

# ETIKAI, JOGI ÉS VALLÁSI MEGFONTOLÁSOK JÁRVÁNYOK IDEJÉRE

BIRHER NÁNDOR

*habilitált egyetemi docens (KRE ÁJK)*

HOMICSKÓ ÁRPÁD

*habilitált egyetemi docens (KRE ÁJK)*

GAÁL ÁGNES

*pszichiáter*

*„Azt a kort, amelyben az etika önálló témává válik, fel kell váltania annak az időnek, amikor a moralitás ismét magától értetődik. Csak, amikor megtörik a közösség, vagy valami fenyegeti a rendet, akkor szólal meg, hogy azután a rend helyreállása után ismét háttérbe lépjen és elhallgasson. [...] A kell oda tartozik, ahol valami nincs meg.”<sup>1</sup>*

Legutóbbi történelmünkben viszonylag ritkán fordulnak elő az egész világot érintő, a társadalmi, gazdasági szerkezeteket lényegében átalakító járványos megbetegedések.

Talán a Covid-19 járvány az, amelynek kézben tartásának kísérletére globális eszközöket vetett be az emberiség. Mindezt a felgyorsult kommunikáció tette lehetővé. Miközben mindenki folyamatosan értesül a történésekről, hiányzik a szakmai tényeken alapuló, átfogó, társadalmi diskurzus a járvánnyal kapcsolatos társadalmi, gazdasági, jogi és etikai kérdésekről. A tanácstalan emberek az egyes államoktól várják a proaktivitást, a saját vélemény nyilvánításának különösebb igénye és lehetősége nélkül. A másik oldalon viszont lassanként kialakulnak szerencsére olyan szakmai közösségek is, amelyek megpróbálják a felvetődő kérdésekre a megfelelő professzionális válaszokat megadni.

Ilyen szakmai közösségnek kellene a vírus terjedésével kapcsolatos etikai, bioetikai kérdésekre is válaszolni.

Ehhez természetesen arra van szükség, hogy legyenek a válaszadásra alkalmas közösségek, azaz a társadalomban legyenek olyan szakemberek, akik etikai, bioetikai kérdésekben képesek megalapozottan nyilatkozni. Az első lépés tehát ezen szakmai csoportok létrejöttének az előmozdítása. Ezt követheti ezen csoportok nemzetközi hálózatának a kialakítása.

---

1 BONHOEFFER, Dietrich: *Etika*. Kolozsvár, Exit Kiadó, 2015, 22.

## 1. A normarendek szerepe a társadalom immunrendszerében

Különösen társadalmi 'határhelyzetekben', amikor a hétköznapi működésről rendkívüli működésre kell áttérni, válik világossá, hogy tisztán a jogi szabályozás elégtelen a többé-kevésbé zavartalan közösségi működés fenntartásához. Egyre nagyobb szerepet tölt be az egyének és kisebb csoportok etikai felelősségvállalása. Egyre nagyobb számban jelennek meg az önkéntesek, egyre jobban figyelnek az emberek egymásra, egyre hatékonyabbá válik az állami (államhatárhoz kötődő), az önkormányzati és a kisebb közösségi önvédelem és egymásra figyelés. Ezekben a helyzetekben kitapinthatóvá válnak az Arisztotelész Politika című művének első könyvében leírt közösségi összefogási módok a családoktól a városállamig.<sup>2</sup> Ennek az összefogásnak pedig csak részben képezi alapját a jogi szabályozás. Legalább ekkora a szerepe az erkölcsnek is.

Érdekes egy rövid pillantást vetni a normativitás harmadik szintjére, a vallások szabályaira is. Egyelőre nem látszik világosan, hogy a közös hit szabályai milyen módon erősítik meg az egyéneket a zárt templomok világában. Ahogy korábban már megfogalmaztuk, ideális esetben a jog, a vallás és az erkölcs normarendjei szoros kapcsolatban tartják egybe a közösségeket. A kapcsolat lényege, hogy mindegyik normarend más-más módon ad választ arra a kérdésre, hogy hogyan cselekedjünk, illetve miért cselekedhetünk egyáltalán. Amíg a jog megengedő, az erkölcs kötelező választ ad, addig a vallás a hit meghívásának erejével szabályoz a következő táblázatban bemutatottak szerint:

	Vallás	Erkölcs	Jog
<b>Egzisztenciális kérdés</b>	<i>Miért lehet/kell tennem? (Miért cselekedjek?)</i>	<i>Mit kell tennem? (Saját tökéletességem és a másik boldogsága) (Hogyan cselekedjek?)</i>	<i>Mit lehet tennem? (Mindent szabad, ami nem tilos) (Hogyan cselekedjek?)</i>
<b>A kötelezés módja</b>	<i>a Feltétlen erejével szabályoz, de hogyan kerülhetem el a fanatizmust?</i>	<i>a tisztesség erejével szabályoz, de „Mért legyek én tisztesség?”</i>	<i>az állami hatalom erejével szabályoz, de mi a jó és a rossz fogalmának lényege?</i>
<b>Normakövetés célja</b>	Örökkévalóság része lenni	Közösség tagjaként maradni	Személyes boldogulás
<b>Szankció jellege</b>	Az Örökkévalóval való kapcsolat elvesztése	Közösségi tagság elvesztése, lelkiismeret-furdalás	Személyes korlátozás felderítés esetén

1. táblázat: *A normarendek sajátosságainak összefoglaló táblája.* Forrás: BIRHER Nándor – HOMICSKÓ Árpád: Az egyházi intézmények működtetésé-

2 ARISZTOTELESZ: *Politika.* Budapest, Gondolat, 1984, 5-33.

nek etikai alapjai. Budapest, Károli Gáspár Református Egyetem Állam- és Jogtudományi Kar, 2019, 18.

