

A FOGYATÉKOSSÁGGAL ÉLŐ SZEMÉLYEK ENSZ EGYEZMÉNYE HAZAI ÁTÜLTETÉSÉNEK FŐ ELVEI, KÜLÖNÖS TEKINTETTEL A 12. CIKKRE

Halmos Szilvia

NEMZETI KÖZSZOLGÁLATI EGYETEM
BUDAPEST



SZÉCHENYI 2020



MAGYARORSZÁG
KORMÁNYA

Európai Unió
Európai Szociális
Alap



BEFEKTETÉS A JÖVŐBE

A FOGYATÉKOSSÁGGAL ÉLŐ SZEMÉLYEK ENSZ EGYEZMÉNYE HAZAI ÁTÜLTETÉSÉNEK FŐ ELVEI, KÜLÖNÖS TEKINTETTEL A 12. CIKKRE

Szerző:

Halmos Szilvia

Szakmai lektor:

Dr. Kártyás Gábor

A kézirat lezárásának dátuma:

2018. június 30.

Kiadó:

Nemzeti Köszolgálati Egyetem
Közigazgatási Továbbképzési Intézet

www.uni-nke.hu

Felelős kiadó:

Prof. Dr. Kis Norbert rektorhelyettes

Címe: 1083 Budapest, Üllői út 82.

A kiadvány a KÖFOP-2.1.2-VEKOP-15-2016-00001 azonosítójával,
„A jó kormányzást megalapozó közszolgálat-fejlesztés” című projekt
keretében készült el és jelent meg.

© Szerző, 2019

© Nemzeti Közszolgálati Egyetem
Közigazgatási Továbbképzési Intézet, 2019

A mű szerzői jogilag védett. Minden jog, így különösen a sokszorosítás, terjesztés
és fordítás joga fenntartva. A mű a kiadó írásbeli hozzájárulása nélkül részeiben sem
reprodukálható, elektronikus rendszerek felhasználásával nem dolgozható fel,
azokban nem tárolható, azokkal nem sokszorosítható és nem terjeszthető.

TARTALOM

1. Bevezetés	5
2. A CRPD nemzeti átültetésének alapvető szempontjai	6
2.1. A CRPD létrejötte és viszonya a fogyatékoság paradigmáihoz	6
2.2. A CRPD tartalma: az emberi jogok széles skálája és azok fogyatékosspecifikus aspektusai	7
2.3. A CRPD struktális értelmezésével kapcsolatos kérdések	9
2.3.1. <i>A CRPD és az emberi jogok generációi</i>	9
2.3.2. <i>A CRPD horizontális rendelkezéseinek funkciója</i>	10
2.3.3. <i>A CRPD-ben rögzített az egyes jogok kompetitív helyzete</i>	12
2.4. A CRPD átültetésének különös kihívásai és szempontjai	14
2.4.1. <i>A CRPD mint jogi és politikai dokumentum</i>	15
2.4.2. <i>A CRPD és a fogyatékoság paradigmái</i>	15
2.4.3. <i>A fogyatékos személyek csoportjának heterogenitása</i>	15
2.4.4. <i>A CRPD és az emberi jogok generációi; az egyes jogok összefüggései</i>	15
2.4.5. <i>A CRPD-ben foglalt egyes jogok kompetitív helyzete</i>	16
3. Szempontok a CRPD 12. cikkének végrehajtásához	17
3.1. A CRPD 12. cikke és a benne foglalt paradigmaváltás	17
3.2. A cselekvőképesség paradigmáinak lehetséges szintézise	18
3.2.1. <i>Az autonómia egyes felfogásai</i>	18
3.2.2. <i>Az autonómia és a CPRD-ben foglalt más jogok, értékek kompetitív helyzete</i>	20
3.3. A támogatott döntéshozatal fogalma és helye a fogyatékos személyek döntései minőségének növelésében	23
3.3.1. <i>A támogatott döntéshozatal fogalma</i>	23
3.3.2. <i>A támogatott döntéshozatal nemzetközi példái</i>	24
3.3.3. <i>A támogatott döntéshozatal alkalmazásának határai</i>	26
3.4. A támogatott döntéshozatal hazai megvalósulásának kezdetei Magyarországon	30
4. A szabályozás hatásvizsgálata tényadatok tükrében	39
5. Összefoglalás	41
6. Bibliográfia, irodalomjegyzék	42

1. BEVEZETÉS

Az ENSZ közgyűlése 2006. december 13-án fogadta el a *Fogyatékos Személyek Jogairól szóló Egyezményt* – a továbbiakban a közkeletűen alkalmazott angol nyelvű rövidítést követve: CRPD¹ – és annak *Fakultatív Jegyzőkönyvét*.² A részes államok a CRPD-t rekordsebességgel írták alá, majd a kellő számú ratifikáció meglétével – a nemzetközi jogban példátlanul hamar, 2008. május 3-án életbe is lépett. A CRPD vitathatatlanul a fogyatékos személyek jogait érintő legjelentősebb nemzetközi jogi eszköz, hiszen mindeztidáig az egyetlen kötelező erejű nemzetközi jogi dokumentum, amely átfogóan foglalkozik a fogyatékos személyek emberi jogainak széles skálájával. Hozzáteve, hogy a CRPD-t eddig hat kontinens 174 országa és regionális szervezete – így az Európai Unió is – ratifikálta,³ az egyezmény végrehajtása egyedülálló lehetőséget teremt világszerte a fogyatékos személyek jogainak mind teljesebb érvényesülésére.

A CRPD azonban nem csupán jogi, hanem politikai dokumentum, cselekvési terv is:⁴ leglényegesebb funkciója, hogy a fogyatékos személyek jogai ne csak a jogi normaszövegek szintjén érvényesüljenek, hanem bármilyen, a fogyatékos személyeket érintő társadalmi interakciót áthasson a fogyatékos személyek egyenlő emberi méltóságának, jogainak tiszteletben tartása, ideértve a politikai, a jogi, a gazdasági, a kulturális, a szociális szféra, sőt, a magánszféra minden szegmensét. E folyamat véghezvitele azért is igen nehéz, mert a CRPD egy, a fogyatékos személyekről való gondolkodásban a társadalmi közfelfogást alapvetően meghatározó paradigma megdöntését, és egy új – még csak néhány évtizede létező – paradigma kiteljesítését kívánja megvalósítani, ami a fogyatékosághoz kapcsolódó jogi, politikai, társadalmi struktúrák gyökeres újraalkotásával jár.⁵

A CRPD magyar ratifikációjára az egyezmény elfogadását követő igen rövid időn belül, 2007. július 6-án került sor. A CRPD tehát már több mint évtizedes múltat tekint vissza hazánkban. 2018-ban a magyar Kormánynak jelentést kellett tennie a CRPD végrehajtásának eddig elért eredményeiről a CRPD által alapított Fogyatékosággal Élő Személyek Jogainak Bizottsága (a továbbiakban: Bizottság) felé.⁶ Időszerűnek látszik tehát annak a kérdésnek a feltétele, hogy a CRPD létezése vajon milyen módon hatotta át az elmúlt tíz év fogyatékosügyei jogszabályainak alakítását, és miként hatott a fogyatékos személyek jogainak érvényesülésére. Jelentős terjedelmű kutatást igényelne e kérdésnek az egész CRPD vonatkozásában történő vizsgálata. Tanulmányomban ezért most csupán egy, az egyezmény szempontjából alapvető szempontból is alapvető jelentőségű cikk – a fogyatékos személyek törvény előtti egyenlőségéről szóló 12. cikk – végrehajtása kapcsán vállalkozom tehát az előbbi kérdés vizsgálatára.

Elemzésemet két nagyobb gondolati egységre tagolom. Elsőként fontosnak tartom az egyezmény egészének, struktúrájának, működésmechanizmusának bemutatását. A CRPD egyes cikkeinek végrehajtása szempontjából ugyanis esszenciális jelentősége van annak, hogy a CRPD központi jelentőségű fogalmainak, alapelveinek tartalmával, ezek egymással és az egyes cikkekkel való belső összefüggéseivel megismerkedjünk. Ezek nélkül az egyes cikkek valódi jelentéstartalma nem érthető, ami súlyos diszfunkcionális hatásokhoz vezethet a végrehajtás során. A második egységben a CRPD 12. cikkének végrehajtásához szükséges szempontrendszerét kívánom bemutatni. A releváns magyar jogszabályi környezet értékelését és a hazai gyakorlati megvalósulás egyes, empirikus adatokkal mérhető szintjének megvizsgálását is elvégzem.

¹ A Fogyatékosággal Élő Személyek Jogairól Szóló Egyezmény. (New York, 2006. december 13., United Nations, Treaty Series, vol. 2515, 3.)

² A Fogyatékosággal Élő Személyek Jogairól Szóló Egyezmény Fakultatív Jegyzőkönyve. (New York, 2006. december 13., Doc.A/61/611)

³ Lásd: https://treaties.un.org/Pages/ViewDetails.aspx?src=TREATY&mtdsg_no=IV-15&chapter=4&clang=en

⁴ DHANDA (2007), 447-448., SHOGREN – TURNBULL (2014), 19–26.

⁵ A paradigmákról és a paradigmaváltásról lásd: részletesen a 2.1. pontban írtakat. Vö. Kanter (2007) 287-321, 288-291.

