

Zákány Judit

egyetemi adjunktus

Debreceni Egyetem, Állam- és Jogtudományi Kar

A BETEG ÖNRENDELKEZÉSHEZ VALÓ JOGÁNAK TÖRVÉNYI TARTALMA
ÉS MEGJELENÉSE A BÍRÓI GYAKORLATBAN

Debreceni Jogi Műhely, 2023. évi (XX. évfolyam) 1-2. szám (2023. augusztus 31.)

DOI 10.24169/DJM/2023/1-2/7

Absztrakt: A tanulmány célja a beteg önrendelkezéshez való jogának vizsgálata, jogértelmezési kérdéseinek bemutatása. Az önrendelkezési jog kiemelten fontos betegjog, mivel a tájékoztatáshoz való jog mellett együttesen biztosítja, hogy a páciens ne egy információhiányban szenvedő, kiszolgáltatott szereplője legyen az egészségügyi ellátásnak, aki helyett más hoz döntést, hanem egy tájékozott fél, aki a kapott információk birtokában képes saját érdekének és értékrendjének megfelelően dönteni a kezelésével kapcsolatban.

A vizsgálat középpontjában az önrendelkezési jog legszűkebb értelmezése, azaz a beavatkozásokba történő beleegyezés, ennek korlátai, illetve a jog helyettes döntéshozók általi gyakorlása áll. A jog törvényi tartalmán és értelmezésén túl fontos, hogy az utóbbi néhány év ítélkezési gyakorlatából is említsünk példákat, és az ezekben szereplő jelentősebb megállapításokat megjelenítsük. Az önrendelkezési jog vizsgálata aktuális és indokolt, tekintve, hogy az ezzel kapcsolatos jogviták, kárigények napjainkban is folyamatosan jelen vannak, így a joggyakorlat is fejlődést mutat ezen a területen.

Kulcsszavak: betegjogok, önrendelkezéshez való jog, tájékoztatáshoz való jog, tájékozott beleegyezés, egészségügyi szolgáltatók felelőssége



Patient's right to self-determination and its interpretation in case law

Abstract: The aim of the study is to examine the patient's right to self-determination and the present issues of legal interpretation. The right to self-determination – along with the right to information – is one of the most important patient's right. It ensures that the patient can be a well-informed person, who is not just a vulnerable subject suffering from lack of information. If this right prevails properly, the patient is able to make decisions based on his own interests and values during his medical treatment.

The focus is on the narrower interpretation of the right to self-determination, namely the consent to interventions, as well as its limits and the exercise of the right by deputy decision-makers. In addition to the legal content and interpretation of the right, we consider it important to cite examples of recent case law from the last few years and to present the most significant findings. The examination of the right of self-determination is current and necessary, since the legal disputes related to this are still present nowadays, and the case law is constantly evolving in this area.

Keywords: rights of patients, patient's right to self determination, patient's right to information, informed consent, liability of healthcare services providers

Das Selbstbestimmungsrecht des Patienten und seine Auslegung in der Rechtsprechung

Abstrakt: Das Ziel der Studie ist, das Selbstbestimmungsrecht des Patienten und die aktuellen Fragen der Rechtsauslegung zu untersuchen. Das Recht auf Selbstbestimmung ist - neben dem Recht auf Information - eines der wichtigsten Patientenrechte. Es sorgt dafür, dass der Patient eine gut informierte Person sein kann, die nicht nur ein verletzliches Subjekt ist, das unter Informationsmangel leidet. Wenn sich dieses Recht durchsetzt, kann der Patient während seiner medizinischen Behandlung Entscheidungen auf der Grundlage seiner eigenen Interessen und Werte treffen.

Im Mittelpunkt steht die engere Auslegung des Selbstbestimmungsrechts, nämlich die Zustimmung zu Eingriffen sowie deren Grenzen und die Ausübung des Rechts durch stellvertretende Entscheidungsträger Neben dem rechtlichen

Inhalt und der Rechtsauslegung ist es uns wichtig, Beispiele der aktuellen Rechtsprechung der letzten Jahre anzuführen und die wichtigsten Erkenntnisse darzustellen. Die Untersuchung des Selbstbestimmungsrechts ist aktuell und notwendig, da es auch heute noch Rechtsstreitigkeiten und Schadensersatzansprüche in diesem Bereich gibt und sich somit auch die Rechtsprechung in diesem Bereich weiterentwickelt.

Schlagnworte: Patientenrechte, Selbstbestimmungsrecht des Patienten, Informationsrecht des Patienten, Einwilligung nach Aufklärung, Haftung von Gesundheitsdienstleistern

Bevezető gondolatok

A betegjogok kérdése az *1970-es évek polgári jogi mozgalmi* nyomán került világviszonylatban az érdeklődés középpontjába, *Magyarországon pedig az 1990-es évektől* vált mind hangsúlyosabbá szabályozásuk szükségessége (Feith – Gradwohl – Balázs, 2014, p. 1361.). Az ezt megelőző időszakban az orvos-beteg kapcsolatot a klasszikus, *paternalista szemlélet* uralta, amely teljes mértékben eltér a napjainkban kialakult gyakorlattól. Akkoriban a felek alá-fölérendeltségén nyugvó államigazgatási jellegű kapcsolat volt jellemző, és ebből kifolyólag az, hogy a beteg sokkal inkább a jogviszony tárgyaként, semmint alanyaként jelent meg (Jobbágyi, 2007, p. 32.). E a felfogás azon alapult, hogy a gyógyító speciális szakismeretekkel rendelkezik, mint egy „jó atya”, mindig tudja, hogy mi a jó a betegnek, mi szükséges a gyógyulásához, az ő érdekében cselekszik, aminek következtében nincsen szükség a beteg jogainak szabályozására, védelmére (Jobbágyi, 2007, p. 52.). Így az orvos által javasolt kezelést, beavatkozást gyakorlatilag kérdés, tájékoztatás nélkül elfogadták a páciensek (Hídvéginé Adorján – Sáriné Simkó, 2012, p. 10.). Ez a helyzet azonban sok szempontból tarthatatlanná vált, gondoljunk az *orvostudomány nagyfokú fejlődésére*, másrészt a nagyvárosok megjelenésére, és ezáltal az egészségügyi ellátás „*nagyüzemivé*” válására, amely szemben a korábbi kevésbé urbanizált társadalommal, már nélkülözte azt a fajta személyességet, bizalmat és együttműködést, ami korábban jelen volt (Kőszegfalvi, 2001, p. 15.). Érdemes megemlíteni a nürnbergi orvospert is, amelynek kapcsán nyilvánvalóvá vált, hogy az etikai szabályokon túl fontos lenne, hogy a jog is szabályozza az orvosi tevékenységet, a betegek jogait (Jobbágyi, 2007, p. 23.).

A betegjogok szabályozásában nemzetközi szinten mérföldkönek tekinthető az Orvosi Világszövetség 1981-ben kibocsátott *Lisszaboni Deklarációja* a betegek jogairól, (<https://www.wma.net/wp-content/uploads/2005/09/Declaration-of-Lisbon-2005.pdf>, 2005) mely számos alapvető betegjogot megfogalmazott, illetve az Egészségügyi Világszervezet 1994-es *Amszterdami Deklarációja*, (http://www.nurs.uoa.gr/fileadmin/nurs.uoa.gr/uploads/Nomothesia_Nosilefton/Evropaika_keimena/eu_declaration1994_1_.pdf, 1994) amelyben olyan irányelveket fektettek le, melyek előkészítették, keretet biztosítottak a nemzeti betegjogi szabályozásoknak (Kőszegfalvi, 2001, p. 16.).

Magyarországon a hatályos egészségügyi törvényünk elődje, az 1972. évi II. törvény átfogó betegjogi katalógust még nem tartalmazott.ⁱ Az igény a betegjogok szabályozására az 1990-es években vált meghatározóvá. A napi orvosi gyakorlatban igen sok bizonytalanság jelentkezett például éppen az önrendelkezési jog gyakorlásával kapcsolatban, melynek tompítása érdekében adta ki a Magyar Orvosi Kamara Etikai Kollégiuma a IV. számú állásfoglalását a betegek tájékoztatásáról, 1991-ben (Pogány, 2010, p. 24.). A hazai betegjogi szabályozás előzményei közt fontos szerephez jutott az 1992. évi LXIII. törvény az adatvédelemről, mely az egészségügyi adatokat különleges adatnak minősítette, ezáltal fokozott védelemben részesítette (Kőszegfalvi, 2001, p. 16.). Jelenleg a betegjogokról az *1997. évi CLIV. törvény (a továbbiakban: Eütv.)* rendelkezik, előzményét a 1093/1996. (VIII. 30.) Korm. határozat az egészségügyi törvény főbb elveiről és az előkészítéssel kapcsolatos feladatokról jelentette, amelyben rámutatott a betegjogok kodifikációjának szükségességére is.

Az Eütv. 1998. július 1-jén lépett hatályba, és szakítva elődjének szemléletével, a jogviszony *mellérendelt alanyává emelte a beteget* széleskörű betegjogi katalógusával,ⁱⁱ ezzel alapjaiban megváltoztatva az orvos-beteg jogviszony jellegét.ⁱⁱⁱ A törvény kilenc betegjogot határoz meg, többségében, az egészségügyi ellátáshoz való jogot leszámítva olyan jogosultságokat, amelyek az államtól nem várnak aktív beavatkozást (Gervai, 2017, p. 110.). Meglátásom szerint az orvos-beteg kapcsolat átalakulása szempontjából *két betegjog tekinthető a kulcsnak egymással karöltve, meghozza a tájékoztatáshoz való jog és az önrendelkezési jog*. E két jog segít ugyanis abban leginkább, hogy a beteg ne egy információhiányban szenvedő, kiszolgáltatott szereplő legyen az ellátásában, aki helyett más hoz döntést, hanem „az ügy ura”, egy tájékozott fél, aki a kapott információk birtokában képes saját érdekének és értékrendjének megfelelően dönteni az ellátásával kapcsolatban (Zsonda – Fézer, 2016, p. 77.). Ezen okból gondolom úgy, hogy indokolt az önrendelkezési jog

mint kulcsfontosságú betegjog részletesebb vizsgálata. Az önrendelkezési jog az egyik legterjedelmesebben szabályozott betegjog, mellyel kapcsolatban célom, hogy megvizsgáljam a törvényi szabályozás részletei mellett annak bizonyos gyakorlati, aktuális vonatkozásait is, tekintve, hogy folyamatosan jelen vannak a bíróságokon azok az igények, melyeknek alapja a beteg önrendelkezési jogának megsértése, valamint az évtizedek alatt az Alkotmánybíróságnak is rendszeresen adott jogértelmezési feladatokat ez a kérdéskör.