Jelen tanulmányunkban az etikai normák szabályozási sajátosságaira térünk ki részletesebben, emellett felhívjuk a figyelmet arra a tényre is, hogy minden etikai szabályozásnak két oldala van, az egyik a személyes un. lelkiismereti meggyőződés, a másik pedig a csoport, közösség elvárásai. Ennek a két aspektusnak a folyamatos egymásra hatása adja ki eredőként az egyes erkölcsi döntéseket.

Az erkölcs rendeltetése, hogy a társadalmi együttélésnek értelmet adjon (hogyan cselekszem jól a közösségemben?) továbbá, hogy a cselekvést az egyén a saját identitásában is értelmezze (mit mond a lelkiismeretem?). Az erkölcsben az egyik mozzanat a közösségtől irányul az egyén felé (*éthosz*) a másik pedig az egyéntől a közösség felé (*ethosz*, *morál*). Az erkölcs célja, hogy a közösség élete – beleértve az egyén életét is minél harmonikusabb, a közösség fenntartására minél alkalmasabb legyen. Az erkölcs célját tekintve olyan evolúciós előny, amelyik a közösség tartós fennmaradását biztosítja. Alapja a bizalom, az egymásra-hagyatkozás és a közösségéért való felelősségvállalás, képesség a jó és a rossz fogalmainak használatára. „*Világos, hogy az etikának semmi köze a köznapi értelemben vett büntetéshez.*”<sup>3</sup>

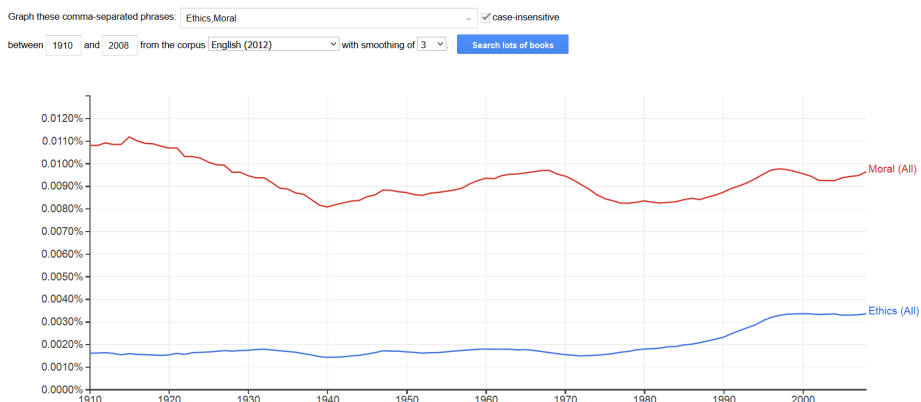
Ahhoz tehát, hogy a társadalom működőképességét megőrizze, a jogi és vallási szabályozási módok mellett szükség van az etikára is. A bevezető Bonhoeffer idézetből tudjuk, hogy minél nagyobb a rendellenes működés esélye, annál nagyobb szükség van az etikai normákra.

## 2. Etikai, bioetikai műhelyek létrejöttének szükségessége (társadalmi diskurzus)

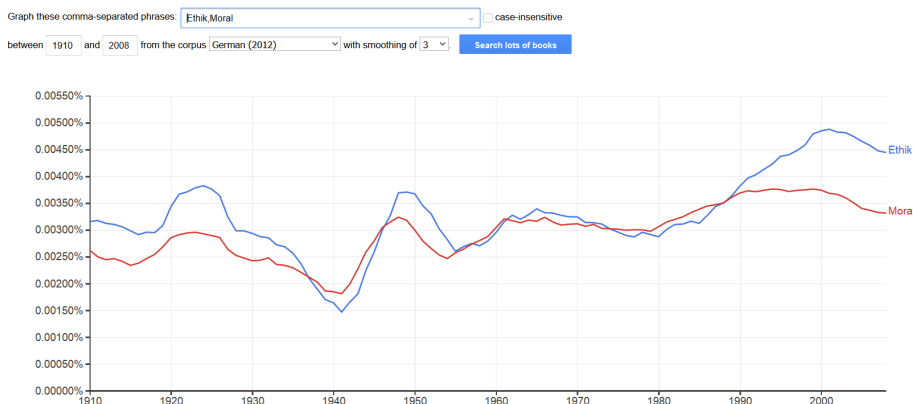
Az következőkben bemutatott két, szógyakoriság-vizsgálaton alapuló grafikon jól mutatja, hogy az angol nyelvterületen viszonylag egyenletes az elmúlt 100 évben az erkölcs körébe tartozó szavak használati gyakorisága. Ugyan az első ábrán is látható, azonban sokkal markánsabban jelenik meg a német szóhasználati gyakoriságot elemző második ábrán az a tény, hogy a világháborúk, illetve a rendszerváltás idején jelentősen megnőtt az erkölccsel kapcsolatos szavak használati gyakorisága. Hasonló rendkívüli helyzetre kell felkészülnünk most, a pandémia idején is.

