, hogy az adott gyógykezelés sikere a beteg kutatásban való részvételén, valamely orvosnak nyújtott juttatáson, illetve intim testi, vagy lelki kapcsolat létesítésén múlik.

A KAPCSOLATTARTÁS JOGA

A kapcsolattartás joga a nálunk kevésbé alkalmazott *magánélet sérthetetlenségének jogából* származtatható. Mindenkinek joga van ahhoz, hogy magán- és családi életét, lakását és levelezését tiszteletben tartsák. A levéltitok titok marad még akkor is, ha a beteg történetesen pszichiátriai beteg. Minden beteg vizsgálata során tekintettel kell lenni a beteg szeméremérzetére, a beteg függősége, ágyhoz kötöttsége nem szolgálhat alapul hivatlan bizalmaskodásnak a gyógyító team részéről. A betegek vizsgálata, a velük való beszélgetés során számos személyes természetű dolog kitudódik, ezeket orvosi titokként kell kezelni. A gyógykezeléshez nem kapcsolódó adatok felvétele, megszerzése, vagy olyan adatfelvétel, amelyről a beteg nem tud, ellenkezik a magánélet sérthetetlenségének elvével. Az orvosi vizsgálat, beavatkozás során az egészségügyi dolgozónak nemcsak a gyógykezelés szempontjait kell figyelembe vennie, de gondot kell fordítania arra is, hogy a beteg személyiségi jogai, különös tekintettel a teste, személyisége feletti önrendelkezési jogai ne szenvedjenek csorbát. Különösen ügyelni kell a beteg illő megszólítására, a kórterem mint ideiglenes otthon lehetséges tiszteletben tartására, a vizsgálatok során az emberi szemérem figyelembevételére. Az orvos, az egészségügyi dolgozó köteles ezekre a szempontokra tekintettel lenni az eszméletlen beteg esetében is.

A páciens gyógykezelése alatt mindvégig jogosult – betegtársai zavarása nélkül – a hozzátartozóival való személyes kapcsolat tartására. Fertőző betegek esetében a megfelelő óvintézkedéseket – az adott osztály lehetőségeit figyelembe véve – az osztályvezető főorvos állapítja meg. Gyermekepáciensek látogatása csak különösen indokolt esetben korlátozható.

AZ INTÉZMÉNY ELHAGYÁSÁNAK JOGA

Ez a részjogosultság ismét egy sokkal szélesebb alapjog folyamánya, amely leginkább a pszichiátriai és a fertőző betegek esetében bír komoly jelentőséggel. Ez az alapjog a *személyes szabadság védelme*. Az Alkotmány 55. § (1) bekezdése kimondja: „*A Magyar Köztársaságban mindenkinek joga van a szabadságra és a személyi biztonságra, senkit nem lehet szabadságától másként, mint a törvényben meghatározott eljárás alapján megfosztani.*”

Nem tartható tehát senki akarata ellenére kórházban, kivéve, ha ezt törvény előírja: elmebetegek¹⁰, alkoholisták, kábítószer-fogyasztók esetében, illetőleg fertőző betegség terjedésének megakadályozása céljából. A minden szabadságától megfosztott személynek ilyenkor is joga van olyan eljáráshoz, amelynek során őrizetbe vételének törvényességéről a bíróság rövid határidőn belül dönt, és törvényellenes őrizetbe vétele esetén szabadlábra helyezését rendeli el. Amennyiben mégis sor kerül a személyes szabadság korlátozására a törvény előírásának megfelelően, akkor is törekedni kell arra, hogy ez csak a szükséges, és a lehető legkevesebb korlátozást jelentse a beteg számára. Az alapjogból származtatható további követelmény, hogy pszichiátriai betegek esetében lehetőleg lakóhelyük közelében és embertársaiktól nem elszigetelve történjék a gyógykezelés.

A személyi szabadság védelmének jelentőségét a hazai egészségügyi rendszerben jól példázza az az eset, amikor a Gödöllői Városi Bíróság¹¹ kártérítés megfizetésére kötelezte az egészségügyi intézményt, ahol egy alkoholista beteget lekötözték, és magára hagytak. Mire egy ápoló felfigyelt a betegre, a karidegfonata és az ujjai már megbénultak, valamint a tartós lekötözés következtében izomsorvadása alakult ki. A sérülések a károsult százszázalékos munkaképesség-csökkenését eredményezték. A bíróság 200 ezer forint kártérítést ítélt meg a felperesnek.

A TÁJÉKOZTATÁSHOZ VALÓ JOG

Bár hosszú időbe telt elfogadni, hogy a beleegyezéshez igenis szükség van információk birtoklására, a jogfejlődés jelenlegi szintje azt mutatja, hogy beleegyezés tájékoztatás nélkül nem létezhet.

A döntési jog gyakorlásának legalapvetőbb feltétele a döntés szempontjainak ismerete és megértése. Tekintettel arra, hogy az orvos képzettségénél fogva több egészségügyi ismerettel rendelkezik, mint páciense, ezért az orvosnak kell a betegét abba a helyzetbe hozni, hogy valóságossá váljék a páciens dönté-

si lehetősége. A *tájékoztatás terjedelme* tehát elsősorban az adott helyzettől, beavatkozástól függ.

A páciensnek joga van a betegségéről, gyógykezeléséről szóló részletes tájékoztatásra. A tájékoztatás terjedelme, megfelelősége, szintje esetenként különböző, a gyakorlat számára mégis szükséges bizonyos alapelveket kialakítani a fogalom értelmezésére.

A páciensnek joga van ahhoz, hogy a gyógykezelésével összefüggő, valamint a kezelés során kitudódó, személyes információit kezelőorvosa, s mindazok, akik a gyógykezelés folyamatában a titokról tudomást szereztek, orvosi titokként kezeljék, és senki mással ne közöljék.

Bár az írásbeli tájékoztatás csak emlékeztetőnek tekinthető a szóban adott tájékoztatás legfontosabb elemeiről, álláspontom szerint – amennyiben írásbeli tájékoztatásra mégis sor kerül – az alábbi leglényesebb elemeket tartalmaznia kell.

1. Az ajánlott kezelés vagy eljárás leírása (mi a beavatkozás elnevezése, indikációja, hogyan, milyen eszközökkel, milyen érzéstelenítéssel vagy altatással végzik a beavatkozást stb.).

2. Az ajánlott beavatkozás, gyógymód célja, természete (diagnosztikus, terápiás, tünetenyhítő, kísérleti stb.).

3. Az ajánlott eljárás kockázatainak és előnyeinek a leírása, a halál vagy a súlyos egészségromlás veszélyére fektetett különös hangsúllyal.

4. Az alternatívák (más kezelések, gyógymódok, eltérő technikával végzett műtétek) leírása, az alternatívák kockázataival és előnyeivel együtt.

5. A kezelés elhagyásának várható eredményei.

6. A siker valószínűsége, és a siker mibenléte az orvos értelmezésében.

7. A felépülés során várható fontosabb problémák, valamint az az időtartam, amíg a beteg nem tud visszaállni normális tevékenységeire.

8. Más információk, amelyekről az adott betegségben szenvedő betegeknek más, megfelelően képzett orvos tájékoztatást tud adni.

9. A beteg által feltett egyéb kérdésekre adott válaszok.

10. A hozzájárulás (beleegyezés) tényének rögzítése, a beteg jogi státuszának megjelölése (cselekvőképtelen, korlátozottan cselekvőképességű, cselekvőképességű).