⁶ CRPD, 34-35. cikk.

2. A CRPD NEMZETI ÁTÜLTETÉSÉNEK ALAPVETŐ SZEMPONTJAI

A nyugat-európai és angolszász országokhoz képest Magyarországnak jóval nagyobb kihívás a CRPD átültetése. Mint később látni fogjuk, a CRPD-ben számos olyan jogi konstrukció szerepel, amelyek az előbb említett országok közül néhányban már vannak nemzeti előzményei, netán épp egy adott országban megvalósult fejlemények alapján került az egyezménybe az adott fogalom. Ilyen például a „támogatott döntéshozatal”, az „észszerű alkalmazkodás”, a „közösségi lakhatás” fogalma. A nemzetközi előzményekre tekintettel a CRPD sajnos e fogalmakat gyakran igen szűkszavúan említi, és kevés magyarázatot fűz hozzájuk. Ezért azokban a jogrendszerekben, ahol e fogalmak a CRPD-t megelőző időkben nem léteztek, vagy nem voltak kellően kidolgozottak, nem könnyű megérteni, valamint az adott kultúrára adaptálni a CRPD követelményeit. Igaz ez a magyar jogrendszerre is, amelyben tehát a CRPD-nek megfelelően számos új fogalomnak és jogintézménynek kell gyökeret vernie.

2.1. A CRPD létrejötte és viszonya a fogyatékoság paradigmáihoz

Mint a bevezetőben említettem, a CRPD nem kevesebbet kíván meg a részes államoktól, mint hogy egy új paradigma szerint vizsgálják felül a fogyatékos személyekre vonatkozó jogszabályok teljes rendszerét. E paradigmaváltás az alábbiakban állna.

A posztmodern kor fogyatékoságról való tudományos, szakpolitikai, jogi, kulturális stb. gondolkodás két átfogó, klasszikus paradigmához fűzhető: az *orvosi és a társadalmi paradigmához*.⁷ A XIX. században, valamint a XX. század első két harmadában uralkodott *orvosi modell* keretében a fogyatékoság okát az egyénben keresendő valamely egészségkárosodásban látták. A fogyatékos személyekkel szembeni bánásmódot az oktatás, a foglalkoztatás, a lakhatás, az egészségügy és az élet számos más területén a szegregáció jellemezte. Ezzel párhuzamosan – különösen a világháborúkat követő időszakokban – egyre inkább igényként fogalmazódott meg a fogyatékos emberekkel való szolidaritás, a társadalomba való integrációjuk szempontja. Az integrációt e modell keretében az egyén rehabilitációja, habilitációja útján képzelték el.⁸ A múlt század utolsó harmadától kezdődően kialakult *társadalmi modellben* mindezzel szemben a fogyatékoság társadalmi konstrukcióként jelenik meg: e paradigma szerint a fogyatékos személyek társadalomból való kirekesztődésének oka nem a fogyatékos egyénben rejlik, hanem a társadalomban jelenlévő fizikai és attitűdbeli akadályokban, amelyek a fogyatékos kisebbség tartós és strukturális elnyomását, diszkriminációját

⁷ Itt megjegyzendő, hogy napjainkban már annak lehetünk tanúi, hogy a fogyatékoságtudomány elméletei gyarapodnak, sokrétűvé válnak, létrejönnek a korábbi paradigmák kritikái és szintézisei, valamint új modellek is szót kérnek. KÖNCZEI György és HERNÁDI Ilona a „posztmodell” fogalmát ismertetik, mely utal arra is, hogy a fogyatékoság folytonosan változó, egymásba olvadó jelenségeinek dinamikája nem szorítható be egyetlen modellbe sem. (HERNÁDI – KÖNCZEI 2015, 19.)
HERNÁDI 2014, 20-24.

Lásd még: TERZI 2004, 141-157.; FINEMAN 2008, 1-23; SATZ 2009, 513-567.; TRAVIS 2012, 937-1002.; HADI 2013, 18-23.; WADDINGTON 1995, 35.

Mindazonáltal az orvosi és a társadalmi paradigmákra való hivatkozás, ezek szembeállítása még mindig dominánsnak mondható a szakirodalomban és a jogi, szakpolitikai dokumentumokban (lásd például a következő két lábjegyzetben hivatkozott számos forrás), ezért elméleti szempontból megalapozott, gyakorlati szempontból pedig hasznos a két klasszikus paradigma rendszerében gondolkodni.

⁸ Az orvosi paradigma jellemzéséről számtalan helyen olvashatunk a társadalmi modell előretörését szorgalmazó vagy leíró irodalomban. Például: DEGENER – QUINN é.n.; WADDINGTON 1996, 81-99.; KÖNCZEI – KÁLMÁN 2002, 81-119.; WADDINGTON 2005, 16.

eredményezik. A társadalmi paradigmában célként fogalmazódik meg ezen akadályok lebontása annak érdekében, hogy a fogyatékos személyeket is teljes mértékben integráló, számukra az emberi méltóság elismerését és az életminőség biztosítását másokkal azonos alapon nyújtani képes szociális környezet jöjjön létre. Minderre tekintettel társadalmi paradigma keretében vezető jogággá az antidiszkriminációs jog vált.⁹

A CRPD nyíltan a társadalmi modell melletti elköteleződés jegyében született. Világosan kitűnik ez a CRPD alapelvi rendszeréből és a benne rögzített jogok megfogalmazásából (erről lásd alább), továbbá az egyezményt kommentáló szakirodalom is egyértelműen ezt támasztja alá.¹⁰ A CRPD mint nemzetközi jogi eszköz nem kevesebbet tűz ki célul, mint hogy ez a társadalmi modell egyes vonatkozási jussanak érvényre a fogyatékos személyeket érintő nemzeti jogi rendelkezésekben. A CRPD mint politikai üzenet azonban ezen is túlmutat: a fentiekben kifejtetteknek megfelelően a fogyatékos társadalmi modelljét kívánja a társadalmi élet minden szegmensét átható szemléletté tenni. Tekintettel arra, hogy ez a társadalom minden szereplőjének – beleértve a fogyatékos személyeket is – gondolkodásmódját, viselkedési mintázatait érintő gyökeres változást igényel, e folyamat megvalósulásához gigantikus ismeretterjesztő, szemléletformáló munkára van szükség.

Ennek nélkülözhetetlen előfeltétele, hogy a CRPD széleskörű megvalósításáért küzdő társadalmi szereplők (politikai döntéshozók, civil szervezetek, tudományos elemzők stb.) pontos ismeretekre tegyenek szert a CRPD célját, tartalmát és struktúráját illetően annak érdekében, hogy a társadalmi élet egyes szegmensében képesek legyenek megfelelően képviselni és adaptálni a CRPD üzenetét, értékeit. Szükségesnek tarthatjuk tehát a CRPD tartalmának és struktúrájának, belső összefüggéseinek mélyebb feltárását – erre irányul a következő alpontokban elvégzendő elemzés.

2.2. A CRPD tartalma: az emberi jogok széles skálája és azok fogyatékosspecifikus aspektusai

A CRPD az ENSZ átfogó emberi jogi dokumentumainak sorába illeszkedik, melynek kiemelkedő darabjai különösen:

- az Egyetemes Emberi Jogok Nyilatkozata (1948.; a továbbiakban: EJENY),
- a Polgári és Politikai Jogok Nemzetközi Egyezségokmánya (1968.; a továbbiakban: PPJNE),
- a Gazdasági, Szociális és Kulturális Jogok Nemzetközi Egyezségokmánya (1968.; a továbbiakban: GSZKJNE),
- a faji megkülönböztetés valamennyi formájának kiküszöböléséről szóló nemzetközi egyezmény (1965.),
- a nőekkel szembeni hátrányos megkülönböztetés minden formájának kiküszöböléséről szóló egyezmény (1979.),
- a gyermekek jogairól szóló egyezmény (1989.),
- a kínzás és más kegyetlen, embertelen vagy megalázó büntetések vagy bánásmódok elleni egyezmény (1984.),
- a migráns munkások és családtagjaik jogainak védelméről szóló ENSZ-egyezmény (1990.).¹¹

A CRPD megértéséhez lényeges tudnivaló, hogy az egyezmény megalkotói – az ENSZ nagy emberi jogi dokumentumainak sorában – nem új, fogyatékosspecifikus emberi jogokat kívántak

⁹ A társadalmi modellről alapvető irodalom. Például: OLIVER 1990; OLIVER 1996, FINKELSTEIN 1980.

A társadalmi és az orvosi modell összevetéséről például: WADDINGTON 1995, 34.; WADDINGTON 2005, 16-17.; STEIN – LORD 2009, 25.; WADDINGTON 2009, 115.; HADI 2013, 16-17.

¹⁰ Az ENSZ Egyezmény keletkezéséről és főbb karakterjegyeiről: GOMBOS (2013), 1-4; DHANDA (2007), 429-432., 438-456; MORRISEY (2012), 424-425; WEBB (2008).

