

EGÉSZSÉGÜGYI ÖNRENDELKEZÉS – KORLÁTOK KÖZÖTT

MIÉRT SZORUL MÓDOSÍTÁSRA AZ EGÉSZSÉGÜGYI TÖRVÉNY?

Dönthet-e egy korlátozottan cselekvőképes ember arról, hogy a felajánlott orvosi kezelésnek aláveti-e magát? A hatályos egészségügyi jogszabályok szerint nemhogy önállóan, de még képviselőjével közösen sem dönthet. Valaki más – gondnoka, hozzátartozója – hivatott helyette dönteni. Úgy kezelik, mintha döntési képességében nem korlátozott lenne, hanem e képessége teljes mértékben hiányozna.

Az Alkotmánybíróság 2000 októberében született 36/2000. (X. 27.) AB határozata kimondta: sérti az önrendelkezési jogot, hogy az egészségügyi törvény nem tesz különbséget a korlátozottan cselekvőképes és a cselekvőképtelen személyek között a gyógykezelésükről való döntés tekintetében.¹ A törvény előkészítése és parlamenti vitája során országgyűlési képviselők és jogvédő szervezetek egyaránt támadták azt a rendelkezést, amely a korlátozottan cselekvőképesnek nyilvánított személyektől teljes mértékben megvonta a jogot, hogy dönthessenek a felajánlott kezelés igénybevételéről.² Ők most megnyugvással vehetik tudomásul, hogy az Alkotmánybíróság döntése 2001. december 31-ével megsemmisítette a vitatott passzust. Amennyiben a parlament eddig a határidőig nem fogad el új szabályokat a korlátozottan cselekvőképes személyek egészségügyi önrendelkezési jogáról, akkor a továbbiakban a korlátozottan cselekvőképes személyeket ugyanolyan jogok illetik meg e téren, mint a cselekvőképes betegeket.

A CSELEKVŐKÉPESSÉG MINT A DÖNTÉS ELŐFELTÉTELE

A Magyar Köztársaságban az alapvető alkotmányos jogok minden embert, illetve bizonyos esetekben minden magyar állampolgárt hátrányos megkülönböztetés nélkül illetnek meg. Hátrányos megkülönböztetésnek számít például, ha valakit származása vagy egészségi állapota miatt korlátoznak alapvető jogai gyakorlásában. Az egyén meggyőződése alapján, értékeit, céljait követve szabadon dönthet ügyeiben, mindaddig, amíg döntése mások jogait nem sérti. Ezt a jogot nem lehet arra hivatkozva korlátozni, hogy az ember nem mindig

ismeri fel és nem mindig választja az érdekét legjobban szolgáló alternatívát. Ha a törvényhozó ilyen szűkítő feltételt alkalmazna, az paternalista beavatkozásnak minősülne. Alkotmányos demokráciákban az egyént nem védik meg attól, hogy döntései során kárt okozzon magának. Ha alapvető értéknek tekintjük, hogy mindenki maga dönthessen az életvezetéséről, akkor nem bízhatjuk másokra, hogy belátási és mérlegelési képességük birtokában lévő emberek helyett eldöntsék, hogy az, ahogyan dönteni kívánnak, valóban az érdekeik előbbre vitelét szolgálja-e. Az ilyenfajta vizsgálódás szükségszerűen átlépne az államtól megkívánt semlegesség és elfogulatlanság követelményén. Az állam csak azokban az esetekben avatkozhat be a téves döntésekbe, amikor azok szélsőséges következményekkel járnának, vagy amikor az egyén inkompetens. Annak, hogy emberek súlyos kárt okozzanak maguknak, többek között a cselekvési és rendelkezési szabadságot korlátozó rendelkezések bevezetésével lehet elejét venni. Kötelezővé lehet tenni a biztonsági öv használatát. Meg lehet tiltani, hogy bárki áruba bocsássa létfontosságú szerveit. De hogyan lehet elejét venni az inkompetens döntésnek?

A főszabály az, hogy az egyén kompetenciáját nem vizsgálják, hanem abból az előfeltevésből indulnak ki, hogy mindenki képes az autonóm döntésre. Ez alól kivételt jelent, hogy az életkor alapján – általános jelleggel vagy egyes döntési körök tekintetében – korlátozzák az embert alkotmányos jogai gyakorlásában. Így a törvény a 14 éven aluliakat cselekvőképtelennek, míg a 14 és 18 év közötti korcsoport tagjait korlátozottan cselekvőképesnek nyilvánítja.

A mindennapi élet színterein alacsonyan szabjuk meg a kompetencia küszöbfeltételeit. Nem tekintjük az autonóm döntés előfeltételének, hogy a döntés a körülmények sokoldalú mérlegelése után szülessen, a lehetséges következmények teljes körű figyelembevételével. Ha egy fiatal ember az ölébe pottyant örökségből piros versenyautót vásárol magának ahelyett, hogy első önálló otthonát alapozná meg vele, lehet, hogy sokan meggondolatlanak fogják tartani, de nem vonják kétségbe döntési kompetenciáját. A kompetencia meglétének feltételezése akkor kérdőjeleződik meg, ha az egyénnel kapcsolatba kerülő személyek a mentális képességek korlátozott voltának nyilvánvaló jeleibe ütköznek.

Szólnak-e érvek az ellen, hogy az orvosi beavatkozással kapcsolatos döntéseket a jog ugyanígy kezelje? Van-e rá ok, hogy ne abból a feltételezésből induljunk ki, amely szerint a beteg kompetens a döntés meghozatalában, hanem minden kezelési döntés előtt vegyük fontolóra, hogy belátási képessége ép-e vagy korlátozott? Indokolt-e, hogy ne csak akkor intézkedjenek arról, hogy az érintett helyett más gyakorolja az önrendelkezés jogát, ha a súlyos mérlegelési fogyatékoság nyilvánvaló jeleibe ütköznek, hanem minden esetben előtérbe helyezzék a fenti kérdés vizsgálatát? Netán attól is függővé tegyék a választ, hogy a beteg elfogadja-e a kezelést vagy visszautasítja azt? A kérdés megítélése nyilvánvalóan függ attól, hogy milyen következményekkel jár a cselekvőképesség korlátozásának elrendelése és milyen megoldások működtethetők arra, hogy az érintett képviselőjében másvalaki hozza meg a kezelésre vonatkozó döntést.

JOGI DÖNTÉS A CSELEKVŐKÉPESSÉG KORLÁTOZÁSÁRÓL

Ha valakinél – akár betegség, akár idős kori mentális hanyatlás következtében – súlyos fogyatékoságok mutatkoznak a döntési képességek terén, akkor felmerül a gondnokság alá helyezés szükségessége. A gondnokság alá helyezésről bíróság rendelkezik, miután igazságügyi orvos szakértő véleményét kérte arról, képes-e az érintett ügyei vitelére. Az egyén kompetenciájának érintettségét kétpólusú rendszerben próbálják meghatározni, ahol az egyik pólus valamilyen általános döntési képesség megléte, a másik a döntésre való képesség általános hiánya. A hatályos magyar jog nem a döntési helyzetek típusai vonatkozásában beszél a kompetencia meglétéről vagy hiányáról, hanem a kompetencia fogalmát valamilyen általános státus jelölésére használja: az ember vagy kompetens, vagy nem, vagy képes az ügyei vitelére, vagy nem.

Ebben a differenciálatlan megközelítésben az egyes döntési helyzetek szerinti különbségtételre nincs lehetőség. A fokozati különbséget annyiban ismeri el a magyar jog, amennyiben lehetővé teszi, hogy ha az általános képességeként tételezett döntési kompetencia nem teljesen, csupán nagymértékben hiányzik, akkor az érintettet a bíróság korlátozottan cselekvőképésnek nyilvánítja. Ugyanígy a döntési képességükben életkoruk alapján érintetteknel is két csoportot különböztet meg a szabályozás: a 14 év alattiakat cselekvőképtelennek, míg a 14 és 18 év közöttieket korlátozottan cselekvőképésnek nyilvánítja.

Az Alkotmánybíróság határozata erről a csoportról, a korlátozottan cselekvőképésekről szól. Róluk állapítja meg a testület, hogy az egészségügyi törvény alkotmányosértő módon kezeli őket a cselekvőképtelenekkel egy sorban. Az azonos mértékű korlátozás ebben az esetben az önrendelkezési jog szükségtelen és aránytalan megvonását jelenti.