11. A jelen lévő személyek nevének és pozíciójának feltüntetése (hozzátartozó, kezelőorvos stb.).

Ezen túl általánosságban nehéz beszélni a szükséges információkról. Csak a beavatkozás kockázatairól szóló felvilágosítást emelném ki mint olyat, amely a gyakorlatban talán a legtöbb problémát veti fel. Az első adandó kérdés mindjárt az, ki határozza meg és milyen ismérvek alapján, hogy mi a kockázatfeltárá-

si kötelezettség elvárhatósági szintje? Erre a kérdésre négy lehetséges válasz adható:

1. Az a szint, amelyet a beavatkozást végrehajtó orvos határoz meg.
2. Az általános helyes orvosi gyakorlat (például gondolkodó orvos) által meghatározott szint.
3. Az orvosi beavatkozást elviselő beteg által meghatározott szint.
4. Egy józan észjárású, felelősen gondolkodó beteg absztrakt elvárhatósági mércéje.

A nemzetközi szakirodalom egyértelmű abban a kérdésben, hogy ha eltérő kockázatú beavatkozások közül kell választani, akkor a beavatkozások különbségeiről, előnyeiről, hátrányairól a beteget részletesen tájékoztatni kell.

Ugyancsak arany szabály, hogy amennyiben az orvos által tervezett kezelési módszer erősen vitatott (de nem minősül orvosbiológiai kísérletnek), a nagyobb fokú kockázatról az orvos szintén köteles felvilágosítást adni.

A törvénytervezet nem egyértelmű a tekintetben, hogy ezek közül a mércék közül melyik tekinthető irányadónak a beteg tájékoztatásban.

Nagyon nehéz a tájékoztatás optimális terjedelmét előre megbecsülni. A lakonikus, formális tájékoztatás ugyanúgy rossz, mint a beteg részletekbe menő és tudományos hangvételű, vagy sokkoló leírásokkal való elkedvetlenítés jogai gyakorlásától. Az Egyesült Államokban elmarasztalják az aprólékosan kidolgozott, gyakorlatilag befogadhatatlan mennyiségű információt adó orvost is.

A törvénytervezet továbbra is a szóbeli tájékoztatást szabályozza, írásbeli emlékeztető, vagy feljegyzés készítését nem teszi kötelezővé. Igen előremutató új rendelkezés, hogy a betegnek szükség esetén tolmácsot, illetve jeltolmácsot kell biztosítani. Ez a rendelkezés részben orvosolja a fizikai vagy mentális rokkantokról szóló törvények hiányát. (Sajnos, a kórházak, rendelők többsége – külső segítség nélkül – ma sem férhető hozzá a testi fogyatékosok számára, nem megoldott a vak, vagy csökkent látó betegek gondozása. Ez valójában nem a jelenlegi törvénytervezet feladata csupán, de a fogyatékosokról szóló, átfogó törvény meghozatalát, és a műszaki, anyagi feltételek biztosítását sürgeti.)

AZ ÖNRENDELKEZÉSI JOG

Az egyéni autonómia szerves részét képező fizikai sérthetlenséget az etika és a jog már hosszú ideje tiszteletben tartja. Századokon keresztül nem tűnt azonban egyértelműnek, hogy az orvosi kezelés – ha az orvos előzetesen nem kéri ki a beteg beleegyezését – *prima facie battery*.

Az *informed consent* csak az elmúlt két-három évtizedben vált általános paradigmává a korszerű orvosi jogban¹². Abból a jogi elvből vezethető le, mely szerint a hozzájárulás kizárja a jogsértést (*volenti non fit iniuria*). Ez egyben a jogi alapja az orvosi beavatkozás jogszerű elvégzésének is.

Az első bírói ítéletek, amelyek felrótták az orvosoknak, ha az orvosi beavatkozás előtt nem kértek beleegyezést, nem etikai belátáson, nem is az egyéni autonómia iránti tiszteleten, hanem sokkal inkább egyfajta gyakorlati érvelésen nyugodtak.¹³

Hosszú történelmi folyamat előzte meg a mára kialakult beleegyezés jelenlegi jogi feltételeit. Az orvosi jog napjainkban még mindig formálja az *informed consent* koncepcióját.

A magyar jog a német joghoz hasonlóan elismeri a beleegyezés szükségességét a polgári jogi felelősség „jogellenesség” elemében. A jogellenesség (*Rechtswidrigkeit*) egyszerűen fogalmazva arra utal, hogy nem áll fenn a jog által elismert valamely kimentés esete, ugyanakkor valamely jogi norma sérelmet szenvedett.

Megemlítenő azonban, hogy bár az *informed consent* elvét, annak formai megvalósítását legtöbbször az angolszász ítélkezésből vesszük át, ez a jogrendszer a jogkeletkeztető nyilatkozatok tekintetében sokkal inkább formalizált, mint a kontinentális jogrendszer. Ez utóbbira inkább egyfajta „konszenzualizmus” jellemző, azaz a megállapodásnak különböző formái kívánalmak hiányában is jogkeletkeztető hatása van.

Az *informed consent* elméleti alapjaiból fakad, hogy az érvényes beleegyezés jogi feltételeit úgy kell formálni, hogy a beleegyezés biztosítsa:

- a választási lehetőséghez való jogot;
- ne engedje meg előzetesen a kötelezettségek korlátozását;
- a beteg ne álljon kényszer, fenyegetés, megtévesztés alatt.

Ezek az elemek az *informed consent* jogi feltételeiben mindenhol megtalálhatók ilyen vagy olyan formában. A legtöbb országban a hozzájárulás érvényessége esetében is a jognyilatkozatok általános polgári jogi követelményeit veszik alapul, s csak a bírói ítéletek révén próbálják meg időről időre kitölteni a fogalom specifikus, orvosi jogi jelentését.

Az emberi méltóság és az egyén önrendelkezési szabadságából következik a hozzájárulás alapszabálya, amely így szól: a páciens dönt saját gyógykezeléséről, a rendelkezésre álló terápiák megválasztásáról. A beteg a gyógykezelés befejezéséig hozzájárulását bármikor visszavonhatja, illetőleg megváltoztathatja. A páciens magáról a döntési jogáról is tájékoztatni kell. A páciens hozzájárulásának hiányában csak olyan mű-

tét végezhető el, amely a hirtelen jelentkező, közvetlen életveszély elhárításához feltétlenül szükséges, illetőleg a műtét közben szükségessé váló olyan műtét, amely a műtét megkezdése előtt nem volt előre látható a kezelő orvos számára. (Ez utóbbi rendelkezésre azért van szükség, mert a közvetlen életveszély elhárítását a gyakorlat igencsak tágra értelmezte.) A műtét közben szükségessé váló újabb műtét csak olyan esetekben ad felmentést a hozzájárulás megadása alól, ha ennek lehetőségét a kezelőorvos nem feltételezhette. Amennyiben ugyanis számolni lehet avval, hogy a műtét meghatározott feltételek fennforgása esetén kiterjesztendő, akkor erről a lehetőségről a beteget előre tájékoztatni kell, és ehhez a beavatkozáshoz is a beleegyezését kell kérni.

A hozzájárulás csak arra az egészségügyi beavatkozásra vonatkozhat, amelyre a beteg beleegyezését adta. A bármifajta beavatkozásra érvényes blanketta-beleegyezések kora lejárt.¹⁴ Továbbgondolva a törvénytervezetben felvázolt tájékoztatási és hozzájárulási jogot az alábbi esetek képzelhetőek el a gyakorlatban.

Hozzájárulás meghatározott orvosi beavatkozások elvégzéséhez. Az orvosi kezelésbe való beleegyezést sohasem szabad a páciens betegségéhez szükségesnek ítélt orvosi eljárások általános engedélyezésének tekinteni. A beleegyezés mértékét mind az orvos, mind a beteg számára előzetesen tisztázni kell.

