

DR. KOVÁCS JÓZSEF

A modern orvosi etika alapjai

Bevezetés a bioetikába

HARMADIK, ÁTDOLGOZOTT KIADÁS

MEDICINA KÖNYVKIADÓ ZRT., BUDAPEST, 2025

© Dr. Kovács József, 1997, 1999, 2006, 2019, 2024

© Medicina Könyvkiadó Zrt., 1997, 1999, 2006, 2019, 2024

Lektorálta:

Somfai Béla SJ, † (1., 2. kiadás)

Dr. Dósa Ágnes (2., 3. kiadás)

E könyv ábraanyaga és mindenféle tartozéka szerzői jogi oltalom és a kizárólagos kiadói felhasználási jog védelme alatt áll. Csak a szerzői jog tulajdonosának és a könyv kiadójának előzetes írásbeli engedélye alapján jogszerű a mű egészének vagy bármely részletének felhasználása, illetve többszörözése akár fotó, akár elektronikus úton. Ezen engedélyek hiányában mind a másolatkészítés, mind a sugárzás vagy a vezeték útján a nyilvánosság-hoz való közvetítés, mind a digitalizált formában való tárolás, mind a számítógépes hálózaton átvitt mű anyagi formában való megjelenítése jogszerűtlen.

ISBN 978-963-226-930-6

MEDICINA

A kiadásért felel a Medicina Könyvkiadó Zrt. igazgatója

Felelős szerkesztő: Pobozy Ágnes

Műszaki szerkesztő: Dóczi Imre

Azonossági szám: 4250

Előszó a könyv harmadik, átdolgozott kiadásához

E könyv korábbi kiadásai 1997 óta szolgálnak a hazai orvos-, fogorvos- és gyógyszerész-képzés hivatalos tankönyveként. Kiterjedten használták továbbá jogi és teológiai képzésekben, a menedzserképzésben és filozófiai képzésekben is. Szakkönyvként szolgált orvosi és jogi továbbképzéseken, alkotmányjogi elemzések segítőjeként és még számos egyéb területen. A könyv akkor még kéziratban levő formája képezte az alapját az 1997. évi CLIV. törvény (Egészségügyi törvény) számos része megfogalmazásának. A törvény betegjogi fejezete pedig szinte teljes egészében átvette a könyv megfogalmazásait és megoldásait.

A könyv korábbi kiadásai óta eltelt hosszú idő és a bioetika tanítása során felgyűlt kiterjedt oktatási tapasztalat nagy segítséget nyújtott a könyv felújításakor.

E munka során több szempontot igyekeztem figyelembe venni:

- Az utóbbi évtizedekben markáns változás következett be a bioetika több területén.
 - A 21. században több ország legalizálta az aktív eutanáziát, és számos országban, illetve USA szövetségi államban vált törvényessé az orvos által segített öngyilkosság
 - Az asszisztált reprodukív technikák (ART) általánosan elterjedté váltak, és a modern genetika új lehetőségeivel kombinálódva (reprogenetika) számos új etikai kérdést vetettek fel
 - A transzplantáció kapcsán is számos új kezdeményezés terjedt el (pl. csere-bere donáció, DCD-donáció), melyek új etikai megoldásokat és egyben jogszabályi változásokat tettek szükségessé
 - A környezeti krízis és a fenyegető klímakatasztrófa csak egy gyökeresen új erkölcsi hozzáállással kerülhető el, mely a mai fogyasztáscentrikus és növekedéspárti gazdasági modellel szemben egy új világetikát igényel. Ezért a környezeti etika tárgyalása nélkül modern bioetika nem képzelhető el
 - Említésre méltó még számos egyéb terület, mint amilyen a Big Data kérdése, vagy a mesterséges intelligencia naponta új ígérekkel jelentkező etikai kérdései

Mindezek a bioetika könyv felújítását tették szükségessé. Mivel azonban ez a könyv egyszerre volt szakkönyv és tankönyv, a felújítás során figyelembe kellett vennem a könyvet használó diákok egyre fokozódó túlterhelődését.

A sok évtizedes oktatási tapasztalatom arra tanított, hogy a diákok nem szeretik a hosszú tankönyveket. Noha a szakadatlanul fejlődő medicina egyre nagyobb tananyag mennyiséget is jelent, azonban ezzel a diákok túlterhelődnek, s egyre kevésbé tudnak lépést tartani.

Ezért szem előtt tartottam, hogy a kötelező etika tananyagának a korábbi kiadásokhoz képest nem növekednie, hanem csökkennie kell. Annak ellenére szerettem volna ezt meg-

valósítani, hogy az utóbbi évtizedek rohamos fejlődése az etikai problémák számát szaporította, mely az erről szóló szakkönyv terjedelmének a növelésével járt.

Ezt a problémát úgy próbáltam megoldani, hogy a könyv felújítása során élesen elválasztottam a szakkönyvi és a tankönyvi részt.

Ezért a felújított könyv két változatban lesz elérhető:

- a diákoknak szánt, rövidített, kinyomtatott tankönyvi változat
- a hosszabb, szakkönyvi változat, mely e-könyvként kerül forgalmazásra. Ez a diákoknak szánt anyagon túl a kérdések sokkal részletesebb kifejtését tartalmazza

A teljes könyv, mely tehát egyszerre szakkönyv és tankönyv, e-könyvként jelenik meg. Ebben az e-könyvben kétféle szedéssel különítettem el a tárgyalt anyagot:

- A vizsgán számonkérésre szánt anyagot a szövegben normál szedéssel jelöltem, s ez az, ami a diákok számára kinyomtatásra kerül tankönyvként. Ez a teljes szöveg kevesebb, mint a fele, s ez a szakkönyv tankönyvi része.
- A teljes szakkönyv pedig e-könyv formájában elérhető, ahol elkülönül a normál szedésű tananyag s a kék háttérrel jelzett kiegészítő, szakkönyvi rész.

Így tehát a diákoknak lesz egy nyomtatott, tankönyvi példányuk, mely a számonkérésre szánt tananyagot tartalmazza, és a leglényegesebb ismereteket foglalja össze.

A szakkönyv iránt érdeklődő olvasóknak pedig lesz egy jóval hosszabb e-könyvük, mely már a tananyag igényein messze túlmegy, és amelyben az érdeklődők a nyomtatott változathoz jóval mélyebb ismereteket szerezhetnek az adott témában. Az e-könyvben is elkülönül a normál szedéssel jelölt és nyomtatott formában is elérhető tananyag, és a kék háttérrel jelölt, mélyebb, részletesebb ismereteket nyújtó kiegészítő, szakkönyvi rész.

Nem volt könnyű feladat kiválasztani a nagy anyagból azt, mely a tankönyvbe bekerült. Ennek során alapvetően az orvosképzés igényeit vettem figyelembe, mely klinikai fókuszú.

Így csak az e-könyvben szerepelnek az egyébként nagyon lényeges következő fejezetek:

- 16. fejezet. Az állatok morális státusza. Az állatkísérletek és az állatokkal való bánásmód etikai kérdései
- 17. fejezet. Környezetetika
- 18. fejezet. A Big Datával kapcsolatos etikai kérdések
- 19. fejezet. A mesterséges intelligencia (AI) és az internet orvosi alkalmazásának etikai kérdései

Fájó szívvel mondtam le arról, hogy ezek a nagyon fontos fejezetek a könyv nyomtatott változatában tananyagként szerepeljenek. Figyelembe kellett azonban vennem a hallgatók növekvő túlterheltségét. Ezért szerettem volna ezzel a megoldással megkönnyíteni számukra a lényeges pontok kiemelését, ami a nyomtatott verzióban szerepel.

A külön e-könyv elérhetősége azonban bőséges lehetőséget kínál a könyvből oktató tanároknak, intézményeknek arra, hogy a saját prioritásaiknak megfelelően az e-könyv segítségével más részeket jelöljenek ki számonkérésre, mint ami a nyomtatott tankönyvben szerepel.

A nyomtatott tankönyv terjedelmének csökkentését szolgálja az is, hogy az egyes fejezetek végén található linkkel lehet az adott fejezethez tartozó irodalmi hivatkozásokat megnézni. Az e-könyv azonban természetesen egybefüggően tartalmazza az irodalmi hivatkozásokat is.

A tanulás megkönnyítése érdekében formailag is törekedtem arra, hogy minél könnyebben tanulható legyen az anyag. Mert bár a bioetikai kérdések legtöbbször bonyolult filozófiai, jogi, teológiai és orvosi szempontok egyidejű figyelembevételét igénylik, a kifejtés komplexitását a pontokba szedett szempontok egyszerűsítik és könnyebben érthetővé teszik. Ezért igyekeztem a legbonyolultabb elemzéseket is pontokba szedni, és a hosszú, összefüggő szövegeket lehetőség szerint elkerülni.

Remélem, hogy ez a könyv segítséget fog nyújtani a diáknak a modern orvosi etika, bioetika tanulása során. A bioetika iránt érdeklődőknek pedig abban segít, hogy az e-könyv segítségével a tankönyvnél jóval mélyebb és átfogóbb ismereteket szerezhessenek a modern bioetika legkülönbözőbb területeiről. Célom az volt, hogy bemutassam a bioetikai problémák sokféleségét, és jelentőségüket. Átadjak valamit a modern bioetika varázslatosan komplex látásmódjából, és abból a lelkesedésből, melyet az érez, aki ezekkel a nagyon fontos, sok esetben a szó szoros értelmében életbevágó problémákkal foglalkozik.

Köszönettel tartozom a könyv új kiadása lektorának, Dr. Dósa Ágnes orvos-jogásznak a gondos, lelkiismeretes és aprólékos munkájáért. Számos pontosítást, kiegészítést, jogi hivatkozást köszönhetek neki. Mindez nagyban hozzájárult a könyv esetleges erényeihez. Mivel azonban nem minden javaslatát vehettem figyelembe, a könyv hibáiért én vagyok a felelős.

