

## BÁNYAI DÁVID – VERZÁR ZSÓFIA

### Gondolatok

#### az eutanázia hazai szabályozásáról és gyakorlatáról

Az eutanázia kérdésének jogalkotó általi kezelése egyidős a modern kori orvoslás kialakulásával. Az eutanáziáról érdemben akkor lehet beszélni, amikor az orvostudomány eljut arra szintre, hogy tudományos és diagnosztikus úton meghatározhatóvá és egyértelműen azonosíthatóvá válnak különböző betegségek, amelyeket az orvostudomány mindenkori állapota szerint nem képes gyógyítani, de mesterséges módon lassítani képes a betegség természetes lefolyását.

Az eutanázia szó a görög *eu* (jó) és a *thanatosz* (halál) szavakból ered. Köznapi értelemben a „jó” szó relatív jelentése miatt elterjedt még a „kegyes halál” kifejezés, illetve a „halálba segítés” fogalma is.

Az eutanázia esetköreinek szabályozása és jogszabályi meghatározása időről időre előkerül a közbeszédben és a tudományban, jellemzően egy-egy nagyobb visszhangot kiváltó tragikus esemény hatására. Az egyik legismertebb magyar eset *Binder Györgyié*, aki gyógyíthatatlan beteg kislányának a gyermek kérésére rövidítette meg a kínzó szenvedés időszakát. Az édesanyát a bíróság emberölésért elítélte, de köztársasági elnöki kegyelmet kapott, és büntetésének végrehajtását négyévi próbaidőre felfüggesztették.

A századelőn a magyar jogszabályok közvetlen módon nem tartalmaztak rendelkezést a mai értelemben vett eutanáziáról, azonban rögzítik, hogy „*A halálba segítés problémája ma még nem jutott el arra a jelentőségre, hogy a tételes büntetőtvénynek szükségesnek tartották volna még csak mint az ölés bizonyos sajátságú, minősített esetét is figyelembe venni*”<sup>1</sup>.

A Csemegei-kódex óta következetesen büntetéssel fenyegetik az emberölést arra tekintet nélkül, hogy azt a súlyos, gyógyíthatatlan beteg kívánságára vagy érdekében orvos követte-e el.

A kor neves jogtudósainak munkáiban a kódex ezen álláspontjának elméleti alapjai jutottak kifejezésre. *Finkey Ferenc* a betegek halálba segítéséről úgy vélekedett, hogy azt még a gyógyíthatatlan betegek esetében sem lehet megengedettnak nyilvánítani<sup>2</sup>. *Angyal Pál* is a jog követelményeivel össze-

<sup>1</sup> Jámbor László: *A halálba-segítés*. Budapest, 1936

<sup>2</sup> Finkey Ferenc: *A magyar anyagi büntetőjog jelen állapota*. Budapest, 1923

egyeztethetetlennek nevezte, amikor „Az élet értéktelenségének mindenképp ingatag talaján nyugvó megállapítása sohasem lehet olyan erős, hogy megfoszthassa érvényétől azt a lényegében erkölcsi jellegű normát, mely az ember megölését tiltja”<sup>3</sup>.

A rendszerváltozás előtt több tanulmány is foglalkozott az eutanázia kérdésével.<sup>4</sup> Az egyik legátfogóbb és legmodernebb gondolatokat tartalmazó tanulmányt azonban *Ferencz Zoltán* és *Korinek László* jegyzi.<sup>5</sup> Az írás nem lépett túl a kor jogi és társadalmi berendezkedésén, az egyén szabadságjogainak elismerésén akkor, amikor az eutanázia elutasítása mellett tette le a garast, de meg kell említeni, hogy a szerzők a mai értelemben vett passzív eutanáziát nem tekintették eutanáziának, ezért a „reanimáció” fenntartását egyéb körülmények fennállása mellett nem tartották kötelezőnek.<sup>6</sup> Külön értéket ad az elemzésnek, hogy a rendszerváltozás előtt is vizsgálja a szocialista társadalmi érdekek mellett a katolikus egyház, *XII. Piusz* pápa által közölt álláspontját is az eutanázia kérdésében. Ebből a tanulmányból is jól kiolvasható, hogy az életvégi döntések jogi szabályozására csak az egyéni szabadságjogok elismerése és kidolgozása után kerülhetett sor.