Ha egy beteg hozzájárul egy diagnosztikai jellegű beavatkozáshoz, de kifejezetten elutasítja egy további operáció végrehajtását, vagy csupán nem adja beleegyezését a végrehajtásához, ilyenkor – ha a beteg altatás alatt áll, és az orvos olyan állapotot tár fel, amely (terápiás célú) operációt tesz szükségessé –, ha az orvos elvégzi az újabb műtétet, felel a beteggel szemben, noha azt helyesen és sikeresen hajtotta végre. Az újabb altatással, illetve műtéttel járó megrázkodtatás avval kerülhető el, hogy a páciens a diagnosztikai jellegű beavatkozást követő invazív terápia lehetőségéről is kap előzetes tájékoztatást, s a beteg hozzájárulása kiterjed ez utóbbi beavatkozásra is.

Megtévesztés. A cselekvő és a másik fél közötti viszony jellege megakadályozhatja azt, hogy bizonyos testi kontaktusokat (érintés, vágás, szúrás stb.) a józan ész alapján bántónak tartunk, jóllehet, ha azt más, e speciális életviszony körén kívül eső személyek kényszeríténi ki, minden bizonnyal rendkívül bántónak tekintenénk. (Például egy küzdősportban adott ütés a sportolótárs által más megítélés alá esik, mint az ismeretlen által az utcán hasonló erővel adott ütés. Ugyancsak másképp kell elbírálni azt, ha orvosi képzettség és előzetes hozzájárulás nélkül valaki máson

a szívverés meghallgatását, a máj-lép megtapogatását, reflexvizsgálatot vagy a mell szűrővizsgálatát végzi el.) Ha az orvos tudja, hogy az ilyen kontaktushoz abban a téves hitben adtak beleegyezést, hogy szükséges az intim érintés, a beleegyezés nem tekinthető érvényesnek. Ez egyaránt igaz arra az esetre, ha tévesen azonosították a beleegyezést kapó személyt; és arra is, ahol ismeretes a személye. Így például, ha feleslegesen vetkőzik le a beteg, vagy szükségtelenül veti alá magát a vizsgálatnak, mert abban a hitben van, hogy ez indokolt, nyilvánvalóan nem érvényes a beleegyezése.

A hamis információk alapján adott hozzájárulás jogsértést eredményezhet akkor is, ha a hamis információt követő orvosi kezelés tökéletes volt. Tegyük fel, egy sebész azzal veszi rá a beteget, hogy vesse alá magát szemészeti kezelésnek, hogy hamisan azt állítsa, a kezelés megjavítja a látását. Az orvos egyedüli célja azonban az, hogy ellenszolgáltatást kapjon. Ilyenkor, ha a kezelés csupán a beteg szemének ártalmatlan megérintéséből áll, a sebész testi sértés címén nem felel, de ha bármilyen fájdalmat vagy fizikai bántalmat okoz, akkor megtévesztő magatartása felelőssé teszi őt a beteggel szemben, még ha a kezelést egyébként helyesen vezette is le.

Ugyanebből az okból, még ha általában tiszteletben tartjuk is egy cselekvőképtelen páciens döntését valamely orvosi kezelés elutasítására vonatkozóan, ha az elutasítás téves hitre épült, visszavonható. Az orvosok ennél fogva kötelesek elegendő információval szolgálni nemcsak a beleegyezés elnyeréséhez, hanem az elutasításhoz is. Ez lehet, hogy nehéz feladat, mivel az elutasítás rendszerint nem egyezik az orvos szakmai meggyőződésével; a tragikus tévedések elkerülése érdekében azonban az orvosoknak az elutasítás kockázatait és előnyeit is fel kell tárniuk.

Feltételezett beleegyezés. Vannak olyan esetek, amikor a páciens éppen betegsége vagy sérülése miatt nem tud érvényes hozzájárulást adni, s a kezelés haladéktalanul szükségessé válik az élete megmentése, vagy a komoly károsodás elkerülése érdekében. Ilyen helyzetben a jog vélelmezi, hogy ha a beteg képes lenne rá, beleegyezne az orvosi ellátásba. Itt azonban szükséges megkülönböztetni a következő eseteket:

1. Az orvos sürgős ellátás miatt tekint el a beleegyezéstől.
2. Az orvos életveszélyes állapot miatt tekint el a beleegyezéstől.
3. Az orvos azért nem kér beleegyezést, mivel az érintett páciens eszméletlen, vagy más okból nem alkalmas erre.
4. Ha a jog a kezelés el nem utasítását beleegyezésnek tekinti.

5. Az orvos nem kér beleegyezést, mivel az operáció orvosi beavatkozás alatt vált szükségessé (a műtét kiterjesztésének esete).

Az egészségügyi törvény tervezetében továbbra sem különülnek el egymástól ezek az esetek, az ellátás visszautasítása esetében sem választódnak el világosan az életmentő és az életfenntartó kezelések.

Természetesen sok olyan eset lehet, amelyekben a felsorolt feltételek közül több is fennáll. Mégis azt hiszem, fontos világosan különválasztanunk, milyen elvi alapon tekinthetünk el az informed consent követelményétől.

ad 1. Általában idetartoznak a sürgős esetek. A hozzájárulás hiányában végzett orvosi beavatkozás avval indokolható, hogy nincs idő az információk megadására. A jog rendszerint az olyan orvosi kezelés végrehajtását engedélyezi az orvosnak a páciens beleegyezése nélkül, amellyel az életveszélyes állapot megelőzhető.

ad 2. Bár az életet fenyegető állapot veszélye rendszerint sürgős esetekben fordul elő, krónikus betegségek esetén mindig marad elegendő idő arra, hogy megbeszéljék a pácienssel az élet fenntartására irányuló kezelésekkel kapcsolatos kívánságait. Sok törvény nem tesz különbséget a sürgős szükség és az életveszély kategóriája között. A magyar egészségügyi törvény 47. § (4) pontja a közvetlen életveszély esetén felhatalmazza az orvost a veszély elhárításához szükséges intézkedések megtételére a páciens beleegyezése nélkül.

ad 3. Amennyiben más feltételek nem állnak fenn, semmi nem indokolja, hogy a feltételezett beleegyezés elfogadott gyakorlat legyen az eszméletlen vagy más okból beleegyezésre képtelen betegek kezelésében.

ad 4. A gyakorlatban számos kisebb orvosi kezelés van, amelyet az orvosok az aprólékos részletek vagy az alternatívák megvitatása nélkül végeznek el.

ad 5. Ez az a helyzet, amikor a páciens beleegyezik egy adott operációba, a sebész kezébe helyezi a sorsát, s aláveti magát az altatásnak. A beteg testének felnyitása után az orvos olyan állapotot észlel, amely az operáció meghosszabbítását, vagy az eredeti beleegyezés tárgyától eltérő műtétet igényel, hogy meg lehessen menteni a páciens életét, vagy meg lehessen valósítani az általa kívánt gyógymódot. Elhalasztása olyan fájdalmat vagy kárt okozna, hogy józan gondolkodású ember a sebész által feltárt állapot ismeretében beleegyezését adná az operációhoz. Ha a sebész ilyenkor elvégzi a műtétet, nem tartozik felelősséggel.

A feltételezett beleegyezés ugyan fikció, s az ezáltal keletkező mentesség nem a beleegyezésen nyugszik, hanem egy másik, beleegyezéstől független pri-

vilégiumon, amely ilyen minőségében is az azt keletkeztető körülmények önálló bizonyítását igényli. A gyakorlatban azonban olyannyira szorosan kötődik a beleegyezéshez és olyan megszokottan kezelik annak egyik formájaként, hogy sokszor felcserélik, és nem a terápiás privilégium témakörében tárgyalják.