¹¹ CRPD preambulumban is felsorolja ezeket az egyezményeket mint a CRPD előzményeit. [CRPD preambulum d) pont]

feltalálni, hanem az Egyezmény célja, hogy a fogyatékos emberek másokkal egyenlő módon élvezzék a mindenkit megillető – már más emberi jogi dokumentumokban korábban rögzített – emberi jogokat.¹² A CRPD-ben tehát visszaköszönnek ugyanazok a polgári és politikai jogok (úgynevezett első generációs emberi jogok), valamint gazdasági, szociális és kulturális jogok (úgynevezett második generációs emberi jogok), amelyeket az ENSZ már általános érvénnyel korábbi emberi jogi dokumentumaiban (különösen: EJENY, PPJNE, GSZKJNE) már rögzített, az alábbi szerkezetben.

A CRPD tehát azon felismerésből született, hogy habár természetesen a fogyatékos személyeket is megilletik az emberi jogokat általánosan deklaráló egyezményekben foglalt jogok, az egyezmények elfogadásától kezdődően eltelt évtizedek alatt az volt tapasztalható, hogy e jogok élvezete terén a fogyatékos személyeknek számottevő akadályokkal kell megküzdeni az ép polgártársaikhoz képest.¹³ A CRPD megalkotásához vezető kodifikációs folyamatban számos, az emberi jogokat alapvetően elismerő és tiszteletben tartó nemzeti jogrendszernek a fogyatékos személyeket érintő szabályozási és a jogérvényesülés terén felismerhető hiányosságait összegezték.¹⁴ A fogyatékos személyek mint a társadalomban hagyományosan marginalizálódott, számos fizikai, viselkedésbeli és jogi akadály által strukturálisan háttérbe szorult csoport csupán névlegesen lehet alanya bizonyos alapvető jogoknak, ezekkel azonban az említett tényleges hátrányok miatt nem tud élni. A CRPD ezeket a társadalmi életben, a jogrendszerekben mélyen ülő egyenlőtlenségeket kívánja azonosítani, amikor az egyes emberi jogokat kifejezetten a fogyatékos személyek perspektívájából tárgyalja. Az egyezmény a részes államok számára olyan kötelezettségeket ír elő, amelyek – az említett egyenlőtlenségek feloldása útján – azt segítenék elő, hogy a fogyatékos személyek is másokkal azonos alapon élvezhessék az emberi jogokat.¹⁵

A CRPD által alapított Bizottság által a CRPD 12. cikkéhez (a fogyatékos személyek törvény előtti egyenlősége) fűzött kommentár – a továbbiakban: 12. cikk Kommentárja¹⁶ – az alábbi példán szemlélteti a CRPD és a korábbi ENSZ emberi jogi egyezmények viszonyát. A 12. cikk Kommentárja a bevezető megjegyzések között kifejti, hogy a törvény előtti egyenlőség az emberi jogi védelem alapvető elve, és elválaszthatatlan a többi emberi jog gyakorlásától. Az EJENY, valamint a PPJNE már régóta garantálja a törvény előtti egyenlőséghez való jogok minden ember számára. A CRPD 12. cikke továbbfejti ennek a jognak a részletes tartalmát, azokra a területekre fókuszálva, amelyeken a fogyatékos személyeket tradicionális hátrány éri e jog gyakorlásának tekintetében. A 12. cikk tehát nem fogalmaz meg új jogot a fogyatékos személyek részére, csupán az érintett jognak olyan elemeire világít rá, amelyeket a részes államoknak különösen figyelembe kell venniük, ha a fogyatékos személyeknek másokkal azonos alapon biztosítani akarják a lehetőséget e jog gyakorlására.¹⁷

Amennyiben tehát a részes államok a jogrendszerük CRPD-vel való kompatibilitását vizsgálják, messze nem elegendő arra hivatkozniuk, hogy az CRPD-ben foglalt emberi jogok általánosan biztosítottak polgáraik részére. A fogyatékos személyeket érintő tipikus hátrányok alapos ismerete és az ezekkel való szembenézés szükséges az arról való állásfoglaláshoz, hogy e jogok élvezete ténylegesen is elérhető-e a fogyatékos személyek számára.

E vizsgálathoz igen lényeges figyelembe venni azt is, hogy a fogyatékos személyek sem képeznek homogén csoportot.¹⁸ Valójában igen sokszínű és rendkívül eltérő társadalmi hátrányokkal küzdő, különféle támogatási szükségletekkel rendelkező csoportról való szó. Egy-egy jog érvényesülésének indikátorai tehát nagyban különbözőek lehetnek a fogyatékos személyek egyes csoportjai vonatkozásában.

¹² DEGENER 2017.

¹³ CRPD preambulum, d) és k) pont.

¹⁴ Összefoglalja: KANTER 2007, 309-321.

¹⁵ Vö még: KANTER 2007, 290-291., 307-310.

¹⁶ A 12. cikk Kommentárja, 2014.

¹⁷ A 12. cikk Kommentárja, 1-2.

¹⁸ CRPD preambulum, i) pont; HALMOS 2017, 105-106.

2.3. A CRPD struktális értelmezésével kapcsolatos kérdések

2.3.1. A CRPD és az emberi jogok generációi

Mind az említett korai ENSZ-dokumentumokban, mind az emberi jogok hagyományos elméleti tipológiáiban mereven elválasztották egymástól az első és a második generációs emberi jogokat. A klasszikus osztályozás szerinti polgári és politikai jogok – mint első generációs emberi jogok – körébe tartozik különösen az élethez való jog, az önrendelkezéshez való jog, a véleménynyilvánítás szabadsága, a magánszféra védelme, a választójog, a kínzás, kegyetlen, embertelen, megalázó bánásmódtól való mentességhez való jog. A gazdasági, szociális és kulturális jogok – mint második generációs emberi jogok – közé pedig elsősorban az oktatáshoz, a munkához, az egészséghez, a szociális biztonsághoz, a művelődéshez, a lakhatáshoz való jog sorolható.¹⁹ Míg az első generációs emberi jogok tekintetében az állam kötelezettsége elsősorban azon gyakorlásának tűrésében, a beavatkozástól való tartózkodásban áll, a második generációs jogok érvényesülését tevőlegesen is elő kell segítenie. Az első és második generációs emberi jogok merev szétválasztása ma már meghaladott álláspontnak tekinthető. Erre mutat rá többek között Amartya Sen, valamint Martha Nussbaum *capability*-elmélete, mely arra hívja fel a figyelmet, hogy az „első generációs” emberi jogok és alapvető szabadságok gyakorlásának feltételeit az államnak tevőlegesen meg kell teremtenie, ezért nem igaz, hogy az állam kötelezettsége e jogok vonatkozásában csupán tartózkodásban, tűrésben állna.²⁰

A CRPD emberi jogi katalógusa egyaránt tartalmaz egyfelől a klasszikus felosztás szerinti polgári és politikai, másfelől gazdasági, szociális és kulturális jogokat. Az CRPD-ben szereplő jogok közül az első generációs jogok körébe tartozik például:

- az élethez való jog (10. cikk),
- a törvény előtti egyenlőség (12. cikk),
- az igazságszolgáltatáshoz való hozzáférés (13. cikk),
- a személyes szabadsághoz és biztonsághoz való jog (14. cikk),
- a kínzás és más kegyetlen, embertelen vagy megalázó bánásmódtól való mentesség joga (15. cikk),
- az egyén integritásának védelme (17. cikk),
- a mozgásszabadság és az állampolgárság szabadsága (18. cikk),
- a véleménynyilvánítás és a szólás szabadsága (21. cikk),
- a magánélet tiszteletben tartása (22. cikk),
- az otthon és a család tiszteletben tartása (23. cikk).

Az emberi jogok második generációjához sorolhatók különösen:

- az oktatáshoz (24. cikk),
- az egészségügyi ellátáshoz (25. cikk),
- a rehabilitációs és rehabilitációs szolgáltatásokhoz (26. cikk),
- a munkavállaláshoz és a foglalkoztatáshoz (27. cikk),
- a megfelelő életszínvonalhoz és szociális védelemhez (28. cikk),
- a kulturális életben, üdülési, szabadidős és sporttevékenységben való részvételhez (30. cikk) kapcsolódó jogok.

A CRPD-nek az emberi jogok generációk szerinti elválasztásáról szóló, régebbi elmélethez való kötődését támasztja alá az a rendelkezése is, mely szerint az első generációs jogok érvényre juttatásának terén – ami a tradicionális felfogás szerint az állam tartózkodási, tűrés magatartását feltételezi – a részes államok a kötelezettségeiket az egyezmény hatályba lépésétől kezdődően azonnal

¹⁹ Vö. POZSÁR-SZENTMIKLÓSY – SOMODY 2012, 168-169.