A CSELEKVŐKÉPESSÉG KORLÁTOZÁSÁNAK ARÁNYOSSÁGÁRÓL

„Az Alkotmánybíróság megítélése szerint az egészségügyi ellátás során szükséges beavatkozásokba való beleegyezés, illetve annak visszautasítása a személyiségi jogok gyakorlásától elválaszthatatlan. Alkotmányossági kérdés ezért, hogy az önrendelkezési jog Eütv.-be foglalt korlátozása szükséges-e és a korlátozás arányban áll-e az elérni kívánt céllal” – szögezi le a határozat indoklása. Alapvetően azért alkotmányellenes a vitatott szabályozás, mert „azonosan és okainak tekintetbe vétele nélkül rendezi a cselekvőképtelen és a korlátozottan cselekvőképés betegekre vonatkozó, az egészségügyi ellátással kapcsolatos beleegyezés és visszautasítás jogát”. Az Alkotmánybíróság a jogkorlátozást azért ítélte aránytalanának, mert a korlátozottan cselekvőképés egyének esetében az elérni kívánt célhoz – nevezetesen, hogy a kezelés elfogadásáról vagy elutasításáról kompetens döntés szülessen – nem szükséges bármiféle megszorítás nélkül megvonni az önrendelkezési jog gyakorlását. A bíróság arra nézve is támpontokat ad az indoklásban, hogy milyen szempontokra figyelemmel kellene a korlátozott cselekvőképesség kérdését a kezelési döntések tekintetében megközelíteni. „A korlátozott cselekvőképesség fennállta okainak (például az életkor) figyelembevétele épp úgy az általános korlátozás feloldása (enyhítése) mellett szól, mint az, hogy a gyógykezelésre vonatkozó döntési képességet meghatározhatja a különböző gyógykezelési formák sajátossága is.”

Ez az érvelés könnyen belátható feltevéseken nyugszik. Így például, amikor valamilyen gyógyszeres pszichiátriai kezelés elfogadásáról kell dönteni, nagy különbség, hogy a beteget azért minősíti a jog korlátozottan cselekvőképésnek, mert 17 éves, vagy azért, mert fennálló pszichiátriai betegsége időszakonként jelentős mértékben torzítja mérlegelési képességét. Nem nehéz belátni továbbá, hogy az egészségügyi önrendelkezés egyes esetei jócskán különböznek egymástól a döntés bonyolultsága szerint. A skála egyik végén az egyszerű, kis kockázatot jelentő és orvosilag egyértelmű kezelések van-

nak, a másikon az élet minőségét és tartamát érintő, súlyos kockázatot jelentő műtétek.³

A POLGÁRI TÖRVÉNYKÖNYV SZABÁLYAIBÓL LEVONHATÓ KÖVETKEZTETÉSEKRŐL

Az Alkotmánybíróság kitért arra is, hogy az egészségügyi törvény vitatott rendelkezései szűkebben értelmezik a korlátozottan cselekvőképesek autonómiáját, mint a polgári törvénykönyv ide vágó szabályai. A Ptk. szerint alaphelyzetben a korlátozottan cselekvőképese ember csak gondnoka beleegyezésével vagy utólagos jóváhagyásával tehet ugyan érvényes jognyilatkozatot, ám a személyhez fűződő jogok kivételt jelentenek ez alól: ezek védelmében önállóan is felléphet.⁴ Egyéb ügyekben többnyire gondnokával együtt dönt, de a Ptk. néhány további területet is megnevez, ahol önmaga járhat el, így például maga rendelkezik keresményével, kisebb jelentőségű szerződéseket köthet, sőt minden olyan esetben önállóan köthet szerződést, amikor azzal kizárólag előnyt szerez.⁵

A Ptk. szabályaival való egybevetés azért termékeny, mert a kezelési döntések során is személyiségi jogunkkal élünk. Márpedig, mint láthattuk, e tekintetben a Ptk. egyértelműen leszögezi, hogy a korlátozottan cselekvőképese személynek is joga van az önálló fellépésre. Módot nyújt arra is, hogy a korlátozottan cselekvőképese személyt jogszabályban egyéb személyes jellegű jognyilatkozatokra is felhatalmazzák.⁶ Noha a Ptk. is kétpólusú rendszerben gondolkodik a cselekvőképességről, azokban az esetekben, amikor a képesség nem teljesen hiányzik, csupán súlyos korlátozást szenved, igyekszik differenciáltabb szabályozást adni. Ezzel a megközelítéssel az állna összhangban, ha a korlátozottan cselekvőképese emberek maguk dönthetnének gyógykezelésük kérdéseiben.

Az egészségügyi törvény parlamenti vitájához készített álláspontjában a Társaság a Szabadságjogokért – ugyancsak a polgári törvénykönyv rendelkezéseivel való összehasonlításból kiindulva – élt is ilyen javaslattal. Azt indítványozta a törvényhozóknak, hogy ne a törvénytervezetben szereplő szabályt fogadják el, hanem egyként kezelje a cselekvőképteleneket és a korlátozottan cselekvőképeseket, utóbbiakat is teljes körűen megfosztva a kezelési döntés lehetőségétől. A TASZ olyan szabály megalkotására tett javaslatot, amely a korlátozottan cselekvőképese személyek számára csak akkor írja elő külső döntéshozó (gondnok, szülő vagy bíróság) bevonását a kezelési döntésbe, ha az érintett döntése durva módon sérti saját érdekét, és vélelmezhető, hogy ez azért történik, mert az illető nem tudja kellőképpen mérlegelni döntése következményeit.⁷

A CSELEKVŐKÉPESSÉG FOGALMA AZ EGÉSZSÉGÜGYI TÖRVÉNYBEN

Az Alkotmánybíróságnak még egy oka volt rá, hogy részletesen taglalja a Ptk. rendelkezéseit. Az egészségügyi törvény nem ad speciális meghatározást arra vonatkozóan, hogy ki minősül kompetensnek a gyógykezeléssel kapcsolatos döntések terén. Önálló kompetencia-fogalom híján jelenleg az számít cselekvőképese az egészségügyi szolgáltatások terén, aki a Ptk. előírásai szerint is az. Márpedig ha az egészségügyi döntéseket a jogalkotó nem kezelte elkülönült döntési körként, amelyre indokolt speciális fogalmat alkalmazni, akkor még inkább kézenfekvő, hogy az egészségügyi törvény idevágó rendelkezéseit egyéb tekintetben is a Ptk.-val összehasonlítva értékeljük. Ha az egészségügyi törvény a cselekvőképesség fogalmát a Ptk. meghatározása szerint értelmezi, akkor elvárható, hogy a korlátozások tekintetében a Ptk.-ban foglaltakkal arányban álló megoldásokat válasszon.

Az egybevetés során nemcsak arra mutatott rá az Alkotmánybíróság, hogy a Ptk. sokkal szélesebben értelmezi a személyiségi jogok védelmét és az autonóm cselekvés lehetőségét a korlátozottan cselekvőképese személyek esetében, mint az egészségügyi törvény, hanem azt a kérdést is fölvetette, hogy a cselekvőképesség fogalmi meghatározásának elmulasztása nem válik-e szükségtelen és aránytalan korlátozás forrásává. Hiszen a kompetencia fogalmának a Ptk.-ból történő átvétele azt eredményezte, hogy semmi figyelmet nem fordítottak az egészségügyi kérdésekben való döntés sajátosságaira. A Ptk. szabályainak megalkotásakor a jogalkotó elsősorban a vagyoni, pénzügyi érdekek védelmét tartotta szem előtt, mind az érintettet, mind a családot védve a vagyon ésszerűtlen felhasználásától. Az ügyek viteleire való képesség elsősorban ebben az összefüggésben merült föl. Korántsem biztos azonban, hogy akinek a pénzügyei kezeléséhez szükséges belátási képessége nagymértékben korlátozott, az azt sem lenne képes eldönteni, hogy vállalja-e a felajánlott kezelést.

Kívánatos lenne, hogy amikor a törvényhozó az Alkotmánybíróság határozatához igazodva módosítja az egészségügyi törvényt, ne érje be annyival, hogy a korlátozottan cselekvőképese személyeket elhelyezi a cselekvőképese és cselekvőképtelenek között mintegy félúton, némiképp bővítve önrendelkezési jogosultságukat. Arra volna szükség, hogy az egészségügyi törvénybe önálló kompetencia-fogalom kerüljön, s ennek kidolgozása során vegyék tekintetbe, hogy a kompetencia döntési típusonként változóan lehet meg vagy hiányozhat.

