

Davidovics Krisztina*

A tájékozott beleegyezés magyar szabályozása a 20. században az orvos–beteg kapcsolat egyetemes fejlődési történetének tükrében

1. Bevezetés

A tájékozott beleegyezés (*informed consent*) jogintézménye az egészségügyben mára már hosszú múlttal rendelkező része a betegellátásnak. Ennek ellenére számos kérdést felvet mibenléte, lényegében minden közegben magyarázatra szorul pontos jelentése. A felmerülő kérdések jogosak, hiszen komplex, történetileg és kulturálisan is eltérő megközelítésekkel találkozunk egyes társadalmakban. A terminológiai egységesség megvalósulását tovább nehezíti, hogy az utóbbi évtizedekben egyre jelentősebb szerepet játszó adatvédelmi szabályozás is használja ezt a fogalmat, kapcsolódó, mégis érdemben eltérő tartalommal és céllal. Jelen tanulmány a tájékozott beleegyezés alatt azt a folyamatot érti, amely során az orvos a beteggel való kommunikáció (egyszeri vagy többszöri megbeszélés) révén tisztázza az egészségügyi beavatkozással kapcsolatos információkat, kockázatokat, esetleges alternatívák lehetőségeit és várható következményeit, tehát mindazokat a körülményeket, amelyek ismerete, megértése és mérlegelése szükséges ahhoz, hogy a beteg beleegyezését megadja egy adott beavatkozás elvégzéséhez. Ebben az értelmezési keretrendszerben a tájékozott beleegyezés az orvos–beteg kapcsolat meghatározó része, így megértéséhez és elemzéséhez ebből a tágabb szemszögből induló vizsgálódás indokolt.

A gyógyítással és az azt végző személyek, gyógyítók majd később orvosok és egyéb szakemberek feladatainak ellátásával kapcsolatos kérdések kutatása, szabályozása – a hippokratészi tradíció továbbélésének köszönhetően közismerten – az ókorig visszavezethető, dokumentált tör-

ténnel rendelkezik. Mindazonáltal tudományos bizonyítékok igazolják, hogy az orvoslás, a gyógyítás valamely formája – vélhetően valamely közösségi normához igazodva – már jóval korábban is megjelent az emberi társadalmakban.¹ Azaz az ókori görögök, köztük Hippokratész művein, illetve a neki tulajdonított írásokon túl számos forrás tanúskodik arról, hogy a társadalmi együttélés és fejlődés szerves részeként már nagyon korán megkezdődött a gondolkodás a gyógyítás módjáról és előírásairól, az orvos és a beteg közötti viszony mibenlétéről. Ez, az orvostudomány fejlődésére máig kiható építkezés aztán később a fokozatosan kialakuló formális szabályozásnak is meghatározó alapját képezte. Ebben a történeti folyamatban fontos szerep jut az orvos–beteg kapcsolat, azaz a két fél szerepe alakulásának.

Jelen tanulmány célja, hogy górcső alá vegye az orvos–beteg kapcsolat történeti fejlődése során a betegjogok, és ezek szerves részeként a tájékozott beleegyezés doktrínájának megjelenését, valamint a kapcsolódó jogi szabályozás kialakulásának egyes főbb csomópontjait, majd erre épülve a hazai szabályozás történetének értékelő bemutatását adja egyes rendelkezések vizsgálata mentén. Ebben kiemelt szerep jut a 20. század második felében megvalósult hazai jogalkotás, különösen a törvényi szintű szabályozás egyes elemeinek vizsgálata, amely betekintést enged a tájékozott beleegyezés hazai megvalósulásának kereteit, lehetőségeit dominánsan meghatározó összefüggésekbe.

Az orvos–beteg kapcsolat elemzésének megkezdése előtt fontos kiemelni, hogy a tájékozott beleegyezés kialakulási folyamatának és a vonatkozó szabályozás fejlődésének vizsgálata nehéz téma, hiszen végső soron emberekről beszélünk, akik akár orvosként, akár betegként igyekeznek a tőlük telhetőt megtenni. Mindkét fél a mindenkori történelmi körülményrendszer, továbbá társadalmi elvárások, hagyományok és szabályok adta keretek között tudja betölteni ezt a szerepét. Erre a determináltságra figyelemmel érdemes reflektálni a történeti áttekintés során is, ahogy Losonczi Ágnes sokat hivatkozott írásában részletes bemutatást ad a gyógyítás, az egészségügyi ellátás komplex problematikáiról, és benne az orvosok és a betegek kiszolgáltatottságáról.² Bár nehezen vitatható az orvos–beteg kapcsolatban a hatalmi dinamika meghatározó jellege és ebben a beteg nagyobb sebezhetősége, mégis fontos látni a kapcsolat összetettségét és benne mindkét fél szerepéből eredendő szükségszerűségeket is. Ennek megfelelően jelen vizsgálódásnak a célja a jelenségek és a szabályozási folyamat elemzése, megértése, nem pedig felelősök keresése. Ennek hangsúlyozása azért különösen jelentős, mert a tradíciók mellett a jogszabályok elemzése során elkerülendő az általános tendenciák bármelyik fél hibáztatásában konkludáló értékelése. Mindezen értelmezési tartomány mentén jelen tanulmány legfőbb törekvése a tájékozott beleegyezés vizsgálata kapcsán, hogy rávilágítson a közösségek (társadalmak) mindenkori informális és formális döntéseinek hatásaira, potenciális eredményeire, különös figyelemmel a jogi szabályozás szerepére és lehetőségeire, hozzájárulva ezzel a tárgykörrel való tudományos diskurzus árnyalt megközelítéséhez.

* Davidovics Krisztina PhD-hallgató, Eötvös Loránd Tudományegyetem Állam- és Jogtudományi Kar, Doktori Iskola; mesteroktató, Semmelweis Egyetem Egészségügyi Köszolgálati Kar, Egészségügyi menedzserképző Központ, Egészségpolitika, Finanszírozás és Rendszerfejlesztés Tanszék, ORCID: 0000-0001-6081-3028

2. Az orvos–beteg kapcsolat jellemzői a 20. század közepéig

Az orvos–beteg kapcsolat dinamikája a 20. század közepéig, illetve a második világháború végéig nem változott érdemben, és legfőbb jellemzője az ún. *paternalisztikus* (atyáskodó) személet maradt a kezdetektől.³ Történetileg ezt a megközelítést gyakran szokták a hippokratészi esküre is visszavezetni, a nyugati gondolkodásban való beágyazottságára, mai napig tartó – számos módosítása ellenére tovább élő – hagyományára tekintettel.⁴ És valóban, az eskü eredeti szövege, ahogy Hippokratész szakirodalom által sokat idézett egyéb írásai is, gondolatiságukban szorosán kapcsolódnak – történelmi és társadalmi beágyazottságukhoz igazodóan – a beteg infantilizálására épülő és az orvost mintegy a gondoskodó, mindentudó szülői pozícióba helyező koncepcióhoz.⁵ Ezen paternalisztikus kapcsolat lényege, hogy a kezelés menetének egyedüli meghatározója az orvos, és a beteg egyetlen kötelezettsége (és egyben joga is) a teljes és feltétlen engedelmeskedés, a doktor által előírtak maradéktalan betartása. Ebből következően a betegnek nincs joga vagy módja befolyásolni a kezelést, akár hozzászólni bármilyen beavatkozás indokoltságának mérlegeléséhez, hiszen a kiindulási alap, hogy nem rendelkezik sem releváns tudással, sem képességgel az állapotának javításával, egészségének megőrzésével, helyreállításával összefüggésben. Az orvos megfellebbezhetetlen tekintélye uralja a kezelés teljes folyamatát, és a beteg bármilyen aktív részvétele inzultusként, vagy elutasítandó, letörendő ellenállásként értelmezett jelenség, tulajdonképpen mindkét fél számára.⁶ Jay Katz sokat idézett megfogalmazása szerint ez az időszak a *beteg hallgatásának történeteként* összegezhető a kezeléssel való döntésben való részvétel tekintetében.⁷ A második világháborút követően, főként az ún. nürnbergi perek és az azok nyomán körvonalazódó új bioetikai elvek hoznak először érdemi változást az orvos–beteg kapcsolat alakulásában.