1. A beteg önrendelkezéshez való joga tágabb és szűkebb értelmezésben

Alaptörvényünk II. cikke deklarálja az emberi méltósághoz való jog sérthetlenségét, amely azért lényeges témánk szempontjából, mert az Alkotmánybíróság az emberi méltóság részének tekinti az önrendelkezési jogot.^{iv} Az lényegében az *emberi méltósághoz való jog egy vetülete*, így elmondható, hogy a beteg önrendelkezési jogának alkotmányos alapjai vannak (Kovács, 2018, p. 15.). Emellett az önrendelkezési jog központi jelentőségét az is alátámasztja, hogy nemcsak egy az Eütv.-ben megjelölt kilenc betegjog egyikeként, hanem az már a törvény céljai^v és alapelvei^{vi} között is megjelenik.

A beteg önrendelkezési jogának definiálása kapcsán szükséges leszögeznünk, hogy annak többféle dimenziója létezik. Ha *legtágabb értelemben* vizsgáljuk, meglátásom szerint tulajdonképpen mind a kilenc, jogszabályban nevesített betegjog tartalmában találunk a szűk értelemben vett önrendelkezési joghoz szorosan kapcsolódó elemeket.

Ehhez képest e jognak létezhet egy *szűkebb értelmezése*, ha ugyanis csoportosítjuk a betegjogokat, egyértelműen külön csoportot képezhetünk az önrendelkezéshez szorosan kötődő jogosítványokból, amely csoportba beletartozik a szűk értelemben vett önrendelkezési jog mellett az ahhoz kapcsolódó, annak előfeltételét jelentő tájékoztatáshoz való jog, illetve a gyógyintézet elhagyásának joga is.

Még szűkebb értelemben véve az önrendelkezéshez való jog egyrészt az egészségügyi ellátásba, beavatkozásokba történő beleegyezést jelenti, amely a jogosultság pozitív oldalaként értelmezhető, másrészt pedig az ellátás visszautasítását is, amely a jog negatív tartalmát fejezi ki.

Legszűkebb értelemben véve az önrendelkezéshez való jog alatt az előbb említett pozitív oldalát értjük, mely az Eütv. 15-19. §-ai alapján, többféle jogosultságot jelent a beteg számára. Mindenekelőtt azt, hogy eldöntheti, szeretne-e igénybe venni egészségügyi ellátást, és ha igen, akkor mely beavatkozások elvégzésébe egyezik bele. Lényeges, hogy a jog magában foglalja a beleegyezés visszavonását is, amire bármikor, alaki kötöttség nélkül sor kerülhet. A vizsgálattal és az alkalmazandó terápiával kapcsolatos döntéseket a jogszabály megosztja a kezelőorvos és a beteg között. Az orvos alapvetően választhat a tudományosan elfogadott vizsgálati és terápiás módszerek közül, ugyanakkor természetesen az arra vonatkozó lehetőség is adott a betegnek az önrendelkezési joga keretében, hogy a kivizsgálását és a kezelését érintő döntésekben részt vegyen. Tehát az adott vizsgálati és terápiás módszer, amit az orvos javasol, csak abban az esetben alkalmazható, ha ahhoz a beteg érvényesen beleegyezését adta.^{viii} Végül az önrendelkezési jog aktív oldalához hozzátartozik az is, hogy a beteg megnevezhet olyan személyt, aki jogosult behatárolni a beleegyezés jogát gyakorolni, illetve bizonyos személyeket ki is zárhat ebből a körből.

Tanulmányomban ez utóbbi, legszűkebb értelmezésre fókuszálok alapvetően, annak is az általános vonatkozásaira, az önrendelkezési jog speciális aspektusaival (pl. reprodukciós eljárások) nem foglalkozom. Bár szorosan összefüggnek, a tájékoztatáshoz való jog bemutatására nem törekszem, mert meghaladná a tanulmány kereteit, csak olyan szinten jelenítem meg, amennyiben elválaszthatatlan a szoros értelemben vett önrendelkezéshez való jogtól. A jog negatív oldalát képező ellátás visszautasítására vonatkozó szabályanyag részleteibe szintén nem bocsátkozom, mivel olyan kérdéseket is felvetne, melyek érdemi boncolgatása szétfeszítené az írás kereteit.

2. Az önrendelkezéshez való jog tartalma, az egészségügyi beavatkozáshoz való hozzájárulás kérdései

Kiindulópontunk, hogy bizonyos kivételektől eltekintve, melyekről a jog korlátainál szólunk, minden egészségügyi beavatkozás elvégzésének feltétele, hogy ahhoz a beteg beleegyezését adja, ez a jog fő tartalmának tekinthető. Nem mindegy azonban, hogy milyen módon, tartalommal, formában történik a hozzájárulás.

Az érvényes beleegyezéshez mindenekelőtt nélkülözhetetlen, hogy azt megfélemlítéstől, kényszerítéstől, fenyegetéstől mentesen tegye meg az erre jogosult.

A beleegyezés érvényességének további fontos feltétele, hogy az megfelelő tájékoztatáson alapuljon. A nagyfokú információs aszimmetria ugyanis természetesen most is fennáll a két fél között, hiába alakult át a felek viszonya mellérendeltté. Az orvos az, aki szakismeretekkel és gyakorlati tapasztalattal rendelkezik egy speciális területen, melyek megszerzéséhez évek, évtizedek szükségesek, a beteg pedig többségében teljes mértékben laikus. Éppen ezért kiemelten *fontos a tájékoztatás, amely képes olyan szinten ellensúlyozni az információs különbségeket*, és partnerré emelni a beteget a teljesen kiszolgáltatott helyzetéből, hogy valós döntési helyzetbe kerüljön vizsgálataival, kezelésével kapcsolatban. A tájékoztatáshoz való jog is részletesen szabályozott betegjog, és a normatív szabályozás igen széles körű informálást ír elő, a beteg egyéniesített formában történő, teljeskörű tájékoztatását (Eütv. 13. § (1) bekezdés).

A gyakorlatban a tájékoztatáshoz és az önrendelkezéshez való jog kéz a kézben járnak, megsértésük számos jogvitát szül, újabb és újabb kérdésekkel, így az ezzel kapcsolatos joggyakorlat is folyamatosan fejlődik. Általánosságban azt kell a bíróságnak megvizsgálnia ezekben az esetekben, hogy *a beteg megkapta-e azt a tájékoztatást, amely egyrésztől megfelelt a jogszabályi kritériumoknak, másrészt amely által abba a helyzetbe került, hogy érdemi döntésre vált képessé, és tudta gyakorolni az önrendelkezési jogát* (Fézer, 2019). A továbbiakban néhány példán keresztül tekintjük át a joggyakorlat aktuális álláspontját az önrendelkezési jog fő tartalmával kapcsolatban.

Egy jogvitát képező esetben a beteg kontrasztanyag adásával járó szívkatéteres vizsgálat során lett rosszul allergiás reakció következtében, és az intenzív osztályon nyújtott kezelés ellenére elhalálozott. Hozzáartozói a perben azt állították, hogy sérült a beteg önrendelkezéshez való joga, mert a néhai nem kapta meg a megfelelő tájékoztatást a beavatkozás előtt, továbbá halála miatt sérelmet szenvedett a teljes családban éléshez való joguk is. A Kúria álláspontja szerint a beteg aláírta a „Beleegyző nyilatkozat” elnevezésű dokumentumot, amely szerint hozzájárult a „Betegtájékoztató szívkatéteres vizsgálat előtt” című betegtájékoztatóban részletesen ismertetett beavatkozás elvégzéséhez. *Az írásbeli tájékoztatás egyértelműen tartalmazta a halálos szövődmény és az allergiás reakció bekövetkezésének lehetőségét*, és utalást tartalmazott arra nézve is, hogy a beteg szóban is kapott tájékoztatást, amelynek során lehetősége volt a részletes írásbeli betegtájékoztató nyomtatvány mellett szóban is kérdezni annak érdekében, hogy megalapozott döntést hozhasson a beavatkozás elvégzettetése kérdésében. Nincsen sem törvényi, sem szakmai alapja annak, hogy amennyiben az adott

beavatkozás szövődményei, következményei és általában a tájékoztatás megkívánt elemei általánosíthatók, és sablonok formájában megfogalmazhatók, a nyomtatványban leírt részletes, az adott beavatkozásra specifikus tájékoztatás ne lenne elfogadható. Az egészségügy működését akadályozná és lehetetlenítené el, ha minden betegnek ugyanazt a tájékoztatást külön le kellene írni, ez nem elvárható, és ilyen követelményt az Eütv. sem fogalmaz meg. *A perbeli esetben az írásbeli tájékoztató megfelelt az Eütv. szerinti követelményeknek, ezért a szóbeli tájékoztatás kérdésének már nem kellett önálló jelentőséget tulajdonítani (Kúria Pfv.20.835/2019/7.).*

A következő eset is a fentebbi példáját erősíti, csak éppen a másik oldalról, amelyben a Kúria úgy foglalt állást, hogy megállapítható az egészségügyi szolgáltató kártérítési felelőssége, ha a páciens nem került minden lényeges információ birtokába, amely alapján megalapozottan dönthetett a beavatkozásokhoz való hozzájárulás megadásáról vagy megtagadásáról. Ez pedig bekövetkezett a vitás esetben, hiszen *a beteg által aláírt írásbeli beleegyezés csak általánosságban említette a plasztikai sebészeti beavatkozások kockázatait, szövődményeit, de az adott műtéti típusra vonatkozó, személyre szabott írásbeli tájékoztatást nem tartalmazott, és a megfelelő szóbeli tájékoztatást sem tudta bizonyítani a szolgáltató. Emiatt a beteg nem volt tisztában az endoszkópos műtét előnyeivel, hátrányaival, és azzal sem, hogy ez a műtéti beavatkozás mennyiben különbözik a hagyományos műtéttől, nem tudta megfelelően gyakorolni önrendelkezési jogát (Kúria Pfv.21.053/2016/10.).*

Példaként említendő egy olyan eset is, amelyben a beteg ugyanazon intézményben, ugyanolyan típusú, jobb oldali nyaki borda műtéten esett át nagyjából 9 év különbséggel, a probléma pedig abból adódott, hogy *a második műtét alkalmával nem kapott részletes tájékoztatást, hanem csak visszautaltak az első beavatkozásra, hogy ugyanaz irányadó, mint abban az esetben volt.* Sajnálatos módon azonban a második műtét szövődményeként vállidegfonat-károsodás alakult ki, melynek tünetei tartósan jelentkeztek. A Kúria megállapította, hogy a felperes nem kapott az Eütv.-nek megfelelő, egyéniesített, részletes tájékoztatást, enélkül pedig nem rendelkezett kellő információval ahhoz, hogy hozzájáruljon a beavatkozáshoz, vagy visszautasítsa azt, ezáltal nem gyakorolhatta önrendelkezési jogát. Tájékozott beleegyezés hiányában az egészségügyi intézmény felel a műtét következtében kialakuló szövődményért is, amely a műtét elvégzése nélkül nem következett volna be (Kúria Pfv.22.569/2017/7.).