KÜLÖNVÉLEMÉNYEK A DIFFERENCIÁLT SZABÁLYOZÁS KÖVETELMÉNYÉRŐL

Hosszabban ismertettük, hogy mi indokolta a polgári törvénykönyv cselekvőképességre vonatkozó rendelkezéseinek elemzését az alkotmánybírói határozat érvelésében és hogy milyen tanulságokhoz vezet az összehasonlítás. Erre azért is helyeztünk hangsúlyt, mert a bírák közül ketten különvéleményt csatoltak a határozat itt elemzett pontjához. Álláspontjuk szerint abból, hogy a polgári törvénykönyv a nem teljesen cselekvőképes emberek két csoportját különbözteti meg – korlátozottan cselekvőképeseket és cselekvőképteleneket –, önmagában még nem következik, hogy csak az a jogi szabályozás lenne elfogadható, amely a két csoportot differenciáltan kezeli. Úgy vélik, hogy az alkotmányból nem vezethető le olyan követelmény, amely szerint a jogi szabályozásnak különbséget kell tennie a korlátozottan cselekvőképesek és a cselekvőképtelenek között. Ezért nem értenek egyet azzal, hogy az egészségügyi törvénynek azt a szabályát, amely a két csoportot azonos módon kezeli, alkotmányellenességre hivatkozva megsemmisítette az Alkotmánybíróság.

Bagi István alkotmánybíró szerint az önálló döntéshozatalra képes csoportok kategóriáit – a törvényhozói szabadság szellemében – nem szükséges a hatályos szabályozás megoldásait követve meghatározni. Így az egészségügyi döntésekre való jogosultságnál sem feltétlenül szükséges a polgári törvénykönyvben meghatározott kategóriákat alkalmazni, „lehet akár egy, akár több eltérő jogi helyzetű csoportot alkotni”. Nincs olyan alkotmányos követelmény, hogy a kezelési döntések terén eltérő szabályok vonatkozzanak a cselekvőképtelenekre és a korlátozottan cselekvőképesekre – szögezi le különvéleményében Bagi alkotmánybíró.

Érveket azonban nem fogalmaz meg arra vonatkozóan, hogy miért nem aránytalan, ha az önrendelkezési jogot a két csoport esetében azonos módon korlátozzák. Erre pedig szükség volna. A határozatban a Ptk. szabályai csupán illusztrációként szolgálnak arra, hogy más jogterületeken elismerik a korlátozottan cselekvőképes személyek jogát az önálló fellépésre. A megkülönböztetett kezelés indokoltságát azzal támasztja alá a határozat, hogy annak elmulasztása az emberi méltósághoz való alkotmányos jog aránytalan korlátozását jelenti.

A másik különvélemény érvekkel vitatja, hogy az egészségügyi törvény vizsgált szabálya aránytalanul korlátozná az önrendelkezés jogát. Tersztyánszky Éva egyrészt osztja Bagi alkotmánybíró álláspontját: szerinte sem vezethető le az

emberi méltósághoz való jogból, hogy a korlátozottan cselekvőképes személy beleegyezési jogát másfépp kellene szabályozni, mint a cselekvőképtelen személyét. Ő azonban ennél is tovább megy, és a megkülönböztetés hiányát pozitívumként értékeli. Szerinte a két csoport azonos kezelése nemhogy hátrányos lenne a korlátozottan cselekvőképes személyekre nézve, de egyenesen védelmet nyújt a számukra. Olyan súlyú döntésről van szó, írja Vasadi Éva, ahol épp a következményekre való tekintettel a törvényhozó eltérhet a polgári jog általános szabályaitól. Dönthet úgy, hogy a „belátási képesség bármilyen mértékű és indokú fogyatékoságának a szabályozásban jogilag is érzékelhető következménye legyen”. A cselekvőképességükben bármi módon érintettek azonos kezelése álláspontja szerint éppen ezért nem korlátozásnak, sokkal inkább többletgaranciának tekinthető.

Miért volna többletgarancia, ha valaki, aki egyébként képes önállóan rendelkezni a keresményével, személyiségi jogai védelmében önállóan tud föllépni, gyógykezeléséről nem hozhat döntést? Vasadi alkotmánybíró szerint a beleegyezés kérdése csak súlyos beavatkozásoknál merül föl, ezekben az esetekben pedig akkora a döntés felelőssége, hogy meg kell óvni az egyént az esetleges hibás döntés hátrányos következményeitől. Szerencsére az orvost amúgy is kötik szakmájának szabályai. Így eleve olyan kezelést javasol, amely optimális a gyógyulás szempontjából. Elképzelhetetlen tehát, hogy a beteget kifejezett tiltakozása ellenére orvosilag nem indokolt beavatkozásnak vessék alá.

Ez az álláspont két vonatkozásban is ütközik a korszerű bioetikai felfogással. Először is, magától értetődőnek veszi, hogy az egyén helyett mások döntsenek sorsáról: mások, akik állítólag tudják, hogy ő maga felelőtlen, éretlen döntést hozna. Másodsor, a kezelési döntést leszűkíti az orvosi szempontokra, nem tud róla, hogy az egyénnek egyéb szempontjai is vannak, s ezeknek szintén nagy jelentősége van a mérlegelésben.

Ha főszabályként abból indulunk ki, hogy az a jó, ha az ember maga hozza meg a saját magára vonatkozó döntéseket, akkor a döntést lehetőség szerint az érintettnél kell hagyni és döntése körülményeit kell optimalizálni. Az a felfogás, amely kiemelt értéknek tekinti, hogy az emberek saját felfogásuk szerint, az állam és más emberek illetéktelen beavatkozásától mentesen dönthessenek életük kérdéseiben, maga után vonja, hogy az egyén önrendelkezési jogát garanciákkal kell körülbástyázni. Minél inkább az élet minőségét, tartamát meghatározó döntésről van szó, annál inkább szükség van a garanciákra. A döntés jogát csakis attól lehet elvitatni, aki nem képes annak

gyakorlására. Körültekintő mérlegelés tárgyává kell tenni, hogy kit, mikor, milyen kritériumok alapján indokolt korlátozni személyes döntéseiben. Ennek szövegesen ellentmond az ismertetett álláspont, amely inkább általános jelleggel megfosztaná e jog gyakorlásától az amúgy csak korlátozottan cselekvőképes személyeket.

Vasadi Éva különvéleményében a hagyományos paternalista felfogás fogalmazódik meg, amely nem akar helyet hagyni az egyén szabad, de esetleg elhibázott döntéseinek. Ez a megközelítés csak azt tekintí kárnak, ha valaki nem kellő mérlegelés után dönt a kezelés elfogadásáról. Abban nem lát az előbbivel konkuráló veszteséget, hogy az egyént megfosztják az autonóm döntés lehetőségétől. Mi garantálná a különvélemény szerint, hogy az érintett kizárásával született döntés az ő érdekét szolgálja? Az orvos – így Vasadi alkotmánybíró – csak olyan kezelést ajánl, amely meggyőződése és szakmája szabályai szerint az adott helyzetben a legjobb a beteg számára. Nem jelenik meg sem az a lehetőség, hogy az orvos tévedhet vagy elfogult lehet (például az élet mindenáron való fenntartása mellett), sem az, hogy a beteg lelkiismereti meggyőződése, az élet minőségével kapcsolatos elvárásai döntő szerepet játszhatnak annak meghatározásában, hogy a felmerülő kezelési formák közül az ő számára melyik a legkedvezőbb.