Korányi Frigyes a klinikai betegágy mellett segédeivel és tanítványaival (1914)⁸

3. Változás az orvos–beteg kapcsolatban

A nürnbergi Nemzetközi Katonai Törvényszék által a háborús bűnösök felelősségre vonása érdekében lefolytatott perek vezettek az ún. *Nürnbergi Kódex* (Nuremberg

Code) kidolgozásához (1949), majd – erre épülve – több, ma is referenciapontként értelmezett dokumentum elfogadásához, mint az Orvosi Világszövetség (World Medical Association) ún. *Helsinki Nyilatkozata* (*Declaration of Helsinki*) (1964), vagy akár az amerikai ún. *Belmont Report* (*Belmont Report*, 1978).⁹ A háború feltárt bűntettei, különösen a koncentrációs táborokban fogvatartottakon embertelen módon és körülmények között végzett kísérletek közvetlen hatással voltak a szabályozásra. Ezek okán ugyanis egyértelművé vált, hogy megfelelő, emberi jogi szemléletű szabályozások rögzítése szükséges az emberi alanyok bevonásával lefolytatott orvosbiológiai kutatások, kísérletek esetében. Ezen törekvések máig emblematikus eredményei az itt említett dokumentumok, amelyek a nyugati típusú társadalmakban az orvos–beteg kapcsolat további fejlődését és ennek szerves részeként a *tájékozott beleegyezés* (*informed consent*) *doktrínájának* kialakulását alapjaiban meghatározták.¹⁰

A tájékozott beleegyezés ma ismert jogintézményének alapjait az orvos–beteg kapcsolat immanens elemeként az orvosbiológiai kutatások szabályozása, illetve az azok nyomán kialakuló társadalmi változások és tudományos diskussziók teremtik meg. Ugyanakkor a koncepció modern kiteljesedésének elengedhetetlen lépése a kutatás mellett a betegellátás folyamatába való beillesztés is. A nemzetközi irodalomban már az 1960–1970-es évektől intenzíven zajlott a tájékozott beleegyezés intézményének elméleti kimunkálása. A kialakulási történet meghatározó tényezőinek azonosítása és megértése érdekében néhány fontos momentum jelentősége egyértelműnek látszik. A már említett világháborús bűntettek és további, etikai szempontból megkérdőjelezhető orvosbiológiai kísérletek rávilágítottak a problematika jelentőségére, ami részben az orvostársadalommal szembeni feltétlen bizalom megkérdőjelezése mellett elvezetett a vonatkozó bioetikai kérdéseknek a középpontba kerüléséhez.¹¹ Ezzel karöltve, főként a hatvanas évek amerikai polgárjogi mozgalmait által elindított társadalmi és tudományos diskurzus eredményeként, az ún. nyugati világban megkezdődött számos, az önrendelkezéssel és az autonómiával kapcsolatos kérdéskör megvitatása, továbbá ennek nyomán felerősödött a társadalmi igény a vonatkozó jogok egészségügyben való érvényesítésére is.¹² Ezen folyamatok gyakorlatban bírósági perekhez vezettek, aminek révén a doktrína keletkezését egy konkrét ügyben (ún. Salgo-perben) 1957-ben hozott döntéshez szokás kapcsolni.¹³ Mindazonáltal a tájékozott beleegyezés értelmezésének, tartalmának, követelményeinek részletes kimunkálá-

sa egy hosszú – máig tartó – folyamat. Kétségtelen, hogy az amerikai bíróságok esetjoga alapvető szerepet töltött be ebben. Ennek keretében fogalmazódtak meg először többek között azok, a máig ható és alkalmazott standardok, amelyek mentén a tájékozott beleegyezés megszerzése során az orvosnak (egészségügyi szakembernek) mérlegelnie kell a beteg számára közvetítendő információ jellegét.¹⁴ Az európai folyamatok ehhez képest némileg eltolódva, de ugyancsak elindultak, majd az 1990-es évekre felgyorsultak.

4. A betegjogok megjelenése és a tájékozott beleegyezés doktrínája Európában

Az európai országok vonatkozásában a háborút követően intenzív jogalkotási folyamatok kezdődtek el, különösen – ugyancsak a háború utáni sokk feldolgozására való reflexióként – új, a békét propagáló szövetségek létrehozása, továbbá ehhez kapcsolódóan alapvető emberi jogi normák megfogalmazása keretében. Az *emberi jogok egyetemes nyilatkozatának* (*Universal Declaration of Human Rights*) az ENSZ közgyűlése általi elfogadása 1948-ban fontos alapköve, még ha nem is kötelező erővel bír, mégis a nemzetközi jog részét képező alapvető dokumentuma.¹⁵ A folyamatnak fontos következő normája az *Európa Tanács emberi jogok európai egyezménye* (*European Convention on Human Rights*, 1950).¹⁶ Ez utóbbi szabályozás különösen jelentős, hiszen az aláíró országok vonatkozásában biztosítja az egyének számára a bírói úton való jogérvényesítés lehetőségét, tehát már kötelező normaként tette lehetővé a jogvédelmet a részes állam jogsértése esetén.¹⁷ Mindezen törekvések mellett, illetve talán azok ellenére, az orvos–beteg kapcsolat megítélésének újragondolása és ennek keretében a betegek tájékoztatásának, illetve a kezelésekhöz kapcsolódó döntésekbe való bevonásának szabályozása, explicit betegjogként való kidolgozása még váratott magára. Ahogy Lars Fallberg (Nordic School of Public Health) írásában találóan megjegyzte: „A tájékozott beleegyezés (informed consent) 80-as években szinte ismeretlen koncepciójára ma alapvető elvárásként tekintenek bármely jogszerűen működő egészségügyi szolgáltatást nyújtó intézményben. Mindazonáltal ez a közelmúltbeli fejlődés kihívást jelent a tradicionális gondolkodás számára.”¹⁸ Majd erre hivatkozva emeli ki a jogalkotásban résztvevők felelősségét abban, hogy az adott országban ténylegesen megvalósítható és ne mindössze a betegek autonómiáját elismerő nemzetközi emberi jogi egyezményekkel összhangban álló reformszabályozásokat alkossanak. Ez utóbbi esetben ugyanis, ahogy írja, nagy a kockázata annak, hogy az állampolgárok elégedetlenségéhez vezető üres ígérek maradnak az új, haladó szellemű előírások.¹⁹ Fallberg ezen, a 2000-es évek elején publikált gondolatai több mint húsz év távlatából sem vesztek el érvényességükből. Bár mai szemmel nézve már akár meglepőnek is tűnhetnek ezek a megállapítások, az idézett gondolatokkal a szerző az 1990-es évek

Európáját átható, intenzív és ígéretes jogalkotási hullám eklatáns eseményeként számontartott ún. *Amszterdami Deklaráció* (*Declaration on the Promotion of Patients' Rights in Europe*) 1994-es elfogadásának nyomán elért eredmények elemzését vezeti fel.²⁰

5. Betegjogok és a tájékozott beleegyezés szabályozása Európában

Az egyes európai országokban a betegjogok szabályozásának kidolgozása az 1990-es években indult el és valósult meg. Ezen folyamat meghatározó állomása és egyben az egyes országok saját szabályozásának kidolgozásában egyfajta gyújtópontként is szolgáló esemény a már említett *Amszterdami Deklaráció* volt.²¹ Részben az addigi folyamatoknak köszönhetően, részben az amszterdami tanácskozás alapján megszületett deklaráció eredményeként az európai nemzetek többsége kidolgozta a saját elméleti-szakmai-jogi keretrendszerét, amelyik iránymutatást adott a gyakorlat számára. Ebben a folyamatba jól illeszkedő elemként a tájékozott beleegyezésre vonatkozó szabályozás kidolgozásának további meghatározó mérföldköve Európában annak alapvető emberi jogként való deklarációja. Ennek két, az európai és ezen belül a hazai szabályozási keretrendszer számára is meghatározó dokumentuma az Európa Tanács által 1997-ben Oviedóban elfogadott *Egyezmény az emberi lény emberi jogainak és méltóságának a biológia és az orvostudomány alkalmazására tekintettel történő védelméről* (*Oviedo Convention on Human Rights and Biomedicine*),²² valamint az *Európai Unió Alapjogi Chartája* (*Charter of Fundamental Rights of the European Union*, 2000).²³ A két szabályozás legfőbb érdeme, hogy emberi jogok sorába emelve és átfogóan, kötelező jelleggel rögzítik a tájékozott beleegyezés alapvető jogi követelményeit. A jogszabályok mellett a téma tudományos kutatása és a jogalkalmazási gyakorlat is jelentős szerepet játszott a jogintézmény fejlődésében.