---

3 Uo. 18.



1. ábra: Az erkölcs fogalmkörébe tartozó szavak használatának gyakorisága az angol nyelvű irodalomban. Forrás: Google Ngram Wiewer 2020.



2. ábra Az erkölcs fogalmkörébe tartozó szavak használatának gyakorisága a német nyelvű irodalomban. Forrás: Google Ngram Wiewer 2020.

Mint ahogy a legtöbb tudományban, úgy az etika területén sem lehet értelmes kijelentéseket tenni anélkül, hogy ne rendelkezne a társadalom felkészült szakmai közösséggel. Sajnos Kelet-Közép Európában a történelmi hagyományok miatt csak részben tudott kialakulni az etikát átfogóan ismerő, a marxizmus torzító hatásától kellő távolságot tartó etikai, bioetikai kérdésekkel foglalkozó kutatói réteg. Hazánkban Ferencz Antal munkássága,<sup>4</sup> illetve a Magyar Bioetikai Társaság tevékenysége mindenképp nagy tiszteletre méltó, azonban

4 FERENCZ Antal: *A bioetika alapjai*. Budapest, Szent István Társulat, 2001. A Magyar Bioetikai Társaság lapja a *Magyar Bioetikai Szemle*.

jelenleg még mintha hiányozna az egységes etikai állásfoglalás kialakítására képes társadalmi diskurzus. A diskurzus hiányának az oka elsősorban a szakemberek hiánya. Az elmúlt időszakban ugyanis nem igazán volt szükség a szellem-test problematikával való foglalkozásra (üdítő kivételt képez ez alól a természetjog kutatása<sup>5</sup>). Ahogy Habermas fogalmaz: „A nyelvileg létesített interszubjektivitás és önreferenciálisan zárt rendszer ad néhány címszót ahhoz az összecsapáshoz, amely az elértéktelenedett szellem-test probléma helyére lép.”<sup>6</sup> Határhelyzetekben viszont újra kézzelfoghatóan előtérbe kerül a szellem-test probléma. Például abban a formában, hogy kinek van jogsultsága lélegeztető gépre kerülni, és kinek nincs? Az egzisztenciális kérdések megválaszolásához jelenleg hiányzik a megfelelő protokoll kidolgozása, aminek egyik jelentős oka a hiányosan kidolgozott etikai rendszer. A megoldás természetesen nem jöhet egyik pillanatról a másikra, mivel mindenekelőtt támogatni kell egy, a kérdéssel érdemben foglalkozni tudó szakmai diskurzus kialakítását, azaz megfelelően képzett és elkötelezett, etikai kérdésekben igaz kijelentések megfogalmazására képes szakemberekre van szükség. Ehhez meg kell teremteni a szükséges képzési rendszereket. Például a jogi képzések mellett működő doktori iskolák etikai specializációi vagy kutatóműhelyei által.<sup>7</sup> Ezen túlmenően elengedhetetlen, hogy minden tudományterület vegye komolyan az erkölcsi kérdéseket,<sup>8</sup> amelyek az emberi létezés lényegét érintik. Krízishelyzetekben ugyanis kiderül, hogy sem az ember arca, sem az Isten<sup>9</sup> nem tűnt még el egészen a tengerpart fövényében.

Az erkölcs normarendje működésének két alapfeltétele igazodik az erkölcs két oldalához: a személyes moralitás erősségéhez, a lelkiismerethez, továbbá a közösség erkölcsi érzékéhez, a társadalmi diskurzus szakmai megalapozottságához. A jó államnak feladata, hogy előmozdítsa mindkét oldal fejlődését.

5 Itt elsődlegesen Frivaldszky János és Kuminetz Géza kutatásaira hívjuk fel a figyelmet.

6 HABERMAS, Jürgen: *Filozófiai diskurzus a modernségről*. Budapest, Helikon Kiadó, 1998, 310.

7 Bonheffer Műhely KRE, <https://ajk.kre.hu/index.php/kutatas/szemere-bertalan-kutakozpont/bonhoeffer-kutatomuhely.html> (2020. 04. 18.)

8 BIRHER Nándor – VERESS Gábor – ABONYI János: A szellemtudomány és a természet-tudomány viszonya a kutatásban – kutatáserkölcs. *Magyar Bioetikai Szemle*, 2015/4, 137-147.

9 „Nosza! Rajta! Fennsőbbrendű emberek! Csak most vajudott az emberiség jövőjének hegye. Isten halott: íme azt akarjuk mi, – hogy az emberfölötti ember éljen.” NIETZSCHE, Friedrich: *Ím-igyen szóla Zarathustra*. <http://mek.oszk.hu/01700/01740/01740.pdf> (2020. 04. 18.); FOUCAULT, Michel: *A szavak és a dolgok*. Budapest, Osiris Kiadó, 2000.