A modern bioetika egyik alapelve, hogy a kezelési döntésnek a beteg tájékozott beleegyezésén kell alapulnia. A tájékozott beleegyezés elve abból a felismerésből indul ki, hogy mind az orvos, mind a beteg számára kívánatos, hogy a döntést megosszák egymás között, hogy a kezelési döntés során az orvosi tények és az egyén értékei, céljai együttesen kerüljenek mérlegelésre. Az orvos ismertetni tudja, hogy az adott betegség lehetséges kezelési módzatai milyen előnyökkel és hátrányokkal járnak, de azt csak a beteg tudja feltárni, hogy a különböző kezelési módok hogyan illeszkednek az ő életébe. Minél szélesebb a felmerülő vizsgálatok és műtéti eljárások köre, annál több a mérlegelnievaló. Ha a beteg maga döntött a kezelés vállalásáról, akkor ez – túl az autonóm döntés önmagában is kívánatos voltán – arra készíti őt, hogy a kezelés során együttműködjön orvosával, ami eredményesebbé teheti a beavatkozást. Nemzetközileg elfogadott alapelv, hogy a cselekvőképességükben érintett emberek döntési szabadságát csak a legszükségesebb mértékben indokolt korlátozni. Ha a cselekvőképesség legkisebb fogyatékosága esetén az egyéntől megvonják a gyógykezelésével kapcsolatos döntés jogát, az súlyosan sértené a döntési képesség maximalizálásának elvét.⁸

ARÁNYTALAN KORLÁTOZÁS VAGY ALKOTMÁNYELLENES MULASZTÁS

Született egy más irányú különvélemény is. Harmathy Attila nem tartja elégségesnek a határozat azon megállapítását, amely szerint a korlátozott cselekvőképességű személyeket aránytalanul korlátozza jogaikban a cselekvőképtelennel azonos elbírálás. Álláspontja szerint az Országgyűlés mulasztásban megnyilvánuló alkotmányellenességet idézett elő azzal, hogy nem alkotott szabályokat a korlátozottan cselekvőképes személyek önrendelkezési jogának védelmére a kezelési döntések terén. Az emberi méltósághoz való jog csak úgy érvényesülhet, ha a jogok védelmét megfelelő szabályok és intézmények garantálják. A döntési képesség maximalizálásának elve Harmathy alkotmánybíró megfogalmazásában úgy hangzik, hogy minden esetben lehetővé kellene tenni az önrendelkezési jog gyakorlását, „ahol ez az érintett személy érdekeit is figyelembe véve nem jár veszéllyel”.

Így tehát az emberi méltóság alkotmányos védelmét „az érintett személyek különböző felfogási képességű csoportjainál az egészségügyi vizsgálatok, kezeléseik és beavatkozások különböző kategóriáira eltérő megoldásokat” kínáló jogi szabályozás biztosítaná megfelelően.

Harmathy Attila kitér arra is, hogy az egészségügyi kezeléseik különböző mértékben avatkoznak be az emberek testi folyamataiba és életvitelébe. Ennek megfelelően álláspontja szerint egyfelől a kezelési döntések következményeinek súlyossága, másfelől a cselekvőképesség érintettségének mértéke azok a paraméterek, amelyek mentén a garanciális szabályok felállítandók.

Megítélésem szerint Harmathy bíró különvéleménye lényeges szempontokat kínál a törvényhozó számára az egészségügyi önrendelkezés és a cselekvőképesség összefüggéseinek rendezéséhez. Ezeket az egészségügyi törvény módosítása során akkor is figyelembe lehet – és célszerű – venni, ha kötelező erejük nincs is, mivel nem a határozatban – annak rendelkező részében – jelennek meg.

MIRE TERJEDJEN KI A HELYETTES DÖNTÉSHOZÓ BELEEGYEZÉSI JOGA?

A cselekvőképesség érintettsége nem csak azt a kérdést veti föl az egészségügyi önrendelkezési joggal kapcsolatban, hogy az érintettek gyakorolhatják-e – s ha igen, milyen feltételek között – ezt a jogot. További kérdés, hogy ki jogosult helyettük e jog gyakor-

lására, ha ők maguk erre nem képesek. Ilyen tárgyú indítványt is elbíralt az Alkotmánybíróság a 36/2000. (X. 27.) AB határozatában. Az indítványozó úgy ítélte meg, hogy az egészségügyi törvény a nem teljesen cselekvőképes pszichiátriai betegek önrendelkezési jogát sérti meg azzal a rendelkezésével,⁹ amely szerint a betegek képviselőjében eljáró személynek csak az invazív beavatkozásokba kell beleegyezését adnia. Azokban az esetekben, amikor a beavatkozás nem invazív – a kezelés során nem hatolnak át a bőrön, nyálkahártyán vagy testnyíláson –, a vitatott szabály szerint nem kell a törvényes képviselő hozzájárulását kérni.¹⁰ Az indítványozó az Alkotmánybíróságtól az „invazív” kifejezés megsemmisítését kérte, hogy így a helyettes döntéshozó beleegyezését valamennyi kezelési forma esetében ki kelljen kérni.

Bár az egészségügyi törvény fenti szabálya valamennyi betegre – pszichiátriai és nem pszichiátriai kezeltre – egyenlően vonatkozik, a pszichiátriai betegeket az indítványozó szerint a rendelkezés hátrányosan érinti, mert őket többnyire olyan gyógymódoknak vetik alá, amelyek a törvény meghatározása szerint nem minősülnek invazív beavatkozásnak, miközben súlyos beavatkozást jelentenek a személy integritásába és káros mellékhatásokkal járhatnak. A törvény értelmében az orvos egymaga dönt a beteg kognitív képességeit, központi idegrendszerének működését befolyásoló gyógyszeres kezelés megkezdéséről, ha a beteg nem teljesen cselekvőképes. Az indítványozó azt kérte a bíróságtól, állapítsa meg, hogy az egészségügyi törvény 16. § (4) bekezdésében foglalt rendelkezés a diszkrimináció tilalmába ütközik.

Az Alkotmánybíróság nem tartotta alkotmányellenesnek, hogy a pszichiátriai betegek esetében ugyanolyan szabályok vonatkoznak a képviselőt ellátó személyek jogosultságaira, mint a nem pszichiátriai kezeltéknél, és nem törölte az „invazív” kifejezést az egészségügyi törvény vitatott helyéből. Az indoklás két érveléssel támogatja meg az elutasító döntést.

Az egyik érv szerint nem diszkriminatív az a szabályozás, amely a pszichiátriai betegek képviselőjét – akár csak a többi betegét – egyedül a műtéti eljárásokba való beleegyezés jogával ruházza fel, mert nincsen speciális indok arra, hogy ebben a kérdéskörben a pszichiátriai kezeltre az általánostól eltérő szabályok vonatkozzanak. Vannak kérdések, például a kötelezően elrendelt gyógykezelés kérdése, ahol a pszichiátriai betegek vonatkozásában speciális rendelkezéseket kellett alkotni. Ez azonban nem jelenti, hogy az egészségügyi ellátással kapcsolatos minden kérdésben sajátos szabályokra volna szükség az ő esetükben. A helyettes döntéshozó jogainak terjedelme nem olyan kérdés, amely indokolná a többi betegétől eltérő szabályozást.

A másik érv úgy hangzik, hogy ha a kérdést a beteg érdekeit védő garanciák szempontjából vesszük fel, akkor a képviselői beleegyezés csupán az egyik a lehetséges garanciák sorában. Lehetséges, hogy valamilyen más intézmény töltsen be a garancia szerepét, s ténylegesen ez is a helyzet. Az egészségügyi törvény tartalmaz garanciális rendelkezéseket annak biztosítására, hogy a cselekvőképességükben érintett betegek érdekei ne szenvedjenek sérelmet. Az Alkotmánybíróság ezt a garanciát abban látja, hogy a törvény a nem teljesen cselekvőképes betegek esetére előírja, hogy a képviselőjükben eljáró személy nyilatkozata nem érintheti hátrányosan a beteg állapotát.¹¹ Ez a rendelkezés kizárja, hogy a helyettes döntéshozó olyan kezelésbe egyezzen bele, amely a beteg számára hátrányos. A képviselői beleegyezési jogát ugyanis „leronthatja”, ha az orvos megítélése szerint a kezelés kedvezőtlenül érinti a beteg gyógykezelési érdekét. Az Alkotmánybíróság álláspontja szerint tehát nem vezet a cselekvőképességükben érintett betegek érdekeinek sérelméhez, ha törvényes képviselőjük csak az invazív beavatkozások alkalmával kerül döntési helyzetbe, mert az egészségügyi törvény egyéb rendelkezései amúgy is biztosítják, hogy a beteg érdekei semmilyen orvosi kezelés során ne szenvedhessenek kárt.

Az Alkotmánybíróság tehát olyan értelmezés irányába mozdult el a helyettes döntéshozatal kérdésében, amely szerint a beteg érdekeinek hatékony védelmét elsősorban nem az biztosítja, hogy a képviselőjében eljáró személy jogosultságait a lehető leghatározottabban határozzák meg, hanem az, hogy az orvos minden körülmények között magához ragadhatja a kezelési döntést, amennyiben úgy ítéli meg, hogy az általa javasolt kezelés elmaradása károsan érintené a beteget. Ha az orvos felülbíráhatja a helyettes döntéshozó álláspontját, akkor nyilvánvalóan ő jogosult eldönteni, hogy a beteg szempontjából mi a kívánatos az adott helyzetben s mi nem az. A mérlegelés tárgya az, hogy milyen hatást tesz a kezelés a beteg állapotára, amit kizárólag az orvosi tények szempontjából értékelnek: ezért teszi le a törvény a végső döntést az orvos kezébe.