A legtöbb nyugati típusú ország a leírt folyamatok keretében a történetileg hagyományosan domináns paternalista rendszer irányából igyekezett a páciensek minél intenzívebb bevonására épülő szemlélet felé mozdulni. Ennek egyik legmodernebb változataként a közös döntéshozatal (*shared decision making*) érdemi megvalósítása érdekében az egészségügyi beavatkozásról való döntést egy, a szakember és a páciens közötti, mindkét fél aktív részvételére épülő egyeztetési folyamatáá törekedtek alakítani.²⁴ Fontos kiemelni, hogy a gyakorlati megvalósítás ugyan leginkább az 1990-es éveket követően jellemző, mondhatni új jelenség, mindazonáltal maga a koncepció, nevezetesen az, hogy egy paternalista alapú és a beteg alárendeltségére épülő beleegyezést a két fél közötti alkufolyamatáá alakuljon, ahol mindkét szereplő tudásának fontossága és értéke elismerést nyer, már jóval régebb óta létezett.²⁵ Ennek azért is van jelentősége, mert a paradigmaváltás hátterében nem csupán a doktrína elméleti megjelenése, illetve a kapcsolódó társadalmi változások állnak, hanem a betegségstruktúra radikális változása is, ahogy azt Kovács

József – a tájékozott beleegyezés tárgykörét átfogóan tárgyaló kétrészes publikációjában – szemléletesen kifejti.²⁶ Ez az összefüggés úgy összegezhető, hogy a tradicionális, paternalista típusú orvos–beteg kapcsolat jól tudott illeszkedni ahhoz a világhoz, amelyet fertőző (illetve nem fertőző, de döntően nem krónikus) betegségek uraltak, és amelyben a mindenkori technológiai fejlettség meglehetősen korlátozottá tette a gyógyítás lehetőségeit, továbbá amelyben szerkezeti sajátosságok okán vagy nem volt az embereknek orvosa, vagy ha volt, akkor az orvos nagyon is jól ismerte a páciensek (és családjuk!) életét, kórelőzményeit és értékrendszerét. Ehhez képest épp a múlt század közepétől jelentek meg és terjedtek el azok a gyógyászatok, oltások, valamint indult el a technológia máig tartó ugrásszerű fejlődése, továbbá számos országban az egészségügyi rendszer intézményesített megszervezése, amely körülményrendszer összességében gyökeres változást eredményezett. E változás lényege az egészségügyben úgy foglalható össze, hogy döntővé váltak a krónikus, évtizedeken át vagy akár egész életen át kezelést igénylő betegségek, valamint intézményesült és széles társadalmi rétegek számára elérhetővé vált az egészségügyi ellátás. Ezen folyamatok eredménye, többek között, hogy az orvos ma már nem vagy alig ismeri a betegét, sokszor a kezelés kapcsán találkozik vele először, azaz nem is képes (nem lehet képes) legjobb szándékai ellenére sem a paternalista típusú megközelítéssel a betegről rendelkezésre álló ismereteire épülve ellátni a feladatát. De emellett a páciensek oldalán is számos változást eredményezett a leírt folyamatok összessége. Már sokkal inkább elfogadott, hogy az emberek tudnak (tudhatnak) számos, a kezelésükhöz alapvető fontosságú információt, amivel az orvos nem rendelkezik. Ezen felül, a krónikus betegségek sajátosságaiból is adódóan, a szokásaik, hozzáállásuk, értékrendjük önmagában is meghatározó lehet a betegség lefolyásában, gyógyításában, amit a kezelést végző orvos ritkán vagy egyáltalán nem ismer, illetve kevésbé tud befolyásolni. Röviden, ezek azok az általánosan érvényes folyamatok, amelyek Európa-szerte elvezettek a közös döntéshozatal koncepciójához, ami lényegileg befolyásolja a tájékozott beleegyezés tartalmi megvalósulását. Mégis, a jogintézmény történeti fejlődése Magyarországon esetében sajátosan alakult.

6. Az orvos–beteg kapcsolat és a tájékozott beleegyezés hazai szabályozása a második világháborút követően, 1997-ig

Nagyjából a második világháború végéig Magyarország többé-kevésbé ugyanazt az utat járta be, mint a többi európai ország, azaz a már leírt paternalista és az orvosok feladatára fókuszáló megközelítés uralta az orvos–beteg kapcsolatot, így a tájékozott beleegyezés még fogalmilag sem volt igazán értelmezhető. A háborút követően az első egységes, tartalmi szempontból átfogó egészségügyi törvényt 1972-ben fogadta el az Országgyűlés (1972. évi II. törvény *az egészségügyről*), addig az ágazathoz tartozó

egyes tárgykörökre külön szabályozások léteztek. Ezek közül *az orvosi rendtartásról* szóló 1959. évi 8. törvényerejű rendeletet érdemes kiemelni az orvos–beteg kapcsolat összefüggésében. Ez a szabályozás, ahogy címéből is adódik, az orvos által végzett tevékenységként szemlélve közelít az egészségügyi ellátás előírásainak rögzítéséhez. Ebben a szemléletben másodlagos szerepet játszik a beteg, illetve esetleges a szerepe, részvétele az ellátásban, annak inkább tárgya („elszenvedője”), mint alanya vagy aktív részese. A beteg legfontosabb dolga, hogy bizalommal forduljon az orvosához, és a panaszai, állapota, kórelőzménye, esetleges korábbi vizsgálatok vonatkozásában tájékoztassa őt. Mindazonáltal még az ellátási folyamat ezen elemeit is az orvos oldaláról rögzíti a szabályozás azzal, hogy ki kell kérdeznie a beteget, illetve mindent meg kell tennie a bizalmának megszerzése, fenntartása érdekében.²⁷ Természetesen a törvény effajta szövegezése a cím, a hatály és a szabályozás egésze alapján értelmezendő, mindazonáltal már önmagában a szabályozás illetően való megközelítése, ahogy az egyes rendelkezések is, jól mutatják az orvosközpontú megközelítés gyakorlatának jogszabályi leképeződését és egyben problematikáját. Ebben a viszonyrendszerben még a betegek aktivitása (pl. panaszok elmondása) is passzív tevékenységként jelenik (jelenhet) csak meg, amely során a kérdező orvos a tényleges aktor. Ezzel összhangban az orvos nem csupán az ellátás „ura” a választott terápiák, egyéb döntések vonatkozásában, hanem e tekintetben „kötelezettje” is.²⁸ Ennek szemléletes példája, hogy az egyik legfőbb kötelessége az orvosnak, hogy a gyógykezeléssel kapcsolatos minden szükséges utasítást megadja a beteg számára, amihez képest a tájékoztatási kötelezettség a beteg állapotát illetően jelenik meg, amitől indokolt esetben el lehet tekinteni.²⁹ A beteg kifejezett és írásbeli hozzájárulására csak egy speciális esetben, a kizárólag fekvőbeteg-gyógyintézetben elvégezhető műtét esetén jelenik meg, ami ezen beleegyezés nélkül nem hajtható végre, főszabály szerint.³⁰ Mindazonáltal közvetlen életveszély elhárítása és a beavatkozás műtét közben való kiterjesztése a beteg hozzájárulása nélkül is elvégezhető a vonatkozó kivételszabály értelmében.³¹