Ötven-hatvan év távlatából a mai magyar jogalkotás és jogtudomány gyakran eltérő álláspontot képvisel az elődeihez képest. Jól látható, hogy a gyógyíthatatlan beteg életvégi döntései igénylik a szabályozást.

A magyar jogalkotó az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvényben (a továbbiakban: Eütv.) rendelkezett a passzív eutanázia lehetőségéről. Fontos azonban megemlíteni, hogy a jogalkotó nem adott fogalmi meghatározást az eutanáziára, ez pedig részben megnehezíti a jogalkalmazást. Az Eütv.-ben foglalt ellátás visszautasításának gyakorlati kérdéseit az egyes egészségügyi ellátások visszautasításának részletes szabályairól szóló 117/1998. (VI. 16.) kormányrendelet (a továbbiakban: kormányrendelet) tartalmazza.

Az eutanáziával foglalkozó alkotmánybírószági határozatok közül gyakran idézett 22/2003. (IV. 28.) AB határozathoz *Bihari Mihály* alkotmánybíró fűzött különvéleményében tankönyvszerűen dolgozza fel az eutanázia esetköreit és egyes kérdéseit. Ebben a különvéleményben is megjelenik, hogy álláspontja szerint meg kell vonni az alkotmányos határt az eutanázia egyes

<sup>3</sup> Angyal Pál: A magyar büntetőjog kézikönyve II. Az ember élete elleni bűncselekmények és a párvialdal. Athenaeum Kiadó, Budapest, 1928

<sup>4</sup> Horváth Tibor: Euthanasia – az orvostika és a büntetőjog dilemmája. Magyar Tudomány, 1973/10.

<sup>5</sup> Ferencz Zoltán – Korinek László: Etikai és büntetőpolitikai megoldások az eutanázia értelmezésében. Jogtudományi Közlöny, 1978/6., 312–317. o.

<sup>6</sup> Uo. 314. o.

típusai között, és „ez a határmegvonás nem lehetséges akkor, ha maga az eutanázia fogalma nincs szabatosan körülírva, illetve az eutanázia egyes típusai nincsenek – meghatározott akár többféle szempont alapján – elválasztva egymástól”<sup>7</sup>.

Az eutanázia fogalommeghatározásával a jogalkotó sajnos adós maradt, így a gyakorlatban más tudományterületek által kidolgozott körülírás segítségével határozhatjuk meg, jelenleg mit tekintünk eutanáziának.

Az orvostudomány, a szociológia, az etika eutanázián a gyógyíthatatlan, nagy szenvedéssel járó betegségben szenvedő, és az emberi méltóságot korlátozó, már-már méltatlan emberi élethelyzetbe jutott betegnek a halál választását, illetve a halál előidézését érti<sup>8</sup>.

A tudomány napjainkban megkülönbözteti cselekvés oldalról vizsgálva az aktív (kifejezett cselekvést igénylő), illetve passzív (cselekvéstől való kifejezett tartózkodás) eutanáziát, döntési oldalról vizsgálva pedig a beteg önrendelkezésén alapuló önkéntes, és a más személy döntésén alapuló eutanáziát.

A törvényi szabályozás kizárólag a passzív eutanáziát teszi lehetővé, és azt is csak akkor, ha a jogszabályban meghatározott szigorú feltételek fennállnak.

Az Eütv.-ben rögzített önrendelkezéshez való jog alapján a beteg szabadon dönti el, hogy kíván-e egészségügyi ellátást igénybe venni, illetve annak során milyen beavatkozások elvégzésébe egyezik bele, vagy melyeket utasítja vissza. Az Eütv. értelmében az ellátás visszautasításának egyetlen korlátja van, mégpedig az, hogy az ellátás visszautasítása mások testi épségét vagy egészségét nem veszélyezteti.

Erre a fő szabályra vezethető vissza az e paragrafus (6) bekezdésében írt korlátozás, amely szerint a beteg nem utasíthatja vissza az életfenntartó vagy életmentő beavatkozást, ha várandós, és előreláthatóan képes a gyermek kihordására.