Köszönettel tartozom kollégáimnak a Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézetében. Az intézet toleráns, barátságos légköre ideális feltételeket teremtett a könyv felújítása során. Végül, de nem utolsósorban köszönettel tartozom diákjaimnak, akiktől a Semmelweis Egyetemen eltöltött sok évtizedes pályám során rengeteg visszajelzést kaptam. Az ő lelkesedésük, érdeklődésük állandó motivációt jelentett abban, hogy a lehető legpontosabban és leglényegretörőbben fogalmazzam meg a bioetikai problémákat, melyek – véleményem szerint – a mai kor legfontosabb kérdései közé tartoznak.

Budapest, 2024. 05. 30.

Dr. Kovács József
egyetemi tanár
Semmelweis Egyetem,
Általános Orvostudományi Kar,
Magatartástudományi Intézet

Tartalom

1. fejezet

Alapfogalmak. Normatív etikai elméletek	37
Az etika részei	37
1. Deskriptív (leíró) etika	37
2. Normatív etika	38
3. Metaetika	39
A normatív etika részei	40
A bioetika	41
A bioetika mint paradigmaváltás	42
Az erkölcs és a jog kapcsolata.	43
A természetjogi és a jogpozitvista érvelés	43
Az erkölcsi érvelés jellemzői	48
Az etikai viták során előforduló néhány gyakoribb érvelési hiba	49
Az erkölcsi vitákat kísérő egyet nem értés néhány oka	53
Abszolutista és plurális erkölcsi rendszerek	54
A bioetika szerepe a pluralista társadalomban	55
Normatív etikai elméletek (deontológiai és konzekvencialista etikai rendszerek)	56
A deontológiai etikai rendszerek általános jellemzői	57
A kettős hatás elve	59
A deontológiai etikai elméletekkel szemben megfogalmazott kritikák	64
W. D. Ross kvázi-deontológiai elmélete	65
Konzekvencialista (teleológiai) etikai elméletek	68
A konzekvencialista értékelmélet	69
Az utilitarizmus	70
Tett- és szabály-utilitarizmus	71
Érvek és ellenérvek az utilitarizmus mindkét formájával kapcsolatban.	77
Az utilitarizmus problémái	79
Az utilitarizmus értékelése.	82
Sophie választása	82
Összefoglaló megjegyzések	83
Természetjogi elméletek, a kanti etika, szerződéselméletek, erényetikák, kazuisztika, feminista etika, narratív etika, az emberi jogok nyelve	86
A természetjogi, a természeti törvényre hivatkozó etikai elméletek	86
A kanti etika	89
Az univerzalizáció elve	89

Az univerzalizáció elve kanti megfogalmazásának problémái	91
Az univerzalizációs elv módosított változata.	92
Az arany szabály elve és a kanti etika.	95
A társadalmi szerződés elméletei	96
A Hobbes-típusú szerződéselméletek.	97
A Kant-típusú szerződéselméletek	98
John Rawls igazságosságelmélete	98
Egy igazságos társadalom rawlsi alapelvei	99
A fenti elvek magyarázata és indoklása	100
Erényetikák, szituációs etikák, agapizmus, feminista etika, kazuisztika, narratív etika	102
Az erényetika	102
Erényetika az orvoslásban	103
A betegség mint egzisztenciális krízis	104
Az orvosi erények	104
Szituációs etika, agapizmus	105
A kazuisztika	105
A narratív etika	106
A feminista etika	109
A férfiak és a nők morális univerzumának különbségei: az igazságosság etikája versus a gondoskodás etikája	110
Jogokra hivatkozó érvelések	112
Irodalomjegyzék	118
2. fejezet	
Az orvosetika alapelvei	127
A modern orvosi etika alapelveinek (principlizmus) a kialakulása	127
Az autonómia tiszteletének az elve	128
Az autonómia fogalma	128
Az autonómia mint negatív szabadság (szubjektív autonómia)	129
A beteg autonómiájának a tisztelete	130
A gondolkodás autonómiája	130
Az akarat autonómiája	131
A cselekvés autonómiája	131
Az autonómia korlátai.	131
Az orvos negatív és pozitív kötelességei az autonómia tiszteletével kapcsolatban	131
A „Ne árts!” elve	133
A jótékonyság elve	135
A jótékonyság elve két részből áll	135
Mennyire szigorú kötelesség a jótékonyság kötelessége?	136

A jótékonyág elvárható mértéke: jövedelmünk kb. 10%-nak jótékonyági célra fordítása	136
A kötelező segítség mértéke: a minimálisan tisztességes szamaritánus elve	137
A speciális szerepek által teremtett többlet köteleességek a minimálisan tisztességes szamaritánus elvéhez képest	138
Az orvosi hivatás jótékonyági kötelessége	138
Az igazságosság elve	139
Az igazságosság formái alapelve: a formális egyenlőség elve	139
Az igazságosság tartalmi alapelvei	140
Konfliktusok és dilemmák az orvostika alapelvei között	141
Az orvosi etika alapelvei prima facie köteleességek.	141
Az autonómia elve vagy a jótékonyág elve a fontosabb?	141
1. példa: életmentő amputáció elutasítása	142
2. példa: végezhet-e orvos a beteg kérésére aktív eutanáziát, vagy segíthet-e a betegnek öngyilkosság elkövetésében	142
3. példa: megszegheti-e az orvos a titoktartási kötelességét egy másik ember érdekében?	143
A principlizmus előnyei és hátrányai	143
Irodalomjegyzék	145

3. fejezet

Belátási képesség, döntéshozatali képesség, cselekvőképesség	147
A cselekvőképesség megállapításának jelentősége az orvosi gyakorlatban.	147
A belátási képesség betegágy melletti megállapításához általában nem kell pszichiátriai szakvélemény	148
A belátási képesség hiányának gyakorisága kórházban fekvő betegeknél	149
A belátási képesség, döntéshozatali képesség fogalma	149
A belátási képesség globális standardja (az ún. „küszöb” standard)	150
A belátási képesség „csúszó” standardja	151
A belátási képesség körülmény- és döntésspecifikussága	152
A belátási képesség függése a döntési feladat követelményeitől, nehézségétől	152
A belátási képesség függése a döntés idejétől és körülményeitől	153
A döntéshozatali képesség folyamat standardja.	153
A döntéshozatali képesség folyamat standardjának „mozgó”, változó jellege: a csúszó standard	154
A belátási képesség kognitív összetevői.	156
A belátási képesség nem-kognitív összetevői	159
A belátási képesség korlátozottságának két fajtája	160
A belátási képesség megállapítása a gyakorlatban	161
A kiinduló feltételezés: a beteg rendelkezik belátási képességgel.	161
Mi a teendő, ha a beteg nem rendelkezik belátási képességgel?	161

A belátási képesség megállapítása tesztek segítségével	162
A döntéshozatali képesség megállapításának formális és informális lehetőségei	164
Belátási képesség és az orvosi kezelés visszautasítása.	165
Belátási képesség az orvos által javasolt kezelésbe beleegyező beteg esetén	165
Belátási képesség az orvos által javasolt kezelést elutasító beteg esetén	166
Irányelvek egészségügyi intézményi számára a cselekvőképesség megállapításához.	166
Belátási képesség és racionalitás	168
Belátási képesség és pszichiátriai betegség.	168
Belátási képesség depresszióban.	170
Belátási képesség anorexia nervosában.	171
Összegzés	173
Irodalomjegyzék	174