Az 1959-es törvényerejű rendeletet követően *az egészségügyről* szóló 1972. évi II. törvény ugyan – ahogy a címéből is egyértelmű – rendszerszintű megközelítéssel foglalja össze az ágazat szabályait, mégis a betegeknek az ellátásukkal kapcsolatos döntési jogait illetően számos elemében a korábbi rendtartás szabályait ismétli. Ennek megfelelően továbbra is az orvos uralja az orvos–beteg kapcsolatot, és egyben viseli a minden panaszra és tünetre kiterjedő, az orvostudomány adott állása alapján lehető legteljesebb – a gyógyíthatatlan beteg gyógykezelését is magában foglaló – ellátás kötelezettségét.³² A beteg ebből következően továbbra is döntően passzív szereplő, fő feladata az orvos által a gyógykezeléssel kapcsolatosan adott utasítások követése.³³ Mindazonáltal, még ha nyelvezetében a korábbi szabályokkal egybecsengő módon is, de megjelennek a tájékoztatáshoz való jog, illetve egyes beavatkozásokhoz való hozzájárulás egyes előírásai is. Ennek megfelelően a törvény értelmében az „orvosnak az általa kezelt beteget [...] a betegségről és a beteg állapo-

táról megfelelő módon tájékoztatni kell”.³⁴ Fontos azonban kiemelni, hogy az idézett szabály haladó szellemét és egyúttal gyakorlati alkalmazását erősen relativizálta a bekezdés utolsó, az ún. terápiás privilégium elvét rögzítő – és végül 1990-ben hatályon kívül helyezett – mondata, amely szerint az orvos indokolt esetben eltekinthetett ettől a tájékoztatási kötelezettségéről.³⁵ Azaz, a páciens megkérdezése, bevonása nélkül jogosult az orvos saját (legjobb) belátása szerint dönteni a terápiás kérdésekben, és még az is az ő mérlegelési körébe tartozik, hogy mely esetekben indokolt ezzel élnie. Kifejezett, írásbeli hozzájárulás ezen törvény alapján a kizárólag fekvőbeteg-intézetekben elvégezhető műtéti beavatkozások mellett a műtétnek minősülő vizsgálati, valamint a beteg életét veszélyeztető vizsgálati vagy gyógyító eljárásokhoz kapcsolódik.³⁶ Ezen ellátási tevékenységek, beavatkozások elvégzéséhez a beteg „előzetes felvilágosítása és hozzájárulása” szükséges.³⁷ Az 1959-es szabályhoz hasonlóan, az említett törvényi rendelkezések is kivételként jelenítik meg a közvetlen életveszély elhárításához szükséges, valamint a műtét során indokoltá váló további (az eredeti beavatkozás kiterjesztését jelentő) műtétet, így ezekben a nevesített esetekben nem szükséges a hozzájárulás beszerzése.³⁸ További, speciális hozzájárulási tárgykörként szerepelnek az ún. új (kellő tapasztalat vagy tudás hiányában fokozott kockázattal járó) eljárások alkalmazásához, a szervátültetéshez és az orvosbiológiai kutatáshoz kapcsolódóan szükséges beleegyezési kötelezettséget előíró szabályok.³⁹

A fent elemzett jogszabályok egyértelműen a tradicionális, paternalista szemléletet tükrözik, amelyben a beteggel való kommunikáció célja és lényege a kezelés orvosi szempontú sikerességének előmozdítása, a döntési folyamatba való bevonás, a beteg autonómiájának érvényesülése ebben nem, pontosabban alig játszik szerepet.⁴⁰ Azonban fontos annak kiemelése is, hogy problematikusságuk ellenére, ezen szabályok nem jelentették – bizonyos limitációk mellett – a betegek tájékoztatással és beleegyezéssel kapcsolatos jogainak teljes hiányát, illetve érvényesíthetőségének lehetetlenségét.⁴¹ Mindazonáltal kétségkívül nem is támogatták a társadalom szemléletformálását és a mindennapi gyógyítási gyakorlat megváltozását, ahogy a betegek jogainak érvényesítését segítő szabályozási eszközök sem jelennek meg ezekben a normákban. Ennek megfelelően, sem a betegek, sem az orvosok számára nem hordozott olyan üzenetet a szabályozás, ami egy kölcsönös együttműködésen alapuló partneri kapcsolat irányába mutatott volna. Nem volt olyan eleme, amely támogathatta volna az emberek tudatosságának növelését az egészségükkel és erre vonatkozó jogaikkal, illetve önmagukért való felelősségükkel kapcsolatban. Ugyanígy, nincs olyan passzus, amely az orvosokról levette volna az illuzórikus mindentudás terhét, egyben felelősségét, továbbá a szinte korlátlan és indokolatlan döntési hatalmat (kötelezettséget!) is a betegek fölött. Összességében, a háború lezárását követően Magyarország elszakadt a Nyugaton egyre jellemzőbbé váló fejlődési folyamatról a tájékozott beleegyezés doktrínája vonatkozásában, és a korábbi paternalista hagyományok további, jogszabályi szintű megerősítésének útján haladt tovább, mindkét fél – em-

lített – kiszolgáltatottságának rendszerszintű rögzítésével. Ez *explicit* szabályozás formájában csak az 1989-es rendszerváltozást követően majdnem tíz évvel változott meg, 1997-ben, az egészségügyről szóló törvény elfogadásával.

7. A betegjogok deklarálása az egészségügyi törvényben

Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény alapvető újdonságokat hozott a betegekre vonatkozó előírások tekintetében. Az azóta sokszor módosított, de még ma is hatályos törvény teremtette meg a betegjogok tételes, katalógusszerű szektorális szabályozását a magyar jogrendszerben.⁴² Ez a törvény, számos progresszív jogintézményével és betegközpontú szemléletével korszerű szabályozást jelentett, és tulajdonképpen jelent ma is, minden releváns európai norma viszonylatában is.⁴³ Talán épp ez is a legsérülékenyebb pontja, hiszen nem szerves fejlődés eredményeként jött létre, hanem egyfajta szabályozási transzplantációként a kor létező haladó mintái átvételének eredménye lett.⁴⁴ Kodifikációs értelemben is jelentősége van ennek a jellemzőnek, hiszen az addig alapvetően alkotmányos alapokon nyugvó (az élethez és emberi méltósághoz való joghoz kapcsolódóan) polgári jogi megközelítésű (személyhez fűződő jogok sérelmének széles értelmezési lehetősége alapján való) igényérvényesítésre épülő megközelítést váltotta fel a betegjogok tételes deklarációja és egyben az egyes jogintézmények kapcsán a követelmények megfogalmazása.⁴⁵ A törvény egészét áthatja a betegjogi szemlélet, amelyet jól tükröz, hogy a beteg emberi méltóságának, önrendelkezési és egyéb jogainak kiemelt jelentőségét rögzíti a törvény a célok meghatározása mellett, alapelvi szinten is.⁴⁶ Ugyanezen megközelítést tükrözi, hogy a törvényben a tartalmi szabályok a betegek jogainak felsorolásával, majd ezek tételes kibontásával kezdődnek. A betegjogok keretében jelenik meg a tájékozott beleegyezés jogintézménye, elsődlegesen az önrendelkezési jog és a tájékoztatáshoz való jog szabályozásához kapcsolódóan.⁴⁷