Az önrendelkezési jogból levezethető módon a beteget megilleti az ellátás visszautasításának a joga speciális körülmények fennállása esetén. A betegség természetes lefolyását lehetővé téve az életfenntartó vagy életmentő beavatkozás visszautasítására csak abban az esetben van mód, ha a beteg olyan súlyos betegségben szenved, amely az orvostudomány mindenkori állása szerint rövid időn belül – megfelelő egészségügyi ellátás mellett is – gyógyíthatatlan, és halálhoz vezet.

---

<sup>7</sup> 22/2003. (IV. 28.) AB határozat, Bihari Mihály különvéleménye II. rész  
8 Uo.

Az előbbiek alapján tehát a mai magyar szabályozás kizárólag az önkéntes passzív eutanáziát teszi lehetővé, és azt is szigorú eljárásrend betartásával. Az Eütv.-ben a következő kögens feltételeket rögzítették az ellátás visszautasíthatóságának vizsgálatakor.

Az ellátás visszautasításához a cselekvőképes betegnek közokiratban vagy teljes bizonyító erejű magánokiratban, írásképtelensége esetén két tanú jelenlétében kell az ellátást visszautasítania. Ezután egy háromtagú orvosi bizottság vizsgálja meg a beteget, amelyben egy pszichiáter, egy a betegség jellegét ismerő szakember és a kezelőorvos vesz részt.

A háromtagú orvosi bizottság a beteget megvizsgálja, és egybehangzón, írásban nyilatkozik arról, hogy a beteg a döntését annak következményei tudatában hozta meg. A bizottságtól megköveteli a törvény, hogy a beavatkozás visszautasítása esetén személyes beszélgetés során kíséreljék meg a beteg döntésének hátterében lévő okok feltárását és a döntés megváltoztatását.

A betegnek az orvosi bizottság nyilatkozatát követő harmadik napon – két tanú előtt – ismételten ki kell nyilvánítnia az ellátás visszautasításra irányuló egyértelmű szándékát.

A jogszabály rögzíti, hogy a beteg formakényszer nélkül bármikor visszavonhatja a nyilatkozatát.

Az Eütv. részletes szabályozást ad arra az esetre is, ha a gyógyíthatatlan beteg cselekvőképtelen vagy korlátozottan cselekvőképes. Érdekes módon a jogszabály nem tesz különbséget a cselekvőképtelen és a korlátozottan cselekvőképes személyek döntési terjedelme között, pedig más jogág, például a polgári jog élesen megkülönbözteti a cselekvőképtelen és korlátozottan cselekvőképes személyek döntési jogosultságait. A jogszabály a cselekvőképes-ség kérdésében a polgári jogi meghatározásokat veszi alapul.

Az idézett jogszabály lehetőséget ad az élő végrendelet (*living will*) intézményének gyakorlására is.

Az élő végrendelet azt jelenti, hogy egy előzetes jognyilatkozatban visszautasíthatunk későbbi egészségügyi beavatkozásokat. Ezzel a cselekvőképes beteg későbbi cselekvőképtelensége esetére megőrizheti önrendelkezési jogát egy szükséges orvosi beavatkozás során is. Az élő végrendelet egy előzetes rendelkezés arra az esetre, ha későbbi betegség, vagy baleset következtében cselekvőképtelen állapotban egészségügyi ellátásra kerülne sor, és életfenntartó kezelés alkalmazása válik szükségessé.

Az élő végrendelet formai és tartalmi követelményeit a kormányrendelet 1. számú melléklete tartalmazza.

Az élő végrendelet egyik esete, amikor a végrendelező az egészségügyi ellátáshoz egyébként megkívánt beleegyezés jogát ruházza át harmadik személyre. Ebben az esetben a cselekvőképes személy megnevezi azt, aki helyette a beleegyezés és visszautasítás jogát gyakorolhatja. Élő végrendelet keretében ki is zárhatók bizonyos személyek a beleegyezési és visszautasítási jog gyakorlásából.

Az élő végrendelet másik esete, amikor az életfenntartó, életmentő kezeléseket tekintetében történik rendelkezés azzal, hogy a cselekvőképes személy későbbi cselekvőképtelensége esetére megnevezi azt a személyt, aki az egyes életmentő, életfenntartó ellátások visszautasításának jogát gyakorolhatja, vagy a cselekvőképes személy a jogszabályban írt formai követelmények megtartásával maga jelöli ki, hogy cselekvőképtelensége esetére mely egészségügyi ellátásokat utasít vissza. A második esetben a személy önrendelkezési joga semmilyen mértékben sem torzul. A nyilatkozatnak azonban kellően pontosan kell a visszautasított ellátásokat tartalmaznia, mert a nyilatkozat kiterjesztő értelmezésére nincs mód.