²⁰ Vö. SEN 1980; SEN 1985; NUSSBAUM 2003, 33-59.; NUSSBAUM 2007; LAWSON 2008, 33.

teljesíteniük kell. Ezzel szemben a második generációs jogok érvényesítése csupán az adott ország gazdasági teljesítőképességének megfelelően, fokozatosan kell, hogy megtörténjék.²¹

Ha azonban mélyebben megvizsgáljuk a CRPD struktúráját, az azt tükrözi, hogy az egyezmény valójában elveti a két generáció közötti merev különbségtételt.²²

E szempontból lényeges megállapítást tartalmaz a CRPD preambuluma v) pontja, amelyben a részes államok elismerik a fizikai, társadalmi, gazdasági és kulturális környezet, az egészség és oktatás, valamint az információ és a kommunikáció hozzáférhetőségének fontosságát ahhoz, hogy a fogyatékossgal élő személyek képessé váljanak valamennyi emberi jog és alapvető szabadság teljes gyakorlására. Ez a rendelkezés azt a felismerést tükrözi, hogy a fogyatékos személyek esetében a klasszikusan első generációsnak mondott jogok érvényesítése is erőteljes állami beavatkozást, tevőleges magatartást igényel. Ameddig ugyanis a fogyatékos személyek gazdasági, szociális, kulturális szempontból nem kerülnek egyenlő helyzetbe másokkal, hiába állna nyitva előttük a polgári és politikai jogok gyakorlásának lehetősége, e lehetőségekkel nem tudnának megfelelőképpen élni. Egy nagyon egyszerű példával élve: a választójog, a szólás és véleménynyilvánítás szabadságának gyakorlásához egyes fogyatékossgal élő személyek esetén alapfeltétel a fizikai, valamint infokommunikációs szempontú akadálymentesség kialakítása.²³ Azonban az első és a második generációs alapjogok között fordított irányú kölcsönhatás is feltérképezhető. A törvény előtti egyenlőség, a személyes önrendelkezést biztosító emberi jogok nélkül a munkavállaláshoz, egészségügyi és szociális ellátáshoz, oktatáshoz való jogok könnyen a szegregáció vagy az elnyomás eszközei lehetnek a fogyatékos személyeknek a társadalom jóléti rendszereihez – például meghatározott oktatási, egészségügyi, szociális intézményekhez és szolgáltatásokhoz – való önkényes hozzákapcsolása révén. A CRPD preambuluma c) pontja tehát helyesen erősíti meg a fogyatékos személyek vonatkozásában valamennyi emberi jog és alapvető szabadság egyetemességét, oszthatatlanságát, egymástól való kölcsönös függőségét és egymással való kölcsönös kapcsolatát, és annak szükségességét, hogy a fogyatékossgal élő személyek számára biztosítsák ezek teljes mértékű gyakorlását hátrányos megkülönböztetés nélkül.

2.3.2. A CRPD horizontális rendelkezéseinek funkciója

A CRPD-ben foglalt egyes jogok közötti kölcsönhatásrendszert erősíti, hogy az egyezmény igen nagy jelentőséget tulajdonít az egyezmény alapelveinek, valamint a részes államok általános – vagyis a végrehajtás minden mozzanatát átható – kötelezettségeinek. Ezeket hívjuk a továbbiakban összefoglalóan a CRPD horizontális rendelkezéseinek (3-9. cikkek).

A CRPD alapelvei az alábbiak szerint összegezhetők a 3. cikk alapján:

- emberi méltóság,
- autonómia,
- diszkriminációmentesség, társadalmi integráció, esélyegyenlőség, hozzáférhetőség,
- a fogyatékossgal elfogadása az emberi sokszínűség részeként,
- a fogyatékos nők és gyermekek esélyegyenlőségének, emberi jogainak kiemelt védelme.

Az alapelvek mellett az egyezmény első cikkei is általános, minden tételesen felsorolt jog érvényesítése során érvényesítendő kötelezettségeket és szempontokat határoznak meg, az alábbiak szerint.

²¹ CRPD 4. cikk, 2. pont.

²² Vö. DHANDA 2007, 456-457.

²³ Vö. ugyanott.

- A részes államok úgynevezett „általános kötelezettségei” (4. cikk) valójában a CRPD további cikkei végrehajtásának módszertanáról szólnak, melyek a következők: jogalkotási és tényleges intézkedési kötelezettség, tartózkodás az Egyezményben foglaltakkal ellentétes magatartásoktól, harmadik személyek egyezményellenes működésével szemben való fellépés, jogtudatosítás, technikai segítségnyújtás, a fogyatékos személyek végrehajtásba való bevonása, a korábbi védelmi színvonalról való visszalépés tilalma az Egyezményre hivatkozva.
- Az 5. cikk az egyenlőség, hátrányos megkülönböztetéstől való mentesség alapelvét fogalmazza meg, kifejezésre juttatva – a 2. cikkben foglalt definíciós rendelkezésekkel összevetve –, hogy az egyenlőség feltételezi a fogyatékos személyek speciális szükségleteihez való észszerű alkalmazkodást és a tényleges esélyegyenlőséget biztosító pozitív intézkedéseket is.
- A 6. és a 7. cikk a fogyatékossgal élő nőket és gyermekeket érő interszekcionális diszkrimináció tapasztalatára építve az ő speciális védelmi szükségleteiről szól.
- A 8. cikk a fogyatékossgal kapcsolatos általános tudatosságnövelést, a 9. cikk pedig a hozzáférhetőség megteremtésének kötelezettségét írja elő a részes államokra nézve.

A 4-9. cikkeken tehát a CRPD megvalósításának olyan átfogó, horizontális szempontjai, elvei jelennek meg, amelyek mintegy huzalként kapcsolják rendszerbe az egyes jogokat, kiemelve, hogy az egyes jogok érvényesítése sosem lehet önmagában álló folyamat, hanem mindig tekintettel kell lenni a kapcsolódó jogok és alapelvek rendszerére. Továbbá a 3-9. cikkeken foglalt alapelvek és a megvalósítás általános szempontjai segítenek az egyes jogok lényeges tartalmának kibontásában, illetve megvilágítják, hogyan kapcsolódnak össze az egyezményben szereplő többi joggal.

Szétfeszítené e tanulmány kereteit, ha minden alapelv, és a 4-9. cikkek vonatkozásában fel akarunk tárni, miképpen töltik be értelmező, az egyes jogok közti kapcsolatokat létrehozó és megvilágító funkciójukat. Ezért mindezt csupán a témánk szempontjából jelentős két alapelv – az emberi méltóság, a fogyatékos személyek autonómiájának tisztelete – szempontjából tesszük meg.

2.3.2.1. Az emberi méltósághoz való jog

Az emberi méltósághoz való jog minden embert természeténél fogva megillet, sérthetetlen és oszthatatlan.²⁴ Az emberi méltósághoz az embernek létezésénél fogva egyformán joga van.²⁵ A magyar Alkotmánybíróság az emberi méltósághoz való jogot az alábbiak szerint határozza meg: „(...) Az Alkotmánybíróság az emberi méltósághoz való jogot az úgynevezett általános személyiségi jog egyik megfogalmazásának tekinti. A modern alkotmányjogok, illetve az alkotmánybírói gyakorlat az általános személyiségi jogot különféle aspektusaival nevezi meg: például a személyiség szabad kibontakozásához való jogként, az önrendelkezés szabadságához való jogként, általános cselekvési szabadságként, avagy a magánszférához való jogként. Az általános személyiségi jog anyajog, azaz olyan szubszidiárius alapjog, amelyet mind az Alkotmánybíróság, mind a bíróságok minden esetben felhívhatnak az egyén autonómiájának védelmére, ha az adott tényállásra a konkrét, nevesített alapjogok egyike sem alkalmazható. (...)”²⁶ Az emberi méltósághoz való jog tehát minden embert emberi voltánál fogva egyformán megillet, és foglalatát képezi minden más emberi jognak. Az emberi méltósághoz való jog hangsúlyozásának különösen akkor van jelentősége, ha az egyén

²⁴ Vö. Az Emberi Jogok és Alapvető Szabadságok Védelméről szóló Egyezmény (Európa Tanács, Róma, 1950. november 4.; a továbbiakban: EJEE) 13. kiegészítő jegyzőkönyve, preambulum; PPJNE preambulum; EJENY 1. cikk; Az Európai Unió Alapjogi Kartája 1. cikk; Alaptörvény II. cikk.

²⁵ Ezt rögzítik különféle nemzetközi emberi jogi dokumentumok (EJENY 1. cikk; PPJNE preambulum, 10. cikk), valamint az Alaptörvény is (II. cikk).

²⁶ 8/1990. (IV.23.) AB határozat.

egy-egy emberi jogai (alapjogai) versengő helyzetbe kerülnek egymással, vagyis egyik csak a másik kárára érvényesíthető. Ilyenkor az emberi méltósághoz mint minden emberi jog „anyajogához” való visszanyúlás mentén lehet megkísérelni az egyes emberi jogok konkurenciájának feloldását, érvényesítésük egyensúlyba hozatalát. Mint később látni fogjuk, a gyakorlatban előállhatnak olyan helyzetek, amelyekben a CRPD-ben foglalt jogok nemhogy egymást erősítve, hanem csak egymást lerontva érvényesíthetők. Az ilyen konfliktushelyzet feloldásánál arra kell törekedni, hogy a fogyatékos személy emberi méltóságát leginkább tükröző megoldás szülessen.