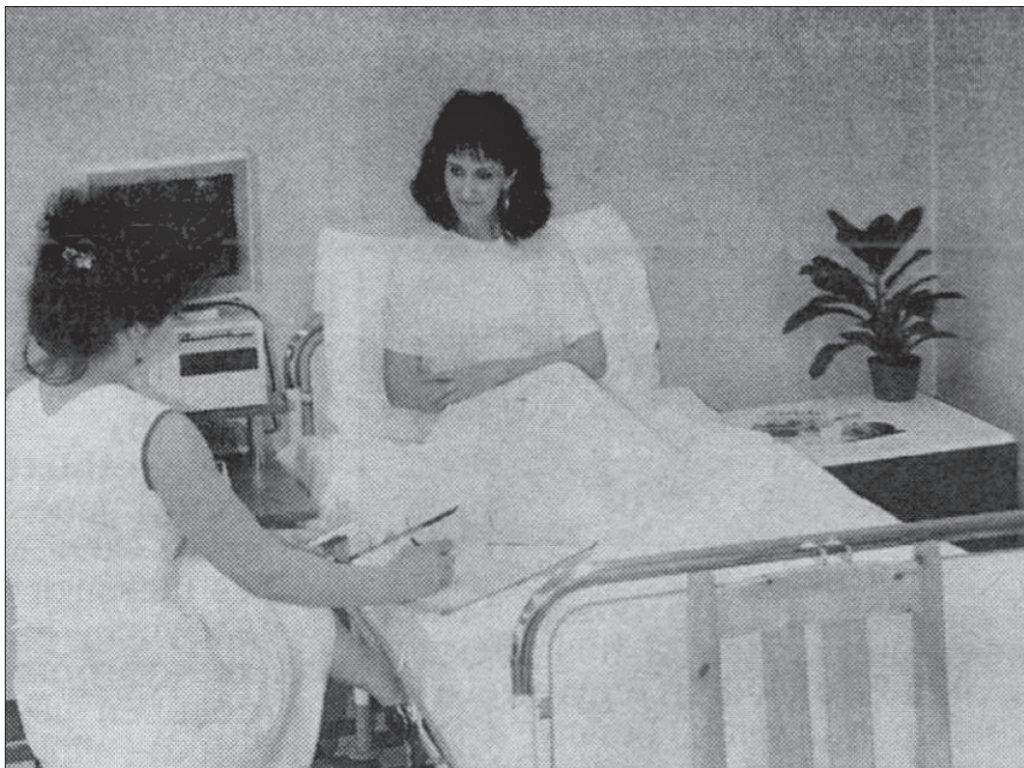
A tájékoztatáshoz való jogot a jogalkotó meglehetősen tágan értelmezve fogalmazza meg. Elsődlegesen és általános keretként rögzíti a szabály, hogy a beteg teljes körű és egyéniesített tájékoztatásra jogosult, számára érthető formában, életkorára, ismereteire, személyes igényeire figyelemmel biztosítva az információkat.⁴⁸ Majd ezt követően tételesen felsorolja a törvény, hogy mire kell a tájékoztatás során kitérni, ami röviden úgy összegezhető, hogy a beteget tájékoztatni kell az állapotról és az ennek alapján javasolt vizsgálatról, beavatkozásról (beleértve annak mi-benlétét, elvégzésének és elmaradásának várható előnyeit és kockázatait, továbbá az alternatív eljárások lehetőségeit); továbbá az ellátás folyamatáról és várható kimenetéről.⁴⁹ Fontos eleme a tájékoztatásnak, hogy a számára biztosított döntés jogáról is tájékoztatni kell a beteget.⁵⁰ Ezen felsorolás a törvény elfogadása óta érdemben változatlan módon gyakorlatilag mindazt tartalmazza, amit a tájékozott beleegyezés doktrínájához kapcsolódóan a

nemzetközi, illetve a jelen tanulmányban is említett európai szabályozások is megfogalmazzák követelményként a tájékoztatás vonatkozásában. További, a beteg autonómiájának tiszteletben tartását tükröző rendelkezés a tájékoztatásról való lemondás joga, ami alól csak az jelent kivételt, ha a betegsége természetét ismernie kell mások egészsége veszélyeztetésének elkerülése érdekében.⁵¹ Ez a szabály teremti meg a terápiás privilégium elve kapcsán a korábbi szabályozáshoz kapcsolódóan leírt gyakorlat meghaladásának lehetőségét azáltal, hogy explicit a beteg kezébe adja a tájékoztatásról lemondást jelentő döntést. A törvény kodifikációs megoldásának jellemzőjeként érdemes még kiemelni, hogy az egyes betegjogok megfogalmazása összekapcsolódik az egészségügyi dolgozók jogainak és kötelezettségeinek rögzítésével. Ennek megfelelően a kezelőorvos vonatkozásában a szabályozás tájékoztatási kötelezettséget jelöl meg, és ennek keretében utal vissza a vonatkozó betegjogra, kiegészítve azt azzal, hogy a gyakoriságot a beteg állapotához igazítva kell megállapítani, és az orvos a tőle elvárható ismeretek és legjobb tudása szerint, körültekintően és a beteg állapotára tekintettel köteles tájékoztatni.⁵² Itt jelenik meg még a kezeléssel kapcsolatos információk jellegének további részletezése (pl. a mellékhatásokra, esetleges szövődményekre kiemelt figyelmet kell fordítani, vagy a szervadományozáskor a donor speciális tájékoztatása).⁵³ Emellett a megfelelő tartalmú, érdemi tájékozott beleegyezés szempontjából alapvető fontosságú elemként ugyancsak itt írja elő a törvény azt a követelményt, hogy meg kell győződni arról, hogy a beteg a tájékoztatást megértette, szükség esetén lelki gondozásáról is gondoskodni kell.⁵⁴ Végül kiemelendő, hogy a törvény azt is kifejezetten rögzíti, hogy az orvos szóbeli tájékoztatását nem válthatja ki előzetesen elkészített általános ismertetők átadása a betegnek.⁵⁵

A tájékoztatáshoz való joghoz szorosan kötődő, és a gyakorlatban össze is kapcsolódó jog, az önrendelkezési jog. A tájékozott beleegyezés sarokköve az egyén autonóm döntési joga a saját egészsége, betegsége, a testét érintő beavatkozások vonatkozásában. Ezt tartalmi szempontból legmarkánsabban a törvényben az önrendelkezési jog betegjogként való szabályozása ragadja meg. Ez lényegileg úgy ragadható meg, hogy a beteg joga eldönteni, hogy kéri-e az egészségügyi ellátást, ahogy az is, hogy annak során mely beavatkozásoknak kívánja alávetni magát és melyeket utasít vissza azzal, hogy ez utóbbit a törvényi korlátok mellett teheti meg.⁵⁶ Már ezen a ponton is egyértelműen látszik a tájékoztatáshoz való jog és az önrendelkezés elválasztásának elméleti volta, hiszen ezen bonyolult döntések meghozatalának meghatározó előfeltétele a szükséges információk, tudás megléte. Az önrendelkezési jog további kibontásaként rögzíti a törvény, hogy a betegnek joga a vizsgálatát és kezelését érintő döntésben való részvétel, valamint hogy – tételes kivételek mellett – minden beavatkozás feltétele a megtevésztéstől, fenyegetéstől és kényszertől mentes, továbbá megfelelő tájékoztatáson alapuló beleegyezés megadása.⁵⁷ A szabályozás fontos eleme, hogy a beleegyezés lehetséges módjait is tartalmazza a rendelkezés azzal, hogy esetenként kifejezetten meghatározott formaiságot és feltételeket ír elő.⁵⁸ Ezen

körben speciális szabályok vonatkoznak többek között az invazív beavatkozásokra, illetve azok előre nem látható és a beavatkozás közben felmerülő kiterjesztésére, továbbá az eltávolított sejt, szövet, szerv, testrész további felhasználására.⁵⁹ Ugyancsak szabályozott a helyettes döntéshozó megjelölése és ebből a körből való kizárás, ahogy a cselekvőképtelen személy esetében a beleegyezés jogának gyakorlása.⁶⁰ Vélelmezni kell a beleegyezést, ha a beteg nincs nyilatkozattételre alkalmas állapotban, és a helyettes döntéshozó megkeresése késedelemmel járna; valamint invazív beavatkozás esetén ehhez képest még további feltétel, hogy a késedelem a beteg egészségi állapotának súlyos vagy maradandó károsodásához vezetne.⁶¹ A beavatkozásba való beleegyezés mellőzhető akkor, ha elmaradása mások egészségét vagy testi épségét súlyosan veszélyeztetné (ideértve a 24. hetet betöltött magzatot is), vagy akkor, ha a beteg maga közvetlen életveszélyben van.⁶² Végül alapvető, ismét a beteg autonóm döntésének lehetőségét erősítő elemként említendő, hogy a törvény alapján a beleegyezés bármikor visszavonható.⁶³