A 24/2014. (VII. 22.) AB határozat meghozatala után az élő végrendelet hatályához nincs szükség pszichiáter szakorvos egy hónapnál nem régebbi szakvéleményére, továbbá a nyilatkozat kétévenkénti megújítása sem kötelező, ahogy ez korábban volt. Az AB döntése egyértelműen az önrendelkezési jog korlátozásmentes gyakorlása mellett teszi le a garast.

Az ENSZ Egészségügyi Világszervezete keretei között, Amszterdamban, 1994 márciusában elfogadott nyilatkozat a betegjogok előmozdításáról 3.5. pontja előírja, hogy „*amikor szükség van törvényes képviselő beleegyezésére, a beteget – akár kiskorú, akár felnőtt –, amennyire csak felfogóképessége engedi, be kell vonni a döntési folyamatba*”.

Az Európa Tanács Montevidéóban, 1997 áprilisában elfogadott bioetikai konvenciójának 6. cikke kifejezetten csak a „beleegyezési képesség” hiánya esetén engedi meg, hogy ne a beteg, hanem helyette más döntsön a kezeléséről.

Az Európa Tanács ajánlása a cselekvőképtelen nagykorúak jogi védelméről (No. R. 99.4.) úgy rendelkezik, hogy a jogi környezetnek „*kellően rugalmasnak kell lennie annak érdekében, hogy a belátási képesség különböző fokozatainak és az eltérő helyzeteknek megfelelő választ tegyen lehetővé*” (2. alapelv 1. pont.) Az ajánlás emellett megfogalmazza, hogy „*az alkalmazott intézkedés nem járhat automatikusan az érintett gyógykezelésbe történő beleegyezés vagy a visszautasítás jogának megvonásával*” (3. alapelv 2. pont.)<sup>9</sup>

<sup>9</sup> 36/2000. AB határozat III. 2.4. pont

A nemzetközi tendenciák alapján megállapítható, hogy az egészségügyi ellátás során az önrendelkezési jog érvényesíthetősége kiemelt hangsúlyt kap, a „beleegyezési képesség” vagy a „döntéshozatali képesség” fogalmi önálló tartalommal bírnak.

A 36/2000. (X. 27.) AB határozatban *Harmathy Attila* alkotmánybíró különvéleményében kifejti, hogy cselekvőképtelen, korlátozottan cselekvőképes személyek belátási képessége az egészségügyi önrendelkezési jog szempontjából különböző lehet, és nem igazodik feltétlenül a vagyoni vonatkozású Ptk. szerinti ügyletviteli képességhez. A második világháború előtti magyar magánjog már érzékelte, hogy a jogügyletekhez kapcsolódó cselekvőképesség, korlátozott cselekvőképesség és cselekvőképtelenség kategóriáit csak korlátok között lehet használni.

Az az elv érvényesült, hogy esetenként, az adott célhoz képest lehet meghatározni, mennyiben lehet alkalmazni a cselekvőképesség szabályait a „nem jogügyleti” megengedett cselekményekre. Az orvosi műtétekhez való hozzájárulás megítélése egyébként ekkor még nem az önrendelkezési jog alkotmányos alapjára támaszkodott, hanem azt tartotta szem előtt, megszünteti-e orvosi műtétnél a beteg hozzájárulása a kártérítési alapul szolgáló jogellenességet<sup>10</sup>.

Az egészségügyi vizsgálatok, kezelések és beavatkozások különböző jelleggel, mértékben és következményekkel járnak az érintett személyre. Ezek elvégzéséhez az önrendelkezési jog alapján való hozzájárulásról történő döntési képesség azt feltételezi, hogy az érintett személy a kapott tájékoztatás alapján orvosi szakértelem nélkül is fel tudja mérni, mivel jár a hozzájárulás, és mi a következménye a hozzájárulás megtagadásának. Ezekben az esetekben nem a vagyoni vonatkozású szerződéseknél megkövetelt, az ügyek viteléhez szükséges belátási képességről, hanem az egészséget, testi épséget, életet befolyásoló események megértéséről van szó.<sup>11</sup>