2.3.2.2. Az autonómiához való jog

Az egyéni autonómia szintén kiemelt szerepet kap a CRPD-ben. Nem is lehet más az egyezmény egyik legfontosabb célkitűzése, mint a társadalom fizikai, viselkedésbeli, szociális, kulturális stb. struktúrái által az önálló életvitelben gyakorta akadályokkal szembesülő fogyatékos egyének kapcsán az autonóm döntéshozatal és a döntéseik megvalósítására való tényleges lehetőség biztosítása.²⁷ Beszédes, hogy a fogyatékos személyek autonómiájának biztosítása a 3. cikkben meghatározott alapelvek első pontjában, mindjárt az élen szereplő emberi méltósághoz való jog után szerepel. Az egyéni autonómia kiemelt értéként való kezelése eredményezi, hogy egyes, a fogyatékos személyek önálló döntéshozataláról és életviteléről szóló jogok az egyezményben tartalmi értelemben kiemelt szerepet kapnak. A szakirodalom több helyen megerősíti például, hogy a fogyatékos személyek törvény előtti egyenlőségéről szóló 12. cikk, amelynek lényeges tartalmi eleme a fogyatékos személyek cselekvőképességének, döntéshozatali autonómiájának másokkal azonos alapon való biztosítása, az egyezmény kulscikkelyének számít, amely nélkül más jogok tényleges érvényesítése lehetetlen.²⁸ Az autonómia mint alapelv érvényesítése során azonban jelentős értelmezési kérdések bontakoznak ki a személyes autonómia definiálása körüli filozófiai és szociológiai vitákban. E vitákat a későbbiekben részletesebben ismertetni fogom.²⁹ Itt csupán annyit szükséges megjegyezni, hogy a fogyatékosügy szakpolitikai döntéshozatal és jogalkotás számára lényeges kérdés, hogy a tudományos irodalomban fellelhető autonómiafelfogások közül mely mellett voksol, ugyanis a 12. cikk megvalósítása során az egyes autonómiaelméleteknek jócskán eltérő gyakorlati következményei lehetnek.

2.3.3. A CRPD-ben rögzített az egyes jogok kompetitív helyzete

A 2.3.1. és a 2.3.2. pontban már kifejtettem, hogy a CRPD-ben foglalt emberi jogok érvényesítése kölcsönösen összefüggő folyamat, amelynek véghezviteléhez át kell látni az egyezmény rendszerét, horizontális rendelkezéseinek tartalmát és az egyes jogokat összekötő, értelmező funkcióját. Szerepcsés helyzet lenne, ha az egyezményben foglalt jogok érvényesítése minden esetben egymást támogató, szinergiahatásában pedig egyértelműen a fogyatékos személyek emberi méltóságának magas szintű kifejezését, életminőségének javítását eredményező folyamat lenne. A valóságban azonban – ahogyan arra már a fentiekben utaltam – gyakran állnak elő olyan helyzetek, amelyekben a CRPD-ben foglalt jogok kompetitív helyzetbe kerülnek, vagyis egyik csak – vagy első látásra csak – a másik kárára érvényesíthető.³⁰ Még mielőtt egyes, témánkhöz kapcsolódó jogok vonatkozásában tanulmányoznánk egy-egy ilyen példát, fontos látni, hogy az ilyen helyzeteknek a CRPD alapvető rendszerében rejlő, vagy még elvontabb síkon a CRPD mögött húzódó fogyatékosügyi modellek versengésében rejlő okai vannak.

²⁷ Vö. CRPD, preambulum, n) pont.

²⁸ JAKAB 2011, 9., 39., 73.; DHANDA 2007, 456-457.; a 12. cikk Kommentárja 2014, 3.

²⁹ Lásd: 3.2.1. pont.

³⁰ DEL VILLAR 2015, 179-180., 182-183., 184., 186-187.; CARNEY 2015., 40.

A korábbiakban szó volt arról, hogy a fogyatékoság két hagyományos modellje közül a CRPD a társadalmi modell mellé helyezi a voksot. Ennek számos fontos kifejeződését láthatjuk az egyezményben, de a legtömörebben a preambulum e) pontja rögzíti a CRPD társadalmi paradigmához fűződő szoros viszonyát:

„a fogyatékoság egy változó fogalom, továbbá, [...] a fogyatékoság a fogyatékosággal élő személyek és az attitűdbeli, illetve a környezeti akadályok kölcsönhatásának következménye, amely gátolja őket a társadalomban való teljes és hatékony, másokkal azonos alapon történő részvételben...”.

Lényegében ugyanez jut kifejezésre a 3. cikk d) pontjában, mely szerint a CRPD egyik alapelve a következő:

„a fogyatékosággal élő személyek különbözőségének tisztelete és elfogadásuk az emberi sokszínűség, valamint az emberiség részeként [...]”.

A fogyatékoságnak az emberi sokszínűség részeként való elfogadása annak az – orvosi paradigmába illő – gondolatnak a tagadása, miszerint a fogyatékoság az egyén károsodásában rejlő, lehetőség szerint kiküszöbölendő, lényege szerint negatívan értékelendő állapot. Ebből az alapelvből kiindulva a fogyatékoságot nem kell megelőzni vagy megszüntetni, hanem csupán a fogyatékos személyeket övező társadalmi akadályokat kell lebontani. Azonban megállapíthatjuk, hogy maga a CRPD sem viszi végig teljes következetességgel ezt az álláspontot. A leghatározottabban a „Habilitáció, rehabilitáció” címet viselő 26. cikk kerül ellentmondásba ezzel az alapelvel. Hiszen a fogyatékoságnak az emberi sokszínűség részeként való elfogadásának elvéből arra lehetne következtetni, hogy a fogyatékoság hátrányait nem az orvosi értelemben vett, egyénben rejlő károsodás kiküszöbölésével kell kezelni, hanem ezt elfogadva, a fogyatékos személy környezetét kell olyanná tenni, hogy fogyatékoságával együtt is teljes életet tudjon élni. A rehabilitáció, rehabilitáció ezzel szemben a fogyatékoság orvosi paradigmájának eszköztárába tartozik, hiszen a fogyatékoság hátrányos következményeivel szemben az egyéni szintű beavatkozást, az egyéni képességek fejlesztését célozza.³¹ Az egyezmény eme „következetlenséggel” lényegében azt ismeri el, hogy fogyatékos személyek és a többségi társadalom viszonyában nemcsak a társadalom részéről érkezik az alkalmazkodás, hanem természetes és támogató, ha a fogyatékos személy egyéni változás, fejlődés útján, maga is közelíteni kíván a többségi társadalmat jellemző általános egészségi, szociális, foglalkoztatási stb. sztenderdekhez.

Ezzel párhuzamosan a szakirodalomban a CRPD keletkezésétől kezdődően megfogalmazódik, hogy a CRPD nem követi tisztán a társadalmi modell konstrukcionista logikáját.³² A társadalmi modell elkötelezett hívei körében a CRPD-t kritika éri, és igyekeznek a CRPD olyan olvasatát elfogadtatni, mely a társadalmi paradigmával teljesen összhangban van.³³ Ebben segítségre lelhetnek az alapvető és a horizontális rendelkezésekben, amelyek javarészt valóban a társadalmi modell vezérgondolatait tükrözik. Ez a szemlélet érhető tettem például a Bizottság által a CRPD egyes cikkeihez fűzött kommentárokból is, amelyek a CRPD konzervatívabb értelmezésével szemben foglalnak állást.³⁴ Más szerzők véleménye szerint el kell fogadni, hogy a CRPD-ben nem véletlenül vegyülnek a társadalmi paradigma elemei közé az orvosi modell keretébe illeszkedő tartalmi elemek is, illetve az egyes cikkek értelmezésénél jelentősége van annak, hogy az egyezmény szöveg nem köteleződik el a társadalmi paradigma radikális értelmezése mellett.³⁵ Ebből a szempontból tanulságosak azok a beszámolók, amelyek a CRPD kodifikációjának folyamatát idézik vissza: ezek fontos indikációt jelenthetnek arra, hogy miképpen fogadtak vagy vetettek el az egyezmény megszövegezői egy-egy, a társadalmi modellt szélsőségesebben vagy kevésbé szélsőségesen megjelenítő

³¹ Vö. HADI 2013, 63-64.; HALMOS 2017, 111-113.

³² DHANDA 2007, 460-462.; DEL VILLAR 2015, 182-182.; BARTLETT 2012, 759.; BURNS 2010, 34.; MARTIN et al. 2014, 21-22.; KAYESS 2008, 34.

³³ Vö. DEL VILLAR 2015, 182-183.; KÄMPF 2008, 26.; MINKOWITZ 2007, 405-428.

³⁴ A 12. cikk Kommentárja, 1-2, 4.; A Fogyatékosággal Élő Személyek Jogainak Bizottsága 2016, 1-2.

³⁵ Például: DEL VILLAR 2015, 179-180., 182-183.; CARNEY 2015, 40.

szövegtervezet-változatot, s jól tanulmányozható, hogy a fogyatékoságtudomány, az érdekképviseleti szervek és a szakpolitika képviselői között jelentős megosztottság fedezhető fel a társadalmi modell egyes értelmezési módjaival kapcsolatban.³⁶

A 12. cikkhez („törvény előtti egyenlőség”) fűződő értelmezések jó példát szolgáltatnak arra, hogy a társadalmi paradigmához való radikálisabb vagy kevésbé radikális ragaszkodás mennyire eltérő gyakorlati következményekkel jár a nemzeti átültetés megfelelőségére nézve. Ennek részletes kifejtését a későbbiekben fogom elvégezni.³⁷

A CRPD-ben foglalt jogok versengése előfordulhat, amikor a fogyatékos személyek autonóm döntéshozatalát kifejező jogok (mindenekelőtt: 12. cikk) és egyes egyéb, a magas szintű életminőséghez kapcsolódó jogok [például élethez való jog (10. cikk), mentesség a kizsákmányoslástól, visszaélésektől és az erőszaktól (16. cikk), a legmagasabb elérhető szintű egészséghez való jog (25. cikk), a rehabilitációhoz, rehabilitációhoz való jog (26. cikk), a megfelelő életszínvonalhoz és szociális védelemhez való jog – (28. cikk)] kerülnek konfliktusba. Az a dilemma adódhat ugyanis, hogy a döntéshozatali képességben akadályozott értelmi és pszichoszociális fogyatékosággal élő személyek³⁸ cselekvési autonómiájának kiszélesítése jelentős kockázatot jelenthet a magas szintű életminőségükre, vagyis az ehhez kapcsolódó jogok érvényesülésére.³⁹ Ugyanakkor az autonóm cselekvés lehetőségének elvonása ugyanúgy sérelmes az emberi méltóságra és a magas szintű életminőségre nézve.⁴⁰ Ebben a szituációban igen nehéz megtalálni a CRPD-ben foglalt jogok közötti kompromisszum lehetőségét. Tanulmányom későbbi részeiben vissza fogok térni erre a dilemmára.