4. fejezet

Az orvosi beavatkozásokba való „tájékozott beleegyezés” elve

a modern orvosi etikában

179

Az egyszerű beleegyezés. 179

A tájékozott beleegyezés doktrínájának kialakulása 180

 A Salgo per 181

A jogok nyelvének a megjelenése a medicinában 182

A tájékozott beleegyezés fogalma. 182

 A tájékozott beleegyezés meghatározásának tipikus hibái 184

A tájékozott beleegyezés elemei 184

A betegek felvilágosításának standardjai. 185

 A szakmai standard. 185

 Az objektív standard 185

 A szubjektív standard. 185

 A transzparencia standard. 186

Mit kell a betegnek elmondani egy tervezett diagnosztikus vagy terápiás

beavatkozás előtt? 187

 A beteg jogosult a döntésre 187

 A beteg betegségének diagnózisa s kezelés nélküli prognózisa. 187

 A tervezett beavatkozás természete és célja 188

 A tervezett beavatkozás ismert kockázata, a szakirodalomban leírt,

 ún. specifikus kockázata, szövődményei. 188

 Néhány bírósági döntés 189

Alternatív beavatkozások 190

A tervezett beavatkozás várható haszna 191

A beteg bátorítása a kérdésre 191

Az egészségügyi ellátás során elkövetett hibákról való tájékoztatás 191

A hibák kezelésének morális modellje.	191
A hibák kezelésének korszerű megközelítése.	192
A tájékoztatás folyamatossága	192
Mitől függ a közlendő információ mennyisége?	193
Az orvos és a beteg eltérő nézőpontja	193
Félreértési lehetőségek az orvos és a beteg között	194
A beteg önrendelkezési jogának korlátai.	194
A tájékozott beleegyezés mint folyamat	194
A tájékozott beleegyezés jogi (esemény) modellje	195
A tájékozott beleegyezés jogi (esemény) modellje (orvosi monológ modell)	195
A tájékozott beleegyezés folyamata (esemény) modellje	195
A tájékozott beleegyezés etikai modellje, az orvos és a beteg közötti dialógus modellje)	195
A tájékozott beleegyezés etikai modellje (esemény) modellje	196
Mennyire emlékeznek a betegek a tájékoztatás során kapott információkra?	196
A tájékozott beleegyezés a gyakorlatban.	196
Mikor nem szükséges a betegtől tájékozott beleegyezést kérni?.	197
A kezelés visszautasításának joga.	199
Életmentő kezelés visszautasítása vallási okokból:	
transzfúzió visszautasítása a Jehova Tanúval tartozó személy által	200
Viták a tájékozott beleegyezéssel kapcsolatban	200
A tájékozott beleegyezés elleni érvek	201
A tájékozott beleegyezés elleni gyakori mítoszok és cáfolatuk	201
A tájékozott beleegyezés melletti érvek	202
A tájékozott beleegyezés melletti deontológiai érvek	203
A tájékozott beleegyezés melletti utilitarista érvek.	204
A tájékozott beleegyezés doktrína néhány pszichológiai és kommunikációs aspektusa	205
A tájékozott beleegyezés mint az orvos és a beteg együttműködésével történő közös döntéssel	205
Az áttétel és regresszió okozta pszichológiai presszió paternalizmust fokozó hatása.	206
Az orvosi paternalizmus pszichológiai veszélyei	207
A bizonytalansággal való megbirkózás hatása az orvos gondolkodására	208
Radikális mastectomia vagy emlőmegtartó műtét?	209
A medicina mint a tudomány, a misztika és az etika keveréke	210
Miért vonakodott a medicina a tájékozott beleegyezés doktrínáját elfogadni?	211
Hogyan járult hozzá a paternalisztikus hozzáállás a beteg alárendeléséhez?	212
A nem tájékoztatás a beteg regresszióját növeli.	212
A beteg tájékoztatás nehézségeinek tanulságai	213
A beteg pszichológiai igényeinek figyelmen kívül hagyása a tájékoztatás során	213
Néhány gyakorlati megfontolás a tájékozott beleegyezéssel kapcsolatban	215
A jó beteg tájékoztatás nem egyszeri aktus, hanem egy folyamat.	215

A jó betegtájékoztatás a beteg számára érthető nyelven, több ülésben és nyugodt körülmények között történik	216
A betegtájékoztatás segédanyagai	217
A tájékoztató anyagok hossza és nyelve	217
A tájékoztatás során az öntudatlan vagy tudatos manipuláció elkerülése	219
Az értékszemponatok hangsúlyozása a jó döntés meghozatalakor	220
A tájékozott beleegyezés dokumentálása és a megértés ellenőrzése	220
Tájékozott beleegyezés egyes speciális betegcsoportokban	221
Terhes anyák.	221
Kiskorú betegek.	222
Pszichiátriai betegek	222
Az anesztéziába való tájékozott beleegyezés	223
Az anesztéziába való beleegyezés alapelvei	223
Az intenzív osztályon kezelt betegek beleegyezésének speciális kérdései	228
Tájékozott beleegyezés a sebészetben	228
Mit szeretnének a betegek tudni egy műtét előtt?	230
A beavatkozás visszautasítása	233
Mi a teendő a beteg irracionális döntése esetén?	
Növelhető-e a beteg autonómiája annak korlátozásával?	234
A tájékozott beleegyezés doktrínája mögött az áll, hogy az ember racionális lény, ez a feltételezés azonban hamis	234
Az emberek sokszor cselekszenek saját érdekeik ellen	235
A világosodás emberképe a mai ismeretek fényében	236
Az emberi ész tipikus hiányosságai	237
A jövő irracionális mértékű leszámítolása	237
A motivált érvelés	238
Az affektív jóslás	238
Az affektív emlékezés	239
Egy éppen átélt élmény megítélésének bizonytalansága	240
Egyéb gondolkodási torzítások.	240
A kognitív illúziók összefoglaló jellemzői.	241
Következtetések	241
Az autonómia növelésének lehetőségei az emberi korlátozott racionalitás fényében	241
Megoldási lehetőségek a beteg autonómiája előmozdítására	242
A paternalizmus elkerülése mellett	242
A tájékozott beleegyezés elvének érvényesülése Magyarországon	244
Irodalomjegyzék	246

5. fejezet

Igazságosság az egészségügyben I.

Az egészségügyi makroallokáció orvostikai kérdései	253
A disztributív igazságosság négy szintje az egészségügyben	253
Az igazságosság felfogása a tradicionális orvosi etikában	254
Az orvoslás „kézműves” korszaka	254
A modern egészségügy kialakulása: az egészségügy mint tőkeigényes egészségügyi-ipari komplexum	255
A közgazdasági szempontok előtérbe kerülése a modern egészségügyben és az orvosi etikában	255
Az egészségügyi költségrobbanás	256
Az egészségügyi költségrobbanás okai	256
Az idősök arányának növekedése	256
Az orvosi technológia fejlődése	257
A kulturális haladás	258
A modern orvosi ethosz	258
Az ingyenes egészségügyi ellátás	259
Az egészségügyi reformus.	259
Az egyoldalúan kuratív szemléletű egészségügy	260
Az egészségügy szerepe az egyén egészségének a fenntartásában	263
Az akut, fertőző betegségek dominanciája a 19. század elejéig.	263
A krónikus, nem fertőző betegségek uralkodóvá válása	263
Az akut fertőző betegségek visszaszorulása jelentős részben az életkörülmények általános javulásával magyarázható.	264
Az egészségügy viszonylag csekély szerepe az egészségi állapot meghatározásában	264
A lakosság egészségi állapotának javítása nem az egészségügyi ráfordítások növelésével hajtható végre a leghatékonyabban.	265
A baleseti sérülésekből eredő halálozás csökkentésének alternatív módszerei	265
A szív- és érrendszeri halálozás csökkentésének alternatív módszerei.	265
Koraszülöttek túlélési aránya növelésének alternatív módszerei	265
Az egészség olyan árucikk, melynek legfőbb szolgáltatója nem az egészségügy.	265
A mai egészségügy hangsúlya a gyógyításon és nem a megelőzésen van	266
Az egyéni felelősség kérdése az egészség fenntartásában.	266
Az egészségért való egyéni felelősségről való gondolkodás a történelem során	266
Az egészségért való egyéni felelősség hangsúlyozása az ókortól kezdve a 19. századig.	266
Az egészségért való társadalmi felelősség hangsúlyozása a 19. század végétől kezdve.	267
Az egészségért való egyéni felelősség hangsúlyozásának modernkori visszatérése.	267

A sorolás etikai elvei és gyakorlata a mai egészségügyi rendszerekben.	270
A sorolás fogalma.	270
A sorolás az egészségügyi ellátás korlátozása.	270
A strukturális sorolás.	270
A sorolás „láthatatlansága” a közgondolkodás számára.	271
A retorikában a sorolás ma nem létezik.	271
A „mindenkinek minden szükséges ellátást meg kell adni” elv megvalósíthatatlansága.	271
Az egészségügyi szükséglet fogalma.	271
A sorolás két fajtája.	272
A puha sorolás.	272
A kemény sorolás.	272
A puha sorolás elterjedtségének oka.	272
A kemény sorolás erőlsileg elfogadhatóbb, mint a puha sorolás.	273
Példák a puha sorolásra.	273
Költségszempontok rejtett jelenléte a diagnosztikus és terápiás algoritmusok kialakítása során.	275
Puha sorolás az angol egészségügyi rendszerben.	276
Miért lényegesen elterjedtebb ma a puha sorolás, mint a kemény sorolás?	278
A kemény sorolás.	279
A seattle-i „művesebizottág” működése.	279
Érvek és ellenérvek a sorolás nyilvánosságával kapcsolatban.	282
A sorolás nyilvánossága demoralizáló hatású.	282
A sorolás eltitkolása még inkább demoralizáló hatású lehet.	282
A kemény sorolás megvalósításának alternatív lehetőségei.	283
Kemény sorolás a fizetőképesség alapján.	283
Az orvos által indokolatlannak tartott vagy túlzottan igényes kezelést a biztosító nem teszi lehetővé.	283
Szakmai testületek döntenek, hogy mit tesznek elérhetővé, s eleve már csak ezeket a lehetőségeket ajánlják fel a betegnek.	284
Érv a sorolás nyilvánossága mellett.	284
Az egészségügyi közgazdaságtan és az orvosi etika.	284
Ellenérvek az egészségügy közgazdasági megközelítésével szemben.	284
Az orvos döntését csak a beteg érdeke határozhatja meg, költségszempontokra való tekintet nélkül.	284
Az emberi élet tiszteletének az elvét sértik a közgazdasági megfontolások.	285
Az emberi élet értéke pénzben kifejezhetetlen.	285
A közgazdasági megfontolások elkerülhetetlensége.	285
A egészségügy számára rendelkezésre álló erőforrások korlátozottak.	285
Az emberi élet tiszteletének elvének többféle értelmezése.	285
Az emberi élet értéke pénzben valóban kifejezhetetlen, de annak bizonyos elemei közgazdaságilag elemezhetők.	286