Egyetértve a különvéleményben foglaltakkal, célszerű lenne a jövőben az Eütv. hatálya alá tartozó ügyekre meghatározni a cselekvőképtelen és cselekvőképes személyek eljárási képességét. Fontos ez azért is, mert a jelenlegi helyzetben a nem teljesen cselekvőképes személyek helyett elsősorban a képviselőik teszik meg a jogszabály által elvárt nyilatkozatokat. Az önrendelkezési jog személyhez kötődő jellegéből adódóan azonban ha más személy döntésére van bízva, hogy milyen egészségügyi ellátásokat, beavatkozásokat végeznek el valakin, nem érvényesülhet teljes mértékben az önrendelkezési jog.

<sup>10</sup> Szladits Károly (szerk.): Magyar Magánjog. Budapest, 1941, I. 534., 552. o.

<sup>11</sup> 36/2000. (X. 27.) AB határozat, Harmathy Attila különvéleménye.

A hazai szabályozás másik általunk vitatott pontja a háromtagú orvosi bizottság működése. Az Eütv. 20. § (7) bekezdése akként rendelkezik, hogy a bizottságnak meg kell kísérelnie a beteg döntése hátterében lévő okok – személyes beszélgetés alapján történő – feltárását és a döntés megváltoztatását.

Meglátásunk szerint, ha elismerjük az egyén önrendelkezési jogát, akkor indokolatlan és méltánytalan, hogy az orvosi bizottság a döntés meghozatala után győzködi, hogy változtassa meg a döntését. Bihari Mihály a 22/2003. (IV. 28.) AB határozathoz fűzött különvéleményében kitér arra, hogy „*a döntés megváltoztatására irányuló kísérlet tulajdonképpen vitatkozási helyzetbe hozza az orvost a beteggel szemben, holott a beteg döntését korábban már meghozta. [...] Az, hogy az Eütv. kötelezően előírja, hogy ebben a folyamatban az orvos köteles a döntés megváltoztatását megkísérelni, megítélésem szerint a beteg önrendelkezési jogának alkotmányellenes korlátozása.*”

A beteg döntésének megváltoztatására irányuló jogszabályban rögzített „próbálkozás” méltánytalan a beteggel és az orvosi bizottság tagjaival is. A felek közötti vita lehetősége nem méltó az önrendelkezési jog gyakorlásához, különös tekintettel arra, hogy az eutanáziáról szóló döntés során a betegnek a személyét érintő legsúlyosabb döntést kell meghoznia.

A döntés jellege és a gyógyíthatatlan, súlyos szenvedéseken keresztül menő betegek pszichés állapota véleményünk szerint nem teszi lehetővé az érdemi érvelést. A jogszabály és az Alkotmánybíróság is kiemeli, hogy az életvégi döntést az egyénnek befolyásolástól mentesen, önállóan kell meghoznia.

Az Alkotmánybíróság is elismeri, hogy kiváltképpen a gyógyíthatatlan betegség előrehaladott szakaszában lévő, az általában hosszadalmas betegségtől megviselt, érdekeik érvényesítésére ezért is csökkent mértékben képes személyek az élet és a halál közötti választásuk során fokozott mértékben ki vannak téve környezetük befolyásának<sup>12</sup>. A jogszabályi kötelezés értelmében véleményünk szerint az elgyötört, életvégi döntését meghozni kívánó beteg ember vonatkozásában a háromtagú grémium kötelessége, hogy a döntés megváltoztatása érdekében érveljen, ebben a helyzetben a felek státusából eredő különbségek miatt nehezen elképzelhető, hogy az orvosi bizottság befolyásolásmentesen miként tudná a döntés megváltoztatása irányába mozdítani a beteget.

A kifejtettek miatt az Eütv.-ben rögzített döntés megváltoztatására irányuló kísérlet meglátásunk szerint felülvizsgálatra szorul a beteg önrendelkezési jogának szabad gyakorlása érdekében.

<sup>12</sup> 222/2003. (IV. 28.) AB határozat VIII. 2. pont.