Korábban felhoztuk már a tisztán orvosi tények alapján hozott döntéssel szemben, hogy a kezelés várható eredménye szoros összefüggést mutat a beteg együttműködésével. Aki hisz a kezelés eredményességében, akinek a felfogásával nem ellenkezik a beavatkozás, amelynek alávetik, az biztosabban is gyógyul. A pozitív pszichés hangoltság és a kezelési útmutatások gondos betartása fontos feltétele a kedvező kimenetelnek. Továbbá, a betegek élete orvostechnikai eszközökkel oly módon is meghosszabbítható, amely komoly formában fölveti az élet minőség-

gének kérdését. Korábban gyógyíthatatlannak számító betegségek stabilizálhatók olyan kezelések árán, amelyek a szervezet ép részeit toxikus hatásoknak tesszik ki, testi szenvedést okoznak. Egyazon betegség gyógyítására nagyon különböző beavatkozást jelentő kezelések kínálhatnak hasonló eredményességet. Gondoljunk olyan helyzetekre, amikor a gyógyszeres terápia és a műtéti beavatkozás egymás alternatívájaként kínálkoznak. De még egy sebészeti beavatkozásnak is többféle formája lehet, például a beavatkozás más és más lehet aszerint, hogy a teljes megbetegedett testrészt távolítják el vagy csak az érintett területet.

E döntések bonyolultsági foka igen magas lehet, és a mérlegelés szempontjai között nyilvánvalóan nem csak orvosiak szerepelnek. Ha aközött kell választani, hogy a beteg mindkét lábát elveszti, és cserében 20%-kal nő az esélye, hogy öt év múlva még élni fog, vagy gyógyszeres kezelésben részesül, és akkor csak 5%-kal javul az esélye, hogy megél további öt évet, akkor nyilvánvalóan nincs olyan orvosi kritérium, amelynek alapján a döntés meghozható volna. A végső kérdés az, hogy a beteg számára mi a fontosabb: a hosszabb vagy a teljesebb élet.

Hihetünk-e abban, hogy az orvos hivatott a végső szó kimondására, még akkor is, ha a beteget korábban nem is ismerte, akaratáról, meggyőződéséről tudomása nincsen? Esetünkben a kérdés az, hogy a kezelés elfogadásáról az orvos vagy a beteg képviselőjében eljáró személy döntsön-e, amikor a beteg maga nem cselekvőképese, és jelen állapotában kevés, vagy egyáltalán semmi nem tudható meg preferenciáiról.

Az egészségügyi törvény megengedi, hogy a beteg életében először látó orvos „lerontsa” a férj vagy a szülő jogát a kezelés megválasztására – elég, ha úgy vélekedik, hogy a hozzátartozó döntése hátrányosan érintené a beteg állapotát. E megoldás ellentétes a bioetika azon alapelvével, hogy bármiféle gyógykezelés megkezdésének feltétele a beteg tájékozott beleegyezése, azokban az esetekben pedig, amikor ő maga személyesen nem képes e jog gyakorlására, képviselőjének tájékozott beleegyezését kell kérni. Ennek az elvnek az felelne meg, ha a fenti esetekben a házastárs vagy a szülő lenne jogosult a döntésre valamennyi felajánlott kezelés – és nem csak az invazív beavatkozások – tekintetében.

Ilyen körülmények között is megteremthető a törvényi garanciája annak, hogy ne születhessen a beteg akaratával vagy érdekeivel nyilvánvalóan ellentétes helyettesítő döntés. Ha ilyen gyanú merül föl, az orvos jogot kaphat a döntés megtámadására: harmadik fél – például bíróság – bevonásával. Az, hogy a döntést nem maga a beteg hozza, hanem a képviselőjében eljáró másik személy, indokolhatja szűkítő felté-

telek bevezetését, de nem járhat a tájékozott beleegyezés elvének feladásával. Ha az orvos saját hatáskörében felülbíráhatja a helyettes döntéshozó álláspontját és a maga kezébe veheti a döntést, akkor megsértették a tájékozott beleegyezés elvét. Ezzel szemben, ha az orvos a döntést harmadik fél elé viszi, ezzel nem kérdőjeleződik meg a tájékozott beleegyezés elve, csak a döntés speciális feltételeire tekintettel szigorúbb eljárási szabályok közé szorítják érvényesülését.

Ha a betegnek hiányoznak a kompetens döntés meghozatalához szükséges képességei, akkor a képviselőjében eljáró személy aktivizálja azt, ami a beteg akaratáról, céljairól tudható; így válik lehetségessé, hogy döntése a lehető legközelebb álljon ahhoz, ahogyan maga a beteg döntene, ha állapota lehetővé tenné ezt. Az egészségügyi törvénynek az a szakasza, amely tág határok között lehetővé teszi, hogy az orvos minden további nélkül felülbírálja a helyettes döntéshozó választását, nem a beteg érdekét védő garanciális intézmény, hanem ellentétes a beteg érdekével. Teret enged annak a paternalista felfogásnak, amely szerint az orvos tudja legjobban, mi kell a betegnek, ezért az a helyes, ha a végső döntés őt illeti meg.

ÁTRUHÁZHATÓ-E AZ ÖNRENDELKEZÉSI JOG?

Az Alkotmánybíróság határozatának indoklásában arra a kérdésre is kitért, hogy korlátozza-e a beteg önrendelkezési jogát, ha a képviselőjében eljáró személyt szűkebb jogosítványok illetik meg, mint a saját ügyében közvetlenül rendelkező beteget. Kiindulópontja az a megállapítás, hogy amennyiben a beteg nem rendelkezik a kezelési döntés meghozatalához szükséges belátási képességgel, önrendelkezési jogát korlátozni kell. A korlátozás alapján érdekeinek képviselőjében más személy jár el. Ez a személy azonban nem az önrendelkezési jogot gyakorolja a beteg helyett, írja az Alkotmánybíróság, mert ez fogalmi lehetetlenség. „Amikor az egyéni cselekvési autonómia körébe tartozóan a jog más személy fellépését intézményesíti, nem az önrendelkezési jogot »ruhazza át« másra. [...] A »helyette történő joggyakorlás« az önrendelkezési jog egyidejű törvényi korlátozása mellett biztosít másnak döntési lehetőséget; az önrendelkezési jog »helyette történő joggyakorlása« – a személyiségtől elválaszthatatlan volta folytán – fogalmilag kizárt.”

A kérdés élesen így hangzik: mi a helyettes döntéshozó státusza? Úgy tekintünk-e a beteg képviselőjére, mint aki az önrendelkezés jogát gyakorolja a

beteg helyett, vagy a beteg érdekében eljáró harmadik személyek egyikeként kezeljük őt. E kérdés megválaszolásától függ, hogy mit kell gondolnunk a beteg nevében fellépő személy jogosultságairól.

Ha a helyettes döntéshozó megbízatása az átruházott önrendelkezés gyakorlására szól, akkor ennek megfelelő, erős garanciákkal kell övezni jogosultságait. Ha azonban ez a személy nem több a beteg érdek-képviselőjénél, akkor megbízatása lényegesen szűkebb körre korlátozódhat és nem kell különleges védelemmel körülbástyázni. Az Alkotmánybíróság álláspontja szerint az önrendelkezési jog az egyén cselekvési autonómiájának része, és csak közvetlenül az érintett személy gyakorolhatja. Vizsgáljuk meg, valóban elválaszthatatlan-e az önrendelkezési jog gyakorlása a személytől, aki önmagáról rendelkezik. Ez a kérdés a kulcsa a helyettes döntéshozó státuszáról alkotott felfogásnak.

Az ember lényegéhez tartozik, hogy elképzeléssel bír az életről, értékeket alkot, és ezek alapján képes értékelnéi múltját és jövőjét. Autonómiája nemcsak abban valósul meg, hogy egy adott időpillanatban hogyan dönt, hanem abban is, hogy életéről terveket alkot és azokat megvalósítja. Komoly értéknek tekintheti, hogy életvezetésének egésze összhangban maradjon az általa vallott értékrenddel.¹² Az egyén önrendelkezési jogának nyilvánvalóan legkézenfekvőbb formája, amikor ugyanabban az időpontban fogalmazódik meg a döntés igénye, zajlik a döntés körülményeinek mérlegelése és születik meg maga a döntés. Akinek kínzó hátfájása támad, dönthet arról, hogy vállalkozik-e az orvos által javasolt gerincműtetre, vagy tovább próbálkozik a fizioterápiás módszerekkel, hátha azok is eredményt hoznak. A döntéshoz szükséges információk rendelkezésre állnak a jelenben, és a döntés is a jelenre vonatkozik.