Magam azon az állásponton vagyok, hogy a fogyatékos személyekre vonatkozó jogalkotás és -alkalmazás, valamint egyéb állami, társadalmi cselekvés zsinórmértéke nem lehet más, mint a fogyatékos személyek emberi méltóságának tisztelete, valamint életminőségük javítása. Minthogy mind az emberi méltóság megélésének, mind a jó életminőségnek lényeges közösségi vetülete az egyén társadalmi integrációja, a fogyatékos személyek társadalmi befogadottsága színvonalának növelése is a zsinórmértékül szolgáló értékek közé sorolandó. A fogyatékos személyekkel kapcsolatos jogalkotásnak és egyéb társadalmi cselekvésnek nem lehet célja egyik vagy másik paradigma érvényre juttatása. Az egyes történeti paradigmák közszerepet tölthetnek be az említett értékek kiteljesítése érdekében. A fogyatékos személyek emberi méltóságának tisztelete, életminőségének javítása, valamint társadalmi integrációja megköveteli az orvosi és a társadalmi paradigma szintézisét.⁴¹ Mivel a társadalmi paradigma a CRPD által egyértelműen – még ha nem is a teljes radikalitás szintjén – preferált modell, célszerűtlen volna, ha a szintézis keresése céljából ennek megdöntését és egy harmadik, a két paradigmát felváltó modellt javasolnék. (Az irodalomban egyébként van erre is példa.)⁴² A szintézis tehát akként jöhet létre a legcélszerűbben és a CRPD-nek is megfelelően, ha megengedjük, hogy a társadalmi paradigma égisze alatt az orvosi paradigma egyes elemei is megjelenjenek, amennyiben ez szolgálja a leghatékonyabb módon a fogyatékos személyek emberi méltóságát, magas szintű életminőségét és társadalmi befogadását. A CRPD alapelvei listája és horizontális rendelkezései alkalmasak arra, hogy támogassák e folyamatot.

³⁶ KANTER 2007, 291-316.; DHANDA 2007, 438-456.

³⁷ Lásd: 3.2.2. pont.

³⁸ A mentális károsodásokhoz kapcsolódó legújabb és egyre inkább elfogadott fogyatékoságügyi terminus a „pszichoszociális fogyatékoság”. Pszichoszociális fogyatékosággal élőknek tekinthetjük – a CRPD fogyatékoságdefiníciójával összhangban – azt a személyt, aki hosszan tartó mentális károsodással él, amely számos egyéb akadállyal együtt korlátozhatja az adott személy teljes, hatékony és másokkal egyenlő társadalmi szerepvállalását. (GOMBOS 2013, 6.) A fogyatékoságügyi szakirodalomban – az orvosi szemlélettől eltávolodva – a „pszichiátriai beteg”, „mentális zavarral élő” stb. kifejezések helyett egyre inkább a „pszichoszociális fogyatékosággal élő személy” megjelölés terjed el (részletesebben: GOMBOS 2013, 1-5.). Lásd még: HALMOS 2017, 158.; GOODING 2013, 431-432.

³⁹ Vö. DEL VILLAR 2015, 182-184.; CARNEY 2015, 40.; HALMOS 2017, 290.

⁴⁰ Vö. még: WINKLER et al. 2016, 230-231.

⁴¹ HALMOS 2017, 431.

⁴² Összefoglalja: WEBER 2011, 101-149.

2.4. A CRPD átültetésének különös kihívásai és szempontjai

Az egyezményről a fentiekben kifejtettek alapján az alábbiakban összegezhetők a CRPD nemzeti átültetésének különös kihívásait és szempontjait.

2.4.1. A CRPD mint jogi és politikai dokumentum

A CRPD az ENSZ korábbi emberi jogi dokumentumaira épül, az azokban megfogalmazott jogok újrafogalmazását tartalmazza a fogyatékos személyek szemszögéből. Minderre annak elismerése okán kerül sor egy külön egyezményben, hogy a korábbi emberi jogi dokumentumok tényleges érvényesülése a fogyatékos személyek vonatkozásában alacsony színvonalon ment végbe. Így az egyezmény megfelelő végrehajtásában nem csupán, és talán nem is elsősorban a jogalkotónak kell részt vennie, hanem a részes államoknak elsősorban – szakpolitikai, gazdasági, tudatosságnövelő, kulturális stb. eszközökkel – a tényleges megvalósítást kell elősegíteniük.

Az átültetésben és végrehajtásban részt vevők, akár az állami, akár a magánszféra szereplői, mindenképp tisztában kell lenniük az egyezmény által képviselt fogyatékoságfelfogással annak érdekében, hogy megfelelően értelmezzék az egyezmény alapelveit és egyéb horizontális rendelkezéseit, és ezek fényében az egyes jogokat megfogalmazó cikkeket. Ez nagyfokú tudatosító munkát igényel társadalmi szinten. Tekintettel arra, hogy a fogyatékos személyek gyakran a „láthatatlanságig” háttérbe szoruló társadalmi csoportot képeznek, a fogyatékoság sajátosságaival, a fogyatékos személyek valós szükségleteivel és igényeivel kapcsolatos tudatosság általában rendkívül alacsony szintű. Mivel az ENSZ nagy emberi jogi dokumentumai sorában a legfiatalabb darabról van szó, az egyezmény létének széleskörű tudatosítása és céljának, tartalmának mélyebb megértése önmagában évtizedek munkáját igényelheti.

2.4.2. A CRPD és a fogyatékoság paradigmái

A CRPD a korábban a társadalom struktúráit mélyen átható, orvosi paradigma antitéziseként létrejött társadalmi paradigma világszinten történő elterjesztését kívánja megvalósítani. Mint azonban láttuk, maga a CRPD sem teljesen következetes e célkitűzést illetően. Ám mindazoknak, akik a CRPD céljait meg akarják érteni, alapvető ismeretekkel kell rendelkezniük a fogyatékoság klasszikus paradigmáit mint elméleti háttért illetően. Enélkül az egyezmény horizontális rendelkezései nem érthetők, így az egyes jogokat megfogalmazó cikkek végrehajtása is könnyen kontraproduktívvá válik.

A paradigmák megértését követően azok tartalmi értelemben vett mérlegre tétele is szükséges. A döntéshozóknak állást kell foglalniuk abban, hogy a történelmi paradigmák mennyiben szolgálnak a fogyatékos személyek emberi méltóságának kiteljesítését, életszínvonalának növekedését és társadalmi integrációjukat. Ehhez mérten lehet döntéseket hozni az egyes paradigmákat kifejező jogalkotási, szakpolitikai elvek kialakításáról, szintéziséről, vagy éppen elvetéséről.

2.4.3. A fogyatékos személyek csoportjának heterogenitása

A CRPD végrehajtása során figyelembe kell venni, hogy a fogyatékos személyek köre igen változatos, heterogén csoport. Alcsoportjai, tagjai rendkívül eltérő társadalmi hátrányokkal küzdő, különféle támogatási szükségletekkel rendelkeznek.⁴³ Egy-egy jog érvényesülésének indikátorai tehát nagyban különbözőek lehetnek a fogyatékos személyek egyes csoportjai vonatkozásában.

⁴³ Vö. például: HALMOS 2017, 105.; WADDINGTON 1995, 45-47.; LIPPOLD – BURNS 2009, 463-473.

2.4.4. A CRPD és az emberi jogok generációi; az egyes jogok összefüggései

Azt is levezettem, hogy bár a CRPD nyíltan különbséget tesz az emberi jogok klasszikus felosztás szerinti első és második generációja között, és az egyes, vonatkozó cikkek végrehajtásának határ-ideje tekintetében ehhez gyakorlati következményt is fűz, az egyezmény struktúráját vizsgálva több jel utal arra, hogy maga is meghaladottnak tekinti az emberi jogok egyes generációinak különválasztását. A CRPD-ben kifejezésre jut, hogy az emberi jogok összessége csak egymást támogatva, kiegészítve valósítható meg, és számos kölcsönös kapcsolódási pont figyelhető meg az első és a második generációs jogok között.

Az egyes jogok rendszerének egybeforrasztását, a kulcsrendelkezéseknek mondható cikkek kiemelését szolgálják a CRPD horizontális rendelkezései is (erre több példát is láttunk).