Még mindig számos ország törvénye *elisméri az információadás kötelezettsége alól kivételt képező kezeléseket*. Olyan esetek ezek, amikor az orvos alapos megfontolással arra a következtetésre jut, hogy a beteg állapota miatt a tájékoztatás nem szükséges, illetőleg, amikor az információ megadása a beteg egészségét veszélyeztető súlyos traumát váltana ki. Hangsúlyoznunk kell azonban, hogy ez a terápiás privilégium csak nagyon *kivételes* esetekben alkalmazható. (A jelenlegi magyar jog már el sem ismeri a beteg állapotáról szóló tájékoztatás eseteiben.) A másik gyakori értelmezési hiba a terápiás privilégiummal kapcsolatban, hogy sokan úgy vélik, ez egyszersmind örökre mentesít a tájékoztatási kötelezettség alól. Nos, az információ kényszerű visszatartása – álláspontom szerint – nem jelenti azt, hogy az elhallgatott információt a beteg már soha nem lehet közölni. Lehetséges, hogy a trauma bekövetkezésének veszélye később már nem áll fenn, s ilyenkor sor kerülhet a fokozatos tájékoztatásra.

Beleegyezés ráutaló magatartással. A beleegyezés azt jelenti, hogy az érintett személy ténylegesen kész egy másik személy által végzett beavatkozásra. Ezt a hajlandóságát kisebb jelentőségű és rutinszerűen végzett orvosi és egészségügyi tevékenység esetében általában szavakkal vagy erre utaló tettekkel, közvetlenül a másik személynek fejezi ki. A szándék éppúgy kifejezhető hallgatással vagy tétlenséggel, ha a körülmények vagy más bizonyíték azt mutatja, hogy ez a beleegyezést hivatott megadni. A beleegyezést kinyilvánítás nélkül is bizonyíthatja valamely erre alkalmas jelzés, s ekkor éppoly érvényes, mintha kinyilvánították volna. A ráutaló magatartással való beleegyezés azonban csak kisebb, gyakori orvosi eljárások esetében fogadható el. Ha például egy beteg rendszeresen jár kezelésre, s mindennap injekciót kap, nem adja minden alkalommal beleegyezését a belépéskor, hanem esetleg csak feltűri az ingujját. Ez ráutaló magatartásnak minősül, de ha a terápia megváltozik, a ráutaló magatartás nem tekinthető érvényesnek. Ha például az orvos egy nap a korábbiaktól eltérő injekció beadása mellett dönt, ezt közölnie kell páciensével, neki pedig beleegyezését kell adnia az új terápiába.

Feltételhez kötött beleegyezés. Feltételhez kötött beleegyezésről akkor beszélhetünk, ha az csupán bizonyos körülmények esetén érvényes. Amennyiben a

beleegyezést azzal a feltétellel adják meg, hogy csak egy adott esemény bekövetkezése után legyen érvényes, vagy csak akkor, ha ez az esemény nem következik be, vagy ha egy konkrét tény igaz vagy nem igaz, vagy ha a cselekvő személy megtesz vagy nem tesz meg valamit, a beavatkozás a beleegyezés révén addig nem jogos, amíg az adott feltétel nem teljesül.

A feltételes, vagy az időben, területileg, vagy más téren korlátozott beleegyezés csak a feltétel vagy a megszorítás határain belül érvényes.

Korlátozott beleegyezés. Különbözik az előbbi esetektől az a helyzet, amikor az adott beleegyezés meghatározott időn, vagy meghatározott területen belül, vagy valamely más vonatkozásban behatárolt beavatkozás elvégzésére vonatkozik, mert ekkor csakis a korlátozás határain belül érvényes.

A korlátozás egyik fontos formája a beleegyezésnek adott célból végzett cselekedetekre korlátozása. Ha a beavatkozást valamilyen cél elérése érdekében fejtik ki, akkor a beleegyezés feltételeiből vagy a körülményekből következik, hogy a beleegyezés az adott célhoz mint feltételhez kötött beleegyezésnek számít, s nem tartalmazza azt az előjogot, hogy más célból is el lehessen végezni ugyanazt az aktust.

Megbízás nélküli ügyvitel az orvosi beavatkozások esetén. Ha a cselekvő személy túlterjeszkedik a hozzájárulás határain, a beleegyezés nem védi meg a túllépés miatti felelősségtől. Amikor a túllépéssel okozott kár csak egy az engedélyezett cselekvésből származó károk közül, a cselekvő csak a túllépés mértékéig felelős. A magyar jogrendszerben ilyen esetben a megbízás nélküli ügyvitel, valamint az önrendelkezést megsértő következmények rendelkezései alkalmazhatók. (Polgári Törvénykönyv 487. §: „*Ha valaki tudja, hogy nincs hozzá joga, idegen ügyet sajátjaként lát el, vele szemben a megbízás nélküli ügyvitelből eredő jogokat lehet érvényesíteni. Ha e jogokat érvényesítik, az eljáró személy a jogalap nélküli gazdagodás szabályai szerint költségeit beszámíthatja.*”)

A 207. § (2) bekezdése értelmében, ha valaki jogáról lemond vagy abból enged, nyilatkozatát nem lehet kiterjesztően értelmezni.

A beleegyezés érvényessége akkor is megszűnik, ha a cselekvő tudja, vagy oka van feltételezni: a páciens már nem akarja, hogy folytassák az adott beavatkozást. A hajlandóság megszűnése kifejezhető a cselekvőnek szavakkal, vagy a további beleegyezéssel ellentétben álló magatartással, vagy nyilvánvalóvá válhat magának az eredeti beleegyezésnek a feltételeiből, például egy adott időhatár leteltéből. Az orvosi jogban általános szabály, hogy a beleegyezés az orvosi beavatkozás előtt bármikor visszavonható.

Ha a cselekvő túllép a beleegyezésen, annak hatálya megszűnik, kivéve, ha az szerződés útján vagy más módon visszavonhatatlanná válik, vagy ha feltételei engedélyezik a további cselekvést.

Tévedésből, megtévesztéssel, erőszakkal vagy fenyegetéssel kényszerített hozzájáruló nyilatkozatok. Az eddigiekből is kitűnik, hogy a felnőtt, cselekvőképes páciens hozzájárulása egy szorosan meghatározott orvosi beavatkozáshoz általában érvényesnek tekintendő. Ám érvénytelen az a hozzájárulás, amelyet az orvos vagy más egészségügyi dolgozó úgy szerzett meg, hogy a páciens a beavatkozás jellegét, vagy az abból várható kár mértékét illetően jelentős tévedésben volt, és a tévedés az orvos előtt ismert, vagy azt egyenesen az orvos idézte elő. Ekkor az a beavatkozás, illetőleg a beavatkozás azon eleme, amelyhez a páciens hozzájárulása tévedésen alapult, nem tekinthető érvényesnek.

Ugyancsak nem érvényes a kényszer hatása alatt adott beleegyezés.

Amennyiben azonban a felperes szavait vagy magatartását a cselekvő fél joggal a cselekvő beavatkozásához adott beleegyezésként értelmezi, az a tény, hogy a felperes egyoldalú tévedés alapján jár el, nem akadályozza meg, hogy a beleegyezés érvényes legyen, és megvédje az orvost/egészségügyi intézményt a beleegyezés hiányára alapozott jogkövetkezményekkel szemben. Ez azonban csak akkor áll fenn, ha a beavatkozást végző személy a nyilvánvaló beleegyezésre támaszkodik, és nem tud a tévedésről. Elképzelhető olyan eset is, hogy mind az orvos, mind a beteg tévedésben volt akkor, amikor az adott gyógykezelésben megállapodtak. Az a tény, hogy a tévedés kölcsönös, és nem egyoldalú, a felperes szempontjából nem változtatja meg az eredményt, amennyiben az orvos nem tudja, hogy a beteg döntése tévedésen alapult.