Egy másik vitás esetben az okozott problémát, hogy a beteg egy adott szövődmény kapcsán, mely nála sajnálatosan bekövetkezett, azt a tájékoztatást kapta a beavatkozás előtt, hogy tartós lehet ez az állapot, nála azonban maradandó egészségkárosodás alakult ki, amit nem említettek. A Kúria úgy foglalt állást, hogy az orvosnak a beteg aktuális állapotából kiindulva, a műtéti kockázatokról és várható szövődményekről olyan tájékoztatást kell nyújtania, amelynek eredményeként a beteg olyan helyzetbe kerül, amelyben önrendelkezési jogát gyakorolhatja. Ezt a követelményt kielégíti, ha a műtét lehetséges szövődményei között általánosságban a bénulás lehetőségét is megemlíti, *tájékoztatási kötelezettsége azonban nem terjedhet addig, hogy előzetesen „prognózist” adjon arról, hogy ez bizonyosan bekövetkezik-e* és ha igen, az milyen súlyosságú vagy időtartamú lesz (BH2013. 219.).^{viii}

Sajátos csoportot képezhetnek azok az esetek is, amelyekben azért sérül az önrendelkezéshez való jog, mert az egészségügyi *szolgáltató felróhatóan nem ismeri fel a magzat fogyatékoságát, és/vagy a terhes nőt nem tájékoztatja megfelelően*, emiatt pedig ő nem dönthet a terhessége megszakításáról. Régóta jelen vannak az ilyen típusú esetek az önrendelkezési jog megsértése kapcsán (Például: BH1998.380., Legfelsőbb Bíróság Pfv.III.20315/2009/5.), és a közelmúltban is elvi jelentőségű döntésekkel fejlődött a joggyakorlat e téren. A jogszabályi alapot a magzati élet védelméről szóló 1992. évi LXXIX. törvény (továbbiakban: Mvtv.) képezi, mely arról rendelkezik, hogy a terhesség a 12. hetéig szakítható meg, ha a magzat orvosiilag valószínűsíthetően *súlyos fogyatékoságban vagy egyéb károsodásban szenved*, a 20. hetéig – a diagnosztikus eljárás elhúzódása esetén 24. hetéig – szakítható meg, ha a *magzat genetikai, teratológiai ártalmának valószínűsége az 50%-ot eléri*. Azt, hogy a magzatnál fennáll olyan egészségügyi ok, mely a terhesség megszakítására alapot adhat, a genetikai tanácsadó, a prenatális diagnosztikai központ, illetve a szakmailag illetékes országos intézet által kijelölt kórház szülészeti-nőgyógyászati osztályai közül bármelyik kettőnek egy-egy szakorvosa egybehangzó véleménnyel állapítja meg, véleményeltérés, illetve terhességmegszakítást nem javasló orvosi döntés esetén pedig szakmai felülvizsgálatra van lehetőség (Mvtv. 12. § (2)-(3) bekezdés).

Nagyon jól szemlélteti ezeknek az eseteknek a lényegét az újabb joggyakorlatból származó példa, amelyben Down-szindrómás, súlyosan károsodott gyermek született. A Kúria úgy foglalt állást, hogy az egészségügyi szolgáltató felel a szülőknek azokért a káraiért, amelyek azért következtek be, mert a magzat genetikai rendellenességét nem ismerték fel. E felróható magatartás

következtében *az anya nem gyakorolhatta önrendelkezési jogát*, és emiatt súlyosan károsodott gyermeke született. Az önrendelkezési jog megsértésének következménye, hogy felmerülnek a gyermek felnevelési költségei, amelyek az orvosi hiba hiányában nem merültek volna fel, mert megfelelő tájékoztatás esetén az anya a törvényben biztosított jogával élve dönthetett volna a terhességmegszakításról (EBH2015. P.11.). Nagyon fontos, hogy *a terhességmegszakítás elvi lehetőségéről való tájékoztatási kötelezettség azokban az esetekben is kötelező, amikor az orvos álláspontja szerint nem állnak fenn a beavatkozás jogszabályban meghatározott feltételei* (Lásd: EBH2002. 747. és Kúria Pfv.21.981/2018/10.). Az orvos tájékoztatási kötelezettsége szélesebb körű, mint a magzati ártalom valószínűségének megítélése, tekintve, hogy a betegnek a terhességmegszakítást nem javasló orvosi vélemény esetén is *lehetősége van felülvizsgálatot kérni* (32/1992. (XII. 23.) NM rendelet a magzati élet védelméről szóló 1992. évi LXXIX. törvény végrehajtásáról 1. §).

Egy fontos példaként említhető eset, melyben a magzatnál a terhesség 20. hetében végzett genetikai tanácsadón dongalábát diagnosztizáltak, az anyát pedig arról tájékoztatták, hogy a rendellenesség szülés után korrigálható, így önmagában nem képezi terhességmegszakítás javallatát. A megszületett gyermeknél multiplex arthrogryposis betegséget diagnosztizáltak, többször végeztek rajta korrekciós műtétet a dongaláb miatt, a fejlesztő foglalkozások ellenére mozgáskorlátozott, mind az alsó, mind a felső végtagjainak mozgásterjedelme, funkciója csökkent, kerekesszékkal mobilizálható. A Kúria álláspontja alapján, ha az adott fejlődési rendellenesség genetikai vagy teratológiai ártalomnak minősül, és fennállásának valószínűsége az elvégzett vizsgálatok alapján eléri az 50%-ot, akkor nem vizsgálható, hogy az adott rendellenesség az élettel összeegyeztethetetlen-e, vagy hogy mekkora eséllyel korrigálható a szülést követően. Ebben az esetben az Mvtv. 6. § (3) bekezdése alapján a rendellenesség tényéről, annak mibenlétéről, a terhességmegszakítás jogszabályban biztosított lehetőségéről, és a szakmai felülvizsgálat igénybevételének a lehetőségéről a szülőket tájékoztatni kell, hogy az anya önrendelkezési jogával élve dönthessen az esetleges terhességmegszakításról (Kúria Pfv.21.981/2018/10.). *Az Mvtv. 6. § (3) nem az ártalom mértékét határozza meg 50%-ban, hanem úgy rendelkezik, hogy a terhesség – az adott időszakban – akkor szakítható meg, ha az ártalom valószínűsége éri el az 50%-ot* (Kúria Pfv.20.140/2022/6.). A jogszabályban megjelenő súlyos fogyatékoságnak, egyéb károsodásnak, genetikai, teratológiai ártalomnak nincsen egyértelmű definíciója, taxatív felsorolása, az alapjául szolgáló egészségi okokat az országos szakintézet

vagy kollégium módszertani útmutatói alapján kell megállapítani, ezért fontos a beteg tájékoztatása a terhességmegszakítás elvi lehetőségéről, és a felülvizsgálat lehetőségéről, a jogalkalmazás pedig a szabályozás szükségszerű hiányosságai miatt ingoványos talajon jár (Pribula, 2023, p. 12.).

Mindenképpen kiemelendő az említett esetcsoport joggyakorlatával kapcsolatban, hogy sokáig szétartó volt a bírói gyakorlat abban a tekintetben, hogy a terhesség megszakításához fűződő önrendelkezési jog sérelme által a fogyatékos gyermek születésével elnehezedett élethelyzetben mire terjed ki az egészségügyi szolgáltató kártérítési felelőssége. Az egyik álláspont szerint, amely megjelent az ítéletekben, a fogyatékos gyermek teljes felnevelési költségére, míg a másik nézőpont szerint csak az egészséges és a fogyatékos gyermek felnevelése közti különbözetre (Pribula, 2023, p. 12.). A Kúria a 2/2022. jogegységi határozatában pontot tett a kérdés végére azzal, hogy a szülők gyermek vállalása mellett döntöttek ezekben az esetekben is, szándékuk az egészséges gyermek felnevelésére irányult annak minden költségével, így a *szülők vagyoni kárként az egészséges gyermek felneveléséből eredő kiadásokon felül felmerült egészségkárosodásból fakadó többletköltségekre tarthatnak igényt.*

Érdekes, hogy bár a törvény a beleegyezés érvényességi kellékévé teszi a megfelelő tájékoztatást, a bírói gyakorlat nem a jognyilatkozat semmissége felől közelíti meg a kérdést, hanem az egészségügyi szolgáltató felróhatósága oldaláról, azt vizsgálja alapvetően, hogy az elvárható gondosságnak megfelelően történt-e a tájékoztatás, így a szolgáltató kimentheti-e magát a felróhatósági vélelem alól (EBH 2000.200.).^{ix}

A tartalmi kritériumok mellett adott esetben *formai előírásokkal* is számolni kell az érvényes beleegyezés körében. Ez nem tekinthető fő szabálynak, ugyanis általánosságban elmondható, hogy a beteg érvényes beleegyezéséhez elegendő, ha *szóban teszi meg, de akár az is, ha rántaló magatartást tanúsít*, és felfekszik a vizsgálóágyra, vagy éppen szabaddá teszi a karját a vérvételhez (Dósa, 2011, p. 574.). Vannak viszont olyan egészségügyi beavatkozások, amelyeknél a hozzájárulás *csak írásos formában* lesz érvényes, a következőkben erre hozunk fel néhány példát. Ilyen például az *invazív beavatkozásokhoz* való hozzájárulás. Az egészségügyi törvény alapján invazív a beteg testébe bőrön, nyálkahártyán vagy testnyíláson keresztül behatoló fizikai beavatkozás, eltekintve azoktól az esetektől, amelyek a beteg szempontjából elhanyagolható kockázatot jelentenek, így tehát egy vérvételnél például nem szükséges írásbeli nyilatkozat (Eütv. 3. § m)

bekezdés). A definíció ellenére több esetben nem egyértelmű, így a bíróságnak kell vizsgálnia, hogy az adott beavatkozás invazívnek tekinthető-e, míg az orrendoszkópiát például nem, addig a gastroscopiát, cystoscopiát, illetve a foghúzást invazív beavatkozásnak minősítette.^x (Hídvéginé Adorján – Sáriné Simkó, 2012, p. 60.). Bizonytalan esetben célszerű lehet írásos nyilatkozatot kérni, mert az nem probléma, ha olyan esetben történik írásban a beleegyezés, amikor ez nem volt nélkülözhetetlen, a fordítottja viszont már eredményezhet jogvitát, ahogyan az a következő példa alapján is látható (Kovácsy, 2009, p. 428.). A bíróság megállapította, hogy önmagában az az adminisztratív mulasztás, hogy nem történt írásos beleegyezés invazív beavatkozásnál, nem alapozza meg az egészségügyi szolgáltató felelősségét. A hozzájárulás alakisági szabályainak célja annak dokumentálása, hogy a beteg a beavatkozáshoz a beleegyezését megadta-e. E szabályok megsértésének, valamint a szakmai szabályszegéseknek és mulasztásoknak annyiban van jelentősége, amennyiben a betegnél kialakult egészségkárosodással okozati összefüggésbe hozhatók és ezeket nem a jogellenesség, hanem a felróhatóság alóli kimentés körében értékeli a bíróság (Kúria Pfv. 21.157/2015/3).