A közgazdasági megközelítés a hatékonyság és nem az igazságosság talaján áll	286
Statistikai életek megmentése vagy személyesen ismert életek megmentése?	288
Miért kerül előtérbe a medicinában a kuráció a prevencióval szemben?	289
A költséghaszon-elemzés ill. a költség-hatékonyság elemzés etikai kérdései.	291
A költséghaszon elemzés.	291
Próbakozások az emberi élet pénzbeli értékének meghatározására	292
A bíróságok módszere az USA-ban egy elhunyt személy hozzátartozóinak fizetendő kártérítés mértékének a meghatározására	293
Az élet anyagi értékének meghatározására szolgáló közgazdasági módszerek	293
Az életkereset (human capital) módszer	294
A fizetési hajlandóság módszer.	295
A költséghaszon elemzés problémái	296
Költség-hatékonyság elemzés	296
A költség-hatékonyság elemzés előnyei és hátrányai.	296
A QALY	296
Viták a QALY módszerével kapcsolatban	300
Az egészségügyi ellátáshoz való jog problémája	305
Az egészségügyi ellátáshoz való jog története	305
Hagyományosan a szegény vagy beteg ember csak a többiek könyörületességében bízhatott	305
Az egészségügyi ellátáshoz való jog először a 18. században fogalmazódott meg	305
Van-e jogunk az egészségügyi ellátáshoz?	306
A libertariánus („laissez faire”) felfogás – legfőbb érték a szabadság	306
A szocialista (egalitáriánus) felfogás – legfőbb érték az egyenlőség	308
A liberális felfogás A szabadság és az egyenlőség egyformán fontos értékek	309
Az egészségügyhöz való jogról folytatott viták összefoglalása	311
A libertariánus felfogás lényege	311
A szocialista és a liberális felfogás lényege – a modern jóléti állam	311
Az egészségügyi rendszer hármas célja	312
Szabadpiaci versus közfinanszírozású egészségügyi ellátás	313
Az egészségügy szabadpiaci rendszere	313
A szabadpiaci rendszer egy tipikus formája az USA	313
A közfinanszírozású egészségügy	314
A közfinanszírozási rendszer lényege – a beteg nem fizetőképessége alapján, hanem orvosi szükségletei alapján jut ellátáshoz.	314
A mai egészségügyi rendszerek hibrid rendszerek	315
Érvek az egészségügy szabadpiaci rendszere mellett	315
A piaci rendszer előnyei.	315

Ellenérvek az egészségügyi szolgáltatások piaci elosztásával kapcsolatban.	316
Az egészségügyi piac kiküszöbölhetetlenül tökéletlen.	316
Hogyan lehetne az egészségügy területén piaci viszonyokat teremteni?	320
A egészségügy piacellenes jelölő.	320
A közfinanszírozású egészségügy ellátás	322
A közfinanszírozású egészségügyi ellátás nem feltétlenül jelent állami egészségügyi ellátást.	322
Közfinanszírozású egészségügyben – szemben a piaci rendszerrel – az ellátás alapja nem a fizetőképesség, hanem a beteg egészségügyi szükséglete.	322
A közfinanszírozású egészségügyi rendszer problémái	323
A betegek szubjektív igényei kevésbé jelenhetnek meg	323
Az orvos által definiált szükségletek okozta problémák.	324
A modern egészségügyi finanszírozás kialakulása	324
A hagyományos megközelítés	324
Az egészségügyi finanszírozás modern fordulata.	324
Az orvosi tevékenység finanszírozásának módja	325
A fee for service rendszer (tételes tevékenység finanszírozás)	325
A fejkvóta rendszer (Capitation)	326
Fix fizetés	326
A DRG (HBCS) módján betegcsoportok szerinti finanszírozás.	326
Kísérletek egy igazságos egészségügyi rendszer definiálására	329
A betegeknek joguk van az egészségügyi ellátás egy tisztességes minimumához	329
Mit biztosíthat a magánegészségügy?	332
A kétrétegű egészségügy megvalósíthatóságának politikai nehézségei.	333
A kétrétegű egészségügy morális elfogadhatósága	334
A kétrétegű egészségügy a gyakorlatban	334
Az oregoni kísérlet az egészségügyi prioritások nyilvános megfogalmazására	335
Az oregoni módszer	335
Oregonban a fő célkitűzés az volt, hogy meghatározzák, mi tartozik az egészségügyi ellátás tisztességes minimumához	335
A prioritások meghatározásának három lépése	336
A 17 nagy diagnózis-kezelés kategória	337
Az oregoni prioritási lista	337
A konkrét, végső rangsor kialakítása	339
Az oregoni prioritási listával kapcsolatos etikai viták	344
Kritika a kétszintű egészségügy miatt	344
Az oregoni prioritási lista előnyei	345
Az oregoni rendszert ért kritikák	345
Irodalomjegyzék	349

6. fejezet

Igazságosság az egészségügyben II. Az egészségügyi mikroallokáció

(triage) orvosetikai kérdései (az életmentő, ritka, általában nem elérhető

eszközök, gyógyszerek, eljárások elosztásának etikai problémái) 361

A probléma leírása 361

A probléma kezelésének története 361

Az ókori megfogalmazás 361

A zsidó hagyomány 362

Az újkori kérdésfeltevés 362

A probléma mai formája 362

Kísérletek a probléma megválaszolásának elkerülésére 362

 A probléma etikailag megoldhatatlan, ezért csak (kellő finanszírozással történő)
 eltüntetése lehet a jó megoldás 362

Miért nem csak a szegény országok problémája az orvosi eszközök hiánya? 363

Az eszközök hiányának megszüntethetetlen okai 363

Terminológiai kérdések 364

A ritka orvosi eszközök elosztásával kapcsolatos két főbb megközelítés 365

A szelekciót elutasító érvelések 365

Szelekciót soha nem szabad végezni, minden rászoruló kezelni kell 365

 Az egyenlőség radikális felfogása: ha mégis szelekcióra kényszerülnénk,
 s nem lehet mindenkit megmenteni, akkor inkább senkit ne mentsünk meg. 365

Mivel egyik megoldás sem jó, ezért bármelyik megoldás egyforma értékű 366

 Bármely szelekciós kritérium azért rossz, mert a probléma megoldásának
 a látszatát kelti 367 A szelekció kérdése orvosi kritériumok használatával is megoldható,
 mert az nem erkölcsi, hanem orvosi kérdés. 368

A szelekciót elfogadó megközelítés 368

A gyakorlatban használt főbb szelekciós kritériumok 369

A kezelés orvosi haszna mint szelekciós kritérium 369

Az orvosi haszon fogalma 369

A közvetlen életveszély mint szelekciós kritérium. 371

A közvetlen életveszély fogalma 371

 Az életveszélyes állapot mint kritérium alkalmazása kezelésben
 még nem részesülő betegeknél 372

Az életveszélyes állapot mint kritérium alkalmazása már kezelt betegeknél. 373

A kezelés sikerességének valószínűsége mint kritérium 374

A kritérium indoklása. 374

A megmenthető életvek száma mint kritérium. 375

A kritérium megfogalmazása. 375

A kritérium indoklása és problémái. 376

A megmentett beteg várható életminősége mint kritérium 377

A kritérium használata a gyakorlatban 377

Az életminőség használatának problémái. 378

Az életminőség kritérium használhatóságának feltételei	379
A beteg pszichológiai stabilitása mint kritérium.	379
A pszichológiai stabilitás szükségessége az orvosi kezelés során	379
A pszichológiai stabilitás mint szelekciós elv értékelése	380
A pszichológiai stabilitás kritériumának korlátai.	381
A beteget támogató környezet megléte mint kritérium.	382
A támogató környezet fogalma.	382
A kritérium alkalmazása	382
A kritérium melletti és elleni érvek.	383
A kritérium értékelése.	383
A társadalmi hasznosság mint kritérium.	384
A kritérium megfogalmazása.	384
A társadalmi hasznosság két formája	384
Ellenérvek a társadalmi hasznosság kritériumával szemben	385
A társadalmi hasznosság kritériumának értékelése	386
A területi elv mint kritérium.	386
Az elv megfogalmazása	386
Az elv indoklása	387
Az elv korlátai	387
A területi elv elfogadhatósága	388
A szükséges alkalmazási idő mint kritérium.	388
Az elv megfogalmazása	388
Más emberek életének megmentése, jóllétének biztosítása szempontjából	
Valószínű nélkülözhetetlenség mint kritérium	389
A kritérium a társadalmi hasznosság kritériumának leszűkített, precízebb és ezért erkölcsileg elfogadhatóbb megfogalmazása	389
Az egyén morális felelőssége betegségéért mint kritérium	393
Ezen kritérium szerint ritka, életmentő eszközökkel való kezelés esetén azokat kell előnyben részesíteni, akik betegségük létrejöttéért nem felelősek.	393
A fizetőképesség mint kritérium	396
A fizetőképességi elv három formája	396
Érvek a fizetőképességi elv mellett.	397
Érvek a fizetőképesség ellen	398
A kétrétegű egészségügy mint fő elosztási módszer erkölcsileg nem megengedhető	398
A ritka orvosi eszközök két formája	398
Ellenérvek az indirekt fizetőképességgel szemben	400
A véletlenszerű kiválasztás módszere (sorsolás).	400
A véletlenszerű kiválasztásnak két módszere lehetséges:	400
A véletlenszerű kiválasztás melletti érvek.	400
A véletlenszerű kiválasztás elleni érv	401
A véletlenszerű kiválasztás értékelése	401


Az életkor mint kritérium	404
A kritérium szerint ritka, életmentő orvosi eszközök elosztásakor – egyéb tényezők azonossága esetén – mindig azt kell előnyben részesíteni, aki fiatalabb	404
Érvek és ellenérvek a ritka eszközök életkor szerint történő elosztásával kapcsolatban	404
A természetes élettartamhoz való jogra alapozott érvelés	406
Callahan érvelése	407
Ellenérvek a természetes életkorhoz való jogra alapozott érveléssel szemben. . . .	410
Következtetések	413
Összefoglalás	414
A legfontosabb szelekciós kritériumok az orvosi kritériumok	414
A társadalmi hasznosság kritériuma egyik formájában sem elfogadható	414
A területi elv általában nem elfogadható	414
A ritka eszközzel szükséges kezelés időtartama fontos kritérium.	415
Egy beteg túlélésének fontossága mások élete, jóléte szempontjából figyelembevehető	415
A beteg kora, pszichológiai stabilitása, illetve az őt támogató családi környezet jelenléte vagy hiánya fontos tényezők annak megítélésében, hogy mennyire lehet hasznos a beteg számára az adott eszközzel való kezelés	415
A beteg beleegyezése fontos kritérium. Csak tájékozott beleegyezés után lehet a beteget bármiféle kezelésben részesíteni	416
A beteg morális felelőssége saját betegsége kialakulása szempontjából elméletileg ugyan elfogadható kritérium, a gyakorlatban azonban ritkán alkalmazható	416
A fizetőképesség kritériumként általában nem elfogadható	416
A véletlenszerű elosztás mindkét formája (sorsolás, ill. az elosztási sorrend vagyis a sorban állás) elfogadható elosztási elv.	416
Az erkölcsileg elfogadható kritériumok ritka, életmentő orvosi eszközök elosztása során	417
A betegek kiválasztásának módszere a ritka, életmentő eszközökkel való kezelés szempontjából.	417
A fenti kritériumok elfogadottsága a gyakorlatban	417
A betegkiválasztás procedurális feltételei.	418
A ritka eszközök elosztásának problémái a COVID-19 pandémia kapcsán	419
A COVID-19 pandémia által létrehozott kapacitáshiány	419
A TRIAGE	419
A COVID-19 pandémia nemcsak a betegek, hanem az őket kezelő egészségügyi személyzetet is érintette	419
Az irányelvek kidolgozásának szükségessége	420
A sorolást irányító etikai elvek a	420
COVID-19 pandémia kapcsán	420
Az egészségügyi szükséghelyzet által megkövetelt paradigmaváltás	420

