

# A magyar betegjogi szabályozás a nemzetközi rendelkezések tükrében

Molnár Angéla

A betegjogok kodifikálásának hazai története a rendszerváltás után kezdődött, s 1997-ben az Országgyűlés elfogadta az egészségügyi törvényt, amely Magyarországon először önálló fejezetet szentelt e – kialakulóban lévő – jogágazat szabályozásának.

Miközben az új jogintézmények hazánkban még kísérleti stádiumban vannak – gondolva akár a betegjogi képviselőre, akár a kórházi felügyelőtanácsokra –, a nemzetközi közösségben már egy új, *határokon átívelő bioetika* körvonalazódik.

A témában eddig alkotott művek leginkább egy-egy ország vagy régió jellemzésével foglalkoztak, a hazai betegjogi szabályozás fejlesztésének irányának meghatározásához azonban *globális áttekintés* is szükséges.

Ezért a következőkben a hatályos magyar egészségügyi törvénynek az úgynevezett általános betegjogokról rendelkező fejezetei és a Föld ötvenöt országának betegjogi témában alkotott szabályai, illetve a legfontosabb releváns nemzetközi deklarációk – így az Egészségügyi Világszervezet (WHO) Amszterdami Deklarációja és Ljubljanai Kartája, az Európa Tanács Bioetikai Konvenciója, az Orvosi Világszövetség (WMA) Genfi Deklarációja, nemzetközi etikai kódexe, Lisszaboni és Ottawai Deklarációja – kerülnek összehasonlításra.

## A betegek jogai

### A betegjogi kérdések szabályozásának módja

Formai szempontból az emberek jogainak biztosítására az egészségügyben kartákat, speciális jogszabályokat vagy kerettörvényeket alkalmaznak: így karták szabályozzák a betegek jogait az Egyesült Királyságban, Portugáliában és San Marinóban; másutt önálló betegjogi jogszabályt alkottak (jellemzően az észak-európai országokban); és vannak országok – Magyarországhoz hasonlóan –, ahol ezt más viszonyokat is

szabályzó kódexekbe foglalt rendelkezésekkel való sítják meg (például Ausztria, Lengyelország, Szlovénia) (1. táblázat).

Jellemző, hogy az országos szintű szabályok mellett a tartományok, régiók, illetve az egyes intézmények tovább részletezik a jogok és kötelességek gyakorlásának rendszerét, olykor jelentősen különböző tartalommal (Kanada, Svájc, Spanyolország).

## A betegjogok személyi és tárgyi hatálya

E szabályok nagy része a *területi elv* alapján jelöli meg hatályosságának körét, Grúziában, San Marinóban, Ukrajnában és Üzbegisztánban azonban a betegjogok csak az ország állampolgárait illetik meg, a betegek kötelességei is csak őket terhelik (*személyi elv*).

A magyar betegjogi szabályokat – hasonlóan az egészségügyi törvény többi fejezetéhez – a Magyar Köztársaság területén tartózkodó természetes személyek (ha törvény eltérően nem rendelkezik), és az itt működő egészségügyi, illetve – jogszabály eltérő rendelkezése híján – szociális szolgáltatók vonatkozásában kell alkalmazni. Tárgyi hatálya pedig az itt folytatott egészségügyi tevékenységekre terjed ki.

## Az egészséghez való jog

Alkotmányunk deklarálja, hogy a Magyar Köztársaság területén élőknek joguk van a lehető legmagasabb szintű *testi és lelki egészséghez*, ezt a legtöbb ország alaptörvénye is tartalmazza, az 1961-es Szociális Kartával összhangban.

Bár Tajvanban ma sincs hivatalos betegjogi szabályozás (egy, az 1986-os egészségügyi ellátásról szóló törvényben szereplő paragrafuson kívül, amely a műtéti beavatkozásba való beleegyezésről rendelkezik), figyelmet érdemelnek a Lee Sheng-long által összeállított 1995. decemberi nyilatkozattervezet azon fordulatai, hogy „az egészségügyi ellátás a társadalmi jó-

1. táblázat. A betegjogi kérdések szabályozásának módja

Betegjogi karta	Önálló betegjogi jogszabály	Kerettörvény
Csehország	Dánia	Ausztria
Dél-afrikai Köztársaság	Ecuador	Salvador
Franciaország*	Észtország	Fehéroroszország
Írország	Finnország	Görögország
Nagy-Britannia	Izland	Grúzia
Portugália	Izrael	Hollandia
San Marino	Japán	Kína
Szenegál	Kanada	Lengyelország
Új-Zéland	Litvánia	Magyarország
	Norvégia	Peru
	Oroszország	Svédország
	Törökország	Szlovákia
	Uruguay	Szlovénia
		Tajvan
		Ukrajna
		Üzbegisztán

\* Törvény és karta is él egymás mellett

lét része, nem árucikk”, illetve „az egészség alapvető emberi jog: minden díját az állam fizeti” (1).

## Az egészségügyi ellátáshoz való jog

Egészségügyi törvényünk első helyen deklarálja a sürgősségi ellátáshoz, a fájdalomcsillapításhoz és az egészségügyi állapot által indokolt, megfelelő, folyamatosan hozzáférhető és megkülönböztetés nélküli ellátáshoz való jogokat.

A *sürgősségi ellátás* nyújtására való orvosi kötelezettséget a WMA Nemzetközi Etikai Kódexe írja elő, s a betegek jogaként is számos jogszabály tartalmazza: a jellemző szabályozás szerint állampolgári jogon jár az ellátás sürgős szükség esetén, azon kívül pedig az egészségbiztosítás keretében hozzáférhető (Dél-afrikai Köztársaság, Ecuador, Írország, Kína, Magyarország, Nagy-Britannia).

Míg Magyarországon (a Dél-afrikai Köztársasághoz hasonlóan) az ellátáshoz való jog része, Oroszországban és Szlovákiában külön betegjog a *fájdalmak enyhítéséhez való jog*, a betegjogi szabályozások inkább a terminális állapotú betegek fájdalomcsillapításához való jogról rendelkeznek (2. táblázat).

A világ országainak túlnyomó többsége kiemelt helyen foglalkozik az *egészségügyi szolgáltatások igénybevételének jogával*, igazi különbség a jog terjedelmében van: míg a fehérorosz és a perui egészségügyi törvény az állami egészségügyi intézményekben az ingyenes egészségügyi ellátáshoz (Kambodzsában a szegény állampolgárokat illeti meg az ingyenesség), az izlandi az elérhető legjobb, folyamatosan hozzáférhető és – a horváthoz hasonlóan – az egyenlő egészségügyi szolgáltatáshoz való jogot nevesíti. Franciaországban, Litvániában és Törökországban a mindenki számára

2. táblázat. A fájdalom enyhítéséhez való jog

Jog a fájdalom enyhítéséhez	Jog a palliatív kezeléshez
Dél-afrikai Köztársaság	Csehország
Magyarország	Dánia
Oroszország	Dél-afrikai Köztársaság
Szlovákia	Franciaország
	Grúzia
	Izland
	Lengyelország
	Peru

hozzáférhetőséget, San Marinóban pedig a bármely egészségügyi intézményben való elérhetőséget emeli ki a törvény.

Bár mélyebb elemzés nélkül megállapítható, hogy az ellátás „*megfelelő*” voltát az országok gazdasági fejlettsége, anyagi lehetőségei determinálják, mégis megfontolandó az izlandi és az uruguayi példa követe, amely szerint a szolgáltatásoknak fizetőképességtől függetlenül kell az emberek rendelkezésére állnia.

Több országban megjelenik az ellátás *szakszerű* (Csehország, San Marino) és *folyamatos* (Dél-afrikai Köztársaság, Izrael, Magyarország) volta.

A WMA Genfi Deklarációjában foglaltaknak megfelelően általános feltétel, hogy az ellátás *megkülönböztetés nélküli* legyen, amelyről az egészségügy területének szabályozásától egyébként visszahúzódó Európai Unió is rendelkezik (2).

Uruguayban a megfelelő ellátás része annak tisztaság és biztonságos környezetben történte is (3. táblázat).