Félig még az egyidejű döntések körébe tartozik, de időben mégis elmozdulást jelent, amikor jelen döntésünkkel nem egy pillanatnyilag kellemetlenséget jelentő betegségre keresünk megoldást, hanem egy jövőbeni rosszat akarunk megelőzni. Ha valakinek magas vérnyomása alakul ki, orvosa tájékoztatja arról, hogy ennek az állapotnak a tartós fennmaradása egészségügyi kockázatokkal jár. A beteg mérlegeli a veszélyeket, illetve a gyógyszeresedés kockázatait és a rendszeres kontrollal járó terheket, s ezen az alapon hozza meg döntését. Akár drasztikus étrendi megkorlátozásokra és életforma-változásra is gondolnia kell. Az autonóm döntés körébe tartozó kérdés, hogy mennyi korlátozást, nehézséget vállal a jelenben, elkerülendő az esetleges jövőbeni ártalmakat.

Egy lépéssel tovább megyünk, amikor azt az esetet képzeljük magunk elé, hogy valaki egy súlyos betegség enyhe kezdeti tüneteit észlelve azzal szembe-

sül, hogy visszafordíthatatlanul elindult a teljes testi leromlás felé. Lehet a baj valamilyen gyógyíthatatlan központi idegrendszeri betegség, amely jelenleg még nem okoz érzékelhető kellemetlenséget, mégis súlyos választások elé állítja az embert. A beteg tudja, hogy egy idő után képtelen lesz a munkavégzésre, így döntenie kell arról, hogy mi az, amit mindenképp véghez szeretne még vinni. Felmerülhet, hogy egy ponton túl nem tudja majd ellátni önmagát, és akkor aközött kell választania, hogy elfogadja-e családtagjai gondoskodását, vagy nem akar teherként nehezédeni rájuk, és ezért jobb megoldásnak látja, hogy intézetben kapjon ápolást. Anyagi természetű döntést is megkövetelhet a helyzete: szedhet gyógyszert, amely gyógyulást ugyan nem ígér, de lassítja a bénító tünetek kialakulását, csak hogy beszerzése akkora költséggel jár, amely felemésztéi a család teljes vagyonát. Dönteni kell, hogy mire menjen a pénz: erre a gyógyszerre, vagy mondjuk gyermekének felsőfokú tanulmányaira. Az egyén autonómiája megkívánja, hogy mindezekben a kérdésekben módja legyen érett döntést hozni s megszorult helyzete ne kényszerítse meghasonlásra önmagával. S a jelenbeli döntés itt már arra is vonatkozhat, hogy mi történjen a beteggel a jövőben, állapotának rosszabbodásakor. Akaratát előre megfogalmazhatja, de nincs oka kételkedni abban, hogy az adott időpontban is képes lesz szándékának kinyilvánítására. Ezért az előzetes mérlegelés csupán a felkészülést szolgálja; a végső döntést a jövőre halaszthatja.

Megtörténhet azonban – s ez a következő lépés –, hogy az előrehaladó betegség mentális leépüléssel is fenyeget. Ilyen esetekben a jövőre vonatkozó döntés nem halogatható. Aki megtudja, hogy Alzheimer-kórban szenved, az vagy még az inkompetencia bekövetkezése előtt rendelkezik arról, hogy majdani inkompetens állapotában hogyan járjanak el vele szemben, vagy soha. Egyes kezelési formákat előre elutasíthat. Úgynevezett előzetes jognyilatkozatban írásba is foglalhatja akaratát bizonyos beavatkozások vagy életfenntartó orvosi eljárások tekintetében. Az előzetes jognyilatkozat tételére a magyar egészségügyi törvény is lehetőséget biztosít. A beteg, ha ezzel a lehetőséggel él, maga gyakorolja – csupán nem egyidejűleg – az önrendelkezés jogát. Kezelői és családtagjai évek múltán bekövetkező inkompetens állapotában előzetesen kinyilvánított akaratához igazodva folytatják egészségügyi gondozását.

Az ilyen, jövőre vonatkozó döntések komoly erkölcsi és jogi – alkotmányos – védettséget élveznek. Erre jó példával szolgálhatnak azok az esetek, amikor az egyén arról dönt, hogy a jövőben tiltakozása ellenére is tegyenek meg vele valamit. Az ilyenfajta döntések legitimitását az adja, hogy a személy éle-

te egészében azonos önmagával; állapotai változnak ugyan, de ugyanaz az én dönt a jelenben, akinek az élete a jövőben folytatódik, és fontos lehet a számára, hogy értékrendjének megfelelően éljen és alapvető választásaitól akkor se térjen el, ha az adott pillanatban úgy kívánná. Aki drogot fogyaszt és belelát abba, hogy a szer okozta kellemes tudatváltozás súlyos kényszereket is bevisz az életébe, függővé teszi őt az anyagtól és másoktól, megalázó helyzetekbe kergeti, az arra a felismerésre juthat, hogy minden körülmények közt, véglegesen abba akarja hagyni a szer fogyasztását. Mivel tudja, hogy akarata menet közben meginoghat, ezért olyan terápiás megállapodást köthet, hogy vállalja a kórházi detoxikálásra és felhatalmazza az intézményt a nyolcnapos kezelés lefolytatására, akkor is, ha ő maga időközben szándékát módosítva el akarná utasítani a kezelést.¹³

A magyar jog is ismer olyan helyzetet, amikor az egyén maga rendelkezik, hogy bizonyos esetekben akarata ne vegyék figyelembe. Az a szerencsejátékos, aki megbánta, hogy kaszinókban vesztegeti el minden pénzét, jogilag érvényes formában gondoskodhat arról, hogy a jövőben ne engedjék be, még akkor se, ha a kapuban erősködik. Kérelmére tartósan kitiltják őt a kaszinóból.¹⁴ Az a személy, akire a terápiát választó drogfüggő vagy a kaszinó elkerülését választó szerencsejátékos átruhazza a jogot, hogy saját magával szemben érvényesítse az akarata, az egyén önrendelkezési jogát gyakorolja. Ezzel kezünkben volna az első esetípus, amelyben az önrendelkezés gyakorlása elválik a személytől, aki önmagával rendelkezik.

A modern bioetika a helyettes döntéshozás intézményét az egyén önrendelkezési formájának tekinti. Az egyén itt arról rendelkezik, hogy esetleges cselekvőképтелensége esetén ki gyakorolja helyette személyiségi jogait.¹⁵ Ha csupán az lenne a cél, hogy ilyen helyzetekre legyen valaki, aki az inkompetens beteg érdekeit képviseli, akkor a gyógyító intézmény számára elég lenne a jóhiszemű döntés követelményét előírni: jelöljenek ki egy tetszőleges személyt, aki a beteg érdekei fölött gyámkodik. A helyettes döntéshozót azonban az érintett maga jogosult előre kijelölni, éppen azért, mert az önrendelkezés körébe tartozó kérdés, hogy kit tekint akarata legavatottabb képviselőjének. Minél közelebb áll hozzá a kijelölt személy, minél többet tud róla, életfelfogásáról, vágyairól és félelmeiről, annál valószínűbb, hogy úgy fog dönteni, ahogy az érintett maga döntene, ha sértetlenek maradtak volna az ehhez szükséges képességei.

Azokban az országokban, ahol törvény gondoskodik arról, hogy az emberek a gyógykezelés speciális feltételei között is gyakorolhassák személyiségi jogukat, a helyettes döntéshozatal elvét követve a betegek cselekvőképтелен állapotára is gondoskodnak az autonómiájukat fenntartó döntés lehetőségéről. Ebben a szellemben fogalmazzák meg a helyettes döntéshozó feladatát is: olyan döntésre kell törekednie, amely a lehető legközelebb áll ahhoz, ahogyan a beteg maga döntene az adott választási helyzetben.