Az igazságos sorolás négy etikai alapelve a COVID-19 pandémia kapcsán	421
Az elvekből következő konkrét allokációs kritériumok	421
Bizonyos komorbid betegcsoportok kategorikus kizárásának kérdése	423
Procedurális megfontolások	423
A triage elveinek nyilvánossága	424
Irodalomjegyzék	425
7. fejezet	
A művi abortusz etikai kérdései	435
A művi abortusz alapproblémája	435
Ha a megtermékenyített petesejt éppen úgy emul mint mi (vagyis teljes morális státusszal rendelkezik), akkor az abortusz szinte soha nem megengedhető	435
Az abortuszkérdés az egyik legnehezebben megoldható bioetikai probléma	436
Az abortusz nem az emberek közti hátrányos diszkrimináció egyik utolsó, elfogadott formája?	436
Néhány gyakoribb érvelési hiba az abortusz kapcsán	437
Az abortusz az anya magánügye.	437
Az abortusz megtiltása az illegális abortuszok számának növekedésével fokozott anyai halálozáshoz vezetne	437
A magzatot nem segíthetjük elő azért, mert különben néhány szabályszegő rosszul jár.	437
Az illegális abortusz gyakorlata elvész	438
Hagyni kell, hogy mindenki követhesse a saját meggyőződését	438
Az abortusz kérdése eltörpül más társadalmi problémák mellett	438
Az abortusz és a fogamzásgátlás megítélésének története	439
A történelem során általában a fogamzásgátlás és az abortusz között nem sok különbséget láttak, és mindkettőt tiltották	439
Egy alulnépesedett társadalom értékesnek látja a magzatot, a túlnépesedett azonban a magzatban fenyegetést lát	439
Az 1960-as évektől vált elfogadottá a nők reprodukív szabadságának a gondolata	440
A művi abortusz tiltásának lehetséges okai	440
Tiltás demográfiai okokból	440
Tiltás a társadalmak közti „szaporodási verseny” megnyerése céljából.	440
Tiltás a társadalmon belüli, kívánatos rétegek arányának növelése érdekében.	441
Tiltás a férfi jogainak a védelmében.	442
Tiltás a „tulajdonos” jogán	442
Tiltás az apa döntési joga védelmében.	442
A nő szerepének leértékelése a hagyományos társadalmakban.	442
A fogamzásgátlás mint „magánbűn”	443
Tiltás az anya élete védelmében	444
A korlátozó abortusztörvények enyhülésének motívumai	444
Az abortusz tiltása a magzat élete védelmében	445

A kereszténység álláspontja	445
A terhesség elkerülésének egyetlen elfogadható módja a nemi élettől való tartózkodás.	445
Az abortusz megítélése a kereszténység történetében	446
A mai álláspontok.	448
A konzervatív álláspont.	448
A liberális álláspont	448
A mérsékelt álláspont	448
A mai álláspontok közötti vita	449
Közös ellenérvék a konzervatív és a liberális állásponttal szemben	450
A konzervatív álláspont és kritikája.	451
A konzervatív álláspont bírálata az emberi élet sejt szintű és szervezeti szintű formája közti különbségtétellel.	451
A potencialitás argumentum	453
A liberális álláspont és kritikája	456
Az életképessé válás mint kritérium.	456
Az öntudat, racionalitás megléte mint kritérium.	457
Az elveszülés mint kritérium.	459
Az elveszülés mint kritérium: a nők önrendelkezési jogán alapuló érvelés	460
A mérsékelt álláspontok	468
Az érzőképeség mint kritérium	469
Ellenérvék az érzőképeségi kritériummal szemben.	471
Az egész agyhalál koncepció	472
A neokortikális agyhalál koncepciója	474
Az Elnöki Bizottság Álláspontja	476
A neokortikális haláldefiníció lehetséges gyakorlati előnye.	477
Az egész agyhalál koncepció elfogadásának etikai következményei	477
Az agyszünetelés koncepciója az abortusz kapcsán	479
Az agyhalál világszerte széles körben elfogadott koncepciója alapján sokan az erkölcsileg és jogilag védendő élet kezdete és vége között szimmetrikus viszonyt látnak	479
Egy gondolatkísérlet.	480
Az agyszünetelés lehetséges időpontjai.	481
Indokolható abortuszpolitika a kortikális agyszünetelés koncepció alapján.	484
Néhány következtetés.	485
Egy elméletileg is indokolható abortuszpolitika elvi alapjai a mérsékelt álláspont egy lehetséges formája alapján.	486
Egy elvileg indokolható abortuszpolitika összefoglalása egy mérsékelt álláspont alapján	490
Az anya szabadságára leselkedő veszélyek a 10 hetesnél idősebb magzat morális státuszának az elfogadásakor	491
Epilógus	492
Irodalomjegyzék	495

8. fejezet

Az Asszisztált reprodukzív technológiák (ART) etikai kérdései	503
Az ART meghatározása	503
Az ART kialakulása	504
Az Asszisztált reprodukzív technológiák nyújtotta lehetőségek	504
A reprogenetika által képviselt trend: a véletlen helyett a tudatos választás határozza meg életünket.	505
A reprogenetika létrehozta változások.	505
Néhány fogalmi és technikai megjegyzés az ART kapcsán	506
Az embrionális fejlődés stádiumai	506
Az Intracitoplazmatikus Spermium Injekció (ICSI)	507
Klónozás	507
A mitokondrium donáció.	508
A prokreatív autonómia fogalma	508
Az ART formái	509
Az ivarsejt-adományozás.	509
Az ivarsejt-adományozás indikációi.	509
Ivarsejt-adományozás vagy ivarsejtek eladása?	509
Az ivarsejt-adományozás története	510
Az ivarsejt-adományozás lendületének megtorpanása.	510
A spermiumdonáció gyakorlata	510
A petesejt-adományozás	511
A petesejt-adományozás gyakorlatának kialakulása	512
Az ivarsejt-adományozás etikai megítélése.	513
Az ivarsejtdonorok anonimitása, s az ivarsejt-donáció titokban tartása	515
A mesterséges ondóbevitel (arteficiális inszemináció, intrauterin inszemináció, IUI)	516
A donor inszemináció (DI) etikai kérdései	517
A donor inszemináció (DI) módszere (Alternatív elnevezések: AID = arteficiális inszemináció donortól) (IUI-donortól = intrauterin inszemináció donortól)	517
DI hagyományos modellje: a spermadonor anonimitása	518
A DI-nél a donor anonimitásával szemben	518
A spermadonor anonimitásának megszüntetésével kapcsolatos tapasztalatok	519
A spermadonor anonimitásának megszüntetésével kialakuló új modell.	519
A DI anonimitás kérdése spermiumdonáció kapcsán Európában	519
A DI-hez való hozzáférés jogi szabályozása Európában	522
Az emberi ivarsejtek, embriók fagyasztva tárolásával (krioprezerváció) kapcsolatos etikai kérdések. A posztumusz inszemináció	522
Az in vitro fertilizáció (IVF = testen kívüli megtermékenyítés) és embrióbeültetés	525

A gyermek nemének megválasztása (szexszelekció)	527
A szexszelekció módszerei	527
A szexszelekció motívumai	527
A szexszelekció etikai megítélése	528
A preimplantációs genetikai diagnózis (PGD)	529
A PGD módszere	529
Linda és Fülöp esete	530
Linda és Fülöp esetének elemzése	530
A szerződéses terhesség (helyettes terhesség)	535
A helyettes terhesség fogalma	535
A helyettes terhesség formái	536
A szerződéses terhesség kockázatai	537
„Mater semper certa est, pater semper incertus” (Az anya mindig biztos, az apa mindig bizonytalan)?	537
A szerződéses terhesség kivitelezése	537
Érvek a szerződéses terhesség ellen	537
Érvek a szerződéses terhesség mellett	538
A megbízó pár és a kihordó anya közti kapcsolat	538
A kihordó anya és a megbízó anya közötti speciális kapcsolat	538
A helyettes terhességi szerződés kikényszeríthetatlensége	539
Baby Emily esete	539
A béranyaság	539
A helyettes terhesség jogi szabályozása	541
 helyettes terhesség szabályozása	542
Az ART-hoz való hozzájárulás általános jogi-etikai feltételei Európa országaiban	545
Az ART-hoz való hozzájárulás jogi feltételei Magyarországon	549
Az embrionális őssejtterápia	550
Az embrionális őssejt fogalma, fajtái	550
Az embrionális őssejtek forrásai	551
Az embrionális őssejtek kinyerésének technikája	551
Az embriókísérletek	552
Az embrionális őssejtek adta lehetőségek	552
A „saviour sibling” (megmentő testvér) etikai problémája	553
A reproduktív klónozás etikai kérdései	554
A reproduktív klónozás története	554
A reproduktív klónozás két formája	554
A reproduktív klónozás lehetséges alkalmazási lehetőségei	555
Emlőszállatok reproduktív klónozása	558
A terápiás klónozás	559
A terápiás klónozás technikája	559
A klónozendó (klónoznor és a klónozott ember genetikai különbözősége	559
A terápiás klónozás által ígért elvi lehetőségek	559
A terápiás klónozás egyik etikai problémája: az elérhető petesejtek kis száma	560