Írásbeli beleegyezést kíván meg a fentiekén túl a törvény *pszichiátriai betegek esetén az önkéntes gyógykezeléshez való hozzájáruláshoz* (Eütv. 15. § (5) és Eütv. 197. §),^{xi} vagy éppen olyankor, amikor a betegből valamely beavatkozás során életében *sejtet, sejtalkotórészt, szövetet, szervet, testrészt távolítanak el, és ezt nem semmisítik meg a szokásos módon, hanem felhasználják, például oktatási célra* (Eütv. 19. § (1) bekezdés). Míg az életünkben eltávolított sejtjeinket, szöveteinket, szerveinket az előbbieknél megfelelően kifejezett írásbeli hozzájárulásunk nélkül nem használhatják fel, csak megsemmisíthetik, a szabályozás éppen ellentétes a holttest esetében. A halottból átültetés céljából szervet és szövetet csak akkor nem lehet eltávolítani, ha az ellen az elhunyt életében kifejezetten, írásbeli nyilatkozat formájában tiltakozott (Eütv. 211. §). Tekintve, hogy sokan nem ismerik az ezzel kapcsolatos jogi szabályozást és nem tesznek ilyen írásos nyilatkozatot, a gyakorlat – mondhatni contra legem – az, hogy a hozzátartozókat kérdezik meg, ők hoznak döntést ezzel kapcsolatban^{xii} (Hídvéginé Adorján – Sáriné Simkó, 2012, p. 60.). Ugyancsak írásbeli beleegyező nyilatkozatot kíván meg az Eütv. például *az emberi reprodukcióra irányuló eljárásban, a művi meddővé tételhez, vagy akár az embrió adományozásához is* (Eütv. 168. § (4), 184. § és 176. §).

Az okiratoknak többféle típusát különböztetjük meg, így beszélhetünk egyszerű magánokiratról, teljes bizonyító erejű magánokiratról (Pp. 325. §), valamint közokiratról (Pp. 323. §), mely utóbbi kettőt minősített okiratnak is nevezhetjük. Ezeket a fogalmakat az Eütv. használja, de nem definiálja, így a 2016. évi CXXX. törvény a polgári perrendtartásról (továbbiakban: Pp.) rendelkezéseit tekintjük irányadónak. A felsorolt okirat típusok közül a beavatkozásokhoz történő beleegyezéshez legtöbb esetben elegendő az egyszerű magánokirat,^{xiii} amely olyan magánokirat, ami nem felel meg a teljes bizonyító erejű magánokirat formai követelményeinek (Pp. 326. §). Tipikusan ilyen például egy nyomtatott okirat, amelyet a beleegyezésre jogosult aláír. Abban az esetben, ha a beteg olyan állapotban van, hogy nem tud írni, de a megfelelő belátási képességgel rendelkezik, így gyakorolhatja önrendelkezési jogát, invazív beavatkozáshoz, vagy az önkéntes gyógykezelésbe vételhez az írásbeli nyilatkozat helyett megfelel a szóban vagy ráutaló magatartással két tanú jelenlétében megtett nyilatkozata is (Eütv. 15. § (5) bekezdés).

3. Az önrendelkezési jog korlátai

Ahogy más betegjog, úgy az önrendelkezési jog sem korlátlan. Viszont fontos, hogy mivel alkotmányos alapokon nyugszik, lényeges tartalma nem, egyébként pedig csak törvényi szinten meghatározott esetekben és módon korlátozható. (Eütv. 15. § (1) és Hídvéginé Adorján – Sáriné Simkó – Ohár, 2020, p. 170.). E betegjog általános korlátjaként is a páciens kötelezettségei között szabályozottakat hozhatjuk fel, azaz *a jog gyakorlása során tiszteletben kell tartani egyrészt a vonatkozó jogszabályokat és az egészségügyi szolgáltató működési rendjét* (Eütv. 26. § (1) bekezdés), *másrészt az egészségügyi dolgozók törvényben foglalt jogait, illetve más betegek jogait is* (Eütv. 27. § (1)-(2) bekezdés).

Fentebb említettük, hogy a beteg a beleegyezését bármikor, alaki kötöttség nélkül visszavonhatja. Meglátásom szerint az is a jog korlátjaként értelmezhető, hogy *a beleegyezés alapos ok nélküli visszavonása esetén kötelezhető az ennek következtében felmerült és indokolt költségek megtérítésére*. Ennek alkalmazása jöhet szóba például olyan esetben, amikor egyedileg, kifejezetten az adott személynek gyártott implantátum beültetése a műtét tárgya (Pogány, 2007, p. 62.). Megteheti ilyen esetben is, hogy utóbb máshogy dönt, mégsem vállalja a beavatkozást, de a költségek megtérítésének a kötelezettségével számolnia kell, amennyiben alapos ok nélkül történik a beleegyezés visszavonása. Ugyanakkor az alapos ok meghatározását a

jogszabály nem részletezi, de arra tekintettel, hogy az orvosi beavatkozás az élethez, testi épséghez, egészséghez való jogot érinti, mindenképp tágan értelmezendő az alapos ok fogalma (Dósa – Hanti – Kovácsy, 2016, p. 51.).

Az önrendelkezéshez való jog tartalmának meghatározásakor a kiindulópontunk az volt, hogy bármely egészségügyi beavatkozás elvégzésének feltétele, hogy ahhoz a beteg érvényes formában és tartalommal beleegyezését adja. Lényeges, hogy ez csak a fő szabály, ami alól az egészségügyi törvény megjeleníthet kivételeket is. A továbbiakban ezekkel az önrendelkezési jogot érintő korlátozásokkal foglalkozunk, így a vélelmezett beleegyezéssel, a beleegyezés nélkül elvégezhető beavatkozásokkal, illetve az invazív beavatkozások kiterjesztésének kérdéseivel.

Az önrendelkezési jog egyik nevesített korlátját jelentik azok a helyzetek, amikor a törvény *vélelmezi a beleegyezés megadását*, azaz ilyenkor annak ellenére is jogszerűen végezhető el a beavatkozás, ha sem a beteg, sem más nem adta ahhoz hozzájárulását. A beleegyezési vélelem több feltétel együttállása esetén alkalmazható (Lomnici, 2007, p. 183.). Az egyik feltétel, hogy a *beteg maga nincsen olyan állapotban*, hogy beleegyezését tudja adni a beavatkozáshoz. Ilyenkor, ahogy látni fogjuk a következő fejezetben, fő szabályként értesíteni kell a beteg által meghatalmazott helyettes döntéshozót, amennyiben ilyen személy nincsen, akkor invazív beavatkozás esetére a törvény jelöli meg a helyettes döntéshozók körét, akik közül valakinek beleegyezést kell adnia. Lehet azonban olyan helyzet, és ez a második konjunktív feltétel, hogy a *meghatalmazott vagy törvényes helyettes döntéshozóké nyilatkozatának beszerzése kétsédelemmel járna*. Ez nem azt jelenti, hogy ilyenkor meg sem kell próbálni beszerezni a hozzájárulást, meg kell kísérelni elérni a nyilatkozattételre jogosult személyt, ha ez sikertelen, akkor lehet vélelmezni a beleegyezést (Kószegfalvi, 2001, p. 58.). Amennyiben invazív beavatkozásról van szó, van egy harmadik feltétel is, ilyen típusú beavatkozáshoz ugyanis csak akkor vélelmezhető a beleegyezés, ha a kétsélem, amivel a helyettes döntéshozók nyilatkozatának beszerzése járna, a *beteg egészségi állapotának súlyos, vagy maradandó károsodásához vezetne* (Eütv. 17. § (1) b) pont).

Az önrendelkezési jog legerősebb, abszolút jogi korlátozását jelentik azok a helyzetek, amikor *egyáltalán nincsen szükség beleegyezésre a beavatkozás jogszerű elvégzéséhez*, sem a betegtől, sem mástól, ugyanakkor a lehetőségekhez képest a beteget ilyenkor is megilleti a tájékoztatás joga. A törvény egyrésztől ilyenként jelöli meg azokat az eseteket, amikor a páciens közvetlen *életveszélyben van*, és

mindent megelőző az a szempont, hogy gyorsan segítséget kapjon. Megjegyezzük, hogy speciális helyzetekben életmentő beavatkozást sem kell, illetve nem lehet elvégezni, amennyiben a jogszabályi feltételeknek megfelelő beteg, több lépcsős eljárásrendben, szigorú formai követelmények mellett, érvényesen visszautasította azt (Eütv. 20-23. §).^{xiv}

Az önrendelkezési jog teljes korlátozásának másik jogszabályban nevesített esete, amikor *mások életének, egészségének a védelméről van szó*, a beavatkozás vagy intézkedés elmaradása ezt súlyosan veszélyeztetné. Gondoljunk ebben a körben például a *kötelező járványügyi intézkedésekre*, melyek alkalmazásához nincsen szükség az érintett beleegyezésére (Eütv. 56. § (3) bekezdés). Egy járványügyi érdekből végzett szűrővizsgálat, járványügyi megfigyelés, vagy éppen hatósági házi karantén esetében, de bármely járványügyi intézkedést említhetnénk, az egyén önrendelkezési jogával szemben a közösségi érdek kerül előtérbe.