A képviselőt ellátó személy feladata tehát abban áll, hogy a beteg értékrendjét, korábbi megnyilatkozásait, analógiaként felhasználható helyzetekben tanúsított magatartását alapul véve – a károk és előnyök mérlegelése után – döntsön a kezelés elfogadásáról. A helyettes döntéshozatal nem azt kívánja a kijelölt személytől, hogy gyámkodjon az érintett fölött és nem azt várja tőle, hogy azt válassza, ami – saját felfogása szerint – neki magának a legjobb volna: azt kell választania, ami – a beteg felfogása alapján – a beteg szempontjából a legjobb.

A magyar egészségügyi törvény megalkotói a helyettes döntéshozatal elvéből kiindulva alkottak szabályt a cselekvőképтелен betegek képviselőjéről. A törvény leszögezi, hogy a helyettes döntéshozó a cselekvőképтелenségeben érintetté vált beteg helyett az önrendelkezés jogát gyakorolja.¹⁶ Sajnálatos módon a helyettes döntéshozatal részletes szabályainak kialakításakor az általános elvnek ellentmondó szűkítések vezettek be. Idetartozik, hogy a törvényes képviselő beleegyezését csak az invazív beavatkozásokhoz kívánják meg, valamint, hogy a beteg egészségi érdekére hivatkozással széles körben megengedték a kezelőorvosnak, hogy a döntést felülbírálja.

Az elvek tekintetében azonban az egészségügyi törvény egyértelmű: a helyettes döntéshozó közvetve a beteg önrendelkezési jogát gyakorolja.

Az Alkotmánybíróság jól érzékeli, hogy az önrendelkezési jog átruházása a szabályozás során is figyelembe veendő bonyodalmakhoz vezet; kétségtelen, hogy az egészségügyi törvény megalkotói ezeket nem kielégítő módon kezelték. Abban azonban megítélés szerint tévedtek a bírák, hogy a bonyodalmak szükségképpen maguk után vonnák az önrendelkezési jog átruházásának lehetetlenségét. Az önrendelkezés helyettes döntéshozó útján való gyakorlása – mint megmutattam – nem „fogalmilag lehetetlen”. Az Alkotmánybíróság álláspontját alakító felismerésnek, amely szerint az önrendelkezés átruházása speciális bonyodalmakhoz vezet, nem kizárólag az átru-

házás lehetőségének tagadásával lehet eleget tenni – sőt, ez a megoldás ellentétes a helyettes döntéshozatal bioetikai elvének lényegével.

MILYEN KÖVETKEZMÉNYEKEL JÁR AZ ALKOTMÁNYBÍRÓSÁG DÖNTÉSE?

A korlátozottan cselekvőképesek személyek esetében az Alkotmánybíróság határozata arra kötelezi a jogalkotót, hogy új szabályt alkosson a beleegyezési jog gyakorlására. A testület alkotmányellenesnek ítélte, hogy ezeket az embereket e jogosultságoktól teljes mértékben megfossszák. A jogalkotási kényszer még egy további forrásból fakad. A parlament 2000 decemberében kezdte meg a Ptk. cselekvőképességi szabályainak megreformálását célzó törvényjavaslat vitáját. A törvényjavaslat elfogadása esetén a korábbinál differenciáltabb rendszerben zajlik majd a cselekvőképesség bírói megítélése.¹⁷ Nemcsak a döntési képesség érintettségének mértékéről határoznak – arról, hogy az egyén korlátozottan cselekvőképese vagy cselekvőképtelen –, hanem arról is, hogy a cselekvőképesség hiánya milyen döntési körökben mutatkozik meg.

A törvényjavaslat példálózó felsorolást ad a döntési területekről, amelyekre nézve a bíróságnak vizsgálnia kell, nem képes-e önálló döntésre az egyebekben korlátozottan cselekvőképese személy. Az ügykörök között szerepel a betegjogok gyakorlásának kérdése is. Így előfordulhat, hogy valakit a bíróság korlátozottan cselekvőképeseznek nyilvánít, ugyanakkor a határozatban megállapítja, hogy az egészségügyi önrendelkezési jog gyakorlása terén az adott személy cselekvőképessége nem érintett.

A javaslat parlamenti vitája során az előterjesztő támogatta azokat a módosító indítványokat, amelyek megfordítanák az ügykörökről való döntést: a bíróság nem azokat az ügyköröket állapítaná meg – mintegy kivételképpen –, amelyekben az érintett önállóan is eljárhat, hanem azokat, amelyekben nem kompetens a döntésre. Ha a törvényt e módosítással együtt fogadják el, akkor a jövőben a korlátozottan cselekvőképese személy csak abban az esetben nem dönthet önállóan a gyógykezelése ügyében, ha a kompetenciája alól kivont döntési kört a bírói ítélet külön megnevezi mint olyan döntési területet, ahol az érintett cselekvőképessége nem éri el a kompetens döntéshez megkívánt mértéket.

Az egészségügyi törvénynek a betegjogok gyakorlására való képességet rögzítő szabályai a polgári törvénykönyv cselekvőképesség-fogalmán alapulnak. Így a Ptk. reformja után az egészségügyi törvénynek

a cselekvőképességükben érintettekre vonatkozó szabályait is elkerülhetetlenül felül kell vizsgálni.

A Ptk. új szabályai a cselekvőképesség feladatorientált fogalmával élnek. Ennek a funkcionális megközelítésnek egyértelműen az felelne meg, ha az egészségügyi önrendelkezési jog gyakorlására való képesség megállapítását speciális kompetencia-fogalomhoz kötnék. Az egészségügyi törvényben meg kellene fogalmazni, hogy milyen képességekre van szükség a betegjogok gyakorlásához: a kezeléssel kapcsolatos információk megértésére, a kezelés elmaradásával járó következmények belátására, az akarat kommunikálásának képességére stb. Ez a sajátos kompetencia-fogalom szolgálna alapjául, amikor eldöntik, hogy a beteg kompetens-e az egészségügyi önrendelkezési jog gyakorlása tekintetében.¹⁸

Az Alkotmánybíróság nem semmisítette meg azt a rendelkezést, amely a helyettes döntéshozó beleegyezési jogát az invazív beavatkozásokra korlátozza. Az indoklásban az szerepel, hogy a helyettes döntéshozó jogosultságai nem feltétlenül kell legyenek olyan terjedelműek, mint amikor a személy maga gyakorolja az önrendelkezés jogát. Ez a megállapítás azonban nem szab gátat annak, hogy a jogalkotó e jogosultságokat mégis a jelenleginél kiterjedtebb körben állapítsa meg. E tanulmány szerzője amellet sorakoztatott fel érveket, hogy e kérdéskör szabályozása csak úgy hozható összhangba a helyettes döntéshozatal elvével, ha a törvényt ezen a téren is felülvizsgálják.

JEGYZETEK

1. A határozat az egészségügyi törvény betegjogi rendelkezéseivel kapcsolatos több indítványt egyesített és bírál el egy eljárásban. Vizsgálta a testület többek között a személyes szabadságot korlátozó módszerek alkalmazásának jogi feltételeit és a pszichiátriai betegek gyógykezelésére vonatkozó egyes rendelkezéseket. Jelen tanulmány a határozatnak csak két pontját elemzi: a korlátozottan cselekvőképese betegek egészségügyi önrendelkezési jogára vonatkozó döntést, valamint a helyettes döntéshozó jogkörének terjedelmét érintő döntést.
2. „A Javaslat aránytalanul szűkíti a korlátozottan cselekvőképese betegek önrendelkezési jogát, amikor gyógykezelésük tekintetében megvonja tőlük a döntés lehetőségét és a kezelés megkezdéséhez csak a törvényes képviselő beleegyezését kívánja meg. Ennek a korlátozásnak nincs elfogadható indoka, ellentmond a korlátozott cselekvőképesség polgári törvénykönyvben szereplő értelmezésének.” TASZ Álláspont, 3. szám: *Az egészségügyi törvényjavaslat betegjogi rendelkezéseiről*, 1997. május.
3. Az egészségügyi beavatkozások terén felmerül a kérdés, hogy minden kezelési döntés előtt, minden beteg

esetében vizsgálják-e a kompetencia meglétét, vagy itt is helyesebb abból az előfeltevésből kiindulni, hogy mindenki maga dönthet arról, mi a jó neki az adott helyzetben. Amennyiben előfeltevésként a kompetencia meglétéből indulunk ki, milyen esetekben kérdőjelezzük meg annak érintetlenségét? Milyen magas követelményeket állítsunk arra nézve, hogy ki minősül kompetensnek a saját kezeléséről dönteni? Stephen WEAR könyvében emellett érvel, hogy az egyszerűbb kezelések esetében a lehető legalacsonyabban kellene megszabni a kompetencia határát. Elég lenne a bonyolultabb döntéseknél magasabbra tenni a kompetencia-küszöböt. Álláspontja szerint minél intenzívebb vizsgálódás tárgyává teszik a beteg kompetenciáját, annál nagyobb annak a valószínűsége, hogy döntési szabadságát a kelletnél jobban korlátozni fogják. *Informed Consent*, Kluwer Academic Publishers, 1993, 114-122.