### **3. Felvetődő gyakorlati kérdések orvosetika döntési helyzetekben**

Az, hogy miért is fontos az etikai diskurzushoz való visszatérés a korábban elmondottak alapján jól látható. Egy konkrét példával is aláhúzzuk az etikai jártasság fontosságát. A pandémia idején a szokásos rutinnál gyakrabban előfordul, hogy az egészségügyben dolgozóknak etikai döntéseket kell hozniuk, gyakran élet-halál viszonylatában. Amennyiben nem állnak rendelkezésre megfelelő protokollok, illetve nincs olyan etikai tanács, amelynek a kollektív bölcsessége mentesítheti legalább részben az egyéni lelkiismereti felelősséget, a gyógyulásért küzdő egészségügyi dolgozók döntési felelőssége teljes egészében az egyénre nehezedik a közösség megfelelő támogatása nélkül. Ezért is elengedhetetlen, hogy legyenek meg intézményi szinten is azok a szakmai-etikai csoportok, amelyek a felelős döntés terhének legnagyobb részét le tudják venni az egyén válláról. Az első lépés tehát a megfelelő etikai döntésekre képes testületek létrehozása lenne az egészségügyben.

Az egészségügyben dolgozóknak a jogi kérdéseken túl számos etikai kérdés is felvetődik:

- kötelesek vagyok-e egészségügyi szolgálatot ellátni, ha félttem a saját egészségemet?
- kötelesek vagyok-e szolgálatot teljesíteni, ha nem tartom megfelelőnek a rendelkezéseimre bocsátott védőeszközöket?
- kötelesek vagyok-e szolgálatot teljesíteni, ha fennáll a veszélye, hogy magam is megfertőzök másokat?
- kötelesek vagyok-e a nemzeti protokollok megtartására, ha a nemzetközi protokollok ezeknek ellentmondanak?
- melyik beteget kell megpróbálnom meggyógyítani, ha nem áll rendelkezésre mindenki számára elegendő eszköz?

Az itt példaként felvetett kérdésekre nincs kiskátékban előregyártott örökké igaz válasz, viszont az itt felvetett kérdésekre válaszokat kell adni. Mind a jog, mind pedig az erkölcs normatív szintjein (sőt esetenként még a vallás szabályait is figyelembe véve). Egészen bizonyos, hogy ezeken a területeken az egyén közösségi (szakmai) támogatásra és elismerésre szorul. Ennek a támogatásnak és elismerésnek a folyamatait még a veszélyhelyzet bekövetkezte előtt kell(ene) kidolgozni. A folyamatleírásnak pedig mindenképpen össze kellene hangolnia a jog, az erkölcs, a szakmai protokollok szabályozási szintjeit. Egészen bizonyos, hogy az élet-halál kérdéseit nem trolloknak és felelősség nélküli kommentelőknak, hanem megfelelő eljárás során, megfelelően képzett szakemberek diskurzusának kellene eldöntenie. Pillanatnyilag

mind a folyamatleírásokban, mind pedig a szakemberekben hiányt szenved az egészségügy (is).

A következőkben egy nemzetközi tanulmányt alapul véve vizsgáljuk meg, hogy a szűkös erőforrások esetén milyen ajánlások mentén lehet eljárni.<sup>10</sup> Nem győzzük azonban elégszer hangsúlyozni, hogy a fő kérdés nem is annyira az ajánlások léte vagy nem léte, hanem az, hogy van-e egy olyan szakmai csoport, amelyik alkalmas arra, hogy az etikai kérdéseket:

- világosan megfogalmazza;<sup>11</sup>
- válaszokat dolgozzon ki, azokat ajánlásokká, protokollokká formálja;
- az általános szabályokat az egyedi helyzetre alkalmazhatóvá tegye;
- felelősséget vállaljon a döntéseiért;
- a döntéseket kommunikálja.

A pandémia idején hazánkban még nem vetődött fel a szűkös erőforrások elosztása igazságosságának kérdése az egészségügyben, hiszen egyelőre rendelkezünk elégséges, az ellátáshoz szükséges eszközzel. Más kérdés, hogy az igazságos elosztás kérdései nem csak az egészségügyben, hanem az egész társadalom minden területén meg fognak jelenni, figyelemmel az egyre erősödő gazdasági kihívásokra. Az is kiemelendő, hogy a pandémiától függetlenül bizonyos, korlátozott mértékben elérhető egészségügyi ellátások elosztásának kérdése már évtizedek óta felmerült. Így jöttek létre például a transzplantációs várólisták.<sup>12</sup>

### 3.1. Orvosetikai kérdések és protokollok

A pandémiával súlyosabb mértékben érintett országokban jellemzően az az áldatlan állapot alakul ki az egészségügyi ellátórendszer működését illetően, hogy olyan, 'normál' időszakban bárki számára elérhető erőforrások, mint az intenzív osztályos kezelés, vagy maga a kórházi felvétel és elhelyezés is szűkösen elérhetővé válik. Az egészségügyi források allokációja feletti döntéshozók azzal szembesültek, hogy az elégségesnek hitt kórházi ágykapacitás néhány napon belül betelik és túlterhelődik, ellátásra szoruló betegek száza, ezrei maradnak ellátás nélkül és szenvednek tartós, maradandó egészségkárosó-

---

10 EMANUEL, Ezekiel J. et al: *Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time of Covid-19*. <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMs2005114> (2020. 04. 18.)