Emellett említhetjük ebben a kategóriában a *pszichiátriai betegek sürgősségi gyógykezelését*, vagy kötelező gyógykezelését. Sürgősségi gyógykezelésre az adhat alapot, ha a beteg közvetlen veszélyeztető magatartást tanúsít, és ez csak azonnali pszichiátriai intézeti gyógykezelésbe vétellel hárítható el (Eütv. 199. § (1) bekezdés).^{xv} Kötelező gyógykezelés pedig akkor indokolt, ha veszélyeztető magatartást tanúsít, de sürgősségi gyógykezelése nem indokolt (Eütv. 200. § (1) bekezdés).^{xvi} Amíg a páciens veszélyeztető, közvetlen veszélyeztető magatartása fennáll, el lehet tekinteni a beteg beleegyezésétől az ezek elhárítását célzó korlátozások tekintetében (Eütv. 191. § (1) bekezdés).

A törvény felhívja a figyelmet egy speciális esetkörre, a *24. hetet betöltött magzatot* ugyanis kiemeli a „mások” halmazból és kifejezetten nevesíti. Azaz amennyiben várandós nőről van szó, és egy beavatkozás elmaradása miatt a 24. hetet betöltött magzata élete, testi épsége súlyos veszélybe kerülne, nem kell az anyától beleegyezést kérni, vagy a másik oldalról megközelítve, nem utasíthatja vissza az anya a beavatkozást (Kaszás, 2013, p. 220.). Ez alapján a 24. hetet betöltött magzat életének, testi épségének a védelme érdekében az anya önrendelkezési joga már abszolút korlátozás alá esik. Az, hogy egyáltalán a terhesség bármely szakaszában elsőbbséget élvez az anyai önrendelkezés, például jogszabályban meghatározott feltételekkel és időkorlátok között kérheti a terhesség megszakítását, a 24. hétig akár olyan beavatkozást is elutasíthat, aminek elmaradása következtében a magzat élete, testi épsége súlyos veszélybe kerül, olyan módon lehetséges, hogy a magzatot a jog nem tekinti jogalanynak,

embernek. Ezáltal az élethez való jog nem alanyi jogként illeti meg, hanem az államnak van egy életvédelmi kötelezettsége az irányába, ami viszont nem abszolút, így képzelhető el a terhesség meghatározott szakaszában az anyai önrendelkezéshez való jog elsődlegessége.^{xviii} Érdekes ebben a körben a napjainkban kifejezetten gyakorivá váló császármetszéssel kapcsolatos önrendelkezési jog kérdésköre, mert több olyan eset merülhet fel, amikor az önrendelkezési jog korlátozott. A preventív, orvosi célból elrendelt császármetszésnél, amikor előre ismert a beavatkozás ténye, egyértelműen szükséges az írásos beleegyezés (Ungváry, 2023, p. 10.). Akkor viszont, amikor a szülés folyamán lép fel olyan körülmény, amely miatt indokolt a beavatkozás, már másabb lehet a helyzet. Ha a császármetszés elmaradása miatt a 24. hetet betöltött magzat egészsége, testi épsége kerülne súlyos veszélybe, a fent kifejtettek szerint nem szükséges az anya beleegyezése, azt nem utasíthatja el. Amennyiben anyai veszélyeztetettség áll fenn, csak közvetlen életveszély esetén engedi mellőzni a törvény a beleegyezést, a sürgős szükséglet, ami a közvetlen életveszélyt megelőző állapot (Eütv. 3. § i) pont), nem sorolja a kivételek közé. Végezetül felmerülnek az önrendelkezési jog korlátai császármetszés kapcsán azokban az esetekben is, amikor az anya az, aki kifejezetten kéri, szeretné a beavatkozást. Amennyiben a beteg vizsgálata alapján megállapítást nyer, hogy a beteg által kért ellátás jogszabályba vagy szakmai szabályba ütközik, az orvos az ellátást megtagadja (Eütv. 131. § (4)). Az orvost megilleti a vizsgálati és terápiás módszer megválasztása, azonban egy-egy beavatkozás alkalmazhatóságának feltétele, hogy annak kockázata kisebb legyen az elmaradással járó kockázatnál, és a kockázatvállalásra alapos ok legyen (Eütv. 129. § (2) b) pont). Tehát a nő kérése önmagában nem elegendő indok a műtét elvégzésére, hiszen a betegnek kizárólag az ellátásához szükséges, szakmailag indokolt beavatkozások végezhetők el (Eütv. 10. § (2)).

Az önrendelkezési jog harmadik nevesített korlátja a *beleegyezés kiterjesztésének lehetősége*. Itt arról van szó, hogy az invazív beavatkozás során felmerülő körülmények alapján a beavatkozást ki kellene terjeszteni a tervezetthez képest, azaz olyan beavatkozást is el kellene végezni, ami nem volt előre látható, így amire a beleegyezés nem terjedt ki eredetileg. Fő szabályként ilyenkor nincsen lehetőség a beteg beleegyezése nélkül a beavatkozás elvégzésére, szükséges a hozzájárulását kérni. Két kivételes esetben azonban megengedett a beleegyezés kiterjesztése és a további szükséges beavatkozás elvégzése hozzájárulás nélkül is. Az egyik értelemszerűen a *sürgős szükség*, ami az egészségi állapotban bekövetkezett olyan változást jelenti, amelynek következtében azonnali egészségügyi ellátás hiányában

a beteg közvetlen életveszélybe kerülne, illetve súlyos vagy maradandó egészségkárosodást szenvedne (Eütv. 3. § i) pont). A másik ennél már jóval kevésbé egyértelmű helyzet, amit akként határoz meg a törvény, hogy *a beteg számára aránytalanul súlyos terhet jelentene a beavatkozás elmaradása*. Azt, hogy mi jelent az aránytalanul súlyos teher, nem határozza meg a jogszabály, így tehát esetről esetre történő mérlegeléssel kell döntenie. Még inkább speciális a helyzet akkor, ha a kiterjesztés eredményeként valamely szervét, testrészét, vagy ezek funkcióját vesztené el a páciens, mert erre csak az előbb említett aránytalanul súlyos teher, vagy a már közvetlen életveszélyes állapot adhat alapot.

A kiterjesztéssel érintett esetek bizonyos körének áthidalásában az a megoldás is segíthet, ha az orvos előre felhívja a beteg figyelmét arra, hogy az adott beavatkozással leggyakrabban annak milyen irányú kiterjesztése válhat szükségessé, ezekről előzetesen tájékoztatja és beleegyezését kéri, így nem áll elő a fenti helyzet. Természetesen ez nem jelentheti egy általános, beavatkozás kiterjesztéshez szükséges nyilatkozat megtételét, mert ez esetben nincsen meg a megfelelő tájékoztatás az egyes lehetőségekkel kapcsolatban. És nyilvánvalóan a váratlan, ritkán előforduló helyzetekre sem jelenthet megoldást (Kőszegfalvi, 2001, p. 60).

A beavatkozás kiterjesztésének jogszerűségét illetően a bíróságok is számtalan esetben állást foglaltak, egyes helyzetekben jogszerűnek, míg más körülmények alapján jogellenesnek ítélték meg a kiterjesztéssel kapcsolatos orvosi döntést. Abban az esetben például, amikor egy gyomortükrözéses eljárásban talált eltérés eltávolítása érdekében végzett műtét során végül az egész gyomor eltávolítására sor került, megfelelőnek találta a beavatkozás kiterjesztéséről való a döntést a Kúria (Kúria Pfv.21.447/2019/6.). A teljes gyomrot amiatt távolították el az alperes orvosai, mert feltárást követően a gyorsfagyasztásos eljárással végzett kórszöveti vizsgálat eredménye rosszindulatú daganatsejtek jelenlétét igazolta. A gyomor teljes elvesztésével járó műtét beleegyezés hiányában az Eütv. szerint csak akkor elvégezhető, ha annak elmaradása a beteg számára aránytalanul súlyos terhet jelent, vagy közvetlen életveszélyben van. Közvetlen életveszély fennállását a szakvélemény cáfolta, viszont azt megállapította, hogy a *kétszeres műtéti terhelés, kétszeres várható szövődmény, figyelemmel az érintett betegségeire, aránytalanul súlyos terhet jelentett volna, így a beavatkozás kiterjesztése jogszerű volt*. Ugyanakkor történt egy diagnosztikus tévedés is ebben az esetben, az eltávolítás után végzett szövettani vizsgálatok alapján kiderült, hogy nem lett volna szükség a gyomor eltávolítására, de a diagnosztikus tévedést az önrendelkezéshez való jogtól függetlenül vizsgálta

a bíróság. A beteg önrendelkezési joga nem sérült, ugyanakkor az egészségügyi szolgáltató nem az elvárható gondossággal járt el a diagnózis felállítása során, így a kártérítési felelőssége fennállt.

Egy másik esetben szintén jogszerűnek minősítette az etikai bizottság, majd végső fokon a Kúria a beavatkozás kiterjesztését. A beteg mitrális billentyűmegtartó műtéten esett át, melynek során a műtétet végző orvosok azt állapították meg, hogy a sérült mellimplantátumából a szöveten keresztül szilikon csorog a bal szívpitvarba. *A páciens életének megmentése érdekében gondoskodtak a sérült implantátum eltávolításáról, mely kiterjesztett beavatkozást az életveszélyes állapot egyértelműen indokolta.* Ugyanakkor felkértek egy plasztikai sebészt, hogy helyezzen be egy új implantátumot, ami már nem az életveszélyes állapot elhárításáról szólt, és amely miatt a beavatkozást végző orvos ellen etikai eljárást indítottak. Megállapítható volt, hogy a beteg a műtét során olyan helyzetbe került, hogy az új implantátum minden többlet-trauma nélkül behelyezhető volt, ezzel szemben, ha ez elmarad, újabb műtéti beavatkozásra lett volna szükség, annak minden terhével, kockázatával. Ennek megfelelően helytállóan hivatkozott az alperes arra, hogy a beavatkozás bejegyzés nélküli elvégzését indokolhatja az is, ha annak elmaradása a beteg számára aránytalanul súlyos terhet jelentene. Teljesen elfogadható, életszerű és logikus következtetésen alapult az alperesi érdekelt arra vonatkozó nyilatkozata, hogy amennyiben a műtétet a régi implantátum kivétele és a kifolyt szilikon eltávolítása után leállítja, akkor ez a továbbiakban a beteg számára különösen súlyos traumát jelentett volna, mindezekon túl újabb műtétnek kellett volna magát alávetnie (Kúria Kf.39.095/2020/5.).