Ha a beavatkozást végző orvos tudja, hogy a beleegyezést jelentős tévedés alapján adták meg, az orvosnak nincs joga az adott beleegyezésre támaszkodni. Ha szándékosan kihasználja a beteg nemtörődomségét, s beállnak azok a következmények, amelyekről tudja, hogy a beteg nem számol velük, ezért ugyanúgy felelőssé válik, mintha nem kapott volna beleegyező nyilatkozatot a betegről.

Jog- és cselekvőképesség. A hozzájárulás jogi feltétele az is, hogy a hozzájáruló rendelkezzeék jog- és cselekvőképességgel. Az e feltétel hiányában tett nyilatkozat ugyanis semmis. Így például a műtét előtti előkészítésen már átesett, bódult állapotban lévő, cselekvőképtelen beteggel aláíratott műtéti nyilatkozat semmis. Az ilyen betegnek nincs meg az ügyei viteléhez

szükséges belátási képessége. Ahhoz tehát, hogy a beleegyezés érvényes legyen, olyan személynek kell a hozzájáruló nyilatkozatot megtennie, aki jogosult a beleegyezés megadására, vagy akit felhatalmaztak arra, hogy a jogosult nevében hozzájáruló nyilatkozatot tegyen.

Cselekvőképtelen páciens helyett a törvényes képviselő gyakorolja a páciens által nem gyakorolható döntési jogosultságot, tájékoztatáshoz való jogot.

Cselekvőképes beteg megjelölheti azokat a személyeket, akikkel az orvos közölheti a megbetegedés körülményeit, a gyógykezelés során megtudott egyéb információkat. A cselekvőképes páciens írásban megjelölheti, hogy akaratnyilvánításra képtelen állapotában ki tehet majd helyette beleegyező nyilatkozatot az egyes gyógykezelésekbe, vagy ezek visszautasításába. (Ez eddig teljesen ismeretlen volt a magyar jogban.)

A jog fő szabálya etekintetben az, hogy senki sem szenved sérelmet olyan intézkedés eredményeképpen, amelyhez – tévedés, megtévesztés, erőszak vagy fenyegetés eseteit kizárva – szabadon hozzájárult, vagy amelyhez egyértelmű beleegyezését fejezte ki, kivéve azoknak a személyeknek az eseteit, akiket a jog a *parens patriae* elv alapján véd, vagyis a szellemi, életkorbeli adottságaik miatt cselekvőképteleneket.

A cselekvőképesség kérdése azonban azzal a kérdéssel szembesít bennünket, hogy a pszichiátriai diagnózis alapján megállapított belátási képesség hiányát vagy csökkentértékűségét egyenértékűnek tekinthetjük-e a saját testünk feletti döntéshozatali, illetve a kockázatvállalási és kárbelátási képességgel. Másképp fogalmazva, miért ne utasíthatna el gyógykezelést, illetőleg, miért ne adhatna hozzájárulást a gyógykezeléshez az a pszichiátriai beteg, aki tisztában van e döntésének következményeivel.

A *Rennie v. Klein*¹⁵ perben egy orvosszakértő úgy tanúskodott, hogy a felperes nem pszichiátriai betegsége miatt utasította el a proloxinnal való gyógyszeres terápiát. Ez az eset azt mutatja, hogy a pszichiátriai betegség önmagában nem elegendő a hozzájárulási (elutasítási) képesség hiányának bizonyítására.

A cselekvőképesség hagyományos modellje kizárólag a beteg polgári jogi státuszához igazodik. Ez azt jelenti, hogy a beteg bizonyos kor alatt nem képes beleegyezését adni az orvosi eljárásokhoz, valamint azt, hogy meghatározott szellemi állapotú embereknek nincs cselekvőképességük. Magyarországon a Polgári Törvénykönyv vonatkozó szakaszai az irányadók ebben a kérdésben is. Ez a gyakorlatban természetesen a jog teljes figyelmen kívül hagyásához vezet, mivel nagyon ritkán fordul elő, hogy egy tizenhét éves beteg jogi képviselői (rendszerint a szülők) formális beleegyezést adnának a beteg kisebb orvosi kezeléséhez.

Véleményem szerint a korlátozottan cselekvőképesek, illetőleg a cselekvőképtelenek esetében sem szabad lemondani a tájékoztatás egyéniesített, a páciens részére szóló módzatairól. A kiskorúak, valamint a pszichiátriai betegek esetében kidolgozásra érdemes az a módszer, amellyel ilyen információ adható át. A magyar jogban nincs kellő garancia arra, hogy ilyenkor törvényes képviselő, hozzátartozó a döntésnél jelen legyen, és ne csak utólag nyugodjék bele a beavatkozásba.

„Kivételek” a hozzájárulás és a tájékoztatás követelménye alól. A jelenleg hatályos egészségügyi törvény alapján a páciens hozzájárulásának hiányában csak olyan műtét végezhető el, amely a hirtelen fellépett, közvetlen életveszély elhárításához feltétlenül szükséges, illetőleg a műtét közben szükségessé váló olyan műtét, amely a műtét megkezdése előtt nem volt előre látható a kezelőorvos számára.

A tervezetben szereplő rendelkezés részben kitérít, részben szűkíti a beleegyezés nélkül végezhető beavatkozások körét. Míg a jelenleg hatályos törvény csak közvetlen életveszélyről beszél, addig a mostani tervezet a *sürgős szükség* esetei alatt olyan helyzeteket is ért, amelyekben a késlekedés súlyos vagy maradandó egészségkárosodást okozna. Ugyanakkor a tájékoztatás megadása és a hozzájárulás megszerzése nélkül sem végezhető el a műtét kiterjesztése, kivéve, ha a sürgős szükség feltételei is fennállnak.

AZ ELLÁTÁS VISSZAUTASÍTÁSÁNAK JOGA

Az ellátás visszautasításának joga tulajdonképpen egy sokkal szélesebb alapjogból, a gondolat-, lelkiismereti- és vallásszabadságból következik. E jogok szerepe az orvosi jogban¹⁶ jóval szélesebb, mint az ellátás visszautasítása körében felvetett problémák. Az 1993. évi XXXI. törvénnyel kihirdetett, az emberi jogok és alapvető szabadságok védelméről szóló európai egyezmény 9. cikkelye így fogalmaz:

„Mindenkinek joga van a gondolat-, a lelkiismereti- és vallásszabadsághoz; ez a jog magában foglalja a vallás vagy meggyőződés megváltoztatásának szabadságát, valamint a vallásnak vagy meggyőződésnek mind egyénileg, mind együttesen, mind a nyikánosság előtt, mind a magánéletben istentisztelet, oktatás és szertartások végzése útján való kifejezésre juttatásának jogát.”

Az orvosnak, illetőleg az egészségügyi dolgozónak kötelessége, hogy tiszteletben tartsa páciense lelkiismereti, vallási és egyéb személyes meggyőződésén alapuló döntéseit. Az egészségügy területén ez az alapjog nemcsak azt jelenti, hogy a betegnek joga van

mások jogainak és szabadságainak figyelembevételével gyakorolnia vallását, akár a kórház falai közt is, hanem többek között azt is, hogy a mindenki által elfogadott „racionális” érveken túl a beteg azon az alapon is elutasíthatja a gyógykezelést, hogy az ellentétes lelkiismereti, vallási meggyőződésével.

A lelkiismereti szabadság kérdéskörébe tartozik Jehova tanúinak gyógykezelése, illetve az általuk elutasított transzfúzió orvosi elfogadása is. Jehova tanúi nem utasítják el a gyógykezeléseket általában, tehát szeretnének meggyógyulni, csupán a transzfúziót vetik el. Épp ezért csak akkor jelentkezik jogi-etikai probléma, ha olyan beavatkozásra kerül sor, amely elengedhetlenné teszi a transzfúziót.

Régi kérdés, hogy beszélhetünk-e jogok és érdekek kollíziójáról? Azaz védhetőek-e átmenetileg és rendkívüli helyzetekben a betegek feltételezett érdekei jogaik ellenében?