Véleményünk szerint a jogszabályban írt ama kitétel, hogy az egészségügyi ellátás akkor utasítható vissza, ha a beteg olyan súlyos betegségben szenved, amely az orvostudomány mindenkori állása szerint *rövid időn belül* – megfelelő egészségügyi ellátás mellett is – halálhoz vezet, és gyógyíthatatlan, túlzottan általános, nagyban megnehezíti a jogalkalmazást. Az idő múlását mindenki másként érzékeli, ezért álláspontunk szerint csak a beteg szubjektív értékelése szerint lehet meghatározni, hogy számára mit jelent a rövid időn belül bekövetkező esemény.

Nemzetközileg vizsgálva elmondható, hogy bár a világ legtöbb országában tilalmazzák, hogy az orvos bármilyen indokból, akár a beteg vagy hozzátartozója kérésére elősegítse a beteg halálát, az utóbbi évtizedekben a tudomány, illetve a törvényhozás egyre inkább teret szentel az arról való gondolkodásnak, hogyan lehetne a súlyos, gyógyíthatatlan, gyakran nagy fájdalommal küszködő betegek számára az élet méltó befejezéséhez való jogot megadni anélkül, hogy az élet kioltására vonatkozó tilalom oldása nem kívánt hatásokkal járjon. Ebből is látszik, hogy az eutanázia kérdései civilizációs kérdések is.

Rögzíteni szükséges, hogy a XX. század végén számos ország törvényhozása, illetve bírói gyakorlata arra az álláspontra helyezkedett, hogy bár az élet elleni cselekmények teljes tilalmát, bármilyen motiváció alapján került is sor az elkövetésükre, változatlanul fenn kell tartani, de a korábbiaktól eltérően el kell ismerni a betegnek azt a jogosultságát is, hogy visszautasíthassa az élete fenntartására, meghosszabbítására vonatkozó orvosi beavatkozást. Az ellátás visszautasításának lehetőségét még akkor is meg kell teremteni, ha minden valószínűség szerint ez a beteg halálához vezet.

Egyes európai országokban, ahol bár a törvény a gyógyíthatatlan beteg halálának az elősegítését változatlanul tiltja, mégis büntetlenséget adnak az orvosnak, ha a halál a betegség végső szakaszában lévő beteg fájdalmainak csillapítására általa előírt szer elkerülhetetlen mellékhatásaként következett be. Erre példa az Egyesült Királyságban a *Re J [1991] Fam 33.*-ügy, Németországban pedig a legfelsőbb bíróságnak egy 1996. évi állásfoglalása, amely szerint az orvosilag indikált, a haldokló kifejezett vagy feltételezett kívánságának megfelelő fájdalomcsillapítás akkor sem jogellenes, ha az – elkerülhetetlen, számításba vett, de nem szándékolt következményként – a halál bekövetkeztét siettetetheti (BGHSt 42, 305).

Hollandia és Belgium 2002-ben a világ első országaiként jogszabályok alapján engedélyezték az aktív eutanázia alkalmazását gyógyíthatatlan betegségben szenvedőknek. Mindkét államban különösen aprólékosan, a szemé-

lyek önrendelkezési jogainak keretében, az egyén érdekeit szem előtt tartva szabályozzák a gyógyíthatatlan betegek életvégi döntéseinek végrehajtását.

Zárásként összefoglalva, az eutanáziáról rendelkező mai magyar szabályozás lényegét tekintve húsz éve változatlan tartalommal van hatályban, és kizárólag a passzív eutanázia lehetőségét teremti meg, azt is kifejezetten nehézkes, szándékolatlan bonyolult eljárásban. A magyar gyakorlatban rejlő hiányosságokat azonban korunk jogtudósai részben már feltárták, és elmondták ezzel összefüggő véleményüket, kifogásukat, azonban az intézményi rendszer még nem látta elérkezettnek az időt, hogy a húszéves szabályozáson érdemi módosítást végezzen az önrendelkezési jog korlátozásmentes gyakorlása érdekében.

Véleményünk szerint célszerű időről időre vizsgálni az eutanáziával összefüggő szabályozást, mert társadalmi változások és nemzetközi irányzatok jelzik, hogy történelmi időt tekintve igen rövid idő alatt jelentős változások következtek be már eddig is az életvégi döntések jogi szabályozása terén, és az ez irányú változás nem megállítható.

A fejlett nyugati államok és a nemzetközi gyakorlat meglátásunk szerint egyértelműen az egyén önrendelkezési jogának minél szélesebb körben történő alkalmazása irányába mozdul.