Nem értékelte megfelelőnek viszont a beavatkozás kiterjesztését a bíróság abban az esetben, amikor a felperes és az alperes között szerződés jött létre szeméremtáji plasztika elvégzésére. A beavatkozás arra irányult, hogy az alperes a felperes kisajkában pigmentálódott lelógó részeket eltávolítja azzal, hogy a kisajkak alsó része kisebb lesz, felső részeit azonban a beavatkozás nem fogja érinteni. Az alperes a műtét során a baloldali kisajkát teljesen eltávolította, míg a jobboldali részlegesen csonkolta. A műtét következtében a kisajkak területén aszimmetria alakult ki, a húgycsőnyílás és a hüvelybemenet részlegesen fedetlenné vált. A szeméremtáji területen érzészavar alakult ki, esztétikai és funkcionális zavart okozó károsodás következett be. Az alperes az orvosi beavatkozás során nem tett eleget az előírt gondossági követelményeknek azzal, hogy *a műtétet a felek megállapodásán túlmenően, orvosi indikáció nélkül kiterjesztette*, ezzel megsértve a felperes önrendelkezéshez való jogát (Kúria Pfv.20.753/2011/7.).

4. Az önrendelkezési jog gyakorlása

Az önrendelkezési jog kapcsán kiemelten fontos annak áttekintése, hogy az egyes cselekvőképességi kategóriákhoz tartozó érintettek esetén ki jogosult döntéseket hozni az egészségügyi beavatkozásokat érintően. A cselekvőképesség érvényes jognyilatkozat-tételi képességet jelent: a cselekvőképes személy saját akaratából és saját nevében jogokat szerezhet és kötelezettségeket vállalhat (Méhes, Varga, 2021, p. 13.). A cselekvőképesség fogalmát, kategóriáit az Eütv. használja, de azokat nem definiálja, így a 2013. évi V. törvény a Polgári Törvénykönyvről (továbbiakban: Ptk.) vonatkozó szabályrendszerét tekintjük irányadónak (Fridli, 2001, p. 105.).

Főszabályként a *cselekvőképes* beteg maga hoz döntéseket az egészségügyi beavatkozásaival kapcsolatban.^{xviii} Amennyiben a támogatott döntéshozatalról szóló, 2013. évi CLV. törvény szerinti *támogatója van* az egészségügyi ellátással összefüggő döntések tekintetében, a beteg kérelmére biztosítani kell, hogy a támogató a beleegyezés megadása során jelen lehessen, azzal kapcsolatban a beteggel egyeztethessen, de jelenlétének hiánya nem teszi érvénytelenné a beleegyezést (Eütv. 15. § (3a) bekezdés; Kőrösi, 2017, p. 90.). A cselekvőképes páciens dönthet úgy is, hogy közokiratban, teljes bizonyító erejű magánokiratban vagy – írásképtelensége esetén – két tanú együttes jelenlétében megtett nyilatkozattal megnevezi azt a cselekvőképes személyt, aki jogosult helyette a beleegyezés jogát gyakorolni, azaz helyettes döntéshozót nevezhet (meghatalmazott helyettes döntéshozó) (Eütv. 16. § (1) bekezdés). Ezzel párhuzamosan vagy ettől függetlenül pedig nyilatkozatával ki is zárhat személyeket az önrendelkezési jog nevében történő gyakorlásából. A *helyettes döntéshozónak* akkor is kulcsszerep jut, ha a beteg elvesztené cselekvőképességét, ilyenkor ugyanis ő lesz az első a törvényi sorrendben, aki gyakorolhatja a beteg képviselőjében a beleegyezés jogát. Nagyon fontos hangsúlyozni, hogy a helyettes döntéshozó megnevezésének lehetősége a cselekvőképes személyek mellett megilleti az egyébként jogilag korlátozottan cselekvőképesnek tekinthető, 16. életévüket betöltött kiskorúakat is (Eütv. 16. § (6) bekezdés).^{xix} Az önrendelkezési jog bővítésével kapcsolatos áttörést ebben a körben a 36/2000. (X. 27.) AB határozat hozta meg, amely alkotmányellenesnek nyilvánította azt a törvényi szabályozást, ami nem tett különbséget a korlátozottan cselekvőképes és a cselekvőképtelen személyek között az egészségügyi ellátásokba történő beleegyezés, az ellátás visszautasítása kapcsán. Az Alkotmánybíróság megítélése

szerint a korlátozottan cselekvőképes betegek beleegyezési és visszautasítási jogát a cselekvőképtelen és a cselekvőképes betegek vonatkozó szabályok közötti „tartományban” volt szükséges rendezni, tekintve, hogy a belátási képesség diszfunkciója sem azonos mértékű (Barzó, 2015, p. 11.).

A Ptk. szabályai szerint *cselekvőképtelen* személyek – minimális kivételtől eltekintve, melybe nem tartozik bele az egészségügyi ellátáshoz való hozzájárulás –, nem tehetnek önállóan, érvényesen jognyilatkozatot (Ptk. 2:22. § (1) és 2:14. § (1) bekezdés). Így a nevükben az Eütv. által meghatározott személyi kör adhat beleegyezést. Egy többlépcsős rendszert jelenít meg ebben a körben a jogszabály, mely nemcsak az önrendelkezési jogra, hanem az egyes ellátások visszautasítására, illetve a tájékoztatásra is vonatkozik. Ha a beteg cselekvőképtelen, elsősorban a fentebb említett, még cselekvőképesen megnevezett, meghatalmazott *helyettes döntéshozó* gyakorolja a nevében az önrendelkezési jogot.^{xx} A beteg által megnevezett helyettes döntéshozó beleegyezését valamennyi egészségügyi beavatkozáshoz (invazív és nem invazív) ki kell kérni. Amennyiben nincsen meghatalmazott helyettes döntéshozója a betegnek, az Eütv. nevezi meg a törvényes helyettes döntéshozókat, akik közül a nyilatkozattételre jogosultak sorában az első helyen a *törvényes képviselő* áll. Nem minden cselekvőképtelen személynek van viszont törvényes képviselője, gondoljunk például az állapot-cselekvőképtelenségre, vagy akár olyan személyre, akinek bár tartósan, teljesen hiányzik a belátási képessége, de nem indult meg a gondnokság alá helyezési eljárása (Sáriné Simkó, 2019, p. 11.). Amennyiben törvényes képviselő nincsen, vagy nem érhető el, elsősorban meghatározott a beteggel *egy háztartásban élő*, cselekvőképes hozzátartozók jogosultak az önrendelkezési jog gyakorlására a törvényben meghatározott sorrendben,^{xxi} ha ilyen hozzátartozó sincs, vagy nem elérhető, akkor a *nem egy háztartásban élő* cselekvőképes hozzátartozók meghatározott sorrendben (Eütv. 16. § (2) c pont).^{xxii} Lényeges különbség a beteg által megjelölt helyettes döntéshozókhoz képest, akinek a beleegyezését valamennyi ellátás esetén kell kérni, hogy a törvényes helyettes döntéshozók csak korlátok között gyakorolják a beteg nevében az önrendelkezési jogot. Az egyik korlát, hogy *nem kell a beleegyezésüket kérni minden egészségügyi beavatkozáshoz, csak az invazív (Eütv. 3. § m) pont)*^{xxiii} beavatkozásokhoz. Az invazívnak nem minősülő beavatkozások esetén a korábbi évek paternalista szemlélete köszön vissza. Ilyen esetekben gyakorlatilag az orvos mérlegel és dönt a beteg nevében, mivel a páciens maga a belátási képességének hiánya miatt nem tud, a jogszabály pedig a törvényes helyettes döntéshozók beleegyezését nem követeli meg. Másrészt a

törvény védi a beteg érdekeit azáltal is, hogy a hozzátartozók által az invazív beavatkozáshoz adott hozzájárulás a fölmerülő kockázatoktól eltekintve *nem érintheti hátrányosan a beteg egészségi állapotát*, így különösen nem vezethet súlyos vagy maradandó egészségkárosodáshoz (Eütv. 16. § (4) bekezdés). Tehát a hozzátartozók nem hozhatnak olyan döntést, ami a beteg számára a kezelőorvos szerint hátrányos, így az invazív beavatkozások kapcsán is kiemelten fontos szerephez jut az orvos mérlegelése, adott esetben felülbíráhatja a hozzátartozók döntését (Dósa – Hanti – Kovácsy, 2016, p. 55.). Abban az esetben pedig, ha több, egy sorban nyilatkozattételre jogosult helyettes döntéshozó van, és ők *ellentétes nyilatkozatot tesznek*, a beteg egészségi állapotát várhatóan legkedvezőbben befolyásoló döntést kell figyelembe venni, azaz itt is a kezelőorvos szava lesz a döntő végső fokon (Hídvéginé Adorján – Sáriné Simkó, 2019, p. 47.). Lényeges, hogy amennyiben a beteg a cselekvőképességét visszanyeri, a hozzátartozó nyilatkozatáról őt haladéktalanul tájékoztatni kell (Eütv. 16. § (4) bekezdés), és az is fontos szabály, hogy a cselekvőképtelen beteg véleményét is figyelembe kell venni a szakmailag lehetséges mértékig.

Felmerül a kérdés, hogy indokolt-e különbséget tenni a meghatalmazott helyettes döntéshozó és a törvényes helyettes döntéshozó jogai között? Utóbbiaknak csak az invazív beavatkozásokhoz kell hozzájárulnia, illetve a kezelőorvos is felülbíráhatja végső fokon a döntését. Meglátásom szerint a különbségtétel amiatt lehet indokolt, mert a meghatalmazott helyettes döntéshozó személyéről maga a cselekvőképes beteg döntött, ő jelölte ki, míg azt a kört, akiket a törvény nevez meg, senki nem választhatja. Optimális esetben persze a felsorolt hozzátartozók is megfelelően tudják képviselni a páciens érdekeit, de a fenti gondolatmenettel alátámasztható a jogalkotó döntése.