Mindebből következően helytelen, ha a CRPD megvalósítása során csupán a döntéshozók egyes cikkelyekben foglalt jogok izolált végrehajtására törekszenek. Minden esetben fel kell tárni az egyezmény releváns belső összefüggéseit, vagyis az egyes jogok kapcsolódási pontjait az egyezményben foglalt más jogokkal, különösképpen pedig a horizontális rendelkezésekkel (3-9. cikkek). Továbbá nem hagyhatók figyelmen kívül az ENSZ egyéb emberi jogi egyezményeiben foglalt jogok, valamint ezek gyakorlata sem, hiszen ezekhez képest a CRPD nem fogalmaz meg új jogokat, hanem ezek fogyatékoságspecifikus aspektusait ragadja meg. Jó mintát szolgáltatnak erre a gondolkodásmódra a Bizottság által már egyes cikkekhez fűzött kommentárok,⁴⁴ amelyek minden esetben feltárják az elemzett jog egyezménybeli, rendszertani helyét és kapcsolódását az alapelvekhez, horizontális rendelkezésekhez.

2.4.5. A CRPD-ben foglalt egyes jogok kompetitív helyzete

Mint láttuk, a gyakorlatban előfordulnak olyan helyzetek, amelyekben a CRPD-ben foglalt jogok megvalósítása nem egymást kiegészítő, támogató cselekvést igényelnek, hanem éppen fordítva: egyes jogok kompetitív helyzetbe kerülhetnek. Az ilyen helyzetekben hasznos, ha az egyezmény végrehajtásával kapcsolatban döntéseket hozók szilárd fogódzókat találnak a fogyatékos személyek emberi méltóságának és magas szintű életminőségének alapértékeiben, ezek fényében értelmezik az egyezmény alapelveit, és ezekkel összhangban kísérelik meg létrehozni az egyes jogok érvényesítésének helyes kompromisszumát, egyensúlyát.

⁴⁴ Lásd: <http://www.ohchr.org/EN/HRBodies/CRPD/Pages/GC.aspx>

3. SZEMPONTOK A CRPD 12. CIKKÉNEK VÉGREHAJTÁSÁHOZ

3.1. A CRPD 12. cikke és a benne foglalt paradigmaváltás

A CRPD 12. cikkét, ahogyan arra fent már utaltam, a szakirodalomban méltán tekintik az egyezmény egyik kulcsjelentőségű rendelkezésének, ugyanis az értelmi és pszichoszociális személyek jogi értelemben vett autonómiája, azaz cselekvőképessége vonatkozásában nem egyszerűen a meglévő nemzeti szabályozások finomítását, hanem a cselekvőképességi szabályok terén egyfajta paradigmaváltást jelentő módosítást sürget.⁴⁵

A cselekvőképesség szabályozása terén napjainkban lehetünk tanúi a kétezer éves paradigma hanyatlásának, és egy új paradigma kialakulásának.⁴⁶ A régi paradigma – a továbbiakban: „a cselekvőképesség régi paradigmája” – alaptétele volt, hogy léteznek olyan nagykorú személyek, akiknek mentális károsodása a döntéshozatali képességük korlátozottságához vagy hiányához vezet, és emiatt nem alkalmasak arra, hogy önállóan tegyenek jognyilatkozatokat. Így helyettük egy másik személy, a gondnokuk⁴⁷ teszi meg azokat. Az 1970-es évektől kezdődően – elsősorban Svédországban, Németországban, Kanadában és az Egyesült Államokban, majd egyre több jogrendszerben – a fogyatékos személyek emberi jogi mozgalmi hatására reformok érintették a gondnoksági rendszereket. Ezek alap gondolata az volt, hogy az emberi méltóság alapvető alkotóelemét képező önrendelkezés fontos aspektusa a jogi aktusok önálló véghezviteléhez való jog, így ennek korlátozása csak a szükséges minimális mértékig engedhető meg. A reformok keretében különféle eljárásjogi garanciákat vezettek be, amelyek a gondnokság alá helyezési eljárás tisztességességét biztosították. Differenciálták a cselekvőképesség fokozatait, lehetővé vált az ügycsoportonkénti korlátozás. A gondnokság mint úgynevezett helyettesítő döntéshozatal rendszerével szemben megjelentek a támogatott döntéshozatal formái, melyeknek lényege, hogy az értelmi és pszichoszociális fogyatékossgal élő személyek jogi autonómiája, vagyis cselekvőképességének korlátozására nem kerül sor, hanem önkéntes alapon igénybe vehető támogatást kapnak saját döntéseik kialakításához és kinyilvánításához.⁴⁸ Mindezen reformok azonban a régi paradigmán belül helyezhetők el, annak fejlesztését szolgálták, hiszen változatlan maradt a paradigma alapigazsága, mely szerint az emberek két részre oszthatók: olyanokra, akik képesek jogilag releváns ügyeik önálló vitelére, és akik erre nem képesek – még ha ez utóbbi csoport le is szűkült, helyzetük javult.⁴⁹

Az új paradigma – a továbbiakban: „a cselekvőképesség új paradigmája” – képviselői szerint a régi paradigma alapigazsága helytelen, és nem más, mint egy évezredes tradíción alapuló elnyomás egy formája. Minthogy az autonómia az emberi méltóság fontos aspektusa, egyetlen embertől sem vonható el az a jog, hogy önállóan döntsön ügyeiben, még akkor sem, ha belátási képessége valamely mentális károsodás folytán sérült. Ebből következően tagadják a helyettesítő döntéshozatal létjogosultságát, és kizárólag a döntéshozatal támogatásának lehetőségét ismerik el. Az új paradigma képviselői nagy lehetőséget láttak a CRPD megalkotásában. A pszichoszociális személyek érdekképviseleteinek hatása érzékelhető az egyezmény törvény előtti egyenlőségről szóló, 12. cikkének kialakításán, amely szerint minden fogyatékos személy számára – tehát az értelmi és pszichoszociális fogyatékos emberek számára is – másokkal azonos alapon biztosítani kell a jog- és

⁴⁵ JAKAB 2011, 9., 39., 73.; DHANDA 2007, 456-457.; DEVI 2013, 792.; A 12. cikk Kommentárja 2014, 3.

⁴⁶ Mindenekelőtt: DHANDA 2007, 429-462., 431-438. Hasonlóképpen: JAKAB 2011, 177., 189., 208.; GOMBOS 2013, 8.; GLEN 2012, 93-168.; QUINN 2010.

⁴⁷ A továbbiakban összefoglalóan gondnokságnak nevezek minden olyan jogintézményt, amelynek lényege a fentiek szerint, hogy a döntéshozatalra képtelennek nyilvánított személyektől elvonja a döntési jogot, és helyettük más személy hozhat jogilag releváns döntést. A világ jogrendszereiben többféle megnevezés létezik (például megbízott vagy kezelő, gyám, kurátor, konzervátor stb.) – Vö. A 12. cikk Kommentárja 2014, 6.

⁴⁸ A reformokról: DHANDA 2007, 433-435.; GLEN 2012, 121-130.; HERR 2003, 429-450.

⁴⁹ DHANDA 2007, 434-435.

cselekvőképességet, a belátási képességben akadályozott személyeknek pedig rendelkezésére kell bocsátani a támogatott döntéshozatal intézményeit.⁵⁰

Könnyű észrevenni, hogy a cselekvőképesség régi és új paradigmái illeszkednek a posztmodern kor fogyatékoságról való tudományos, szakpolitikai, jogi, kulturális stb. gondolkodásának két átfogó, klasszikus paradigmájához: az orvosi és a társadalmi paradigmához, amelyek mibenlétét már részleteztem.⁵¹ Az orvosi paradigma keretébe tartozik az a gondolat, mely szerint léteznek olyan személyek, akik valamely, az egyénben rejlő, orvosi relevanciával bíró indoknál fogva a többségtől különböznek, ami alapjául szolgálhat a védelmüket szolgáló, de egyben jogkorlátozással járó intézkedéseknek. A társadalmi paradigma tagadja a fogyatékos személyek tényleges másságát, és az önkényes társadalmi elnyomás megnyilvánulásának tekint minden olyan jogintézményt, amely akadályozza őket az autonóm életvitelben. Nem véletlen, hogy a társadalmi paradigma szószólói a CRPD kulscikkjeként aposztrofálják a 12. cikket, amely a jog világában való autonómiát egyformán biztosítja a fogyatékos és az ép személyeknek.⁵² A két átfogó paradigma ez utóbbi elemei világossá teszik, hogy a cselekvőképesség régi paradigmája az orvosi, a cselekvőképesség új paradigmája pedig a társadalmi modellhez illeszkedik.

3.2. A cselekvőképesség paradigmáinak lehetséges szintézise

Tanulmányom 2.3.3. pontjában már megfogalmaztam, hogy a fogyatékos személyek emberi méltóságának tisztelete, életminőségének javítása, valamint társadalmi integrációja megköveteli az orvosi és a társadalmi paradigma szintézisét. Helyesnek tűnik tehát, ha a fogyatékos személyek cselekvőképességével kapcsolatos jogi szabályozás rendezőelveit sem mereven egyik vagy másik paradigmának, hanem az emberi méltóság, életminőség alapértékeinek való megfelelés határozza meg. Mint látni fogjuk, a CRPD 12. cikkének értelmezésének egyes kérdései és a horizontális rendelkezéseivel, valamint egyéb cikkeivel való összhangjának megtalálása tárgyában jelentős viták bontakoznak ki a vonatkozó elemzésekben. Az e vitákban való eligazodáshoz az előzőekben említett alapértékeket mint zsinórmértéket vehetjük alapul. A cikk helyes értelmezésének kialakításához először tekintsük át az értelmezés során vitatott kérdéseket, s az ezekre az előbb kialakított értékelési szempontból adható válaszokat.