A gyakorlatban és az elméletben egyaránt kérdéses lehet, hogy meddig terjed a páciens önrendelkezésének határa. Ha ugyanis az életfenntartó (például haldokló betegek esetében) vagy akár az életmentő, életmeghosszabbító kezelések is elutasíthatóak (ezek definíciója és elhatárolása egymástól szükséges), akkor ez felveti az önkéntes (azaz a beteg kérésén alapuló), de a köznyelvben mégiscsak a „passzív eutanázia” széles és bizonytalan tartományába tartozó magatartások (illetve szándékos mulasztások) lehetőségét. Az eutanázia-fogalom a II. világháború után diszkreditálódott, és a szakirodalomban sincs egyetértés a fogalom helyes használatáról. Épp ezért a jog által teljességgel használhatatlan mind a passzív, mind az aktív eutanázia e definiálatlan fogalma. A kórház falai között gyakorolt gyógykezelés visszautasítása ugyanis mindig felveti az egészségügyi dolgozó magatartásának értékelését is, mind a visszautasítás tiszteletben tartása, mind a kérés elutasítása esetén. E tekintetben tehát a tiszta jogi megoldás az, ha nemcsak a beteg jogainak oldaláról szabályoz a törvény, de ehhez hozzárendeli az orvos, egészségügyi dolgozó felelőségének terjedelmét is, illetőleg a felelőség alól mentesülést. Az orvosi foglalkozás szoros értelemben vett szakmai szabályai ugyanis épp ezen a ponton ütköznek a legmarkánsabban a betegek önrendelkezésével, hiszen a beteg az egyébként szükséges és indokolt kezelést is elutasíthatja.

A BETEGJOGI KÉPVISELŐ

A betegjogi képviselő intézményének törvényi megjelenítése igen komoly előrelépést jelenthet a betegek jogainak konkrét tartalommal való megtöltése, a jogtudat alakítása, a konfliktusok kezelése terén.

Az elnevezéssel kapcsolatos aggályaimról már korábban szóltam.

A beteg(jogi)-képviselő az a személy, aki a kórházban – de az egészségügyi rendszertől lehetőleg függetlenül – segíti a beteget abban, hogy jogait megismerhesse és érvényesíthesse. Fő feladata, hogy – az orvosokkal együttműködve – védje a kórházi betegek jogait, különös tekintettel a különösen kiszolgáltatott helyzetű betegekre (gyerekek, értelmi fogyatékosok, magányos, szegény, különösen elesett emberek, stb.). Feladata nem elsősorban konkrét panaszok kivizsgálása, hanem az egészségügyi intézmény napi tevékenységének megfigyelése a betegek jogai szempontjából. A beteg-képviselő szerepe az, hogy a betegek panaszai lehetőleg még a kórházon belül regisztrálhatók és megoldhatók legyenek. Így a beteg-képviselőnek kulcsszerepe van abban, hogy a kórházban a betegek jogait és igényeit jobban figyelembe vegyék, és a betegek panaszainak helyben történő orvoslásával elősegíti a jó orvos–beteg viszony kialakulását is.

Szerencsésebb lenne azonban, ha a beteg-képviselő nem a tisztiorvosi szolgálathoz, hanem az állampolgári jogok országgyűlési biztosához tartozna, ezáltal független maradna az egészségügyi rendszertől.

SPECIÁLIS BETEGCSOPORTOK JOGAI, ILLETVE SPECIÁLIS JOGOK

Bár a törvényelőkészítő munkacsoport átfogó egészségügyi törvény(könyv) készítését tűzte célul, mégis a betegek jogait érintő, az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről külön törvény szól. Ezért feltétlenül szükséges megemlíteni, hogy számos – például a fertőző betegeket érintő nyilvántartásra, illetve az adatkezelésre vonatkozó – szabály mint speciális jog kiegészíti a jelenlegi törvénytervezetet. Magában a törvényben is szerepelnek nevesített különös jogok (kutatások alanyai, a meddőség kezelésének rendkívüli eljárásait igénybe vevők, szervdonorok, terhes anyák, pszichiátriai betegek). Ez a kör persze távolról sem teljes, az érzékszervi károsodásban szenvedőkre például történik utalás a betegek jogairól szóló általános részben (jeltolmács), de ez a terület alapvetően nem kidolgozott.

A meddőség-kezelés rendkívüli eljárásait igénybe vevők jogai. A rendhagyó orvos–beteg jogviszony szabályozásában komoly előrelépést jelentene, ha végre törvényi szintre kerülnének e sajátos jogviszony legfontosabb elemei. Mindenekelőtt sajátos engedélyezési eljárás kialakítása szükséges a reprodukciós klinikák, intézetek, osztályok működéséhez, amely rendelke-

zés elsősorban e terület sajátos minőségbiztosítását hivatott szolgálni. A törvénytervezet felfogásában az egyes, úgynevezett asszisztált humán reprodukciós eljárások rendkívüli, palliatív megoldásoknak tekinthetők, és csak ilyen körben alkalmazhatóak.

Bár a szabályozás az Európában általánosnak mondható házastársi, élettársi kapcsolatot teszi az egyes beavatkozások iránti kérés feltételül, azonban a tervezet újszerű megoldást vezet be azzal, hogy már megkezdett eljárások folytatására külön kérés alapján lehetőséget biztosít, abban az esetben, ha az embrió létrejötte után haláleset, illetve válás következik be. Ugyancsak kivételesnek tekinthető, hogy a méhen belül végzett szelektív redukció szabályai a magzati élet védelméről szóló törvény rendelkezéseivel összhangba kerültek.

A törvénytervezet e fejezete minősített tájékoztatást ír elő e rendkívüli beavatkozás igénybe vevői számára. Ivarsejt-adományozás esetén az anonimitás főszabálya mellett felmerült az, hogy e szabály feloldható legyen, tekintettel a petesejt-adományozás veszélyeire, invazív jellegére, valamint arra a tényre, hogy ez a sejt egyelőre még nem tárolható. Az eddig – jogszabály hiányában létező – bérnyasági megállapodások bizonyos szűkítése, illetve az állami kikényszeríthetlenség kimondása is szerepelt a tervezet május eleji változatában. Sajnos, ezek a korlátozások a későbbi tervezetből már kikerültek. Ugyancsak elvetették azt a javaslatot, hogy több európai országhoz hasonlóan a meddség kezelésének e rendkívüli eljárásait végző intézeteket, osztályokat egy független, interdiszciplináris országos bizottság ellenőrizze rendszeresen, meggyőződve a megfelelő tárolási, adatkezelési és egyéb szabályok betartásáról.

Bár a törvénytervezet e fejezete az egyetlen, amely mindenfajta törvényi előzmény nélkül áll, mégis erre is igen csekély idő állt rendelkezésre, akárcsak a többi, részben átdolgozott fejezet elkészítésére. Sajnos, féltő, hogy ez az idő nem volt elégséges a szabályozás finomítására és a családjogi szabályokkal való összhang megteremtésére, illetve a szükséges módosítások elvégzésére.

Szerv-, szövetadományozás során biztosított speciális jogok. A feltételezett hozzájárulás speciális esete a cadaver-transzplantációk esetében széles körben alkalmazott *opting out* rendszer. Miközben az élők közötti szervadományozást szigorú feltételekhez köti a magyar jog, a holttestből kiemelt szervek, szövetek esetében erősen vitatható az úgynevezett feltételezett

hozzájárulás alkalmazása. A hozzájárulás joga nem szűnik meg sem a cselekvőképesség elvesztésével (például eszméletlen állapot), hiszen ilyenkor – mint korábban már utaltunk rá – a törvényes képviselő gyakorolja ezt a jogot. De ugyanígy a jogképesség megszűnése (halál) sem jelenti a személyhez fűződő jogok teljes elvesztését, hanem ezek némelyike – bár mások gyakorolhatják – *kegyeleti jogok* formájában tovább él az egyén halála után is.