A harmadik cselekvőképességi kategória a *korlátozottan cselekvőképes* betegek köre. Fontos különbség a cselekvőképtelenekhez képest, hogy a korlátozottan cselekvőképesek jognyilatkozatai már nem semmisek általánosságban, hanem a törvényes képviselő beleegyezésével vagy utólagos jóváhagyásával érvényesek (Ptk. 2:12. § (1) és 2:20. § (1) bekezdés). Azaz esetükben az önrendelkezési jog gyakorlásához mind a páciens, mind a törvényes képviselő jognyilatkozata szükséges lehet. Lényeges eltérés van viszont a kiskorú és a nagykorú korlátozottan cselekvőképesek között abban a tekintetben, hogy a kiskorú nevében a törvényes képviselő általánosságban jogosult önállóan is jognyilatkozatot tenni.^{xxiv} Így van ez az egészségügyi jognyilatkozatokkal is, megteheti őket önállóan (Kovácsy, 2009, p. 440.). Ugyanakkor itt is

hangsúlyozandó, hogy a 16. életévét betöltött, cselekvőképességében részlegesen korlátozott kiskorúnak is lehet általa választott helyettes döntéshozója, aki jogosult a nevében az egészségügyi ellátásba történő beleegyezés jogát gyakorolni a törvényes képviselőt megelőzve a sorban. Cselekvőképességükben részlegesen korlátozott nagykorúak esetén viszont a törvényes képviselő csak kivételesen tehet a gondnokolt nevében önállóan jognyilatkozatot, csak akkor, ha a károsodástól való megóvása érdekében azonnali intézkedésre van szükség (Ptk. 2:20. § (4) bekezdés). További különbség a kiskorúak és a cselekvőképességükben részlegesen korlátozott nagykorúak tekintetében, hogy kiskorúak esetén ügycsoportok nincsenek, a cselekvőképesség részleges korlátozottsága általános, a nagykorúak viszont azokban az ügycsoportokban, melyekre nem terjed ki a cselekvőképességük korlátozása önállóan, érvényesen is tehetnek jognyilatkozatot. Így ha a gondnokság alá helyező határozatban nem szerepelnek az egészségügyi ellátással összefüggő döntések, azokat maguk hozhatják meg.

Amennyiben a korlátozottan cselekvőképes személy nevében az önrendelkezési jogot törvényes képviselője, vagy meghatalmazott helyettes döntéshozója gyakorolja, hozzájárulásukat csak az invazív beavatkozások esetén szükséges kérni, és döntésük nem érintheti hátrányosan a páciens egészségi állapotát (Eütv. 16. § (7) bekezdés). Ezáltal a kezelőorvosnak itt is szélesebb döntési jogkör jut a törvény általános szellemisége által megengedethez képest. Azaz visszaköszönnek a cselekvőképteleneknél a törvényes helyettes döntéshozókra érvényes korlátok. Ami érdekes, hogy itt a jogalkotó nemcsak a törvényes képviselő, hanem a beteg által meghatalmazott helyettes döntéshozó jogait is korlátozza, akinek a jogköre cselekvőképtelen személyek esetén nem esik korlátozás alá. Itt is érvényesül az a kíváncsi, hogy a cselekvőképességében részlegesen korlátozott személy véleményét is figyelembe kell venni a szakmailag lehetséges mértékig.

Érdekes kérdés, hogy olyankor, ha a beteg nem maga egyezik bele egy beavatkozásba, vagy nem maga utasítja vissza, hanem helyettes döntéshozó, az az önrendelkezési joga átrubázását jelenti-e? Az Eütv. az önrendelkezési jog helyette történő gyakorlásának nevez minden ilyen esetet. Az Alkotmánybíróság álláspontja szerint az önrendelkezési jog, mint az emberi méltóságból fakadó cselekvési autonómia kifejeződése személyhez kötött. Amikor az egyéni cselekvési autonómia körébe tartozóan a jog más személy fellépését intézményesíti, nem az önrendelkezési jogot „rubázza át” másra. A „helyette történő joggyakorlás” az önrendelkezési jog egyidejű törvényi korlátozása mellett biztosít másnak

döntési lehetőséget. Alkotmányossági szempontból így arról van szó, hogy a korlátozottan cselekvőképes, illetve cselekvőképtelen betegek tekintetében – míg ez az állapot fennáll – az önrendelkezési jog érvényesülését a törvényi szabályozás nem teszi lehetővé, a beteg helyett törvényes képviselője, vagy az erre feljogosított más személy jár el (36/2000. (X. 27.) AB határozat III. pont). A képviselőt ellátó személynek az a feladata, hogy a beteg értékrendjét, korábbi megnyilatkozásait, magatartását alapul véve döntsön a kezeléssel, beavatkozással kapcsolatban (Fridli, 2001, p. 111.).

Összegzés

Az egészségügyi törvényben megjelenő kilenc betegjog közül az önrendelkezéshez való jog kulcsfontosságúnak tekinthető az átalakult, mellérendeltté vált orvos-beteg kapcsolat tekintetében. A gyakorlatban ugyanis a tájékoztatással szorosan összefonódva segíti a betegeket abban, hogy a különböző egészségügyi beavatkozásokhoz megfelelő informáltság birtokában, így valós döntési helyzetbe kerülve adhassanak hozzájárulást.

A tanulmány megírásának célja, hogy komplex vizsgálat alá vonjuk a legszűkebb értelemben vett önrendelkezéshez való jogot. A jog törvényi tartalmán és értelmezésén, valamint a jog alapvető lényegével kapcsolatos, ma is érvényes korábbi alkotmánybírói alapokon túl igyekeztünk elsősorban az újabb, utóbbi néhány év ítélkezési gyakorlatából példákat említeni, és az ezekben szereplő jelentősebb megállapításokat megjeleníteni. A téma pontos lehatárolását követően áttekintettük az önrendelkezési jog központi elemének tekinthető, egészségügyi beavatkozáshoz történő hozzájárulás érvényességéhez szükséges tartalmi és formai követelményeket, joggyakorlatból vett példákkal is alátámasztva. Ezt követően a jog korlátaival foglalkoztunk, melyek közül a legfontosabbak azok az esetek, amikor nincsen szükség a beteg beleegyezésére, vagy azt vélelmezni kell, illetve kérdéseket vetnek fel a gyakorlatban a beavatkozás kiterjesztésével kapcsolatos esetek is. Tekintve, hogy az emberek a polgári jog szabályai szerint nemcsak teljes belátási képességgel rendelkező, cselekvőképes személyek lehetnek, hanem vannak korlátozottan cselekvőképesek és cselekvőképtelenek is, megkerülhetetlen annak az áttekintése, hogy ki gyakorolja az egyes cselekvőképességi kategóriák esetén a beleegyezés jogát, illetve az egyes helyettes döntéshozói kategóriák esetén milyen különbségekkel, korlátozásokkal találkozhatunk.

Összességében elmondható, hogy a beteg önrendelkezéshez való jogának vizsgálata aktuális és indokolt, tekintve, hogy az ezzel kapcsolatos jogviták, kárigények folyamatosan jelen vannak, és így a joggyakorlatnak is újabb kihívásokra kell reagálnia ezen a területen.

Irodalomjegyzék

A Declaration on the Promotion of Patients' Right sin Europe, 2003; http://www.nurs.uoa.gr/fileadmin/nurs.uoa.gr/uploads/Nomothesia_Nosilefton/Evropaika_keimena/eu_declaration1994_1_.pdf (Utolsó letöltés: 2023. 03. 04.)

Barzó Tímea (2015): A kiskorú egészségügyi önrendelkezési joga kapcsán felmerülő anomáliák. Családi Jog, 13. évf. 1. 10-15.

Dósa Ágnes – Hanti Péter – Kovácsy Zsombor (2016): Kommentár az egészségügyi törvényhez. Budapest, Complex. 544 p. ISBN: 9789632955438

Dósa Ágnes (szerk.) (2011): A vállalkozó orvosok nagy kézikönyve. Budapest, Wolters Kluwer. 900 p. ISBN: 9789632952147

Feith Helga Judit – Gradvohl Edina – Balázs Péter (2014): Betegjogok a régmúltban? Normativitás az orvosi munkában a XIX. századig, különös tekintettel az első átfogó magyar egészségügyi uralkodói rendeletre. Orvosi Hetilap, 155. évf. 34. 1361-1366. <https://doi.org/10.1556/OH.2014.HO2499>

Fézer Tamás (2019): A kártérítési jog magyarázata. Budapest, Wolters Kluwer. 453 p. ISBN: 9789632950662 https://mersz.hu/hivatkozas/YOV0844_164/#YOV0844_164 (Utolsó letöltés: 2023. június 10.)

Fridli Judit (2001): Egészségügyi önrendelkezés – korlátok között. Fundamentum, 4. évf. 1. 103-114.

Gervai Nóra (2017): Az egészségügyi ellátás szabályozásának alapjogi vonatkozásai, Esély: társadalom- és szociálpolitikai folyóirat, 28. évf. 1. 105-119.

Hídvéginé Adorján Lívía – Sáriné Simkó Ágnes – Ohár Andrea (2020): A betegek önrendelkezési joga. Budapest, Medicina. 450 p. ISBN: 9789632267883

Hídvéginé Adorján Lívía – Sáriné Simkó Ágnes (2012): A betegek jogairól.

Budapest. Medicina, 338 p. ISBN: 9789632263755

Hídvéginé Adorján Livia – Sáriné Simkó Ágnes (2019): Az ápolás és a gondozás jogi alapjai, Budapest, Medicina, 359 p. ISBN: 9789632267432

Ifj. Lomnici Zoltán (2007): A tájékoztatáson alapuló beleegyezés intézményének felelősségi kérdései a hazai joggyakorlat tükrében. *Iustum Aequum Salutare*, 3. évf. 3. 179-190.

Jobbágyi Gábor (2007): Orvosi jog –Hippokratésztől a klónozásig. Budapest, Szent István Társulat. 325 p. ISBN: 9789633618981

Kaszás Eszter (2013): A császármetszés egyes kérdései a beteg önrendelkezési jogának tükrében. *Themis*, december, 215-228.

Kovács Gábor (2018): Egészségügyi jogi kézikönyv. Győr, Universitas- Győr Nonprofit Kft. 280 p. ISBN: 9786155298974

Kovácsy Zsombor (2009): Az egészségügyi jog nagy kézikönyve. Budapest, Wolters Kluwer. 1439 p. ISBN: 9789632249605

Kőrösi Alexandra (2017): Az önrendelkezési jog az eutanázia kapcsán. *Jog-Állam- Politika*, 9. évf. 2. 77-94.

Kószegfalvi Edit (2001): Egészségügyi és betegjogi kézikönyv. Budapest, KJK Kerszöv. 479 p. ISBN: 9632245733

Méhes Tamás – Varga Márk (2021): Polgári jogi alapismeretek. Budapest, Nemzeti Közszerkesztési Központ. 127 p.

Pogány Magdolna (2007): A betegjogok szabályozása és gyakorlata. Szeged, Szegedi Egyetemi Kiadó. 135 p.

Pogány Magdolna (2010): A betegjogok szabályozása a kezdetektől napjainkig. *Acta Sana*, 5. évf. 1. 21-33.