A WMA revideált Lisszaboni Deklarációjának (1995) és az Ottawai Deklarációnak (1998) eleme a *minőségbiztosításért való felelősség*, amely szerint min-

## 3. táblázat. Az egészségügyi ellátáshoz való jog terjedelme

Ingyenes	Egyenlő	Fizetőképességtől független	Az állam kötelessége
Fehéroroszország Peru	Horvátország Izland	Izland Uruguay	Malajzia Oroszország
Szakszerű (megfelelő)	Folyamatos	Pozitív diszkrimináció	Megkülönböztetés nélküli
Csehország Lengyelország Magyarország San Marino Új-Zéland	Dél-afrikai Köztársaság Izland Magyarország	Dél-afrikai Köztársaság Kambodzsa Peru Venezuela	Dél-afrikai Köztársaság Grúzia Izland Izrael Japán Magyarország Peru Új-Zéland Uruguay

den orvos felelős azért, hogy az intézményében az egészségügyi ellátás megfelelő színvonalon történjen. Finnországban, Franciaországban, Japánban, Oroszországban, Új-Zélandon és Uruguayban a vonatkozó jogszabály tartalmazza ezt a kötelességet. Izraelben az orvosi ellátás minőségbiztosításának mechanizmusát is az egészségügyi minisztériumon belül működő ombudsmani hivatal látja el.

Magyarországon az egészségügyi törvény V. fejezetének 4. címe foglalkozik a megfelelőségtanúsítással, de ez korántsem jelent egyet a minőség betegjogként való megfogalmazásával (3).

A szabad egészségügyi intézmény- és orvosválasztás joga számos ország betegjogi szabályozásának része. Már a WMA 1981-es Lisszaboni Deklarációja a beteg jogaként nyilvánította ki, hogy szabadon válasszon orvost, az Ottawai Deklaráció pedig a beteg gyermekeknek (vagy törvényes képviselőjüknek) is garantálja ezt; s mint a legalapvetőbb betegjogok egyike, a Föld legtöbb országában deklarált.

Természetesen ez nem tartozik a korlátlanul érvényesülő jogok közé: hazánkban az egészségügyi állapot által indokolt ellátás, annak sürgőssége és az ellátás alapjául szolgáló jogviszony a korlátja, míg Szenezámban az intézmények technikai feltételeitől teszik függővé a szabad választás gyakorlását.

Az orvosi konzílium kezdeményezéséhez való jog Magyarországon az egészségügyi ellátáshoz való jog részjogosítványaként jelenik meg, de számos országban önálló betegjogként nyert megfogalmazást a konzíliumkezdeményezés (Új-Zéland, Üzbegisztán), illetve a második klinikai vélemény (Izland, Portugália) joga (4. táblázat).

Fogalmilag szintén az egészségügyi ellátáshoz való jog része a várólistára helyezés joga, amely szerint az adott egészségügyi intézményben azonnal nem ellátható beteget más intézménybe kell küldeni vagy várólistára venni. Ezt a jogot Magyarországon kívül Finnország, Írország, Izland és Nagy-Britannia is elismeri és szabályozza.

## 4. táblázat. Jog az orvosi konzílium kezdeményezéséhez

Jog az orvosi konzílium kezdeményezéséhez	Jog a második klinikai véleményhez
Magyarország Malajzia Szlovénia Új-Zéland Üzbegisztán	Dél-afrikai Köztársaság Grúzia Izland Izrael Malajzia Portugália Spanyolország

## A beteg joga emberi méltósága tiszteletben tartásához

Az egészségügyi ellátás során a beteg kiszolgáltatott helyzeténél fogva az élet más területeinél sokkal inkább kitett az őt érő megaláztatásoknak – és ezzel együtt érzékenyebb is azokra, ezért az egyes betegjogi szabályozások központi helyen foglalkoznak a beteg jogával, hogy vele tisztelettel bánjanak.

A vizsgált országok között nincs különbség a tekintetben, hogy mindegyik jogszabály garantálja a betegek személyiségének tiszteletét és védelmét, pusztán fogalmazásbeli eltérések vannak: így az izraeli, a japán, a portugál és az üzbegisztáni betegjogi törvény a beteg életének, testének és magánéletének tiszteletben tartásához való jogot az egészségügyi ellátáshoz való jog előtt, az első helyen deklarálja.

Az új-zélandi szabályozás a helyi, különösen érzékeny pontokra is reagál: a tiszteletteljes kezelés, a magánélet tiszteletben tartása mellett minden fogyasztó (4) joga, hogy olyan intézményben lássák el, amely tekintettel van a különböző kulturális, vallási, társadalmi és etnikai csoportok értékeire, szükségleteire és hitére. Kínában pedig a magánlevelek tiszteletben tartását említik külön is a vonatkozó jogszabályok. Min-

denképpen szerencsés megoldások ezek, hiszen az adott társadalom konkrét viszonyaira is tekintettel vannak.

Az egyik legrészletesebb rendelkezés San Marinóban található: nevesített – egyebek közt – a beteg joga, hogy a kezelőszemélyzet vele szemben olyan magatartást tanúsítson, amely nem alkalmas megzavarására, hogy vele udvariasan és tisztelettel bánjanak, teljes nevén szólítsák, túlzott bizalmaskodás nélkül, a betegség nevéből, a kórtermi ágy számából vagy bármi más úton képzett gúnynév használatát elkerülve.

A beteg joga, hogy amennyire csak lehet, mindennapi életvitelét a kórházban is megőrizhesse: tanulhasson, televíziót nézhessen, rádiót hallgathasson, a szokásosnak megfelelő időben étkezhesen. A pontos és kimerítő szabályozás védelmet biztosíthat a kiszolgáltatottságérzésnek az elkerülhetetlenül tovább fokozódása ellen.

## Az oktatásban, kutatásban való részvétel

A WMA Lisszaboni Deklarációja szerint a beteg joga, hogy visszautasítsa az oktatásban való részvételt. Ez többek közt Grúzia, Görögország, Hollandia, Peru és Szlovákia jogában is érvényesül.

Magyarországon az egészségügyi és a hozzá kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvény 17. §-a rendelkezik az egészségügyi hallgatóknak a beavatkozások, vizsgálatok alatti jelenlétéről: kijelölt oktatókórházban nem szükséges a beteg hozzájárulása a hallgatók részvételéhez, de a beteget tájékoztatni szükséges arról, hogy az adott egészségügyi intézmény ilyen. Ha az intézmény nem oktatókórház, a betegnek vagy törvényes képviselőjének hozzájárulása kell a hallgatók jelenlétéhez.

Hazánkban kivételes esetben törvény megengedheti, hogy a kutatás a beteg beleegyezése nélkül folyjon, egyébként viszont a beteg önkéntes hozzájárulásával, és az egészségügyi törvényben meghatározott egyéb feltételek betartásával lehet ember a kutatások alanya, mivel a betegen főszabály szerint kizárólag az ellátásához szükséges beavatkozások végezhetőek el, összhangban az Európa Tanács Bioetikai Konvenciójával és a WMA Helsinkii Deklarációjával.

A beteg hozzájárulása nélkül egy országban sem lehet a vizsgálatok kutatást végezni. A szükségtelen beavatkozások tilalmát pedig Izlandon, San Marinóban és Törökországban is megtaláljuk.

## A haldokló beteg

Az Európa Tanács Közegészségügyi Bizottsága 1981-ben részletes jelentést tett közzé a haldoklók gondozásáról, a halállal kapcsolatos problémákról. A jelentés,

amely elsősorban az egészségügyi dolgozók beteghez való viszonyával foglalkozik, kijelenti: „Oda kell figyelni a beteg igényeire, és tiszteletben kell tartanunk a haldoklást a gyógyszerekkel való elnyomás és a haldoklás folyamatának a betegtől való eltulajdonítása nélkül. Bár míg a halál egy patológiai folyamat eredménye, ugyancsak és mindenekelőtt normális jelenség [...]”

Kötelességünk tisztelni az életet, de ugyanígy kötelességünk tisztelni a halált is. A szakmára vonatkozó törvények nagyon kifejezőek ebben a tekintetben, mert azt mondják, hogy tisztelni kell az életet és az embert. Sajnos, elég gyakran az első tisztelet elfeledteti velünk a másodikét. Mielőtt cselekszünk, meg kellene vizsgálnunk, mit kellene tennünk, nem pedig azt, mit tehetünk.

A kezelés folytatása legitim és szükséges addig, amíg garantálni tudjuk a betegnek – különösen a fiatal betegnek – az elfogadható körülmények között a túlélést és addig, amíg enyhíteni tudjuk a fájdalmat, de nem szabad elfeledkeznünk az időtényezőről sem. Pusztán idő nyérése más előnyök nélkül elhanyagolható ahhoz az árhoz képest, amit fizetnünk kell érte.” (5)

Az Orvosi Világszövetség 1983 októberében fogadta el a terminális betegségről szóló Velencei Deklarációt, amely tartalmazza az orvos kötelességét a fájdalom csillapítására a kezelés abbahagyásakor is. Az Ottawai Deklaráció a gyermekek jogát nyilatkoztatja ki a palliatív kezeléshez és minden segítséghez, amely halálát lehetőség szerint leginkább elviselhetővé teszi, és amely által megőrizheti emberi méltóságát.