11 Szemben Wittgenstein 'amiről nem lehet beszélni, arról hallgatni kell' elméletével.

12 A várólisták kialakításának rendjét a 287/2006. (XII.23.) Kormányrendelet és a 45/2006. (XII.27.) Kormányrendelet szabályozza, melynek alapján született meg a vese-és hasnyálmirigy-transzplantáció allokációs rendszeréről szóló EMMI irányelv 2013. februárban.

dást, sőt, az esetek túlnyomó részében meghalnak az ellátórendszer relatív elégtelensége miatt. A gyors lefolyású, agresszív, légzési elégtelenséggel járó betegség kezelésében a várólistás rendszer kudarca először Dél-Koreában igazolódott, ahol voltak betegek, akik haláluk időpontjában még kórházi felvételi várólistán voltak.<sup>13</sup>

Az érintett államokban nem jellemző, hogy az allokáció irányelveit a jogalkotás helyi eljárásrendje alapján megalkotott jogszabályok rögzítsék, ehelyett jellemzően a szakmai –etikai irányelvek kerülnek előtérbe. Tekintettel arra, hogy ezen szabályozók alapján gyakran élet-halál kérdésben születik döntés, az irányelvek jogszabályi kötőerővel való felruházása és az irányelvek alapján született eseti döntések jogszerű voltának törvényhozó általi megerősítése elengedhetetlen. Hazánkban az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 7. § (2) pontja a szakmai protokollokat és etikai irányelveket jogszabályi kötőerővel ruházza fel, így ezek megsértése egyben jogsértésnek is minősül.

A járványok és más hiányszituációk kezelésére vonatkozó állami szinteken kidogozott etikai javaslatok négy fő alapelv köré csoportosulnak:

1. A szűkös erőforrásokból nyerhető előnyök maximalítása;
2. A páciensek egyenlő módon történő kezelése;
3. Az instrumentális értékek elsőbbsége;
4. A legrosszabb állapotú betegek prioritása.<sup>14</sup>

Ezekiel J. Emanuel és munkatársai fentnevezett munkájukban hat ajánlást emeltek ki. Az előnymaximalizálás elve utilitarista filozófiai alapokon nyugvó alapelv, amelynek során a minél több élet és a minél több életév megmentésének prioritása kerülhet látszólagos ellentmondásba. Az előnymaximalizálás elvébe az is beletartozik, hogy adott esetben egy már lélegeztetőgépen lévő páciens az orvosnak le kell venni a gépről azért, hogy a gépet egy másik, jobb életkilátásokkal bíró beteg számára adhassa át. A legtöbb irányelv kiemeli, hogy a pácienseket erről a tényről már az érkezésükkor tájékoztatni kell.<sup>15</sup> A

---

13 KUHN, Anthony: *How a South Korean City Is Changing Tactics to Tamp Down Its COVID-19 Surge*. <https://www.npr.org/sections/goatsandsoda/2020/03/10/812865169/how-a-south-korean-city-is-changing-tactics-to-tamp-down-its-covid-19-surge?t=1594111983817> (2020. 04. 19.)

14 EMANUEL, Ezekiel J. – WERTHEIMER, Alan: Principles for allocation of scarce medical interventions. *Lancet*, 2009, 373 (9661), 423-431.

15 HICK, John L. – HANFLING, Dan – WYNIA, Matthew K. – PAVIA, Andrew T.: Duty to plan: health care, crisis standards of care, and novel coronavirus SARS-CoV-2. <https://nam.edu/duty-to-plan-health-care-crisis-standards-of-care-and-novel-coronavirus-sars-cov-2/> (2020. 04. 19.)

második ajánlás a vírus elleni küzdelemben létfontosságú személyek (egészségügyi dolgozók és más, a betegekről gondoskodó személyek) prioritizálását javasolja annak az egyszerű stratégiai összefüggésnek a fényében, hogy minden egyes egészségügyi dolgozó munkából történő kiesése vagy halála a járvánnyal való megküzdés esélyeit tovább rontja. A harmadik ajánlás az azonos életkilátásokkal bíró páciensek köréből történő szelekcióra vonatkozik, kimondottan kiemelve, hogy az érkezési sorrendnek, vagy a felvétel sorrendjében történő ellátásnak az ilyen krízishelyzetekben nincs helye. A hasonló életkilátású páciensek közül véletlenszerűen, az egyenlő esélyek biztosításával kell kiválasztani az ellátásban részesülő személyeket, például sorshúzással. Ez elsőre meglepőnek tűnhet, azonban reálisan indokolható azzal, hogy az érkezési sorrendben történő ellátás indokolatlan hátrányt jelentene azok számára, akik például távolabb laknak a kórháztól, vagy később kapták el a betegséget, esetleg pont azért, mert szigorúan betartották a járvány terjedésének meggátlása céljából hozott közegészségügyi intézkedéseket. A negyedik ajánlás a beavatkozás természetéhez igazítja a prioritizálási faktorokat. Más prioritási szempontok szükségesek például egy gyógyító típusú ellátásnál, és más egy megelőző jellegű beavatkozásnál (pl. védőoltás). A megelőző jellegű beavatkozásoknál egyértelműen a veszélyeztetett betegcsoportok (életkilátástól függetlenül), és a stratégiailag fontos személyek csoportjai (egészségügyi dolgozók) élveznek elsőbbséget. Az ötödik ajánlás a védőoltások és terápiák hatékonyságát vizsgáló kutatásokban önként résztvevő személyek elsőbbségét javasolja, amennyiben azonos életkilátásokkal rendelkeznek, mint a többi páciens. A hatodik, utolsó ajánlás egyértelműen kimondja, hogy nem szabad különbséget tenni a betegek között annak tekintetében, hogy Covid-19 betegség, vagy egyéb, súlyos, intenzív osztályos kezelést igénylő kórállapot áll fenn náluk. Akármennyire is leterhelik az ellátóhely kapacitását a koronavírusos betegek, sajnos, a többi súlyos, halállal fenyegető kórállapot gyakorisági mutatója sem változik ennek során, így a koronavírusos betegekével azonos triázsolási rendszer alá kell venni ezeket a pácienseket is.