A terápiás klónozás másik etikai problémája: a technika kidolgozásával egyenes út vezet a reprodukzív klónozáshoz	561
A terápiás klónozás legfőbb etikai problémája: az embrió morális státusza	561
Az embrió morális státuszával kapcsolatos három fő álláspont	561
Az embriókísérletek 14 napos határa	562
Az embrionális őssejtekkel kapcsolatos szabályozás.	563
A felnőttből származó őssejtek	564
Az őssejtek alternatív forrásai	564
Az embrionális eredetű és más emberi őssejtek, sejtvonalak kereskedelmi célú felhasználásának etikai kérdései	565
Lehet-e tulajdonosa a magzati szöveteknek?	567
Az életformák szabadalmazthatóságának kérdései	568
Irodalomjegyzék	571

9. fejezet

A modern orvosi genetika etikai kérdései	585
A 21. század a genetikai ártatlanság elvesztésének a kora	585
A modern genetikával kapcsolatban felmerülő kérdések történeti szempontból	585
Az eugenika.	586
Az eugenikai mozgalom előzményei	587
Az eugenikai mozgalom alapelvei	587
Az eugenikai mozgalom története (1870-1910)	588
Pozitív és negatív eugenika.	589
Kényszersterilizáció az USA-ban	590
Eugenika Nagy Britanniában	591
Eugenika a skandináv országokban	591
Eugenika Franciaországban	591
A német eugenikai mozgalom fejlődése és jellemzői	592
Egyéb országok	594
Az eugenika főbb állításai	594
A reform eugenika állításai	595
Az eugenika és a világnézet	595
Az eugenika utóélete	596
Az eugenika etikai értékelése	596
Az eugenika alapvető hibái.	597
Az új eugenika.	599
A modern genetika etikai elvei	600
A modern trend: a medicina geneticizálódása és a precíziós medicina kialakulása	601
A genetikai tanácsadás	602
A genetikai tanácsadás célja	602
A genetikai intervenció két lehetséges modellje	602
A népegészségtani (eugenikai) modell	602
A genetikai intervenció egyéni választáson alapuló modellje	603

A genetikai tanácsadás jellemzői	603
A genetikai tanácsadás módszere	604
Genetikai tesztelés és szűrés	606
A genetikai tesztelés és szűrés etikai problémái	606
A megelőzés gazdaságosságával való érvelés problémája	606
Az általános posztális genetikai szűrés.	607
Genetikai szűrés kezelhető betegségek esetén	607
A fenilketonúria (PKU) szűrése	607
Genetikai szűrés nem kezelhető genetikai betegségek esetén	607
A prenatális genetikai tesztelés	609
A prenatális genetikai tesztelés kritikája	610
A prenatális genetikai tesztelés melletti érvek	611
A posztnatalis genetikai tesztelés	612
Az újszülöttek genetikai szűrése.	612
Prediktív genetikai tesztelés.	613
Ellentmondás a nem-tudáshoz való jog és a tájékoztatási köteleesség között	613
Preszimptomatikus genetikai tesztelés	613
A preszimptomatikus tesztelés tipikus példája a Huntington-kór problémája	614
Predispozícióra való genetikai tesztelés	615
Szabad-e gyerekeken prediktív genetikai tesztelést végezni?	616
Szabad-e súlyos betegségekre való hajlamra felnőtteket tesztelni, melyek megelőzése csak súlyos, csonkító beavatkozásokkal lehetséges?	617
A genetikai intervenció lehetséges módjai	618
A genetikailag megtervezett gyerek (designer baby) problémája	623
Egy képzeletbeli példa: az IQ genetikai eszközökkel való növelése ennek általános tiltása esetén	625
Modern géntechnológia és igazságosság	627
A „gének lottója”.	627
A transzhumanizmus és a poszthumanizmus: az „emberfeletti ember” létrehozása.	628
Néhány kiemelt transzhumanista cél	629
Az emberi élettartam meghosszabbítása	629
A boldogság növelése	631
A negatív élmények átélése után érzett pszichológiai szenvedés csökkentése a memória befolyásolásával.	632
A SIM (substrate independent mind) ordozó-független elme).	633
Érvek a a transzhumanizmus mellett	633
A genetikai determinizmus doktrínája	636
A környezeti determinizmus doktrínája	637
A genetikai determinizmus és a környezeti determinizmus közötti középút.	637
A genetikai diszkrimináció problémája.	638
A genetikai diszkrimináció veszélye munkaadók, biztosítók részéről	639
Ökogenetika	639

A (nem)tudáshoz való jog, a privátszféra védelme és a titoktartáshoz való jog versus országos genetikai adatbázis létrehozása: az izlandi példa	640
Az üzleti alapon működő genetikai tesztelés.	641
Országos és nemzetközi DNS adatbázisok	642
A CRISPR génszerkesztési (genomszerkesztési) eljárás.	643
A viselkedésgenetikai kutatások etikai kérdései	644
A medikalizáció mint kritika	645
A ma is uralkodó három mítosz.	646
Emberképünk módosulása a modern genetika hatására	646
Irodalomjegyzék	648

10. fejezet

A gyógyíthatatlan, rossz kórjólátú betegek felvilágosításának etikai kérdései	659
Az orvos tájékoztatási kötelességének történelmi előzményei.	659
Mennyit akarnak tudni a betegek, és általában mennyit mondanak meg az orvosok?	660
Érvek a kegyes hazugság mellett és ellene	661
A kegyes hazugság különféle orvosi helyzetekben.	661
Érvek a jótékony hazugság mellett	662
Érvek a kegyes hazugság ellen	663
A kegyes hazugság melletti érvek gyengeségei.	669
Miért volt olyan elterjedt a kegyes hazugság gyakorlata a medicinában?	671
Az orvosok fel nem dolgozott halálfélelmének hatása az orvos-beteg kapcsolatra.	672
A kegyes hazugságot kiegészítő egyéb tényezők	673
Néhány következtetés.	673
A haldoklási folyamat	674
Az első fázis: elutasítás és izoláció.	674
A második fázis: a düh	675
A harmadik fázis: az alkudozás.	676
A negyedik fázis: a depresszió	676
Az ötödik fázis: belenyugvás, elkülönülés	676
A haldoklás fent leírt öt stádiumán nemcsak a haldokló, de hozzátartozói is keresztülmennek.	676
Hogyan kell a gyógyíthatatlan beteget felvilágosítani?	677
Néhány gyakoribb dilemma.	680
A beteg nem akar tájékoztatást	680
A beteg családja nem akarja a beteg tájékoztatását	681
Mi a teendő akkor, ha a beteg nem kérdez?	682
A hozzátartozókkal való kapcsolat a beteg halála után.	683
Irodalomjegyzék	684

11. fejezet

Az öngyilkosság etikai kérdései	689
Az öngyilkosság megítélésének története	689
Az öngyilkosság fogalma	695
A kettős hatás elve példákkal illusztrálva	697
Ellenérvek a kettős hatás elvével szemben	698
Az öngyilkosság definíciója	699
Az öngyilkosság erkölcsi megítélésével kapcsolatos két nagy tradíció	700
Az öngyilkossággal kapcsolatos érvek és ellenérvek	701
Érvek az öngyilkosság megengedhetősége mellett.	701
Érvek az öngyilkosság megengedhetősége ellen	702
A libertariánus felfogás.	702
Mikor tekinthető az öngyilkosság racionálisnak a libertariánus nézet szerint?	703
Az öngyilkosság és a jog	704
Irodalomjegyzék	706

12. fejezet

Az eutanázia és az életmentő/életfenntartó kezelések megszüntetése	709
A probléma	709
Orvosi esetek	709
Orvosok titkos részvétele aktív eutanáziában	713
Az eutanáziakérdés előtérbe kerülésének okai	714
Az élet szentségének a doktrínája és az életminőség elve	716
Az eutanázia definíciója	719
Az aktív és a passzív eutanázia	720
Rachels érvelése	721
A negatív felelősség elve és ennek kritikája	724
Gyakori, de hibás érvek az aktív és a passzív eutanázia megkülönböztetése mellett	726
Direkt és indirekt eutanázia.	729
Releváns érvek az aktív és a passzív eutanázia megkülönböztetése mellett	730
Érvek az aktív eutanázia mellett	732
Érvek az aktív eutanázia ellen.	734
Konklúziók az aktív és a passzív eutanázia megengedhetőségéről folytatott vitában	737
Az aktív eutanáziát illetve az orvos által segített öngyilkosságot (PAS = Physician Assisted Suicide) engedélyező országok	738
Svájc példája	738
A holland eutanáziagyakorlat.	739
Az aktív eutanázia gyakorlata Hollandiában	741
Miért Hollandiában legalizálták először a világon az aktív eutanáziát?	741
Az eutanáziaprobléma előtérbe kerülésének okai	741
Történeti vonatkozások.	742