A haldoklás folyamatának különlegessége indokolja a speciális szabályozást. Az, hogy erről a betegjogi szabályokban vagy az orvosi etikai kódexekben vannak rendelkezések, garanciális szempontból lényeges különbség.

Magyarországon a Magyar Orvosi Kamara Orvosetikai Statútuma a halállal kapcsolatban kimondja az eutanázia minden formájának általános tilalmát, de indokoltnak tartja a terminális palliatív medicina fogalmának bevezetését, amelynek „célja a végső állapotba jutott, a tudomány mindenkori állása szerint gyógyíthatatlan beteg testi és lelki szenvedéseinek csökkentése” (6). A pusztá definiálásnál azonban többre lenne szükség, legalább az orvosi kötelességek szintjén.

Guineában pontosabb iránymutatást tartalmaz az etikai kódexet tartalmazó jogszabály: „Az orvosnak betegének utolsó pillanatáig mellette kell állnia, megfelelő kezeléssel meg kell győződnie arról, hogy az élet minősége, amely a végéhez közeledik, megőrzi a beteg méltóságát és megnyugtatja hozzátartozóit” (7).

Franciaországban külön törvény rendelkezik a palliatív kezeléshez való jogról, Izlandon a haldokló beteg joga, hogy szenvedéseit csökkentse, valamint hogy

családja és barátai mellette tartózkodjanak és ellátásában segédkezzenek. A dél-afrikai, cseh, dán, lengyel és perui jogszabályok is rendelkeznek a haldokló beteg speciális jogairól, összhangban a WMA Sidneyi, Lisszaboni és a Velencei Deklarációiban foglaltakkal (2. táblázat).

## A kapcsolattartás joga

A kapcsolattartás joga elemi szükséglete az elszigetelt és gyakran elmagányosodott embernek. E jog természetesen nem korlátlan, hiszen az intézmény szabja meg a feltételeket, hogy a betegársak jogainak tiszteletben tartását és a betegellátás zavartalanságát biztosítsa.

A látogatók fogadásának, a más személyekkel szóban vagy írásban történő *kapcsolattartásnak* a jogát a magyar egészségügyi törvény rendelkezései szerint az egészségügyi intézmények házirendjének kell részleteiben szabályozni. Az intézmények többtétjogosítványokat állapíthatnak meg vagy a törvényben előírtakat korlátozhatják, de csak feltételrendszerükhöz igazodva, a betegársak jogainak tiszteletben tartásával és a betegellátás zavartalansága elvének figyelembevételével.

Bevett gyakorlat, hogy az egészségügyi intézmények szabályozzák házirendjükben a kapcsolattartáshoz való jogot; a családi és baráti látogatók fogadásának joga Írországból, Izlandon, Izraelben és San Marinóban mégis jogszabályban deklarált.

Törökországban és Új-Zélandon a *támaszhoz való jogról* szólnak a szabályok, tehát, ha a biztonságot vagy mások jogainak gyakorlását nem veszélyezteti, mindenkinek joga van egy vagy több támaszt nyújtó ember közelségére (elérhetőségére), aki döntésében segíti. A cseh betegjogi kódex is elismeri a család jelenlétéhez való jogot.

Egészségügyi törvényünk szerint az állapota miatt önmagát fizikailag ellátni képtelen és a csillapíthatatlan fájdalommal szenvedő vagy pszichés krízishelyzetben lévő – tehát *súlyos állapotú* – betegnek joga van arra, hogy az általa megjelölt személy mellette tartózkodjon.

Másutt nem jellemző a törvényi szabályozás a kapcsolattartási jog részletezéséről, többnyire az intézményi házirendekben található erre vonatkozó rendelkezések.

A *beteg gyermekek* helyzete az egészségügyi intézményekben különösen kiszolgáltatott, nem véletlen tehát, hogy a Föld több országában különleges védelemben részesítik őket. A magyar egészségügyi törvény szerint a kiskorú betegnek joga van arra, hogy szülője, törvényes képviselője, illetve az általa vagy törvényes képviselője által megjelölt személy mellette tartózkodjon gyógykezelése során. Természetesen e jog gyakorlásához a megfelelő tárgyi feltételekre is

szükség van, ezért sok egészségügyi intézményben még csak korlátok között érvényesíthető a benttartózkodás joga – ez az intézmények házirendjében szabályozott.

A gyermekek kapcsolattartási jogával kapcsolatban hasonló szabályozás érvényesül Fehéroroszországban, Izlandon és Malajziában is.

Az általam vizsgált több mint ötven országhoz képest egyedülálló a magyar egészségügyi törvény azon betegjogi rendelkezése, hogy a *szülőnőnek* joga van arra, hogy az általa megjelölt nagykorú személy folyamatosan vele lehessen a vajúdas és a szülés alatt, majd arra, hogy – ha egészségi állapotuk ezt nem zárja ki – újszülöttjével egy helyiségben helyezték el.

Mint tudjuk, a fejlett országokban bevett gyakorlat a „papás szülés”, de ez nem egy jog gyakorlását jelenti, csupán informális módon valósul meg. Nagyon előremutató ezt jogként, jogszabályban is deklarálni.

## A vallási meggyőződés tiszteletben tartása

A magyar egészségügyi törvény tartalmazza, hogy a *szabad vallásgyakorláshoz* való jogot az egészségügyi ellátás alatt is tiszteletben kell tartani. Mindez a vallásszabadság alkotmányos elvéből következik, korlátozását az egészségügyi törvény 10. § (3) bekezdése jelenti, amely szerint az ellátás során a beteg jogainak gyakorlásában csak az egészségi állapota által indokolt ideig – törvényben meghatározott –, mértékben és módon korlátozható.

A *vératömlesztés megtagadásáról* a dán betegjogi törvény külön rendelkezik az „Önrendelkezés különleges esetekben” elnevezést viselő fejezet keretében (e fejezetben helyt kapott még az éhségstrájk, a haldokló beteg kezelése és az „élő végrendeletek” esetének szabályozása). Japánban egy 2000. február 29-én született legfelsőbb bírósági határozat 5000 dollárnak megfelelő összegre büntette azt az orvost, aki nem tájékoztatta a transzfúzió szükségességéről a vératömlesztést megtagadó beteget.

A vallási meggyőződés tiszteletben tartásához való jogot a világ számos országában elismerik betegjogként is, így Franciaországban, Görögországban és Írországból. E jog részeként lehet deklarált, hogy a vallásgyakorlás vagy istentisztelet céljából megfelelő helyiség álljon rendelkezésre: ezzel az orosz, portugál és török jogszabályokban találkozhatunk.

## Az intézmény elhagyásának joga

Az egészségügyi önrendelkezési jog része, hogy a beteg döntése, mikor és meddig tartózkodik az egészségügyi intézményben, így saját belátása alapján el is hagyhatja azt – amennyiben ezzel mások testi épségét, egészségét nem veszélyezteti.

A hazai jogszabály deklarálja a beteg jogát az intézmény *önkéntes elhagyására*, e jog csak törvényben meghatározott esetekben korlátozható, ilyenek a járványügyi, illetve a pszichiátriai betegek gyógyításáról rendelkező szabályhelyek.

Franciaországban hasonló szabályozással találkozhatunk – a kartában szerepel, hogy az önkényes távozás előtt az összes kockázatról tájékoztatni kell a beteget.

A magyar egészségügyi törvény szerint az egészségügyi intézményekből történő elbocsátásról a beteget, illetve hozzátartozóját előzetesen – ha lehet, 24 órával a tervezett időpont előtt – tájékoztatni kell.

Több országban – például Csehországban, Írországban, Izlandon, az Egyesült Királyságban és Uruguayban – a vonatkozó jogszabályok az *elbocsátás utáni gondozásról* is rendelkeznek.

## A beteg tájékoztatáshoz való joga

Magyarországon a beteg tájékoztatásának tartalmáról és annak alaki követelményeiről az egészségügyi törvény részletesen rendelkezik, és a Magyar Orvosi Kamara Etikai Kollégiumának IV. számú állásfoglalása a betegek tájékoztatásáról teljeskörűen szabályozza e kérdést (8).