Mindenképpen érdemes azt a tényt is említeni, hogy mind az E. J. Emanuel által publikált ajánlás, mind pedig a MOK által kiadott ajánlás az érkezési sorrend alapján történő szelekció tilalmával együtt állást foglal abban a tekintetben, hogy a kezelés meg nem kezdése és a megkezdett kezelés abbahagyása között morális értelemben véve különbség nincs. Ugyanakkor a valóságban sokkal nagyobb érzelmi terhelés az orvos számára a már megkezdett terápia abbahagyása, hiszen az orvos-beteg között kialakult bizalmi és olykor elkerülhetetlenül érzelmi jellegű kapcsolat 'elárulását' élheti meg a kezelőorvos és a beteg, illetve hozzátartozó egyaránt.

A tény, hogy nem a kezelőorvos hozza meg ezt a döntést, valamennyire enyhíti a pszichés terhet, azonban magát a cselekményt – a kezelés de facto megszakítását, amely a gyakorlatban egy az egyben a beteg halálát jelenti – neki kell tettelesen végrehajtania.

Korábban már hivatkoztunk a bioetikával kapcsolatos társadalmi diskurzus hiányosságaira. Most mégis meg kell állapítanunk, hogy a Magyar Orvosi Kamara által 2020. április 14-én kiadott Etikai megfontolások az orvosi erőforrások elosztásához a COVID-19-pandémia idején Magyarországon című dokumentum a hazai szakmai grémium kompetenciáit dicséri azzal, hogy nagyon sok elemet átvesz a nemzetközi irodalomból részletes hivatkozás nélkül.

Talán a nevezett dokumentumra egyik legjelentősebben ható, korábban már hivatkozott *Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time of Covid-19* című tanulmánnyal érdemes összevetnünk a hazai ajánlásokat.<sup>16</sup> Sajátos, hogy a hazai 'etikai megfontolások közül' kimarad az angol szövegben szereplő két lényeges szempont.

Egyrészt hazánkban nem kap prioritást közvetlenül a kezelés után várható életben töltött évek száma. Az angol szöveg így fogalmazza meg a nálunk hiányzó szempontot: „Viszont a Covid-19 pandémia idején a szűkös információk és az idő rövidege indokoltá tehetik, hogy előnyben részesítsük azokat, akik a kezelés után még érdemi idő van hátra a várható élettartamukból, míg az élet kezelés általi, lehető legnagyobb meghosszabbítását csak másodlagos célnak tekintjük. Utóbbi csak akkor válik relevánssá, ha olyan páciensek között kell dönteni, akiknek a túlélési esélyei hasonlóak.”

Másrészt pedig a hazai ajánlások nem prioritálják az egészségügyi dolgozók kezelését. Márpedig a hasznosság elve (előnyök maximalizálása) alapján könnyen belátható, hogy döntéshelyzetben azokat kell kezelni, akik a gyógyulás után másokat tudnak majd gyógyítani. „A Covid-19 kezeléséhez kritikus fontosságú erőforrásokat – tesztek, személyi védőfelszerelés, intenzív ágyak, lélegeztetőgépek, légzésrehabilitációs szakemberek, oltások — először a frontvonalban dolgozó egészségügyi személyzetnek, és más, a betegekről gondoskodó személyzetnek kell juttatni, valamint azoknak, akik működtetik a kritikus infrastruktúrákat. Utóbbin belül előnyben kell részesíteni azokat a dolgozókat, akik magas fertőzésveszélynek vannak kitéve, és akik a szakértelmük miatt nehezen pótolhatóak.”

---

16 Itt kell megjegyezni, hogy az angol nyelvű verziót 2020. április 2-án Rácz András fordította magyarra az 1001 Orvosi Szakfordítói Csoport tagjaként. Az idézetekben ezt a fordítást közöljük.

Összességében azonban elmondható, hogy a Magyar Orvosi Kamara által kiadott megfontolások kiemelkedően fontosak ahhoz, hogy szükség esetén megfelelő döntések születhessenek.

Az ajánlásoknál a gyakorlati megvalósítás során bizonyos értelemben talán még fontosabb is a jól kialakított triázs rendszer, hiszen az abban dolgozók hozzák meg végső soron a döntéseket.