Magyarországon igen problematikus a halál utáni szerv-, szövetkivétel jelenlegi szabályozása, és ebből következően igen ellentmondásos a klinikai gyakorlat is. A jelenleg hatályos jogszabályok értelmében szerv, szövet kivételére csak akkor kerülhet sor, ha az a halál okának, illetőleg az alapbetegségnek a megállapítása céljából, valamint gyógyító célú felhasználás érdekében szükséges.

Ez utóbbi megszorítás kimaradt a jelen tervezetből, ugyanakkor – bár bizonyos garanciális szabályok beemelésével – a tervezet továbbra is fenntartotta a feltételezett hozzájárulás elvét, egyúttal részben egyszerűsítette, részben megnehezítette az érvényes tiltakozó nyilatkozat megtételének lehetőségét.

A legtöbb vitára okot adó kitétele a jelenlegi szabályozásnak az, hogy kivehető az elhunyt személy testéből bármely szerv vagy szövet, ha életében még nem tiltakozott ez ellen. A szabályozás sikertelenségét mutatja az a tény is, hogy Magyarországon már 30 éve végeznek szervátültetést, tiltakozó nyilatkozat létezésére eddig azonban még sehol nem derült fény.¹⁷ A feltételezett hozzájárulás elvének alkalmazása a transzplantáció során – véleményem szerint – nem illeszthető a feltételezett hozzájárulás egyéb esetkeireibe sem.

A jog szemléletével nehezen egyeztethető össze, hogy azt feltételezzük minden jogalanyról:

- Ismeri a jogszabályt és azt, hogy hallgatása ez esetben pozitív jognyilatkozatnak minősül.
- Előre kíván halála utáni helyzetre rendelkezést tenni, tudja, hogy hamarosan meghal.
- Tudja, mit jelent a szerv-, szövetkiemelés, a transzplantáció, s hogyan végzik azt.
- Ha a nyilatkozatot mellőzőket megkérdeznénk (megkérdezhetnénk), akkor ők egyértelműen azt a választ adnák, hogy valóban beleegyeznének a szervkiemelésbe. Féltő, hogy nem ezt a választ kapnánk.

Komoly változás, hogy élők közötti szervadományozás esetében a rokonokra szűkült a donorok köre, ez az esetleges kommersziális visszaélések lehetőségét igyekszik kizárni.

SAJÁTOS PARADOXON,
HOGY MINÉL INKÁBB
JOGOKKAL AKARJUK
FELRUHÁZNI A BETEGEKET,
ANNÁL NAGYOBB
A VESZÉLY, HOGY A
RÉSZLETESEN KIMUNKÁLT
SZABÁLYOKBÓL
VALAMI KIMARAD.

A PÁCIENSJOGI KATALÓGUS PROBLÉMÁI A JOGELMÉLET ÉS A GYAKORLAT OLDALÁRÓL

Sajátos paradoxon, hogy minél inkább jogokkal akarjuk felruházni a betegeket, annál nagyobb a veszély, hogy a részletesen kimunkált szabályokból valami kimarad. Evvel magyarázható az, hogy részletes, a kórházi betegchartákat¹⁸ megközelítő pontosságú szabályozás törvényi szintre emelése ellen ismét két, merőben más oldalról fogalmazódott meg a kritika. Az egyik a beteg jogainak túlburjánzásától, alkalmazhatatlanságától, vagy éppen az anyagi feltételek hiányától félti az új törvénytervezet megvalósítását. A másik bíráló egyfajta holisztikus szemléletből táplálkozik. Bár ez utóbbi kategóriába egymástól igencsak különböző nézetek sorolhatók, a közös bennük az, hogy az egyes részletes, formalizált jogi megfogalmazásokban a betegek jogai csonkítását vagy annak lehetőségét látják. Ezen nézet hívei úgy látják, több védelmet kap az egyén, ha általános, az egyénhez, a személyiséghez kötött jogokból származtatjuk a betegek jogait, és ezekhez pusztán garanciális szabályokat rendelünk annak érdekében, hogy a személyek e sajátos csoportja a tényleges joggyakorlás helyzetébe jusson. A részletes, és néhol viselkedési szabályokat is tartalmazó normáknak – e szemlélet hívei szerint – márcsak azért sincs helye a törvényben, mert az háttérbe szorítaná az orvos–beteg kapcsolat azon igen fontos vonását, hogy a kezelési megállapodás keretein túl ez a viszony mindig is személyes jellegű és alapvetően bizalmon alapuló kapcsolat marad.

Ha már nem is egységes és arányos törvényben, de mégiscsak különálló fejezetben önálló méltatást kaptak a betegek jogai, talán célszerűbb lett volna ezeket kicsit „nyitva hagyni”, oly módon, hogy az egyes részjogokat egy alapjog, vagy egy általánosabban megfogalmazott jog részeivé tessük, azzal, hogy a részletesen megfogalmazott egyes területek nem méritik ki az alapjog teljességét. Ebben az írásban éppen ettől a meggyőződéstől vezettetve elemeztem a betegek jogait.

Az említett kétségekből is kirajzolódó alapvető kérdés a betegek jogainak szabályozásában, hogy mennyiben lehet az általános emberi jogoknak, alkotmányos alapjogoknak és a személyhez fűződő jogoknak olyan tartalmat adni az egészségügy viszonyai között, ami nem stigmatizál, nem teszi defenzívá a kapcsolatot, ugyanakkor nem bízza jogértelmezési bravúrra az embert beteg állapotában (is) megillető jogok érvényesítését? Továbbá: hogyan és milyen határokig formálhatóak át az egészségügyi dolgozók jogi és etikai kötelezettségei a betegek által kikényszeríthető jogokká? A beteg autonómiájának tisztele-

te hogyan érvényesíthető és milyen határokig biztosítható egy kiszolgáltatott viszonyban? Mi a jogi szemléletalakítás eszköze az egészségügyben? Tehető-e engedmény a jogok megfogalmazásában az anyagi feltételek biztosításának, a szemléletváltozás és az ezzel összefüggő szükséges képzettség megszerzésének idejére? A jog milyen módon érheti el, vagy járulhat hozzá az orvos–beteg kapcsolat emberibbé és eredményesebbé tételéhez?

Az orvosi hivatás egyik évezredes hagyománya, hogy mérnöki pontossággal behatárolt, minden szike-mozdulatra kiterjedő szakmai előírások nem alakultak ki sehol. A szabadság mértéke persze az egyes országokban tág határok között mozog. Ahol a szakmai protokollok részletesek és szigorúak, ott nyilvánvalóan a gyógymódválasztási szabadság is kisebb.

Az egészségügyi törvény tervezete, amellet, hogy egyes területeket szinte alig érintett, illetve változatlanul hagyott, kísérletet tett arra, hogy számos helyen áttörje a paternalisztikus orvos–beteg kapcsolat mind beteget, mind orvost sújtó falait. Azok a viták, amelyek másutt évtizedekig csiszolták ezeket a nehezen megoldható jogi és etikai problémákat, sajnos, nálunk épphogy megkezdődtek. Jogtechnikai bravúrt kíván tehát az a nagy szabású vállalkozás, amelyet a törvényelőkészítő csoport maga elé tűzött.