A vizsgált szabályok mindegyike foglalkozik az egészségügyi tájékoztatással. Hazánkhoz hasonlóan a jogalkotók gyakran élnek a lehetőséggel, hogy az egészségügyi dolgozók számára objektív követelményrendszert teremtsenek, de több országban a tájékoztatáshoz való jog elemei nincsenek taxatív felsorolva, s csak általános megfogalmazással – „jog a tájékoztatáshoz” – találkozhatunk (Csehország, Finnország, Franciaország, Lengyelország, Portugália).

Magyarországon az *egyén szerepéről* szóló rendelkezések között szerepel a jog: tájékoztatást kapni az egészségügyi szolgáltatók által nyújtott egészségügyi ellátások jellemzőiről, azok elérhetőségéről és az igénybevétel rendjéről, továbbá a betegeket megillető jogokról és azok érvényesíthetőségéről. Az *elérhető egészségügyi szolgáltatásokról* való tájékoztatás a Dél-

afrikai Köztársaságban, Franciaországban, Nagy-Britanniában, Peruban és Portugáliában is a betegjogok része.

A tájékoztatáshoz való jog része a *kezelőszemélyzet nevének, beosztásának* ismeretének jogosultsága, amit a szabad orvosválasztáshoz kapcsolódva bővít Törökországban a beteg jogairól szóló egészségügyi miniszteri rendelet, amely a kezelőszemélyzet tagjainak elfogadásához, választásához és mással helyettesítéséhez való jogot deklarálja.

Még kiterjedtebb lehetőségeket biztosít a *fantomsebészet* (sub nomine sebészet) tilalma, amelyről az Amerikai Orvosszövetség rendelkezik kifejezetten. E szerint a betegnek nemcsak az orvosi beavatkozásokba, hanem az azt végrehajtó orvos személyébe is bele kell egyezni (5. táblázat).

Magyarországon tilos a beteg elől bármilyen információt elhallgatni a beteg ellenkező kérésének esetét kivéve, viszont több országban jogszerűen él még az a hagyomány, hogy – amennyiben az a beteg számára nagy valószínűséggel súlyos kárt okozna – visszatartható a tájékoztatás bizonyos része. Az egészségügyi dolgozók számára egyebek közt Ausztria, Finnország, Hollandia, Japán és Szaúd-Arábia területén is fenntartott a *terápiás privilégium* (6. táblázat).

A magyar törvény igen haladó elveket képvisel a teljes körű tájékoztatás jogának, mint kógens szabálynak kimondásával. Természetesen a pusztá rendelkezés nem elég a régi hagyományok felszámolásához.

Érdekes megoldást alkalmaz a japán egészségügyi és népjóléti minisztérium az egészségügyi dolgozók azon gyakorlatának leküzdésére, hogy visszatartják a betegtől a tájékoztatást: Meghatározott összeget számíthatnak fel az orvosok, ha ismertetik a beteggel egészségi állapotát és a kezelésére vonatkozó tervet. 1996. április 1-je óta még kevés idő telt el a módszer hatékonyságának ellenőrzésére; megoszlanak a vélemények arról, vajon a döntés precedens értékű-e, vagy inkább megkérdőjelezi a tájékozott beleegyezés alapvető etikai követelményjellegét, és a tisztán finansziális szemlélet megakadályozza az orvos és a beteg közötti valóban hatékony együttműködést (9).

5. táblázat. Jog a kezelőszemélyzet ismeretéhez, elfogadásához

Ismeret (név, beosztás)	Elfogadás (választás, csere)	Fantomsebészet tilalma
Csehország Dél-Korea Írország Japán Magyarország Nagy-Britannia San Marino Uruguay Quatar	Törökország	Amerikai Egyesült Államok

A magyar egészségügyi törvény – ha a betegség jellege nem zárja ki, vagy ha a beteg nem maga kezdeményezi a beavatkozást – lehetővé teszi a betegnek, hogy ne csak a tájékoztatás, hanem a „nem tájékoztatás” jogával is éljen, a WHO Amszterdami Deklarációjával és az európai normákkal összhangban, akárcsak Ausztriában, Finnországban és Izlandon (6. táblázat).

Egészségügyi törvényünk a tájékoztatási jog gyakorlására való kijelölés két esetéről rendelkezik: az egyik, ha a cselekvőképes beteg nem akar tudni a betegségéről, és mást hatalmaz meg, hogy az orvossal tartsa a kapcsolatot; a másik pedig az, ha a beteg cselekvőképzetlensége esetére jelöli ki, kit tájékoztassanak cselekvőképzetlenségére tekintettel. Hasonló szabályozással többek közt Izlandon találkozhatunk.

## Önrendelkezési jog

Az önrendelkezési jog – a *tájékozott beleegyezés* joga – „kötelező eleme” minden betegjogi rendelkezésnek, így a magyar törvénynek is, ahol teljeskörűen szabályozott a csak törvényben meghatározott esetekben korlátozható jog. Már az 1981-es Lisszaboni Deklarációban (WMA) is megjelent, és a WHO Amszterdami Deklarációja is minden beavatkozás feltételévé tette a beteg tájékozott, tudatos beleegyezését.

Az Amszterdami Deklaráció azonban a *lelkiismereti szabadság* körében deklarálja, hogy mindenkinek joga van ahhoz, hogy erkölcsi és kulturális értékeit, valamint világnézeti meggyőződéseit tiszteletben tartásák. A magyar törvény nem tér ki a különböző kultúrák és meggyőzések tiszteletben tartásának követelményére, a lelkiismereti jog gyakorlását csak az orvosok oldalán ismeri el.

Belgiumban, Luxemburgban, Máltán és Monacóban nincsenek a beavatkozáshoz való hozzájárulást illetően speciális jogszabályok, *explicit rendelkezés nélkül* is tiszteletben tartják azonban a beteg és orvos közötti kapcsolatban a tájékozott beleegyezés jogát. Természetesen a speciális esetekben – így például a szervátültetések és a kísérleti beavatkozások kap-

csán – a vonatkozó jogszabályok kötelező írásos beleegyezést írnak elő: ezek a kérdések a betegek védelmében részletes szabályozást kívánnak (10).

Az Amerikai Egyesült Államokban és Malajziában a joghoz deklarált kötelezettség is tartozik: a tájékozott döntésért való felelősségvállalásé.

Az egészségügyi törvény garantálja a *cselekvőképtelen* betegek joggyakorlásának feltételeit, így tájékoztatásukat és az egészségükkel kapcsolatos döntésekben való részvételüket szabályozza, felsorolja a helyettes döntő szerepére alkalmas személyeket, és lehetőséget teremt az előzetes rendelkezés nemzetközi jogból ismert konstrukciójának gyakorlására.

A törvényi szabályozás jellegzetessége (és negatívuma), hogy nem tesz lényegi különbséget cselekvőképtelen és korlátozottan cselekvőképes betegek között: a polgári törvénykönyv szellemével és a nemzetközi rendelkezésekkel is ellentétes ez az álláspont.

Az Alkotmánybíróság 2001. december 31. hatállyal a 16. § (2) bekezdésében szereplő az „illetve korlátozottan cselekvőképes” szövegrészt hatályon kívül helyezte, mert „megítélése szerint alkotmányellenes az a törvényi szabályozás, amely azonosan és okainak tekintetbevétele nélkül rendezi a cselekvőképtelen és a korlátozottan cselekvőképes betegek vonatkozó, az egészségügyi ellátással kapcsolatos beleegyezés és visszautasítás jogát” (11).

Helyesebb lett volna, ha Magyarországon is különbséget tesz a jogalkotó: a WMA Ottawai és a WHO Amszterdami Deklarációja alapján – összhangban a gyermekek jogairól szóló New York-i egyezményvel, amely a gyermekek tájékozott beleegyezéshez való jogát is tartalmazza – 16 éves kor alatt kívánságának egyre inkább történő figyelembevételéhez való, afelett pedig önrendelkezési jogot is indokolt lett volna biztosítani (12).