Az eutanázia legalizálása Hollandiában 2001-ben.	744
Az eutanáziát kérők jellemzői	745
Az eutanázia elfogadottsága	745
Az eutanázia feltételei	745
Az eutanázia helyszíne	746
A gyermek-eutanázia	746
Viták az eutanázia tiltásával kapcsolatban 1–12 év közötti gyerekek esetén Hollandiában	746
1 év alatti csecsemőnél 2004 óta az ún. Groningeni Protokoll kritériumai szerint lehet eutanáziát végezni	747
Pszichiátriai betegek önkéntes eutanáziája	748
Demencia és eutanázia	748
Az öneutanázia	749
Az eutanáziát ellenőrző bizottságok.	750
A holland eutanáziagyakorlat értékelése	750
A holland tapasztalatok általánosíthatósága	751
Aktív eutanázia/asszisztált öngyilkosság Kanadában.	751
A jogi szabályozás.	751
A MAID néhány statisztikai jellemzője Kanadában.	753
Az öngyilkosságban való segítségnyújtás szabályozása Németországban.	754
Az Emberi Jogok Európai Bírósága, az eutanázia és a PAS	754
A passzív eutanázia (életmentő, illetve életfenntartó orvosi kezeléssel való lemondás)	755
Életfenntartó orvosi kezelés visszautasítása kompetens beteg által	756
Életfenntartó kezelés visszautasítása inkompetens beteg által	757
A living will (élő végrendelet)	759
A POLST (Physician Orders for Life-Sustaining Treatment = Életfenntartó kezeléssel kapcsolatos orvosi utasítások)	762
Orvosi eljárás, ha a terminális állapotú betegnek nincs élő végrendelete	764
Orvosi eljárás, ha a terminális állapotú betegnek nincs élő végrendelete, és nem rendelkezik belátási képességgel	765
Van-e különbség egy kezelés abbahagyása és el nem kezdése között?	767
Mely kezelések alkalmazásától lehet eltekinteni a szüntethető-e a beteg mesterséges táplálása és a folyadékpótlása?	770
Az orvosilag haszontalan kezelés fogalma	771
A palliatív szedáció etikai problémái.	773
A szenvedés különböző formái terminális állapotú betegeknél	773
A palliatív szedáció mint a szenvedéscsillapítás egyik formája.	774
A palliatív ellátás fogalma	774
A palliatív szedáció fogalma	774
A palliatív szedáció formái.	775
A palliatív szedáció célja és alapelvei	775
A palliatív szedáció indikációi és feltételei	776

A palliatív szedáció alkalmazásáról szóló döntés	777
A beteg tájékoztatásának a következőkre kell kiterjednie	777
A beteg belátási képessége hiányában követendő eljárás	779
Palliatív szedáció akut helyzetekben	779
A folyadékpótlás kérdése.	780
A folyamatos, mély palliatív szedációval (FMPSZ) kapcsolatos helyes klinikai gyakorlat elvei	780
Az FMPSZ-hez felhasználandó gyógyszerek.	781
Visszaélési lehetőségek a palliatív szedáció során	782
Az FMPSZ alkalmazása során szükséges dokumentáció	782
A rövid vagy intermittáló szedáció alkalmazása.	783
A beteg hozzátartozóival való bánásmód szabályai	783
A palliatív szedációban részesülő beteg hozzátartozóinak a gondozása	784
A beteget ellátó személyzet gondozásának kérdései.	784
Az FMPSZ és az eutanázia.	785
Az 1998 július 1-je előtti magyar jogi szabályozás és a gyakorlat az eutanáziával kapcsolatban.	786
Az 1997. évi CLIV. törvény szabályozása az életmentő vagy életfenntartó beavatkozás visszautasításáról.	788
A súlyos fejlődési rendellenességgel világra jött újszülöttek kezelésének etikai problémái	789
A probléma	789
A spina bifida újszülöttek kezeléséről folytatott vita	790
A Baby Doe-estet	793
Néhány újabb eset.	795
A jogi szituáció	796
A súlyosan fogyatékos újszülöttek kezelésével kapcsolatos viták	796
Néhány konklúzió	799
A hazai szabályozás	800
Irodalomjegyzék	801
13. fejezet	
A szerv- és szövettranszplantáció etikai kérdései	821
A szervátültetés jelentősége és lehetőségei.	821
Technikai-terminológiai kérdések.	821
A szervátültetés története	823
A szervtranszplantáció etikailag megnyugtató gyakorlata növeli annak elfogadottságát	824
Emberi szervet, szövetet elvileg háromféle módon lehet pótolni	826
A veseátültetés és a krónikus haemodialysis igazságossági problémái	827
Az élőből való szervdonáció etikai kérdései.	828
Az élődonoros szervátültetés fokozódó jelentősége	828

A közeli rokonokra nehezedő morális nyomás élőbből való szervátültetés esetén	829
Az élőbből való vesekivétel első etikai nehézsége, hogy szemben áll a „Primum non nocere” hagyományos elvével	829
Az élődonoros vesekivétel második etikai problémája a donor önkéntessége	830
Szerv- és szöveteltávolítás kiskorúból, értelmi fogyatékos vagy súlyos pszichiátriai beteg nagykorúból	831
Pressziómentes-e a kellő belátási képességgel rendelkező felnőtt beleegyezése veséje adományozásába?	832
A morális iatrogenizáció veszélye	833
Néhány általános szabály az élődonoros szervadományozás során	836
Német etikai bizottsági dilemmák élődonoros szervadományozás esetén a donor pszichoszociális alkalmasságának felmérése kapcsán	837
Kanadai eset az önkéntesség felmérése kapcsán	838
Az élődonoros transzplantáció etikai problémái a recipiens oldaláról	839
Az irányított idegen donáció.	839
A nem irányított élődonoros idegen donáció („Jó Szamaritánus” donáció)	840
Az élőbből való szervdonáció hazai jogi szabályozása	841
A halál fogalma.	843
A halál megállapításának története	843
Az agyhalál fogalma	845
A holttestből való szervkivétel etikai kérdései.	847
Érdekkonfliktus a haldokló és a donorszervre váró között	847
Milyen engedélyre van szükség az agyhalál beállta után a donorszervek eltávolításához?	848
A pozitív beleegyezés elve (donorkártyarendszer)	850
A feltételezett beleegyezés elve.	853
A feltételezett beleegyezés etikai problémái Magyarországon	856
A kötelező választás elve	857
A szervadományozás orvosszakmai feltételei	857
A transzplantáció nemzetközi vonatkozásai.	858
A cadaverszervek elosztásának elvei	859
A transzplantációs koordinátori hálózat.	860
A DCD (donation after cardiac death = szívhalált követő donáció) etikai kérdései	861
A halottból való szerveltávolítás mai kiindulópontja	861
Terminológiai kérdések	862
A nem-kontrollált DCD (uDCD)	862
A kontrollált DCD (cDCD)	863
A kontrollált DCD-donor etikai elfogadhatósága	863
Megoldási lehetőségek	865
DCD-aktivitás számokban.	865
A no-touch periódus (a vérkeringés és a légzés leállása és a halál megállapítása közötti idő)	865


Az igazi DCD-aktivitás fogalma.	866
Lehetséges problémák a DCD bevezetésével kapcsolatban	866
A szervek pénzért való árusításáról folyó vita.	866
A szervkereskedelem feketepiacának kialakulása	868
Érvek a szervek adásvétele mellett	869
Elfogadható-e a szervek adásvétele a piac szabályozásával?	871
Érvek a szervek adásvétele ellen.	872
A szervkereskedelem és a kompenzált szervadományozás közötti különbség	873
Ellenérvek az ellenőrzött szevpiaccal szemben	875
A szövettranszplantáció etikai kérdései	876
A szövettranszplantáció orvosi vonatkozásai	876
A szövettranszplantáció alapvető etikai ellentmondása.	877
Szöveteltávolítás Magyarországon.	878
Az embryonalis és a magzati szövetek felhasználásának etikai kérdései	879
Az anencephal újszülöttek szervdonorként való felhasználásának kérdése	881
Irodalomjegyzék	883

14. fejezet

Az emberen végzett kutatás etikai kérdései	899
Az emberen végzett kutatás fontossága	899
A kutatás végzése mint etikai imperatívusz	900
Az emberen végzett kutatás néhány történeti vonatkozása	901
Kutatás a XVI-XIX. században	901
Kísérletek a II. világháborúban	902
Kutatásetika a II. világháború után	903
A Nürnbergi Kódex (1947)	903
A Helsinki Deklaráció (1964)	905
Kutatásetikai fordulat 1966-ban	905
A Tuskegee-féle syphilis vizsgálat nyilvánosságra kerülése (1972)	907
A Belmont Report (1979)	908
Az emberen végzett kutatás általános kérdései	909
A kutatás fogalma.	909
A kutatás etikai alapelvei	909
A kutatási alanyok károsodása esetén történő kártalanítása, kártérítése mint követelmény	911
A kutatási alanyok igazságosan legyenek a kutatáshoz kiválasztva mint követelmény.	911
Kockázat/haszon elemzés a kutatás során	911
A kutatás kockázatának viselői: a kutatás alanya és a tágabb társadalom	911
A kockázatok fajtái	912
Az etikátlan kutatásra hajlamosító tényezők	913
A kutatás elfogadhatóságának általános feltételei.	914
A kutatás tudományos elfogadhatósága	914