Összességében elmondható, hogy az 1997. évi törvény esetében a szabályozás szintjén egyértelműen progresszív megközelítés szerint járt el a jogalkotó, ami meglehetősen ambiciózus vállalkozás volt az előzmények tükrében. Az újonnan rögzített kritériumok szinte tökéletesen leképezik a nemzetközi normákban megszokott követelményeket. Mindazonáltal a tényleges megvalósítás terén sok feladat maradt a rendszer szereplői számára. Különösen, hogy az új szabályozásban megjelenő, a betegjogok, beleértve a tájékozott beleegyezés jogintézménye vonatkozásában képviselt haladó szemlélet alapvetően nem rendelkezett társadalmi bázissal. Nem szervesen fejlődött, pl. közéleti és magán diskurzusok sorozatában, a közösségi igény az orvos–beteg kapcsolat átgondolását illetően.⁶⁴ Ebből következően a gyakorlati adaptáció számos kihívással szembesült. Ilyenként lehet kiemelni azt a kodifikációs munkálatok kezdetétől fogva megfogalmazott szakmai felvetést, hogy egy másik rendszer átvételének sikere, várható társadalmi elfogadottsága nem tekinthető adott-ságnak. Ennek legfőbb megnyilvánulása, amikor a szabályozás és a jogalkalmazás formálisan ugyan kapcsolódik (pl. dokumentációval igazolt a törvényi kötelezettségnek való megfelelés), de érdemét tekintve az írott jog és a valóság elválik egymástól.⁶⁵ Ez leginkább abban nyilvánul meg, amikor a beteg és az orvos közötti egyenlőtlenség és a kiszolgáltatottság valójában nem csökken, nem alakul ki az a környezet, amelyben bármelyik fél valós értelmét, jelentőségét látná a korábbi erősen paternalista rendszertől való tényleges eltávolodásnak. Végül mindez oda vezet, hogy formálisan ugyan – az esetek többségében – valamilyen módon megfelelnék a rendszer szereplői a jogszabályi előírásoknak, de az új szabályozás „szelleme”, valódi céljai nem épülnek be, nem válnak az ellátás szerves részévé. Számos kritika fogalmazható meg ezen gondolatok mentén az 1997. évi törvény kapcsán.⁶⁶ Mindazonáltal számos érdeme is egyértelmű, hogy az a vonatkozó szakirodalom is hangsúlyozza, hiszen fontos új szabályozási elemeket honosított meg a hazai jogrendszerben, és magát a betegjogok jelentőségének előtérbe



Betegtájékoztatás az ezredfordulón⁶⁸

kerülését is megteremtette.⁶⁷ Az egy további kérdés, hogy a társadalom nem feltétlenül állt készen az új, a pácienseket autonóm cselekvőként az ellátásukban aktív szereplővé felhatalmazó szemlélet befogadására. Részben ezzel is összefüggő további folyamat, hogy a korábban említett közös döntéshozatali mechanizmus explicit módon szabályozási szinten még javaslatként sem merült fel a magyar jogrendszerben. Mindezekén túl az is élénk viták tárgyát képezhetné, hogy mi lenne ez ügyben, akár a jogalkotónak, akár más szereplőknek egyéni, közösségi, kormányzati, illetve társadalmi szinten a teendője. Az 1997. évi törvény mindezen dilemmákra nem ad választ, és további tárgyalása ezeknek már túl is mutat jelen tanulmány keretein, mindazonáltal megemlítésük indokolt. Ezen felvetések már a kodifikációs folyamat során is megjelentek a szakértők körében, így a tájékozott beleegyezés hazai szabályozási fejlődéstörténetében fontos adalékkal szolgálnak a kontextus megértéséhez.

8. Összegzés

Hosszú út vezetett a hagyományos orvos–beteg kapcsolat és ennek keretében a beteg szerepének újragondolása által a tájékozott beleegyezés doktrínájának megjelenéséig és jogi szabályozásának megvalósulásáig. Valójában az az igény, hogy a beteg váljon aktív részesévé a saját kezeléséről szóló döntéseknek, csak a második világháborút köve-

tően jelenik meg a nyugati világ gondolkodásában. Ennek megfelelően minden ország, így Magyarország is innentől számíthatóan foglalkozik aktívan a betegjogokkal és ezen belül a tájékozott beleegyezéssel kapcsolatban felmerülő etikai, jogi és szabályozási kérdések megválaszolásával. Ennek lényegi eleme, hogy a hippokratészi hagyományból táplálkozó, paternalisztikus megközelítést egyre inkább váltja fel a gyógyítást a felek közötti kölcsönös tiszteletre és együttműködésre épülő közös döntéshozatali mechanizmust feltételező folyamatként értelmező szemlélet. A nemzetközi folyamatokkal való összevetés jól mutatja a tájékozott beleegyezés jogintézményének fejlődési vonalát a hazai szabályozási történet három meghatározó egészségügyi törvénye. Míg az *orvosi rendtartásról* szóló 1959. évi 8. törvényerejű rendeletet alig biztosított érdemben teret a beteg számára (nem is volt címzettje), addig az *egészségügyről* szóló 1972. évi II. törvény már új szemlélettel közelített a beteg jogaihoz, még ha szövegezésében sok tekintetben az előzményszabályozást örökítette is át. Emellett ez utóbbi törvény már olyan alkotmányos és polgári jogi szabályozási keretrendszer részeként jelent meg, ahol a köztudatban kevésbé ismert módon, de adott volt a betegek jogainak érvényesítéséhez szükséges jogszabályi háttér. Mindazonáltal a társadalom szemléletének változásához jogszabályoknál többre van szükség, ahogy ezt a betegjogokat immáron deklarált formában rögzítő 1997. évi CLIV. törvénnyel kapcsolatos taglalt kihívások is érzékeltetik.

DAVIDOVICS, KRISZTINA

Die ungarische Regelung der informierten Zustimmung im 20. Jahrhundert im Lichte der universellen Geschichte der Entwicklung der Arzt-Patienten-Beziehung

(Zusammenfassung)

Die traditionelle Arzt-Patient-Beziehung und das damit verbundene Überdenken der Rolle des Patienten führten zur Entwicklung der Doktrin der Einwilligung nach Aufklärung und schließlich zu ihrer Etablierung in vielen Gerichtsbarkeiten. Das Bedürfnis, den Patienten zum Subjekt – und nicht zum Objekt – der Entscheidungen über seine eigene Behandlung zu machen, tauchte im Denken der westlichen Welt erst nach dem Zweiten Weltkrieg auf. Dementsprechend hat jedes Land, auch Ungarn, seine eigene Art und Geschichte, die seitdem in diesem Zusammenhang aufgetretenen ethischen, rechtlichen

und regulatorischen Fragen anzugehen. Ein entscheidendes Element ist, dass der in der hippokratischen Tradition verwurzelte paternalistische Ansatz zunehmend durch einen anderen ersetzt wird, der die Arzt-Patient-Beziehung als einen Prozess betrachtet, der einen Entscheidungsmechanismus voraussetzt, der auf gegenseitigem Respekt und Zusammenarbeit zwischen den Parteien basiert. Neben der Bewertung des internationalen Kontexts wird die Entwicklung der Gesetzgebung zur Einwilligung nach Aufklärung im Gesundheitswesen anhand der drei maßgeblichen sektoralen Gesetze in der ungarischen Geschichte deutlich.

DAVIDOVICS, KRISZTINA

Hungarian regulation of informed consent in the 20th century in the light of the universal history of the development of the doctor-patient relationship

(Abstract)

The traditional doctor-patient relationship and the rethinking of the patient's role in this context led to the evolution of the doctrine of informed consent and, eventually, its establishment in many jurisdictions. The need for the patient to become the subject – instead of the object – of the decisions about their own treatment only appeared in the thinking of the Western world after the Second World War. Accordingly, every country, including Hungary, has its own way and history of addressing the ethical, legal, and regulatory questions that

have arisen in this regard since then. One determining element is that the paternalistic approach, rooted in the Hippocratic tradition, is increasingly replaced by another that views the doctor-patient relationship as a process that assumes a new decision-making mechanism based on mutual respect and cooperation between the parties. Along with the assessment of the international context, the development of the legislation regarding informed consent in healthcare is clearly shown by the three defining sectoral laws in Hungarian history.