## Az egészségügyi ellátás visszautasításának joga

Az önrendelkezési jog része a beteg olyan döntése, amikor az ellátást visszautasítja. Egészségügyi törvé-

6. táblázat. Jog a tájékoztatáshoz

Teljes körű tájékoztatás	Terápiás privilégium	Tájékoztatás visszautasítása
Amerikai Egyesült Államok	Ausztria	Ausztria
Fehéroroszország	Finnország	Finnország
Franciaország	Guinea	Hollandia
Lengyelország	Hollandia	Izland
Magyarország	Japán	Magyarország
Malajzia	Szlovákia	Törökország
Nagy-Britannia	Törökország	
Új-Zéland		
Uruguay		

nyünk külön rendelkezik erről a kérdésről: a jogszabályi feltételek fennállása esetén a gyermek kihordására várhatóan alkalmas várandós beteg kivételével a cselekvőképes beteg bármilyen ellátást visszautasíthat, amely nyilatkozatát bármikor visszavonhatja (alapos ok nélkül tett ilyen nyilatkozatért természetesen vállalnia kell az anyagi felelősséget).

A beteg *felhatalmazhat* valakit e döntés meghozatalára, de *előzetes rendelkezést* is tehet az esetleges későbbi kezelésre vonatkozóan. Nemzetközi szinten is igen vitatott, „kényes” kérdés ez – elég csak az eutanáziára gondolni –, hazánkban külön kormányrendelet szól az ellátás visszautasításának részletes szabályairól (13).

Belgiumban az 1975. évi Belga Orvosi Deontológiai Kódex szerint az orvosnak jogában áll visszalépni a beteg további ellátásától akkor, ha az a javasolt vizsgálatot vagy kezelést visszautasítja. Sokkal haladóbb álláspontot képvisel az izlandi és uruguayi betegjogi törvény, ezekben az egészségügyi dolgozóknak az ellátást *visszautasító betegekkel szemben fennálló köteleseiről* is szerepelnek rendelkezések.

Az egészségügyi törvényünk hiányossága, hogy kimaradtak belőle a hasonló szakaszok, sőt – amennyiben az ellátás visszautasítását az együttműködési kötelezettség súlyos megsértésének tekintjük a beteg részéről – az orvos akár meg is tagadhatja az ellátást.

## Az egészségügyi dokumentáció megismerésének joga

A *dokumentáció megismerésének* joga általánosan elismert betegjog, s a legtöbb országban hazánkhoz hasonlóan szabályozott. Erről Magyarországon az egészségügyi törvény mellett az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló törvény (14) rendelkezik kimerítően. Hazánkban nagyon előremutató az a rendelkezés, hogy a korlátozottan cselekvőképes nagykorú is maga gyakorolhatja ezt a jogot.

A világon általában a betegeket illeti meg az adataik feletti kontroll, Ázsia és Afrika nagy részén viszont, a jogszabályoktól függetlenül, az egészségügyi adatokhoz való joggal (mint a – rendeltetésüknél fogva személyhez fűződő – betegjogokkal általában) a *beteg családja* vagy a *családfő* rendelkezik.

## Az orvosi titoktartáshoz való jog

A beteg személyiségének védelme érdekében szükséges az egészségügyi adatainak titkosságát garantálni. Ehhez a köteletséghez való jog a beteget mindenkivel szemben megilleti, aki az ellátás során róla információt szerezhet.

A kiindulási pont az, hogy az adatok a beteg „tulaj-

donát” képezik, velük csak ő rendelkezhet, így megszabhatja, ki szerezhet róluk tudomást, s megkívánhatja, hogy mindenki tartsa a hozzájuk való kizárólagos jogát tiszteletben.

A WMA Genfi Deklarációjával összhangban Magyarországon az orvost és az egészségügyi szakdolgozót az egészségi állapotra vonatkozó személyes adatok tekintetében a beteg gyógykezelésének befejezése után is köti a titoktartási kötelezettséget (15).

Guineában ezen túlmenően, a beteg halála utáni időszakra is megállapították az orvosi titok megtartásának köteleességét.

## A kiskorú betegek jogai

Az ENSZ 1989-es New York-i Konvenciója szerint a gyermekeknek joguk van (egyebek közt) a legmagasabb szintű egészséghez, és minden joguk biztosításához az egészségügyi ellátás során. Az Orvosi Világszövetség Ottawai Deklarációja a gyermekek jogairól az egészségügyi ellátás során fogalmaz meg irányelveket: az általános betegjogokon túl *speciális előírásokat* is tartalmaz. Az ellátás minőségének, a szabad választásnak, az önrendelkezési jognak, a tájékoztatáshoz való hozzáférésnek, a titoktartáshoz való jognak, az egészségügyi nevelésnek, a gyermekek zaklatásának, kórházba való beutalásának kérdéséről, emberi méltóságának megőrzésének és vallási támaszhoz való jogának kérdéseiről rendelkezik, nagy úrt töltve be ezzel a betegek jogainak szabályozása terén.

A *tájékoztatáshoz* való jog területén az Ottawai Deklaráció fenntartja a terápiás privilégium lehetőségét, de más esetben alapvető követelményként rögzíti a kiskorú betegek megfelelő – számukra is érthető – tájékoztatásának követelményét.

A magyar szabályozás alkotásakor a finn törvényt vették – többek között – alapul, így szerepel benne az a kitétel, hogy a cselekvőképtelen vagy korlátozottan cselekvőképes betegnek is joga van korához és pszichés állapotához mérten a tájékoztatáshoz, és hogy véleményét a szakmailag lehetséges mértékig figyelembe vegyék az ellátás során.

Ez a megfogalmazás paternalisztikus színezetű, a szakmailag lehetséges mértéket ugyanis az orvos maga ítéli meg – a magyar törvény nem követi tehát a nemzetközi gyakorlatot és az ide tartozó nemzetközi egyezmények szóhasználatát: Az Ottawai Deklaráció, az Egészségügyi Világszervezet Amszterdami Deklarációja és az Európa Tanács Bioetikai Konvenciója szerint is a gyermek véleményét korához, illetve érettségéhez mérten, mint egyre meghatározóbb tényezőt kell figyelembe venni (7. táblázat).

Fehéroroszországban és Malajziában csupán a *kapcsolattartási jogon belül* szabályozott; másutt (például Hollandiában, Izlandon és Spanyolországban) *speciális rendelkezéseket* találunk a kiskorú betegek ápolásá-

7. táblázat. A kiskorú betegek jogai

Kapcsolattartás	Tájékoztatás	Hozzájárulás	Egyéb
Fehéroroszország	Finnország	Finnország	Autonóm Baszk Közösség
Izland	Hollandia	Hollandia	Izland
Magyarország	Izland	Izland	Norvégia
Malajzia	Kanada	Kanada	
	Magyarország	Magyarország	
	Norvégia	Norvégia	
	Új-Zéland	Új-Zéland	

val kapcsolatban – tájékoztatásukról és a kezelésbe való beleegyezésükéről is.

Az 1999-es norvég betegjogi törvény az eddig említettek mellett elismeri a gyermekek jogát az egészségügyi ellenőrzéshez, hogy részt vegyenek a kórházi elfoglaltságokban, és hogy az egészségügyi intézményekben oktatásban részesüljenek. Az Autonóm Baszk Közösségben (Spanyolország) igen széles jogok biztosítottak a gyermekek számára: a norvég törvényben foglaltakon túl joguk, hogy lehetőleg ne felnőttekkel, hanem más gyerekekkel legyenek körülvéve, s – amennyiben kivitelezhető – állandó kezelőszemélyzet gondozza őket a kórházi ellátás során.

Új-Zélandon a korlátozott cselekvőképességű beteget értelmi fejlettségének megfelelő szintig a tájékoztatásra és a tájékozott beleegyezés megadására alkalmasnak kell tekinteni. Kanadában a 14 évesnél idősebbek már az egészségügyi dokumentációba való tekintés jogát is önállóan gyakorolhatják.

## Részvétel az egészségügyi szabályozásban

Magyarországon nem szerepel az egészségügyi törvény betegjogi fejezetében az állampolgárok *részvételi jogának* szabályozása. E jog szerint – az 1994-es Amszterdami és az 1996-os Ljubljana-i Karta (WHO) értelmében – az egészségügyi rendszer alakításával kapcsolatos minden kérdés szabályozása során figyelembe kell venni a polgárok véleményét: „A betegeknek az egészségügyi ellátás minden szintjén kollektív joguk van valamilyen jellegű képviselőre a tervezésben és a szolgálat értékelésében, beleértve a szolgáltatás mennyiségét, minőségét és működését.” (16).

Nemzetközi szinten elterjedt gyakorlat, hogy a betegek alapvető jogai között deklarálják a részvételi jogot. E jog eleme az Amerikai Egyesült Államok, Burkina Faso, Dánia, a Dél-afrikai Köztársaság, Izland, Norvégia és Peru jogrendszerének.