A megfelelő haszon/kockázat arány.	914
A kutatásba adott tájékozott beleegyezés.	914
A tájékoztatás során közölt információ konkrét részletei.	915
A terápia téves feltételezésének eloszlása.	919
Érdekkonfliktusok a kutatási alany tájékoztatása során.	919
A megfelelő orvosi ellátás és az esetleges kártérítés biztosítása	920
A kutatásban résztvevő kiskorúak védelmére vonatkozó speciális szabályok.	920
A kutatásban résztvevő nem cselekvőképes felnőttek védelmére vonatkozó speciális szabályok	920
A nem cselekvőképes kutatási alanyok bevonásával végzett kutatások közös szabályai	921
Kedvező kutatásetikai bizottsági vélemény.	921
A kutatás utáni időszakkal kapcsolatos követelmények.	922
A vulnérabilis kutatási alanyok védelme és annak következményei	922
A vulnérabilis kutatási alanyok	922
A vulnérabilis kutatási alanyok fokozott védelmének paradox hatásai	923
A vulnérabilis kutatási alanyokkal szembeni új megközelítés	924
A kutatási alanyok becsapásával végzett vizsgálatok etikai problémái	924
A kísérleti alanyok becsapásával végzett kutatás néhány példája	924
A becsapással végrehajtott pszichológiai kísérletek problémája: a ráerőltetett önismeret.	926
A kutatási alanyok kiválasztásának etikai kérdései	927
A kutatásba való bevonás „háborús” modellje.	927
A kutatásban való részvétel megengedhetőségének csökkenő sorrendje	928
A kutatásba való bevonáskor előforduló hátrányos diszkrimináció	929
A kutatásból való kizárás etikai kérdései	930
A gyógyszerek kifejlesztésének fázisai	930
A randomizált kontrollcsoportos klinikai kutatás (RKK) jellemzői	933
Az RKK-val kapcsolatos általános etikai dilemmák.	934
Mikor szabad egy RKK-t elkezdeni?	936
Az RKK elkezdése: a klinikai egyensúly fogalma	937
Terápiás és nem-terápiás kutatások	940
A placebokontrollos RKK etikai problémái	941
A Helsink Deklaráció álláspontja a placebokontrollal kapcsolatban	944
A placebo használatával kapcsolatos középút	944
Meddig szabad egy randomizált kontrollcsoportos klinikai kutatást folytatni, illetve mikor kell abbahagyni?	946
A randomizáció erkölcsi elfogadhatóságának a kérdése	949
A kutatási alanyok tájékoztatásának a kérdése az RKK során	949
A szegényebb és a gazdagabb országok együttműködésével végzett kutatások speciális kérdései.	950
A multinacionális kutatások előtérbe kerülésének okai.	950
A multinacionális kutatások etikai problémái	951

Az előzetes megállapodás módszere	953
Etikai imperializmus versus kettős standard	953
A multinacionális kutatás speciális problémái Közép-Kelet Európában	954
Összegzés	955
Irodalomjegyzék	958
15. fejezet	
A betegek jogai.	967
A beteg kiszolgáltatottsága	967
Miért van szükség a betegek jogainak a megfogalmazására	968
A betegjogi megközelítés szerepe a paternalisztikus orvos-beteg viszony átalakításában.	971
Újabb tendenciák.	972
Az általános betegjogok megfogalmazásának előnyei	973
Fenntartások a betegjogi megközelítéssel szemben.	974
Betegjogok	976
A megfelelő szintű egészségügyi ellátáshoz való jog.	976
A beteg joga emberi méltósága tiszteletben tartásához	977
A tájékozott beleegyezés joga	978
Az orvosi feljegyzésekhez való hozzáférés joga	984
Az orvosi titoktartáshoz és a magánszférához való jog	985
Mikor kötelező az orvos számára a titoktartás megszegése.	987
Kivételek az orvosi titoktartással kapcsolatban	988
Speciális betegcsoportok jogai.	989
A betegjogok érvényesítése	996
Konklúziók	1003
Irodalomjegyzék	1004
16. fejezet	
Az állatok morális státusza.	
Az állatkísérletek és az állatokkal való bánásmód etikai kérdései	1015
Paradigmaváltás a természet egészével és az állatokkal kapcsolatos gondolkodásunkban a 20. század utolsó harmadában	1015
Az állatok morális státuszának kérdése	1016
Az állatokkal való bánásmód néhány fontosabb ténye	1016
Az állatok erkölcsi státuszáról való gondolkodás története	1019
A ma uralkodó álláspont a meghaladott descartes-i talajon áll, s nem Darwin természetfelfogásán	1021
A darwini természetfelfogás filozófiai jelentősége.	1022
Peter Singer felfogása: az antiszpéciesizmus	1026
Érvek és ellenérvek a szpéciesizmussal kapcsolatban.	1031
A singeri álláspont végkövetkeztetései	1035

Singer gyakorlati következtetései	1036
Érvek és ellenérvek a vegetarianizmussal és az állatvédelemmel kapcsolatban. . . .	1038
Singer álláspontjának kritikája	1040
Az állatok jogai: Tom Regan érvelése	1041
Következtetések	1043
Az állatkísérletek etikai problémái mérsékelt állatvédő álláspont alapján	1043
A kritikus antropomorfizmus	1044
Az állati szenvedés fogalma	1045
Az állatkísérletek erkölcsi megítélésének szempontjai	1046
Az állatkísérletek tudományos értékéről folytatott viták	1048
Az állatkísérletek alternatívái	1051
Az állatkísérletek diktálásának jogi, intézményes és gyakorlati kérdései: nemzetközi kitekintés	1054
A magyar állatvédelmi törvény	1057
Zárómegjegyzések	1058
Irodalomjegyzék	1060
17. fejezet	
Környezetetika	1067
A környezetetika jelentősége	1067
A jelenkori környezeti krízis	1067
A Meadow  világmodellek	1067
Az emberiség mai legfontosabb megoldandó problémái	1068
Az úrhajó-etika	1069
A környezeti krízis megoldásának politikai korlátai	1069
A mai környezeti krízis alapidilemmája.	1070
Egy új világerkölc kialakulásának szükségessége.	1072
A környezetetikák filozófiai megalapozása	1072
A darwini evolúciós elmélet filozófiai következményei.	1072
A „természetes” és az „emberséges” közötti radikális különbség.	1073
Az ember a természet része tételből következő paradoxon.	1074
Az ökológiai fasizmus vádjá az ökocentrikus környezeti etikákkal szemben. . . .	1074
A consilience (összhang) wilsoni követelménye a környezeti etika vonatkozásában	1076
A „biophilia” mint a környezeti etika természeti feltétele.	1076
A környezetetika eltérése a hagyományos etikai rendszerektől	1079
A hagyományos nyugati etikai rendszerek korlátai	1079
A mélyökológia.	1080
A szociális atomizmus mint a mai gondolkodás jellemzője és a környezeti krízis oka.	1080
A környezettől izolált énen való túllépés.	1081
Az „ökológiai én” mint a világgal való azonosságunk tudata	1081
A mélyökológia és a „sekély” ökológia különbsége	1082

Az ökológiai krízis mint a modern civilizáció válsága	1082
A természet törvényeinek hangsúlyozása szükségszerűen ökofasizmushoz vezet?	1083
A modern környezetetika néhány összefoglaló jellemzője.	1084
A környezetetika alapelvei	1085
A környezetfilozófiával kapcsolatos néhány alaptétel	1088
A fenntartható fejlődés fogalma	1089
Irodalomjegyzék	1093

18. fejezet

A Big Datával kapcsolatos etikai kérdések	1101
Definíciók	1101
A „kis adatok” korszaka	1101
Az egészséggel kapcsolatos Big Data forrásai	1102
A Big Data lehetséges hasznai és kockázatai az egészségügyben	1103
Hasznok	1103
A diszkrimináció veszélye	1104
Az inkluzivitás problémája.	1105
A Big Data okozta három paradigmaváltás	1106
A pusztán korreláció elfogadhatósága?	1107
A biztonságossági és hatékonysági információk ipar általi manipulálás a Big Data technológiák felhasználásával 	1108
A Big Data ipar és az adatvédelem	1109
A bioetika és az egészségügyi jog szükséges paradigmaváltása – a tájékozott beleegyezéstől az etikai elvek piacáig.	1110
Az egyéni tájékozott beleegyezés megvédi a magánszférát?	1111
Az azonosítóktól megfosztott adatok alkalmasak a magánszféra védelmére?	1112
Az azonosítóktól megfosztott adatok első problémája: még anonim személyek is kategóriákba sorolhatók online viselkedésük alapján	1113
Az azonosítóktól megfosztott adatok második problémája: újra azonosíthatók	1113
Tájékozott beleegyezés és Big Data	1114
A Big Datával kapcsolatos egészségügyi kutatás etikai problémái	1117
Adatvédelmi elvek a tárgyak internete (IoT) (az internetre csatlakoztatott) típusú egészségügyi eszközök esetén.	1119
Irodalomjegyzék	1121

19. fejezet

A mesterséges intelligencia (AI) és az internet orvosi alkalmazásának etikai kérdései	1129
Az AI fogalma és felosztása	1129
Az AI fejlődésének szakaszai	1130
Az AI elterjedése – a Negyedik Ipari Forradalom s egyben egy kulturális forradalom	1131

A Negyedik Ipari Forradalom hatása mindennapi életünkre.	1132
Az adatkezelés problémája.	1133
Az országok átrendeződésének lehetősége	1133
Az AI néhány alkalmazása.	1133
A kognitív robotok elterjedésének problémái	1137
Az oktatási rendszerek előtt álló feladatok az AI korában	1137
Az AI etikai kockázatai.	1138
Viták a transzhumanizmussal kapcsolatban	1139
Az AI-val kapcsolatos mai félelmek.	1140
Az AI fejlesztését meghatározó etikai értékek	1141
Néhány etikai probléma	1141
A mesterséges intelligencia (Artificial Intelligence = AI) lehetőség használata a pszichiátriában.	1141
A közösségi média tartalmak elemzése gazdag forrás a mesterséges intelligencia (AI) számára	1142
Az AI pszichiátriai felhasználásának etikai dilemmái.	1146
Az Internet jelentősége a pszichiátria számára.	1148
A Facebook jelenség	1148
A Facebook kísérlet (2014)	1150
Az internetes kutatás etikai problémái	1152
Az identitással kapcsolatos problémák	1153
Irodalomjegyzék	1155

Függelék

Belátási képesség, cselekvőképesség, támogatott döntéshozatal.

A magyar jogi szabályozás néhány fontosabb pontja	1159
A cselekvőképességgel kapcsolatos magyar szabályozás	1159
A nagykorú cselekvőképességének korlátozása	1160
A cselekvőképességet nem érintő támogatott döntéshozatal.	1161
Rendelkezés a cselekvőképesség jövőbeli korlátozása esetére	1162