4. Ptk. 85. § (1).

5. Ptk. 14. § (2).

6. Ptk. 14. § (2).

7. „Ennek a szabályozásnak [a polgári törvénykönyv vonatkozó szabályainak] inkább megfelelné, ha a korlátozottan cselekvőképés beteg számára a törvény meghagyná a lehetőséget, hogy gyógykezelése kérdéseiben érvényes jognyilatkozatot tegyen. A szűkítő rendelkezéseket nem alapesetként, hanem helyettesítő elvként kellene alkalmazni. Vagyis a korlátozottan cselekvőképés beteg esetében is az ő tájékozott döntését kellene figyelembe venni és csak akkor kellene helyettük a hozzátartozó döntését kérni, ha saját választásuk nyilvánvalóan nem szolgálná érdeküket.” *TASZ Álláspont*, 3. szám: *Az egészségügyi törvényjavaslat betegjogi rendelkezéseiről*, 1997. május.

8. A cselekvőképtelen nagykorúak jogi védelméről 1999-ben elfogadott R. (99) 4 számú Európa tanácsi ajánlás 3. alapelve olyan jogi megoldások bevezetését szorgalmazza, amelyek az egyén döntési képességének maximális biztosítását tartják szem előtt. „A jogi környezetnek, amennyire lehetséges, figyelembe kell vennie, hogy a belátási képességnek különböző fokozatai vannak és ezek időben változhatnak. Ennek megfelelően az érintett személy védelme érdekében hozott intézkedés nem vezethet automatikusan a jogi cselekvőképesség megvonásához.” Az Európa Tanács ajánlásával nem egyeztethető össze olyan megoldás, amely a cselekvőképesség korlátozottsága esetén automatikusan megvonná a beleegyezés jogát. „Az alkalmazott intézkedés [a cselekvőképesség korlátozása] nem járhat automatikusan az érintett választójogának, végrendelkezési jogának, a gyógykezelésbe történő beleegyezés vagy a visszautasítás jogának megvonásával, és nem vonhatja el más, személyes jellemző döntések meghozatalának jogát akkor, amikor az érintett belátási képességének birtokában van.”

9. Eütv. 16. § (4).

10. „A (2) bekezdés szerinti személyek nyilatkozata – kizárólag a 13. §-ban foglalt tájékoztatást követően – a kezelőorvos által javasolt invazív beavatkozásokhoz történő beleegyezésre terjedhet ki” Eütv. 16. § (4).

11. Eütv. 16. § (4).

12. Az autonómiának van olyan felfogása, amely szerint annak értékét az a képességünk adja, hogy életünk egészét átfogóan szemlélve tudjuk meghatározni a magunk egyediségét, tehát azt, hogy milyen értékek, elköteleződések, meggyőződések irányítják döntéseinket, s hogy ezek életünk során hogyan épülnek egymásra. Az autonómiának mint az integritást megalapozó képességnek a felfogása vezet oda, hogy elismerjük az egyén jogát, hogy későbbi esetleges demenciájának esetére előre rendelkezzen a jövőjéről. Az egyénnek az a képessége, hogy – a maga egyediségéből kiindulva – életéről egységben gondolkozzon, megkívánja, hogy kizárhassa életéből azokat a helyzeteket, amelyeket élete egészébe nem tud beilleszteni. Az autonómia integratív felfogásának következményeit az egyén különböző időpontokban és különböző mentális állapotokban tett akaratnyilvánításai közötti választására részletesen elemzi Ronald DWORIN *Life's Dominion* című könyvében. New York, A. Knopf, 1993, 224–237.

13. Az ilyenfajta megállapodás komoly problémákat vehet föl. Kizárja például annak lehetőségét, hogy amennyiben az elvonáson résztvevő beteg életében – például üzleti tevékenységében – ezenközben olyan helyzet áll elő, hogy mindenképp meg kell szakítsa a kezelést, ezt megtegye. A szenvedélybetegségek gyógyításában korántsem ismeretlen az ilyenfajta eljárás, bár ritkán jutnak el odáig, hogy annak lehetőségét törvényes formába öntsék. John ELSTER az Odüsszeusz-dilemmát elemző könyvében Norvégiát hozza föl példaként, mint ahol törvény rendelkezik arról, hogy a szenvedélybeteg önként arra vállalkozhasson, hogy kérésére se engedjék ki a kórházból. *Ulysses Unbound*, Cambridge, Cambridge University Press, 2000, 78–82.

14. A 25/1991. (X. 16.) PM rendelet az egyes szerencsejátékok engedélyezésével, lebonyolításával és ellenőrzésével kapcsolatos feladatok végrehajtásáról rendelkezik arról, hogy a játékkaszinókban szabályzatban kell gondoskodni a kaszinóból történő egyszeri vagy tartós kitiltás rendjéről. A gyakorlatban erre tudomásom szerint úgy kerül sor, hogy az érintett vagy hozzátartozója e tárgyú kérelemmel fordul a Szerencsejáték Felügyelethez.

15. A helyettes döntéshozatal elméletéről és az egészségügyi önrendelkezés során történő alkalmazásáról Allen E. BUCHANAN és Dan W. BROCK készítettek az első átfogó elemzést. *Deciding for Others, the Ethics of Surrogate Decision Making. Studies in Philosophy and Health Policy*, Cambridge, Cambridge University Press, 1989.

16. „E rendelkezés megfelelően alkalmazandó az önrendelkezési jog gyakorlására jogosult egyéb személy vonatkozásában is” (1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről 28. §.)
17. A törvényjavaslat betervezett formájában való elfogadása esetén is jelentős előrelépés történik a cselekvőképesség elbírálásának differenciáltabbá tételében. Ezzel együtt a javasolt szabályozás néhány lényeges ponton eltér a nemzetközileg elfogadott normáktól. E vitatható javaslatok részletes kritikáját lásd a Társaság a Szabadságjogokért szervezetnek a parlamenti vitára megjelentetett kiadványában. TASZ Álláspont, 13. szám: *A cselekvőképességgel, gondnoksággal összefüggő egyes törvénymódosításokról.*
18. A kormány 2001. március 5-én benyújtott az Országgyűlésnek egy törvényjavaslatot (T/3931.) az egészségügyi szakellátási kötelezettségről. A javaslat – egyebek között – az egészségügyi törvény egyes szakaszait is módosítja, azokat, amelyek a korlátozottan cselekvőképes személyeknek a gyógykezeléshez fűződő jogait érintik. A javaslat valamelyest bővíti a korlátozottan cselekvőképesek egy szűk körének – a 16. életévüket betöltött kiskorúaknak – a döntési jogait az egészségügyi önrendelés terén. Lehetőséget teremt számukra, hogy keze-

lésbe való beleegyezés jogát gyakorló helyettes döntéshozót megnevezzék. Ez a többletgarancia nem vonatkozik a 16 év alatti kiskorúakra, illetve a mentális állapotuknál fogva korlátozottan cselekvőképes személyekre. A javaslat, elfogadása esetén, továbbra sem adna törvényes lehetőséget a korlátozottan cselekvőképeseknek a kezelésbe való beleegyezés joga, illetve a kezelés visszautasítására irányuló jog gyakorlására – sem arra, hogy önállóan, sem arra, hogy a törvényes képviselővel együttesen gyakorolják ezt a jogot. Álláspontom szerint a tervezett új intézmény nem tesz eleget az Alkotmánybíróság határozatában és annak indoklásában kifejtett differenciált kezelés kívánalmának, nem állja ki a szükségesség-arányosság próbáját.

A módosítás időzítése is vitatható, hiszen megelőzi a polgári törvénykönyv cselekvőképességre vonatkozó szabályainak parlamenti elfogadását, amely április közepére várható. Így nem felel meg annak a kívánalomnak sem, hogy az egészségügyi törvény vonatkozó szakaszait összhangba hozza a Ptk. új szabályaival. A Fundamentum jelen számának lezárásakor még nem dőlt el, hogy az Országgyűlés általános vitára alkalmasnak találja-e a törvényjavaslatot.