Fontosnak érezzük azonban annak a hangsúlyozását, hogy a három főből álló triázs team-ek tevékenységét folyamatos etikai-jogi monitoring és támogatás kellene, hogy segítse. Ez a gyakorlatban azt jelenti, hogy az etikai ajánlásokat megfogalmazó szakértői testületnek folyamatosan kellene támogatnia a PDCA elvek<sup>17</sup> alapján: ajánlások megfogalmazásával, azok érvényesülésnek elemző vizsgálatával, a megfelelő következtetések levonásával és visszacsatolással a szabályozásra.

Ezen túlmenően elengedhetetlen a vonatkozó jogszabályok folyamatos értelmezése és a frontvonalban dolgozók lelki-pszichés támogatása is. Ezeknek a folyamatoknak a világos leírása és működtetése szintén ajánlások tárgya kellene, hogy legyen.

#### 4. Etika és betegjogok

Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény (a továbbiakban: Eütv.) úgy rendelkezik, hogy minden betegnek joga van sürgős szükség esetén az életmentő, illetve a súlyos vagy maradandó egészségkárosodás megelőzését biztosító ellátáshoz, valamint fájdalomnak csillapításához és szenvedéseinek csökkentéséhez.<sup>18</sup> Ez a jog tehát törvényileg rögzített, így adott esetben elvileg nem ad lehetőséget arra, hogy Covid-19-es beteg gyógyítása elsőbbséget élvezzen a többi, előzőekben meghatározott betegekkel szemben. Szintén az Eütv. mondja ki, hogy minden betegnek joga van – jogszabályban meghatározott keretek között – az egészségi állapota által indokolt, megfelelő, folyamatosan hozzáférhető és az egyenlő bánásmód követelményének megfelelő egészségügyi ellátáshoz.<sup>19</sup> Abban az esetben, ha kiemelünk egy betegségcsoporthoz tartozó betegkört, úgy ezzel sérülhet ez a betegjog. Jogi kérdéseket vethet fel az, ha bizonyos betegségek esetén elsőbbséget élvezhetnek betegek, míg más esetekben a szükséges ellátást nem kapják meg, mondjuk azért, mert nincs meg hozzá a szükséges személyi és tárgyi feltétel, vagy kapacitás prob-

---

17 *Plan – Do – Check – Act* (Deming ciklus).

18 Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény (a továbbiakban: Eütv.) 6. §.

19 Eütv. 7. § (1) bek.

lémák miatt. Az egyenlő bánásmód követelménye alapján sem lehetne tovább különbséget tenni a betegek között betegségekre alapozva. Természetesen lehetséges, hogy jól kialakított szempontrendszer alapján legyen egy rangsor a különböző súlyosságú betegséggel rendelkező betegek között, de az, hogy a koronavírusos betegek minden más betegséggel rendelkező betegekkel szemben elsőbbséget élvezzenek, a jelenlegi jogszabály környezet alapján nem támasztható alá.

A magyar egészségügyi rendszer sajátossága, hogy főszabály szerint társadalombiztosítási logika alapján működik, vagyis az kap ellátást, aki járulékfizetési kötelezettségének is eleget tesz. A társadalombiztosítási szabályozásba ugyanakkor szerepet kap a szolidaritás is, így olyanok is ellátásban részesülhetnek, akik nem fizetnek járulékot [őket alapvetően a társadalombiztosítás ellátásaira és a magánnyugdíjra jogosultokról, valamint e szolgáltatások fedezetéről szóló 1997. évi LXXX. törvény (a továbbiakban: Tbj.)] 16. §-a sorolja fel. Kérdésként merülhet fel ebben a rendszerben, hogy vajon jogilag elfogadható-e, hogy annak ellenére, hogy a beteg járulékfizetés teljesítése mellett venné igénybe az egészségügyi szolgáltatást, mégsem kapja meg, mert egy Covid-19-es beteg ellátása előnyt élvez vele szemben, aki adott esetben a Tbj. 16. §-a alapján kapja meg az egészségügyi ellátást? Ha szigorúan vennénk a társadalombiztosítási elvet, akkor egy ilyen kérdés egy biztosítási elven működő rendszerben nem merülhetne fel, és ez az, ami miatt érdemes lenne átgondolni a jelenlegi magyar egészségbiztosítási rendszer működését, finanszírozását az egészségügyi szolgáltatások tekintetében.

## **5. Etika és valószínűség**

A szervezeti megfontolásokon túl még egy módszertani szempontot érdemes figyelembe venni. Az egészségügyben, mint általában a döntésekben nem teljes bizonyosságokkal, hanem valószínűségekkel végezzük azokat a műveleteket, amelyek végén a döntések megszületnek. A valószínűségek miatt adódó bizonytalanságok kezelésének egyik kiváló módja a fellebbezés lehetősége (ezzel lehetőséget biztosítva a hibás döntések korrekciójára), azonban ezt megelőzően már az értékelések során is érdemes lehet tudomásul venni, hogy a beteg állapotára vonatkozó kijelentések többségükben nem megkérdőjelezhetetlen tények, hanem csak valószínűségek. Már önmagában a 'súlyos' jelző használata kizárja a teljes bizonyosságot, hiszen hol van az a definíció, amelyik alapján megállapítható egyértelműen a súlyos jelentése. Ugyanígy, ha az objektívnek tűnő mérési adatokat vesszük, például a laboreredményeket, tudjuk, hogy azok is óráról órára változhatnak, azonban az

életmentő beavatkozásra vonatkozó döntést egy adott pillanatban készült adat alapján hozzuk. De ugyanígy bizonytalansági tényező lehet az is, hogy a beteg kórtörténetét az orvos nem, vagy csak részben ismeri. Nem szabad tehát azt gondolni, hogy a döntéseinket megkérdőjelezhetetlen tényekre tudjuk alapozni.