Hazánkban a részvételi jogot biztosítják a Nemzeti Egészségügyi Tanács és a kórházi felügyelőtanácsok, ez utóbbi tagjainak felét az egészségügy területén működő társadalmi szervezetek küldöttei adják. A Nemzeti Egészségügyi Tanácsnak a betegek országos érdek-képviselői szervei által delegált tíz fő is

tagja, akik a kormányzati egészségpolitika kialakításában és az ezzel összefüggő döntések meghozatalában kezdeményező, javaslattevő, véleményező és tanácsadó, a kormányzati egészségpolitikai döntések végrehajtásának folyamatában ellenőrző, elemző- és értékelőtevékenységet végeznek (17).

A magyar törvényi szabályozás mégis hiányos: a *kollektív képviselő*hez való jog teljességét kell törvényileg garantálni ahhoz, hogy a betegek jogai biztosítottak legyenek – így a minőség-ellenőrzésben és a szolgáltatások megtervezésében (18).

## A betegek kötelességei

Magyarországon a betegek kötelezettségeiről is rendelkezik az egészségügyi törvény, amely több pontban is hasonlóságot mutat más országok szabályozásával.

Az egyénnek *saját egészségi állapotáért* a tőle elvárható módon felelősséggel kell tartoznia, ez az országok legtöbbszörében része a vonatkozó jogszabályoknak.

A betegeknek kötelessége *együttműködni* az egészségügyi dolgozókkal, és a gyógykezelésével kapcsolatban az egészségügyi dolgozóktól kapott *rendelkezéseket betartani*. Ennek alapja az, hogy erősödik az a tendencia, hogy a betegek jogait az orvossal való szerződéses kapcsolatából eredeztessék, és ennek megfelelően szabályozzák, e viszony alapja pedig csak az együttműködés lehet. Ez a megfelelő ellátás biztosításának minimumfeltétele, kinyilvánítása tehát nélkülözhetetlen, ha nem a betegjogi jogszabályban, akkor akár a polgári törvénykönyv rendelkezései között.

A *tájékoztatás* nemcsak jog, hanem kötelesség is: a betegnek informálnia kell orvosát mindazokról a kérdésekről, amelyek a megfelelő ellátáshoz szükségesek; a magyar egészségügyi intézményekben csakúgy, mint az Egyesült Államokban, Portugáliában vagy Malajziában (utóbbiban ennek a fizetőképességről és a másik orvossal történő konzultációról való tájékoztatás is része kell, hogy legyen), illetve az eddig tett, az egészségügyi ellátásával kapcsolatos jognyilatkozatairól (hasonlóan a Dél-afrikai Köztársaságban hatályos kártához).

Ugyanakkor egyes országokban a tájékoztatási kötelezettségen kívül *tájékozottsági kötelezettsége* is van a betegnek (Amerikai Egyesült Államok, San Marino).

Az egészségügyi intézmény *házi rendje* betartásának és a *személyes adatok* hitelt érdemlő igazolásának jogi kötelessége sajátos Magyarországon. A másokat veszélyeztető *betegségek bejelentéséről* más országokban általában nem a beteg jogszabályokban rendelkeznek.

A beteg kötelességéről *más jogainak tiszteletben tartására* a legtöbb állam rendelkezik, hazánk mellett például az Egyesült Államokban, Portugáliában és Szlovéniában vonatkoznak erre szabályok.

A San Marinó-i beteg jogi karta és az egyesült államokbeli szabályozás teszi viszont a beteg kötelességévé a *részvételi jog gyakorlását*: „*hogy aktívan hozzájáruljon többek közt a közösségi élethez, részt vegyen a helyi szervezetben, az egészségügyi szolgáltatások tervezésében, választásaiban és vezetésében*” (19).

A magyar egészségügyi törvény háttérjogszabályában, a polgári törvénykönyvben is szabályozott rendeltetésszerű joggyakorlás követelményét ismerhetjük fel a dél-afrikai köztársasági kartában, ahol a betegek kötelességei között szerepel a rendelkezésre álló források, az egészségügyi szolgáltatások *rendeltetés-szerű használata* (8. táblázat).

## Mítoszok és bioetika

Magyarországon – mint láttuk – haladó szellemű, a nemzetközi alapelvekkel harmonizáló beteg jogi rendelkezések vannak életben. Az emberek véleménye nem egységes a tekintetben, helyes-e, hogy az orvos-beteg kapcsolat ennyire *elvilágiasodott*. Nem szabad elfelejtenünk arról az alapvető igazságról, hogy, bár fontos beteg jogok és szakmai minőségi standardok

jelentek meg a modern egészségügyi ellátásban, ezek soha nem választhatók el, még kevésbé nem helyettesíthetők az orvosok vagy más egészségügyi dolgozók *belső etikai motivációját* a minőségi segítségnyújtásra. Ennek a tényezőnek a hangsúlyozása jellemzi Ázsia és Afrika országait.

## Orvosi etika Ázsiában

A négy etikai alapelv közül Ázsiában hagyományosan a *jótekonyságot* helyezték előtérbe: I wa Ninjutsu nari – az orvoslás jótekonyság (Japán), s bár a gazdaság rohamosan fejlődik, az erkölcsi értékek és a hagyományok szinte változatlanul élnek tovább az emberekben, sajátosan alakítva szemléletüket e jogágazattal szemben is.

Albert Schweitzer az indiai etika *egyetemlegességét* is méltatta – aminek befogadásával napjainkban is küszködik az európai gondolkodás, s ma is igyekszik megkerülni –, hogy „*erkölcsi magatartásunknak nemcsak a hozzánk legközelebbi lényt – az embert kell érintenie, hanem minden élőlényt*” (20).

A „*nyugati*” *bioetikai szemlélet* abból ered, hogy az egyén végső fokon előnyben részesíti saját érdekét a társadalom érdekeivel szemben. De ázsiai szemzőből az *önérdek-teória* sok esetben önpusztító és nem is erkölcsös (21).

A beteg jogok individualista megfogalmazása nem állja meg helyét Ázsia legnagyobb részén, ahol a személyiség csak viszonylagos függetlenséget élvez, a legtöbb itteni kultúra nézőpontjából az egyén és a közösség vagy a társadalom független. A szakemberek „*családi autonómiáról*” beszélnek, mert a családok egységként, és nem az egyének közötti kapcsolatként funkcionálnak: az autonómiát a családon belüli harmonikus függés határozza meg (22).

Az orvosok általában a beteg elől visszatartják a betegségére vonatkozó tájékoztatást, a család dönt ar-

8. táblázat. A betegek kötelességei

Felelősség a saját egészségi állapotért	Együttműködési kötelezettség	Kapott rendelkezések betartása	Házi rend betartása, személyes adatok	Tájékoztatási kötelesség	Tájékozottsági kötelesség	Részvételi jog gyakorlása	Mások jogai
Amerikai Egyesült Államok	Amerikai Egyesült Államok	Dél-afrikai Köztársaság	Magyarország	Dél-afrikai Köztársaság	Amerikai Egyesült Államok	Amerikai Egyesült Államok	Amerikai Egyesült Államok
Dél-afrikai Köztársaság	Hollandia	Malajzia		Malajzia	Dél-afrikai Köztársaság	San Marino	Dél-afrikai Köztársaság
Izland	Magyarország	Portugália		Portugália	Malajzia		Magyarország
Malajzia	San Marino	San Marino			San Marino		Portugália
Portugália		Szlovákia					Szlovénia
San Marino							
Szlovénia							
Uruguay							

ról, megoszthatja-e magával a beteggel, így az orvosok egy része a „családi beleegyezést” tartja az egészségügyi beavatkozásokhoz való hozzájárulás ázsiai alternatívájának. A család véleménye azonban ellentétes lehet a beteg érdekeivel, ilyen esetekben nagy az orvos felelőssége a beteg érdekeinek képviselése során.

## Afrika

A hagyományos afrikai értelemben minden jog csoportorientált. Az orvos-beteg kapcsolat nem az orvos és a beteg (mint Nyugaton), nem az orvos és a beteg családja (Ázsia), hanem az *orvos és a beteg családjának feje között* létesül, aki a családot mint egészet képviseli. A beavatkozások elvégzésénél tehát jog szerint a családfő beleegyezése számít. A képzett orvosok arra törekednek, hogy mind a beteget, mind a családfőt tájékoztassák – gyakorlatban minden jog úgy oszlik meg a beteg és a családfő között, mint a nyugati társadalmakban a 18 évesnél fiatalabb gyermek és törvényes képviselője között (23).