Pribula László (2023): A fogyatékossgal született gyermek felnevelési költségei- egy szakmai vita lezárása. *Med et Jur*, 14. évf. 1. 10-18.

Sáriné Simkó Ágnes (2019): Betegjogok az egészségügyi törvény és a Polgári Törvénykönyv összefüggései alapján. *Gazdaság és Jog*, 27. évf. 6. 7-13.

Ungváry Botond (2023): Sürgős! Az orvos mentesülése egyes betegjogok figyelembevétele alól sürgős helyzetekben. *Med et Jur*, 14. évf. 2. 4-12.

WMA Declaration of Lisbon on the Rights of the Patient; 2005.
<https://www.wma.net/wp-content/uploads/2005/09/Declaration-of-Lisbon-2005.pdf> (Utolsó letöltés: 2023. március 4.).

Zsonda László – Fézer Tamás (2016): *Betegjogok*. Budapest, Egészségügyi Nyilvántartási és Képzési Központ. 111 p. ISBN: 9789639661080

ⁱ Bizonyos jogosultságok, mint pl. az orvosi titoktartáshoz való jog, tájékoztatáshoz való jog megjelent a szabályanyagában.

ⁱⁱ Az egészségügyi törvény betegjogi katalógusán túl fontos említést tennünk arról is, hogy bizonyos betegjogok alapjai közvetlenül az Alaptörvényben is megtalálhatók [pl. egészséghez való jog (XX. cikk), emberi méltósághoz való jog] illetve a Ptk. személyiségi jogi fejezetéből is levezethetők egyes jogosultságok (pl. emberi méltósághoz való jog, élethez, testi épséghez, egészséghez való jog).

ⁱⁱⁱ A jogszabály és így a jogok tartalma is azóta természetesen több módosításon is átesett.

^{iv} „Az emberi méltósághoz való jog azt jelenti, hogy van az egyén autonómiájának, önrendelkezésének egy olyan mindenki más rendelkezése alól kivont magja, amelynél fogva – a klasszikus megfogalmazás szerint – az ember alany marad, s nem válhat eszközzé vagy tárggyá. A méltósághoz való jognak ez a felfogása különbözteti meg az embert a jogi személyektől, amelyek teljesen szabályozás alá vonhatók, nincs érinthetetlen lényegük.” (64/1991 (XII. 17.) AB határozat.

^v 1. § c) A törvény célja megteremteni annak feltételeit, hogy minden beteg megőrizhesse emberi méltóságát és önazonosságát, önrendelkezési és minden egyéb joga csorbitatlan maradjon.

^{vi} 2. § (1) A beteg személyes szabadsága és önrendelkezési joga kizárólag az egészségi állapota által indokolt, e törvényben meghatározott esetekben és módon korlátozható.

^{vii} További feltétel pedig, hogy a beavatkozás kockázata kisebb legyen az alkalmazás elmaradásával járó kockázatnál, illetőleg a kockázat vállalására alapos ok legyen. (Eütv. 129. § (2) b)).

^{viii} BH2013. 219. A példaként említett esetben a beteg hátsóoldali mellkasi metszésből végzett szívműtéten esett át, melynek következtében egyrészt maradandó alsó végtagi bénulás, másrészt jobb csípőtájéki lokalizált bőrsérülés alakult ki nála. A beteg álláspontja alapján a kialakult bénulás felróható magatartás következménye, illetve azt kifogásolta, hogy nem tájékoztatták arról, hogy a bénulás maradandó is lehet, a tájékoztatásban csak tartós bénulás lehetősége szerepelt, így információhiány miatt nem gyakorolhatta megfelelően az önrendelkezési jogát.

^{ix} EBH 2000.200.: Az alperes által 1991. november 13-án elvégzett műtét olyan kockázattal járt, amely ha nem is túl gyakori, de ismert, lehetséges, és olyan súlyos károsodással járó szövődményt okozhat, amely mindenképpen indokolta volna az alperes

orvosai részéről a felperes erről való tájékoztatását. Ez nem történt meg. Az alperes nem bizonyította, hogy erről a lehetséges szövődményről – amely olyan súlyú károsodáshoz vezethet, amelyről a betegnek mindenképpen tudomást kell szereznie – a felperest tájékoztatta. Ezért a felperes a tájékoztatás hiányában nem volt abban a helyzetben, hogy eldöntse: vállalja-e a kockázatok ismeretében a műtétet vagy ahhoz nem járul hozzá. Az alperes kártérítési felelőssége tehát orvosainak mulasztásában áll, mert a tájékoztatás elmulasztása folytán a felperes nem volt abban a helyzetben, hogy maga döntse el: a lehetséges kockázat és szövődmény ismeretében is vállalja-e a műtétet, vagy ahhoz hozzájárulását megtagadja.

^x Példák:

Kúria Pfv.20.867/2022/18. Az alperes orvosainak tanúvallomásai, a perben kirendelt szakértő aggálymentesnek tekintett szakvéleménye és az orvosi dokumentumok alapján azt állapította meg, hogy 2015. november 20-án a felperest nem műtötték, az orrendoszkópia ugyanis nem invazív beavatkozás, hanem diagnosztikus vizsgálat.

Budapest Környéki Törvényszék 10. P. 20.376/2018/38. A foghúzás invazív beavatkozás, ezért a betegnek írásban kell ahhoz beleegyezését adnia.

A testnyíláson keresztül végzett gastroscopia, cystoscopia invazív beavatkozásnak tekinthető.

^{xi} Eütv. 15. § (5) és Eütv. 197. §. A pszichiátriai beteg gyógykezelése akkor tekinthető önkéntesnek, ha intézeti gyógykezelésbe a beteg vagy helyettes döntéshozója beleegyezett.

^{xii} Ez az eljárás csak cselekvőképtelen személyeknél megfelelő, korlátozottan cselekvőképés és cselekvőképes személy maga tehet tiltakozó jognyilatkozatot életében.

^{xiii} Vannak kivételek, mint például a művi meddővé tételhez közokiratban, vagy teljes bizonyító erejű magánokiratban szükséges a hozzájárulás, vagy például szövet adományozásnál teljes bizonyító erejű magánokiratban kell beleegyezést adnia a donornak.

^{xiv} Ennek részleteire jelen tanulmány keretei nem adnak lehetőséget, lásd: Eütv. 20-23. §.

^{xv} Eütv. 199. § (1).

A közvetlen veszélyeztető magatartás pedig az Eütv. 188. § c) pontja alapján: a beteg – akut mentális zavara következtében – saját vagy mások életére, testi épségére, egészségére közvetlen és súlyos veszélyt jelent, és az azonnali kezelés hiánya állapotának további romlását eredményezné, amely sürgősségi gyógykezeléssel hárítható el.

^{xvi} Eütv. 200. § (1).

A veszélyeztető magatartás pedig az Eütv. 188. § b) pontja alapján: veszélyeztető magatartás: a beteg – mentális zavara következtében – saját vagy mások életére, testi épségére, egészségére jelentős veszélyt jelenthet, és a kezelés hiánya állapotának további romlását eredményezné, amely kötelező gyógykezeléssel hárítható el, de a megbetegedés jellegére tekintettel a sürgős intézeti gyógykezelésbe vétel nem indokolt.

^{xvii} Ezzel a kérdéskörrel kapcsolatban az Alkotmánybíróság fejtette ki álláspontját ilyen

módon a 64/1991 (XII. 17.) AB határozatban, valamint a 48/1998 (XI. 23.) AB határozatban.

„Az önrendelkezési jog mint a magzati élet feletti rendelkezés alapja eleve csak akkor merülhet fel, ha feltesszük, hogy a magzat jogilag nem ember.”

„Az Alkotmánybíróság megállapítja, hogy noha a Magzatvédelmi törvény nem rendelkezik kifejezetten a magzat jogalanyiságáról, a terhességmegszakítás e törvényben foglalt szabályozásával az Országgyűlés impliciten azt juttatta kifejezésre, hogy szerinte a magzat jogilag nem ember.”

„Ha az alkotmányozó vagy a törvényhozó úgy dönt, hogy a magzat jogilag nem ember, vagyis nem jogalany ... és ezért nem illeti meg az élethez és a méltósághoz való alanyi jog, akkor az Alkotmánnyal összhangban nemcsak lehetséges, de mellőzhetetlen is a magzati élet védelmére vonatkozó állami köteletség.”

^{xviii} Az egészségügyi szolgáltató felróhatóan jár el, ha a nagykorú, cselekvőképes beteg helyett az édesanyjával íratja alá a műtéthez szükséges beleegyező nyilatkozatot. (Pf.VI.20.222/2013/6).

^{xix} Ennek a jogi lehetőségnek azért van különösen nagy jelentősége, mert így az érinett kiskorú egészségügyi jognyilatkozatainak az érvényességéhez nem a törvényes képviselő, hanem a megnevezett helyettes döntéshozó (akár nagykorú barát, különélő, szülői felügyeleti joggal nem rendelkező szülő) beleegyezése lesz szükséges.

^{xx} Ez értelemszerűen a nagykorúakra vonatkozik, akik korábban cselekvőképesek voltak, így tehetek ilyen jognyilatkozatot, illetve, a 16. életévüket betöltött kiskorúakra, akiknek szintén biztosítja a törvény a helyettes döntéshozó megnevezésének a lehetőségét a fentebb írtaknak megfelelően.

^{xxi} Ami a következő: Eütv. 16. § (2) b) pont:

- házastárs vagy élettárs, ennek hiányában
- gyermek, ennek hiányában
- szülő, ennek hiányában
- testvér, ennek hiányában
- nagyszülő, ennek hiányában
- unoka.

^{xxii} Ami ugyanaz, mint az előző lábjegyzetben, csak itt nem egy háztartásban élő hozzátartozókról van már szó. (Eütv. 16. § (2) c))

^{xxiii} A beteg testébe bőrön, nyálkahártyán vagy testnyíláson keresztül behatoló fizikai beavatkozás, ide nem értve a beteg számára szakmai szempontból elhanyagolható kockázatot jelentő beavatkozásokat. (Eütv. 3. § m) pont).

^{xxiv} A törvényes képviselő a korlátozottan cselekvőképes kiskorú nevében maga is tehet jognyilatkozatot, kivéve azokat, amelyeknél jogszabály a korlátozottan cselekvőképes kiskorú saját nyilatkozatát kívánja meg, vagy amelyek a korlátozottan cselekvőképes kiskorú munkával szerzett jövedelmére vonatkoznak. (Ptk. 2:12. § (4) bekezdés).