Jegyzetek

- ¹ MAJOR, Ralph Hermon: *A history of medicine*. Springfield, Illinois, USA, 1954. Charles C. Thomas Publisher, Vol. 1, 4. p.; MAGNER, Lois N.: *A History of Medicine*. Boca Raton, USA, 2005. Taylor & Francis Group, 2nd ed. Chapter 1–2. DOI: <https://doi.org/10.1201/b14213>.
- ² LOSONCZI Ágnes: *A kiszolgáltatottság anatómiája az egészségügyben*. Budapest, 1986. Magvető Kiadó.
- ³ KATZ, Jay: *The Silent World of Doctor and Patient*. Baltimore and London, 2002. The Johns Hopkins University Press; KOVÁCS József: Az orvosi beavatkozásokba való „tájékozott beleegyezés” elve a modern orvostudományban. I. rész. *Lege Artis Medicinae*, 1993a. 6. sz. 590–597. p.
- ⁴ BLASSZAUER Béla: Az orvosi eskü. *Lege Artis Medicinae*, 2008. 5. sz. 358–359. p.
- ⁵ KOVÁCS 1993a. 590. p.; KATZ 2002. 4–7. p.
- ⁶ Önmagában már az is elgondolkodtató vonása a problematikának, hogy az orvos–beteg kapcsolat kifejezésben (a magyar mellett más nyelveken is) az orvos szerepel az első helyen. Emellett egy további – már nem minden nyelvben megjelenő – kihívás a „beteg” szó használata (pl. a páciens helyett), amely implicit felveti, felvetheti a teljes jogú részvétel lehetőségének megkérdőjelezhetőségét. Érdekes tény,

hogy hazánkban az elmúlt 30–50 év nem volt elegendő a páciens kifejezés közismertté és társadalmilag elfogadottá válásához.

- ⁷ KATZ 2002. 28. p.
- ⁸ Kép forrása: „Korányi Frigyes a klinikai betegágy mellett segédeivel és tanítványaival. Közvetlen a háta mögött, az előtérben fia, Korányi Sándor áll, aki ebben az időben, amikor a kép készült, még a diagnosztika magántanára volt. Azon tanítványai közül, akik keresett és neves orvosokká lettek, a képen jól felismerhetők: Tóvölgyi Elemér (jobbrol a 2.) Bálint Rezső (j. a 10.) Kövesi Géza (j. a 14.)” *Az Erdékes Ujság*, 1914. (június 21.) 25. sz. 34. p., Arcanum Újságok.
- ⁹ L. The Nuremberg Code, from *Trials of War Criminals before the Nuremberg Military Tribunals under Control Council Law No.10*. Nuremberg. October 1946–April 1949. Washington, D.C.: U.S. G.P.O., 1949–1953.; The Belmont Report: *Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research*. The National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. 1979.; World Medical Association Declaration of Helsinki. *Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. 1964.
- ¹⁰ L. CZECH, Herwig – DRUML, Christiane – WEINDLING, Paul: *Medical Ethics in the 70 Years after the Nuremberg Code, 1947 to the*

- Present. *Wiener klinische Wochenschrift*, 2018. 130. (Suppl 3) 159–253. p. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00508-018-1343-y>; MORENO, Jonathan D. – SCHMIDT, Ulf – JOFFE, Steve: The Nuremberg Code 70 Years Later. *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, 2017. 318(9) 795–796. p. DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.2017.10265>; EMANUEL, Ezekiel J: Reconsidering the Declaration of Helsinki. *Lancet*, 2013. 381(9877) 1532–1533. p. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62094-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62094-2); MILLUM, Joseph – WENDLER, David – EMANUEL, Ezekiel J.: The 50th anniversary of the Declaration of Helsinki: progress but many remaining challenges. *JAMA*, 2013. 310(20) 2143–2144. p. DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.2013.281632>; ADASHI, Eli Y. – WALTERS, LeRoy B. – MENIKOFF, Jerry A: The Belmont Report at 40: Reckoning With Time. *American Journal of Public Health*, 2018. 108,10 1345–1348. p. DOI: <https://doi.org/10.2105/AJPH.2018.304580>.
- ¹¹ FADEN, Ruth R. – BEAUCHAMP, Tom L. – KING, Nancy M. P: *A history and theory of informed consent*. New York, 1986. Oxford University Press, 86–88. p.
- ¹² FADEN 1986. 86–88. p.
- ¹³ Salgo v. Leland Stanford Jr. University Board of Trustees et al., 317 P. 2d 170 (Cal. Ct. App. 1957) <https://www.courtlistener.com/opinion/2619445/salgo-v-leland-stanford-etc-bd-trustees/>; elemzését I. KATZ 2002. 60–65. p.; KOVÁCS 1993a. 591. p.
- ¹⁴ Az ún. szakmai standard azt követeli meg, hogy azt a tájékoztatást adja az orvos, amit a legtöbb szakember hasonló esetben a szakma szabályai szerint nyújtana. Ehhez az orvosfókuszú megközelítéshez képest az ún. objektív standard alapján mindenről tájékoztatni kell, ami egy észszerűen gondolkodó ember számára a megalapozott döntés meghozatalához szükséges. Végül még ennél, a már a beteget bevonó szemléletnél is haladóbb irányt képviseli az ún. szubjektív standard, amely szerint az egyénre fókuszálva mindazt közölni szükséges, ami a beteg számára, saját helyzetére tekintettel fontos lehet, ami érdekelheti a döntés kapcsán. Vö. COCANOUR, Christine S: Informed consent – It’s more than a signature on a piece of paper. *The American Journal of Surgery*, 2017. 214, 6. 993–997. p. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2017.09.015>; KATZ 2002. 60–82. p. (esetjogi példák elemzésén keresztül bemutatva); és KOVÁCS 1993a. 592–593. p.
- ¹⁵ UN General Assembly, Universal Declaration of Human Rights. United Nations 217 (III) A, 1948. Paris.
- ¹⁶ Council of Europe, European Convention on Human Rights, 1950. Rome.
- ¹⁷ Példaként a gyógykezelésbe való beleegyezés, életmentő, életfenntartó kezelések visszautasítása kapcsán a bíróság két eklatáns ügynek részletes elemzéséről I. Dósa Ágnes: *Összehasonlító egészségügyi jog – Orvostikai kérdések jogi szemmel*. Budapest, 2012. Complex Kiadó, 174–189. p.
- ¹⁸ FALLBERG, Lars: Consequences of the Amsterdam Declaration – a Rights Revolution in Europe? *European Journal of Health Law*, 2003. 10(1), 5. p. DOI: <https://doi.org/10.1163/157180903772757812>.
- ¹⁹ Uo. 5–10. p.
- ²⁰ World Health Organization (WHO), A Declaration on the Promotion of Patients’ Rights in Europe – European Consultation on the Rights of Patients, ICP/HLE 121, 1994. Amsterdam.
- ²¹ L. ehhez még Europe backs new declaration on patients’ rights. *BMJ*, 1994, 308:997. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.308.6935.997>; LEENEN, Henk J. J.: Patients’ rights. *World Health*, 1996. 49(5), 4–5. p. <https://iris.who.int/handle/10665/330516>; Nys, Herman: Comparative Health Law and the Harmonization of Patients’ Rights in Europe. *European Journal of Health Law*, 2001. 8(4), 317–331. p. DOI: <https://doi.org/10.1163/15718090120523628>.
- ²² Kihirdetve I. 2002. évi VI. törvény az Európa Tanácsnak az emberi lény emberi jogainak és méltóságának a biológia és az orvostudomány alkalmazására tekintettel történő védelméről szóló, Oviedóban, 1997. április 4-én kelt Egyezménye: Az emberi jogokról és a biomedicináról szóló Egyezmény, valamint az Egyezménynek az emberi lény klónozásának tilalmáról szóló, Párizsban, 1998. január 12-én kelt Kiegészítő Jegyzőkönyve kihirdetéséről.
- ²³ Council of Europe, Convention for the Protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with regard to the Application of Biology and Medicine: Convention on Human Rights and Biomedicine, (ETS n°164), 4.IV.1997. Oviedo; Charter of Fundamental Rights of the European Union in: Consolidated Version of the Treaty on the Functioning of the European Union [2012] OJ C326/47.
- ²⁴ KATZ 2002. Chapter III–VII.; I. ehhez még SANDMAN, Lars – MUNTHE, Christian: Shared Decision Making, Paternalism and Patient Choice. *Health Care Analysis*, 2010. 18, 60–84. p. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10728-008-0108-6>; KUNNEMAN, Marleen – MONTORI, Victor M: When patient-centred care is worth doing well: informed consent or shared decision-making. *British Medical Journal Quality and Safety*, 2017. 26(7), 522–524. p. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2016-005969>.
- ²⁵ KATZ 2002. Chapter III–VII.
- ²⁶ KOVÁCS 1993a; KOVÁCS József: Az orvosi beavatkozásokba való „tájékozott beleegyezés” elve a modern orvostikában, II. rész. *Lege Artis Medicinae*, 1993b. 7. sz. 688–696. p.
- ²⁷ L. a 1959. évi 8. tvr. 4. §-át és a végrehajtási rendelet, a 8/1959. (XII. 31.) EüM rendelet 4. és 10. §-ának előírásait.
- ²⁸ L. különösen a 1959. évi 8. tvr. 3., 5. és 7. §-ának előírásait, valamint a végrehajtási rendelet, a 8/1959. (XII. 31.) EüM rendelet 6. §-ának szabályait.
- ²⁹ L. a 1959. évi 8. tvr. 4. §-át, és a végrehajtási rendelet, a 8/1959. (XII. 31.) EüM rendelet 9. §-át.
- ³⁰ Uo. 6. § (1) bekezdés.
- ³¹ Uo. 6. § (2)–(3) bekezdés.
- ³² L. a 1972. évi törvény 43. és 44. §-a szabályait.
- ³³ L. a 1972. évi törvény 45. § (2) bekezdésben foglaltak.
- ³⁴ L. a 1972. évi törvény 45. § (1) bekezdését.
- ³⁵ A mondat az 1990. évi XXII. törvény 35. § (1) bekezdés a) pontja alapján 1990. március 15-től került ki a törvényből. L. ehhez TÖRŐ Károly: Orvosi tájékoztatási kötelezettség. In ÁDÁM György (szerk.): *Egészségügyi jogi kézikönyv*. Budapest, 1990. Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, 47–50. p.; valamint ÁDÁM György: Hozzájárulás az orvosi beavatkozáshoz. *Lege Artis Medicinae*, 1991. 2. sz. 53. p.; KOVÁCS 1993b. 695–696. p.; SÁNDOR Judit: *Gyógyítás és ételkezés – orvosi „műhiba-perek” Magyarországon*. Budapest, 1997a. Medicina Könyvkiadó, 175–181. p.
- ³⁶ L. a 1972. évi törvény 47. § (3)–(4) bekezdést és a 48. § szabályait. L. ehhez: TÖRŐ Károly: Hozzájárulás az orvosi beavatkozáshoz. In ÁDÁM György (szerk.): *Egészségügyi jogi kézikönyv*. Budapest, 1990. Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, 40–47. p.; SÁNDOR 1997. 149–174. p.; SÁNDOR Judit: Hogyan érvényesülhet a hozzájárulás elve a magyar egészségügyi rendszerben? *Lege Artis Medicinae*, 1994. 1. sz. 84–87. p.
- ³⁷ L. a 1972. évi II. törvény 47. § (3) bekezdését.
- ³⁸ Uo. (4) bekezdés.
- ³⁹ L. a 1972. évi II. törvény 44. § (1)–(2) bekezdéseit, és az 50. § (1) bekezdés c) pontja, továbbá a 68/A. § (3) bekezdés szerinti szabályokat. L. ehhez ÁDÁM 1991. 53. p.
- ⁴⁰ ÁDÁM 1991.; KOVÁCS 1993b.
- ⁴¹ Jelen tanulmány keretein túlmutat a tájékoztatással, a beavatkozásba való beleegyezéssel, illetve az önrendelkezéssel kapcsolatos jogérvényesítési lehetőségek elemzése. Mindazonáltal megjegyzendő, hogy bár hagyományosan az 1997. évi törvényt tekintik az említett betegjogok megalapozójának, valójában ezek már korábban is a magyar jogrend részei voltak. Ennek megfelelően releváns bírói gyakorlat ismert pl. a tájékoztatás megfelelő volta kapcsán az 1972. évi törvény vonatkozásában is. Kétségtelen azonban, hogy a hazai szabályozási hagyományok alapján elsődlegesen az alkotmányos alapjogok (emberi méltósághoz való jog) mentén a polgári jog személyhez fűződő jogokra vonatkozó szabályai szerint volt lehetőség ezen jogok érvényesítésére az egészségügyi törvény előírásaihoz kapcsolódóan. L. ehhez például Dósa Ágnes: *Az orvos kártérítési felelőssége*. Budapest, 2010. HVG-ORAC, 188–189., 237–241.,