JEGYZETEK

- 1 Csak néhány példa a betegek jogaira vonatkozó hazai irodalomból: Ádám György: *Hozzájárulás az orvosi beavatkozáshoz*. in: *Lege Artis Medicinae* 1: 52–53. o. 1991. Blasszauer Béla: *Orvosi etika*. Medicina, 1995. Buda Béla: *A betegek érdekvédelme és az egészségügyi munka minőségkontrollja*. Aggodalmas gondolatok. in: *Lege Artis Medicinae* 1: 58, 1991. Dósa Ágnes: *A tájékozott beleegyezés az európai államok jogában és a nemzetközi dokumentumokban*. in: *Acta Humana* N.25. 47–61. o. Jenei Ilona, Murányi István: *Mit mondunk a betegnek?* in: *Lege Artis Medicinae* 4 (9): 896–iv, 1994. Jobbágyi Gábor: *A gyógyító munka polgári jogi vonatkozásai, különös tekintettel személyiségi jogi és felelősségi kérdésekre*. Kandidátusi értekezés, 1984. Kardos Gábor: *A betegek jogai és az orvos–beteg kapcsolat néhány általános kérdése*. in: *Acta Humana* N.25. 62–72. o. Kovács József: *Az orvosi beavatkozásokba való „tájékozott beleegyezés” elve a modern orvosi etikában*. I. II. rész. in: *Lege Artis Medicinae* 3 (7): 688–696. Nizsalovszky E.: *A szerv- és szövetátültetések joga*. Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest, 1970. Oberfrank Ferenc: *A biomedicinális etika és az emberi jogok: európai helyzetkép*. in: *Acta Humana* N.25. 3–28. o. Sándor Judit: *„Hogyan érvényesülhet a hozzájárulás elve a magyar egészségügyi rendszerben?”* in: *Lege Artis Medicinae* 1994; 4 (1) 84–87. o. Sándor Judit: *A személyhez*

- fűződő jogok védelme az egészségügyi ellátásban.* in: *Lege Artis Medicinae* 1996; 6 (9–10) 592–596. o. Törő Károly: *Az orvosi jogviszony.* Közgazdasági és Jogi Kiadó, Budapest, 1986. Törő Károly: *A személyiségvédelem helye és szerepe a polgári jog rendszerében.* in: *Magyar Jog* 79. o. 1970.
- 2 8/1990. (IV. 23.) ABh.
- 3 64/1991. (XII. 17.) ABh.
- 4 A páciensjogok nemzetközi kodifikációja ma már igen kiterjedt. Számos konferencián született valamilyen részletkérdésben állásfoglalás. Itt csak néhány példát említek a fontosabbak közül. Az Európa Tanács Közgyűlésének 779. számú ajánlása 1976-ban: *A betegek, haladók jogairól.* Az E.E.C Kórházi Bizottsága által 1979-ben létrehozott *Kórházi Beteg Charta.* Az Európa Tanács Miniszteri Bizottságának 1980-ban született No.R. (80) 4. számú ajánlása: *A beteg aktív részvételéről a gyógyításban.* Az Európa Tanács Miniszteri Tanácsának (81) 1. számú ajánlása: *Az automatizált orvosi adatbankokról.* A WHO 1981-ben Lisszabonban meghozott „*Betegek Jogainak Deklarációja*”. Az Európa Tanács Miniszteri Bizottsága (83) 2. számú ajánlása: *A kötelező pszichiátriai kezelésben résztvevők jogi védelméről.* Az Európa Tanács által 1996-ban elfogadott: *Convention for the Protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with Regard to the Application of Biology and Medicine.*
- 5 Különösen: G. Dworkin: *Theory and Practice of Autonomy.* CUP, 1988.
- 6 Ld. George J. Annas: *The Rights of Patients.* Southern Illinois University Press, 1989.
- 7 Itt jegyezném meg, hogy a cím nyilvánvalóan azt a kompromisszumot tükrözi, hogy a betegek jogai mellett az orvostársadalom számára csak akkor lehet elfogadhatóan érvelni, ha a betegek kötelezettségei kifejezés, még ha csak szimbolikusan is, de szerepel a címben. Nyilvánvaló, hogy a jog orvosnak, betegnek egyaránt garantálja az alapjogok, illetve a személyhez fűződő jogok érvényesítését. Egyes kiszolgáltatott helyzetben lévők esetében a jog külön garanciális szabályokat is hozhat. Ezen alapulnak világszerte a gyermekek jogairól, a nemek vagy rasszok közötti hátrányos megkülönböztetés tilalmáról szóló törvények, amelyek mindig a kiszolgáltatott pozícióban lévő csoport jogait, és nem a kötelességeit fogalmazzák meg.
- 8 Wesley Smith: *Getting the Best from Your Doctor.* Study of Responsive Law. 1994. Washington.
- 9 23/1990. (X. 31.) ABh.
- 10 Erre nézve lásd bővebben az 1994. LXXXVII. tv.-nyel módosított 1972. évi II. tv. 33–35. §-ait.
- 11 Gödöllői Városi Bíróság 3. P. 21. 179/1987. Pest Megyei Bíróság 2. Pf 22. 139/ 1980.
- 12 Erről igen részletesen lásd. Raanan Gillon (ed.): *Principles of Health Care Ethics.* John Wiley & Sons, 1994.
- 13 Már 1767-ben úgy tartották [lásd *Slater v. Baker and Stapleton* (2) Wils 359, 95 Eng. Rep. 86. King Bench, 1767)], hogy „ésszerű dolog megmondani a betegnek, mit fognak tenni vele, hogy bátorságot gyűjtsön és olyan állapotba kerüljön, amelyben el tudja viselni az operációt”. A hozzájárulás szerepét még inkább megerősíti a Cardozo által lefektetett elv a *Schloendorff v. Society of New York Hospital* perben. „Minden felnőttkorú és ép elméjű emberi lénynek jogában áll eldönteni, mit tegyen a testével; s az a sebész, aki betege beleegyezése nélkül hajt végre operációt, testi sértést követ el, amelyért kártérítés követelése esetén felelnie kell” (1914). Ebben az esetben az orvos fibromát távolított el, miután a beteg hozzájárult egy altatás alatti gyomorvizsgálathoz, de kifejezetten kérte, hogy „ne legyen műtét”. A hozzájárulás ily módon nem a terápiára, hanem csak a diagnosztikai célokra szolgáló műtetre terjedt ki. A megbízás e módon való túllépéséért az orvos felelőssége megállapítható. Ennek a döntésnek a brit megfelelője a *Sidaway v. Bethlem Royal Hospital* per (1985) 1AH E.R. 643 2W L.R., amelyben Lord Bridge megállapítja: „Egyértelműen helyes elismerni, hogy egy ép elméjű, tudatánál lévő felnőtt betegnek joga van egyedül eldönteni, alá akarja-e vetni magát az orvos javasolta egyes kezeléseknél, leginkább általános altatással végzett sebészi beavatkozásnak.”
- 14 A hozzájárulás elvével kapcsolatban lásd még: Ádám György: *Hozzájárulás az orvosi beavatkozáshoz.* In: *Lege Artis Medicinae.* 1: 52–53., 1991. Kovács József: *Az orvosi beavatkozásokba való „tájékozott beleegyezés” elve a modern orvosi etikában.* I. rész. In: *Lege Artis Medicinae.* 3. (7): 688–696., 1993.
- 15 *Rennie v. Klein* (Egyesült Államok Körzeti Bírósága, New Jersey, 1978., 462F. 1131).
- 16 Természetesen nemcsak a beteget, de az orvost is megilleti a lelkiismereti szabadság, evvel kapcsolatban lásd: Ádám György: *Az orvos lelkiismereti szabadságának jogáról.* In: *Lege Artis Medicinae.* (1)13: 864–871., 1991.
- 17 Matkó Ida: *Etikai kérdések a szervtranszplantációban.* (Kézirat.) 1992.
- 18 A francia kórházakban alkalmazott *Betegchartáról* ld. Philipp Jean: *La Charte du Patient Hospitalisé.* Berger-Levrault, Paris, 1996.