Éppen emiatt célszerű lenne az adatok megbízhatóságát és a döntésben játszott szerepét súlyozni, majd ezzel a súlyozott értékekkel számolni a döntési folyamatban. Ehhez szükséges lehet a megfelelő döntési algoritmus kidolgozása például a Bayes-elmélet<sup>20</sup> alkalmazásával. Mindez elengedhetlenné tesz az ehhez kapcsolódó, statisztikailag megalapozott módszertani protokollok kidolgozását is.

### 6. Gyakorlati következtetések: kié a felelősség?

Első lépésben meg kell határozni az egyes szinteken felmerülő etikai felelőségeket. Világossá kell tenni, hogy nem terhelhető feleslegesen az amúgy is hatalmas nyomás alatta az első sorokban dolgozó egészségügyi munkatársak lelkiismerete. A felelősséget át kell vállalnia – egyre magasabb szinteken azoknak a csoportoknak, amelyek meghatározzák azokat a folyamatokat, amelyek mentén az egyéneknek a döntéseket meg kell hozniuk. Ehhez természetesen elsődleges fontosságú, hogy az egyes folyamatok világosan legyenek leírva. Nem szabad azt sem elfelejtenünk, hogy az eseti döntéshozatal etikai felelőségét a felállított triázs bizottságok leemelik a kezelőorvos válláról, azonban a megszületett döntés végrehajtásának morális-érzelmi felelősége továbbra is a kezelést megszakító kezelőorvost terheli, mely tömeges esetben beláthatatlan pszichés problémákhoz vezethet. Elsősorban Kínában vizsgálták a kiégés, depresszió, poszttraumás stressz betegség, illetve az öngyilkossági hajlam kialakulásának kockázatát a covid-osztályokon dolgozó egészségügyi személyzet körében.<sup>21</sup>

Világosnak kell lennie annak a ténynek is, hogy a szabályozók soha nem lehetnek véglegesek, azokat a PDCA elvek alapján folyamatosan frissíteni kell.

Tudatosítani kell azt is, hogy az igen/nem típusú döntéseket a lehető legrövidebb időn belül meg kell hozni, azonban a döntések mögött jellemzően nem bizonyosságok, hanem valószínűségek állnak.

---

20 FERSON, Scott: *Bayesian Methods in Risk Assessment*. [https://www.researchgate.net/publication/228805839\\_Bayesian\\_Methods\\_in\\_Risk\\_Assessment](https://www.researchgate.net/publication/228805839_Bayesian_Methods_in_Risk_Assessment) (2020. 04. 19.)

21 LAI, Jianbo et al.: Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease. *JAMA Network Open*, 2020, 3 (3), 64-76.

Az Eütv. 7. § (1) bekezdése alapján átgondolandó, hogy mennyiben elfogadható jogilag az egészségügyi szolgáltatás nyújtásának késleltetése, ha nem Covid 19-es beteg egészségügyi ellátásáról lenne szó. Az Eütv. azt mondja, hogy a jogszabályban meghatározott keretek között van joga minden betegnek az egészségügyi szolgáltatásra, ennek jelen helyzetben a pontos kidolgozására lenne szükség, hogy a beteg tudja, hogy a konkrét helyzetben miért nem juthatott hozzá adott esetben a szükséges ellátáshoz, és ennek legyenek meg a pontos jogszabályi háttere, szabályozási kerete.

Megfontolandó lenne az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférés lehetőségének az újragondolása is. Jelenleg a magyar egészségügyben a biztosítási logika nem tud megfelelően működni. A biztosítási elv alapján annak, aki biztosítási díjat fizet az ezért járó szolgáltatást meg is kellene kapnia. A magyar egészségbiztosításban ez jelenleg nem így van, az egészségügyi dolgozó a betegellátás során nem vizsgálhatja azt, hogy ki a biztosított (aki ezért járulékot fizet), és ki az, aki az Eütv. 16. §-a alapján jogosult az ellátásra. Ez a mai magyar egészségbiztosítási rendszernek egy komoly problémája, átgondolandó lenne egy új konstrukció kidolgozása az egészségügyi szolgáltatások finanszírozása tekintetében (amelyben már ma is komoly költségvetési forrásokra van szükség), illetőleg az egészségügyi ellátásra való jogosultság kritériumai vonatkozásában.

Összességében elmondhatjuk, elengedhetetlen egy, a jogi-etikai kérdések tudományos elemzésével folyamatosan foglalkozó, a triázst és a frontvonalban dolgozókat támogató, a társadalmi diskurzusra alkalmas csoport létrehozása a krízishelyzetek alatt, illetve a krízishelyzetekre való felkészülés során egyaránt.