## Medicina, etika és jog

Vizsgálatom eredménye, hogy a társadalmi, gazdasági és kulturális különbségek alapján *földrajzi határvonalakat* fedezhetünk fel.

A klasszikus betegjogok hazája, Észak-Amerika található a képzeletbeli kör centrumában, ahol szigorú paragrafusokban szabályozott az orvos-beteg kapcsolat. Nyugat-Európában már paternalisztikusabb ket-tejük viszonya, de a társadalom nagy részének véleménye szerint – akárcsak Ausztráliában – egyértelműen túlhaladott a bizalmi orvoslás iránti nosztalgia, s szerződésen alapuló kapcsolatként tekintenek a gyógyításra.

Majd következik Közép- és Kelet-Európa, illetve Közép- és Dél-Amerika, ahol erős a törekvés a gyoyo-

mányok fenntartására, és kétség övezi a gyógyítási kapcsolat jogi szabályozásának helyességét, de folyamatosan bővül a betegek jogainak katalógusa, illetve a garanciák rendszere.

És végül, a centrumtól távol, Ázsiában és Afrikában az emberektől teljesen idegen a (beteg)jogok individuális felfogása, és az orvoslás alapja továbbra is a szeretet és a jótékonyág maradt, ami azonban lassan válságba kerül a külföldön tanult orvosok és a nyugati kultúrák terjeszkedése által (24).

Mindazonáltal – véleményem szerint – a háromezer éves orvostika által képviselt ősi értékeket még a szükségszerű változás közben és után is tiszteletben kell tartani.

## A bioetika kora

Napjainkban a gazdaság, a kommunikáció és az orvosi ellátás fokozódó globalizációja több etikai kérdést vet fel az országhatárokon átívelő, *globális bioetika* megteremtése kapcsán. Hogy a talaj mennyire ingoványos, mutatja, hogy az 1998-ban megrendezett Global Bioethics: East and West, South and North konferencia elnöki megnyitójának című Alastair V. Campbell a „Globális bioetika – álom vagy rémálom?” kérdést választotta (25).

Egy kérdésben a bioetikusok kezdenek egyetértésre jutni: Tanulnunk kell a hagyományokból. Számos különböző erkölcsi tradíció létezik, és létfontosságú ezeket beépíteni a határokon átívelő bioetika fejlődésébe – természetesen különbözőségük értékelése mellett. E kultúrák elismerésével és tiszteletben tartásával (mindaddig, amíg az alapvető emberi jogokat nem sértik), közös tulajdonságaik alapján épülhet fel a *nemzetközi közösség új etikája* (26).

### Köszönetnyilvánítás

Különösen köszönöm dr. Bende-Szabó Gábor, dr. Kapócs Gábor, dr. Kereszty Éva, dr. Koncz Tibor és prof. dr. Molnár Péter szakmai és erkölcsi támogatását.

---

*A felhasznált jogszabályokat lásd a Függelékben, 608. oldalon.*

## Függelék

### Felhasznált jogszabályok

#### *Magyarországi jogforrások, bírósági határozatok*

1949. évi XX. törvény	a Magyar Köztársaság Alkotmánya
1948. évi XII. törvény	az Egészségügyi Világszervezet Alkotmányának becikkelyezéséről
1959. évi IV. törvény	a Polgári Törvénykönyvről
1972. évi II. törvény	az egészségügyről
1991. évi LXIV. törvény	a gyermekek jogairól szóló, New Yorkban 1989. november 20-án kelt egyezmény kihirdetéséről
1997. évi CLIV. törvény	az egészségügyről
1976. évi 8. tvr.	az Egyesült Nemzetek Közgyűlése XXI. ülészakán, 1966. december 16-án elfogadott Polgári és Politikai Jogok Nemzetközi Egyezségokmánya kihirdetéséről
229/1998. (XII. 30.)	kormányrendelet a Nemzeti Egészségügyi Tanács feladatköréről, szervezetéről és működéséről
ABH 23/1990. (X. 31.)	a halálbüntetés alkotmányellenességéről (dr. Lábady Tamás és dr. Tersztyánszky Ödön alkotmánybírák párhuzamos véleménye)
ABH 36/2000. (X. 27.)	
BH 1999. 156.	az orvost és az egészségügyi szakdolgozót az egészségi állapotra vonatkozó személyes adatok tekintetében a beteg gyógykezelésének befejezése után is köti a titoktartási kötelezettség

#### *Nemzetközi deklarációk*

##### ENSZ

1966	Polgári és Politikai Jogok Nemzetközi Egyezségokmánya
Európai Unió	
2000. VI. 29.	2000/43/ EC tanácsi irányelv az egyenlő kezelésről
Európa Tanács	
1997. IV. 4. Ovideo	Egyezmény az ember jogainak és méltóságának védelméről, tekintettel a biológia és az orvostudomány alkalmazására: Egyezmény az emberi jogokról és a biomedicínáról

#### Egészségügyi Világszervezet (WHO)

1994. III. Amszterdam	Deklaráció a betegek jogainak előmozdításáról Európában (WHO Európai Regionális Iroda)
1996. VI. 16.	Ljubljana-i Karta az egészségügyi ellátás reformjáról
Amerikai Kórházszövetség	
1973.	A betegek jogai
Orvosi Világszövetség (WMA)	
1948, 1994	Genfi Deklaráció (orvosi eskü)
1949, 1983	Nemzetközi orvosi etikai kódex
1963, 1983	A nemzeti egészségügyi szolgálatok egészségügyi ellátásának szabályozásának tizenkét alapelve
1964, 1975	Helsinki Deklaráció (emberi alanyon végzett orvosi kutatásokról)
1983, 1989	
1996, 2000	
1968, 1983	Sidneyi Deklaráció (a halálról)
1981, 1995	Lisszaboni Deklaráció a betegek jogairól
1983	Velencei Deklaráció (a terminális állapotú betegekről)
1998	Ottawai Deklaráció a gyermekek jogairól az egészségügyi ellátás során