- 243–244. p.; SÁNDOR 1994. 84. p., SÁNDOR 1997a. 181–184., 203–210. p.
- ⁴² SÁNDOR Judit: A betegek jogainak kodifikálásáról. *Fundamentum*, 1997b. 1. sz. 87–100. p.; KOVÁCS József: A betegjogok helyzete a bioetika szemszögéből. In BORZA Beáta (szerk.): „*Beteg vagy egészségügy.*” *A betegjogok helyzete egy átalakuló rendszerben, avagy kinek fontos a beteg?* Budapest, 2012. Alapvető Jogok Biztosának Hivatala (konferenciakiadvány), 69–94. p.; DÓSA 2010. 190–192. p.
- ⁴³ KOVÁCS 2012. 73–74. p.
- ⁴⁴ SÁNDOR 1997b. 89. p.; KOVÁCS 2012. 73. p.
- ⁴⁵ SÁNDOR 1997b. 87. p.
- ⁴⁶ L. 1997. évi törvény 1. § c) pontját és 2. § (1) bekezdését.
- ⁴⁷ Az elméleti megközelítésben az önrendelkezés egyik speciális formájaként, illetve a döntési jog határainak rögzítéseként is értelmezhető az ellátás visszautasítása, ami önálló betegjogként jelenik meg a törvényben, valamint további részletszabályok végrehajtási rendeletben. Bár a részletes bemutatás meghaladja jelen tanulmány kereteit, annyit azért fontos ehelyütt is megjegyezni, hogy ezen szabályok megjelenése a törvényben alapvető fontosságú, és a nemzetközi irodalomnak, gyakorlatnak szerves elemeként értelemszerű és sok tekintetben hiánypótló része volt az 1997. évi törvény kodifikációs törekvéseinek. Vö. SÁNDOR 1997b. 96–97. p.; KOVÁCS 2012. 85–87. p.
- ⁴⁸ L. 1997. évi CLIV. törvény 13. § (1) és (8) bekezdést.
- ⁴⁹ L. uo. (2) bekezdést. Érdemes megjegyezni, hogy a törvény – egy 2019-es módosítás óta – jelzi, hogy a tájékoztatás nem azonos a beteg személyes adatainak kezelésével kapcsolatos információk átadásával, azon felül kell az állapotáról és a kezeléssel kapcsolatos releváns kérdésekről megfelelő tájékoztatást kapnia. A szabályozás tehát – a vonatkozó irodalommal összhangban – deklaráltan elkülöníti az adatvédelmi szabályok által is ismert és elvárt beleegyezést (amit gyakran ugyancsak *informed consent* kifejezéssel jelölnek) az egészségügyi beavatkozáshoz kapcsolódóan elvárt tájékoztatáson alapuló beleegyezéstől.
- ⁵⁰ L. 1997. évi CLIV. törvény 13. § (2) bekezdés e) pontját.
- ⁵¹ Uo. 14. § (1) bekezdés.
- ⁵² Uo. 134. § (1) bekezdés és 135. § (1) bekezdés.
- ⁵³ Uo. 134. § (4) bekezdés és 135. § (2) bekezdés.
- ⁵⁴ Uo. 135. § (2) bekezdés.
- ⁵⁵ Uo. 134. § (3) bekezdés.
- ⁵⁶ Uo. 15. § (1)–(2) bekezdés.
- ⁵⁷ Uo. 15. § (3) bekezdés.
- ⁵⁸ Uo. 15. § (3a), (4)–(5) bekezdés és 16–19. §.
- ⁵⁹ Uo. 18–19. §.
- ⁶⁰ Uo. 16. § (1) és (6) bekezdés.
- ⁶¹ Uo. 17. § (1) bekezdés.
- ⁶² Uo. (2) bekezdés.
- ⁶³ Uo. 15. § (6) bekezdés.
- ⁶⁴ SÁNDOR 1997b. 89. p.; KOVÁCS 2012. 73. p.
- ⁶⁵ KOVÁCS 2012. 73–74., 79–80. p.
- ⁶⁶ Vö. KOVÁCS 2012.
- ⁶⁷ Vö. KOVÁCS 2012.
- ⁶⁸ Kép forrása: Európai uniós képzések betegjogi képviselőknek. *Hír-hozó*, 2001. (október 18.) 42. sz., Arcanum Újságok.