*Külföldi rendelkezések*

1. Amerikai Egyesült Államok: Betegjogi Nyilatkozat 1997. Az Elnök Tanácsadó Testületének a Betegek jogainak és kötelességének nyilatkozatáról szóló tervezete
2. Ausztrália: 17/1997. Eutanáziatörvény 49/1988. (V. 24.) Az egészségügyi szolgálatokról szóló törvény (mód: 53/1990. tv.)
3. Ausztria: 1993. Szövetségi Kórháztörvény
4. Belgium: 1975. Belga Orvosi Deontológiai Kódex
5. Csehország: 1992. (II. 25.) Betegjogi Kódex
6. Dánia: 482/1998. (VII. 1.) törvény – A betegek jogairól 163/1992. (IX. 22.) körlevél – Az orvosok kötelességei és a betegek jogai
7. Dél-afrikai Köztársaság: Betegjogi Karta
8. Dél-Korea: 1993. Betegjogi Nyilatkozat – Yonsei Severance Hospital
9. Ecuador: 14660-A/1992. (VII. 23.) Közegészségügyi Miniszteri Rendelet – Orvosi Etikai Kódex 1995. (I. 10.) A betegek jogairól és védelméről szóló törvény
10. Egyesült Királyság: 1992. A Betegek Kartája (módosítva: 1995-ben)
11. Salvador: 730/1993. (XII. 1.) rendelet – Egészségügyi Kódex
12. Észtország: 1998 decemberében a parlament előtt lévő betegjogi törvényjavaslat
13. Fehéroroszország: 1996. (VI. 18.) Egészségügyi törvény
14. Finnország: 1992. (VIII. 17.) A betegek helyzetéről és jogairól szóló törvény
15. Franciaország: 1974. (IX. 20.) Miniszter körlevél – A kórházi betegek jogainak kartája  
1995. (V. 6.) 95-22. sz. „DGS/DH” Körlevél – A kórházi betegek jogairól + A kórházi betegek jogainak kartája  
1995. (IX. 6.) 95-1000. sz. rendelet – Az orvosi etikai kódexről  
1999. (VI. 9.) 99-477. sz. törvény – A palliatív ellátáshoz való jogról
16. Görögország: 2071/1992. (VII. 6.) törvény – Az egészségügy rendszerének modernizálásáról és szervezetről
17. Grúzia 1997. (XII. 10.) Az egészségügyi ellátásról szóló törvény
18. Guinea: L/97/021/AN törvény (1997. VI. 19.) – Közegészségügyi Kódex  
D/96/205/ PRG/SGG rendelet (1996. XII. 5.) – Az Orvosi Deontológiai Kódex
19. Hollandia: 1994. Az egészségügyi szerződésekről szóló törvény – A polgári törvénykönyv kiegészítése
20. Honduras: 65-91./1991. (VI. 14.) rendelet – Egészségügyi Kódex
21. Horvátország: PA4-78/1-93. Elnöki rendelet (1993. augusztus 5.) – Az egészség védelméről
22. Írország: 1991. A kórházi betegek jogainak kartája
23. Izland: 74/1997. törvény a betegek jogairól
24. Izrael: 1996. (V. 1.) Betegjogi törvény
25. Japán: 1984. (X.) A Betegek Jogai (törvénytervezet) (1987. betegjogi törvény)
26. Kambodzsa: 1993. (IX. 21.) Kambodzsa Királyságának Alkotmánya
27. Kanada (Quebec): 1991. (IX. 4.) törvény – Az egészségügyi szolgáltatásokról és szociális szolgáltatásokról  
(Ontario): 1996. (III. 29.) Az egészségügyi hozzájárulásról szóló törvény
28. Kína: Certified Doctors’ Law of the People’s Republic of China
29. Kirgizisztán: 1992. (VII. 2.) A Kirgizisztáni Köztársaság népének egészségének védelméről
30. Lengyelország: 1991. (VIII. 30.) törvény az egészségügyi intézményekről
31. Litvánia: 1996. (X. 3.) I-1562. számú törvény – A betegek jogairól és a betegeknek okozott kárról
32. Madagaszkár: Alkotmány 97-044. törvény (1998. II. 2.) – A hátrányos helyzetű emberekről
33. Malajzia: Malaysian Medical Association – Patient’s Rights and Responsibilities
34. Málta: Malta College of Family Doctors: You and Your Doctor – A Máltai Családorvosi Kollégium által összeállított „Betegek Kartája”
35. Németország: Die Rechte des Patienten
36. Norvégia: 63/1999. (VII. 2.) törvény – A betegek jogairól
37. Oroszország: 1995. Betegjogi törvénytervezet (1998. Betegjogi Nyilatkozat)
38. Peru: 26842/1997. (VII. 9.) törvény – Az egészségügyről
39. Portugália: 1997. A betegek jogainak és kötelességeinek kartája
40. Quatar: 1989. A pszichiátriai betegekről szóló törvény
41. San Marino: 43/1989. (IV. 28.) törvény – A betegek jogainak és kötelességeinek kartája
42. Szenegál: 98-08. (III. 2.) a kórházreformról

43. Spanyolország (Navarre): 10/1990 (XI. 23.) Egészségügyi törvény Autonóm Baszk Község: 175/1989. (VII. 18.) rendelet – A betegek és a baszk egészségügyi szolgálat használói jogainak és kötelességeinek kartája
44. Svájc (Valais): 1996 (II. 9.) Egészségügyi törvény (Jura): 1990 (XII. 14.) Egészségügyi törvény (Zürich): 1991 (VIII. 28.) Betegjogi rendelet
45. Szaúd-Arábia: 288/17/L EüM rend. (1990. I. 23.) – Az M/3 (1988. X. 2.) Királyi Dekrétum (Az orvosi és fogászati tevékenység gyakorlásának szabályai) végrehajtásáról
46. Szlovákia: 277/1994. (VIII. 24.) törvény – az egészségügyi ellátásról
47. Szlovénia: 1992. (II. 12.) rendelet – Az egészségvédelemről és az egészségbiztosításról  
1992. (II. 12.) rendelet – Az egészségügyi tevékenységekről
48. Tajvan: 1986. Törvény az egészségügyi ellátásról  
1995. december 10. Lee Sheng-long: Tajvani Betegjogi Nyilatkozat
49. Törökország: 1998/23420. EüM. Rendelet – A betegek jogairól
50. Új-Zéland: The Code of Health and Disability Services Consumers' Rights
51. Ukrajna: 1992. (XI. 19.) Ukrajna törvényhozásának alapelvei az egészségvédelem szabályozásában
52. Uruguay: 258/992. (VI. 9.) rendelet – Az orvosi ellátás minőségéről és a betegek jogairól
53. Üzbegisztán: 1996. (IX. 14.) Az állampolgárok egészségének védelméről szóló törvény
54. Venezuela: SG-695/1997. (IX. 10.) Egészségügyi és Népjóléti Miniszteri rendelet a kábítószerfüggők ellátásáról

## JEGYZETEK

1. Lee Sheng-long. Tajvani Betegjogi Nyilatkozat. Ian Neary: Patients' Rights in Taiwan. *University of Essex*; 1999. p. 5.
2. 2000/43/EC tanácsi irányelv.
3. Kovács József. Megjegyzések a bioetika nézőpontjából. <http://www.c3.hu/~indok/f/971/13.htm> 2. oldal
4. Egyes országokban a betegek jogait a fogyasztóvédelem körében szabályozzák: az egészségügyi szolgáltatásokat igénybe vevőkről rendelkeznek („egészségügyi fogyasztó”) – M. A.
5. Európai Közegészségügyi Bizottság. A halállal kapcsolatos problémák: A haldoklók gondozása. Végleges jelentés. *Strassburg: Európa Tanács*; 1981. p. 7.
6. Magyar Orvosi Kamara. Orvosetikai statútum. Etikai kódex, eljárási szabály. *Budapest: Magyar Orvosi Kamara*; 1998. p. 13.
7. Guinea: D/96/205/PRG/SGG rendelet (1996. XII. 5.) – Orvosi Deontológiai Kódex
8. A Magyar Orvosi Kamara Etikai Kollégiumának IV. számú állásfoglalása a betegek tájékoztatásáról. *Orvosi Hetilap* 1991;32(2):237-41.
9. Akira Akabayashi, Michael D Fetters. Paying for informed consent. *Journal of Medical Ethics* 2000;26(3):212-4.
10. Az orvosi kezelésbe való beleegyezés néhány európai országban <http://ns.elender.hu/eutvvita/hatter/ht08.htm> 1., 3., 4. o.
11. 36/2000. (X. 27.) AB-határozat.
12. A betegjogok Európában. Az európai alapelvek és a magyar egészségügyi törvény. *Budapest: TASZ*; 1999. p. 15., 29-30.
13. 117/1998. (VI. 16.) kormányrendelet egyes egészségügyi ellátások visszaautasításának részletes szabályairól.
14. 1997. évi XLVII. törvény az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről.
15. BH 1999/156.
16. A Declaration on the Promotion of Patients' Rights in Europe. Promotion of the Rights of Patients in Europe. Proceedings of a WHO Consultation. WHO Regional Office for Europe & Health Law Section, University of Amsterdam. *Hague/London/Boston: Kluwer Law International*; 1995. p. 42.
17. 229/1998. (XII. 30.) kormányrendelet a Nemzeti Egészségügyi Tanács feladatköréről, szervezetéről és működéséről.
18. Az Amszterdami Deklaráció története. A betegjogok Európában. Az európai alapelvek és a magyar egészségügyi törvény. *Budapest: TASZ*; 1999. p. 16.
19. San Marino, 43/1989. (IV. 28.) törvény – A betegek jogainak és kötelességeinek kartája 2. §.
20. Borisz Noszik. Albert Schweitzer. *Budapest: Kossuth Könyvkiadó*; 1979. p. 296.
21. Ren-Zong Qiu. Bioethics in an Asian context. *World Health* 1996;46(5):13-5.
22. Darryl Macer. Bioethics in and from Asia. *Journal of Medical Ethics* 1999;25(4):293-5.
23. Carmen Nathan. Patients' Rights in a Third World Southern African Country, with Special Reference to Bophuthatswana: Is there Any Potential for Privatisation? *Medicine and Law* 1989(7):585-93.
24. Sunil K. Pandya. History of medical ethics in India. *Eubios Journal of Asian and International Bioethics* 2000;10:40-44.
25. Alastair V. Campbell. Global Bioethics – dream or nightmare? *Global Bioethics: East and West, South and North. Abstracts. Fourth World Congress of Bioethics* <http://www.biol.tsukuba.ac.jp/~macer/IAB4.html> 1. o.
26. Darryl RJ Macer. Bioethics for the People by the People. Eubios Ethics Institute, 1994. <http://www.biol.tsukuba.ac.jp/~macer/BFP1.html> 6., 9. o.