3.2.1. Az autonómia egyes felfogásai

A nyugati világ jogi kultúrájában központi jelentősége van az autonómia eszméjének.⁵³ Az autonómia szoros összefüggésben van az emberi méltósággal. Az autonómia fogalmával a filozófia és az etika területén számos forrás foglalkozik.⁵⁴ Egy rövid definíciót alapul véve az autonómia, vagyis – az eredeti ógörög szó tükörfordításaként – az én uralma, birtoklása azt jelenti, hogy az egyén önállóan, saját akaratát és vágyait követve hozhat döntéseket. A klasszikus autonómiafelfogás szerint – nevezzük ezt a következőkben a liberális autonómia tanának – az autonóm ember a következő minőségekkel rendelkezik: méltóság, integritás, egyéniség, függetlenség, felelősség, önismeret, önérvényesítés, kötelezettségektől való szabadság, külső meghatározottságtól való szabadság, a

⁵⁰ Az új paradigmáról, valamint a CRPD 12. cikkének a paradigmaváltásban betöltött lehetséges szerepéről: DHANDA 2007, 456-461.; MORRISEY 2012, 423-440.; JAKAB 2011, 17., 32.; GOMBOS – KÖNCZEI 2009, 3-18., 16-17.; KANTER 2014, 26-63., 235-289.

⁵¹ Lásd: 2.1. pont.

⁵² JAKAB 2011, 9., 39., 73.; DHANDA 2007, 456-457.; DEVI 2013, 792-806., 792.; A 12. cikk Kommentárja 2014, 3.

⁵³ HALL 2012, 85-87.

⁵⁴ FRANKFURT 1971, 6-7.; DWORKIN 1989; MILL 1999.

saját érdekek tudata.⁵⁵ Az autonóm ember szabad akaratával hozza döntéseit. Ura a döntési folyamatnak, azaz képes arra, hogy a döntési folyamat minden lépését végrehajtsa. Képes megragadni saját vágyait és szándékait, és ezek alapján választani a rendelkezésre álló döntési alternatívák között. Képes racionálisan gondolkodni, de szabadságában áll nem racionális motívumokat is alkalmazni a döntéshozatalnál. Képes előre látni döntése reálisan várható következményeit, így döntéseiért jogilag felelős. A nyugati jogrendszerek emberképe az ekként leírható, ideáltipikus autonóm ember.⁵⁶

Ebben a liberális eszmekörben tehát az ember döntéseinek minőségét nem a tartalom határozza meg, hanem az, hogy a döntéshozatal során mennyire sikerült érvényre juttatni a személy autonómiáját. A döntést tehát akkor is érvényesnek kell elfogadni, tiszteletben kell tartani, ha az tartalmilag mások szemében észszerűtlen, érthetetlen, ártalmas, ellentmondásos stb.⁵⁷ Az egyénnek szabadságában áll olyan döntést hozni, ami számára akár kockázatot vagy ártalmat is jelent. Nem kötelező csupán racionális érveket figyelembe vennie döntésénél, hanem választását befolyásolhatja saját értékrendje, téves információi és érzelmei is. Követheti saját vágyait és kívánságait, döntéseinek nem feltétlenül kell a saját objektív legjobb érdekét szolgálnia.⁵⁸

Az utóbbi években – elsősorban a feminista szakirodalom hatására⁵⁹ – több szerző kísérletet tett arra, hogy az autonómia eszméjét pontosítsa, így született meg a kapcsolati autonómia elmélete. A kapcsolati autonómia elmélete azon a felismerésen nyugszik, miszerint az ember autonómiája nem egyfajta szélsőségesen individualista életfelfogáson alapul, hanem kapcsolatainak keresztül bontakozhat ki. Az egyén autonómiája nem természetesen, veleszületett módon jön létre, hanem társas kontextusban keletkezik, és ott értelmezhető.⁶⁰ Ebből kifolyólag az egyéni döntések sem kizárólag a privát szférán belül születnek, hanem a kapcsolatok hálózatán keresztül hatnak egymásra. Döntéseink kialakításában mások is szerepet játszanak, és döntéseink másokra is hathatnak, sőt hatásuk gyakran tovagyűrűző, az egyén számára beláthatatlan, követhetetlen. Ebből eredően az emberek közötti kapcsolati hálóban kialakul az interdependencia, amely egyénenként valamennyiünket elkerülhetetlenül sérülékennyé tesz. Döntéshozatali készségeink meghatározóak abból a szempontból, hogy e sérülékenység milyen mértéket ölt, vagyis milyen támogatásra szorulunk biztonságunk kialakítása érdekében.⁶¹

A döntéshozó egyének közötti interakció efféle dinamikáját nem tükrözi a jogi felelősség – hagyományos, liberális autonómia-felfogásra épülő – koncepciója.⁶² A jog pontosan meghatározható jogalanyokat terhelő kötelezettségeket ismer, amelyekért a jogalany felelősséggel tartozik.⁶³ A felelősségben való osztozásra vagy a döntés következményeinek áthárítására csak korlátozott esetkörben és mértékben akkor van lehetőség, ha másnak szintén valamilyen jogi kötelezettsége állt volna fent a döntés kialakításával vagy végrehajtásával kapcsolatban.⁶⁴ Egyéb esetben a jog nincs tekintettel a döntések társadalmi beágyazottságára.⁶⁵

⁵⁵ DWORKIN 1989, 57.; HALL 2012, 65.

⁵⁶ FINEMAN 2004, 18.; VÉKÁS 2000, 3. (A Ptk. megszövegezésével megbízott első kodifikációs főbizottság álláspontja az új Ptk. emberképéről.). Vö. még: DEL VILLAR 2015, 186.

⁵⁷ HALL 2012, 66-67.

⁵⁸ BANNER 2012, 1040-1041.; HALL 2012, 66.

⁵⁹ NEDELSKY 2007, 7.; WENDELL 1996.

⁶⁰ HALL 2012, 86-87.; CHRISTMAN 2004, 143-164.; MCKENZIE – STOLJAR 2000; MCLEOD – SHERWIN 2000; NEDELSKY 1989; DEL VILLAR 2005, 186.

⁶¹ Vö. FURUSHO 2006, 175-205.

⁶² Vö. MORRISEY 2012, 431.

⁶³ DELI 2007, 170-174. (A jogi felelősségről szóló magyar szakirodalom áttekintésével.)

⁶⁴ Például ha valaki családi mintakövetés során jut el a bűnöző életmódhoz, de közvetlenül egy adott bűncselekményhez nem segítőköznek a családtagok, ez utóbbiak büntetőjogi felelősségre nem vonhatók. Az elkövető döntésére nyilvánvalóan hatottak a korábban otthon látott példák, azonban a konkrét esetben ezeknek nincs büntetőjogi relevanciája. Tettéért a teljes felelősséget a tettes viseli.

⁶⁵ Arról a jelenségről, hogy a döntésekért viselt jogi felelősség alanya gyakran nem azonos azzal, aki ténylegesen meghozta az adott döntést, vagy arra meghatározó befolyással volt: KAPP 2002, 414.; GILLICK 2001.

Ha a kapcsolati autonómia tanából indulunk ki, korántsem olyan egyértelmű, hogy egy döntés minőségét egyedül az határozná meg, hogy az egyén mennyire élhetett önrendelkezési jogával a döntéshozatala során. Egyrészt megkérdőjelezhető, hogy lehetséges-e egyáltalán teljes mértékben önálló döntést hozni, ha az egyén autonómiája is mások által meghatározott. E felfogás a liberális autonómia központi tételét – mely szerint az ember képes kontrollálni a saját testi működését, életét – csupán fikciónak, mítosznak tartja.⁶⁶ A döntéshozatal így sosem egyedül egy személy akciója, hanem számos külső hatás is megjelenik benne, amelyekért valaki más, ha nem is feltétlenül jogi, de etikai értelemben felelős lehet. Másrészt a döntés többnyire másokra is hat, és ez felerősíti a döntés tartalmának jelentőségét a döntésmínőség meghatározásánál. Minél jelentősebb az adott döntés közösségi – mások magánérdekét vagy a közérdeket érintő – vetülete, annál fontosabb tényezőként jön figyelembe a döntés tartalmának vizsgálata a döntés minőségének meghatározásakor.⁶⁷

3.2.2. Az autonómia és a CRPD-ben foglalt más jogok, értékek kompetitív helyzete

Mint már korábban is rámutattam, a fogyatékos személyek autonómiájának biztosítása a CRPD-ben alapvető követelmény, amelyet az egyezmény bármely cikkének végrehajtása során szem előtt kell tartani, és a végrehajtás módjainak meghatározásánál ennek fényében kell eljárni.⁶⁸ A 12. cikk Kommentárja a bevezető megjegyzések között kifejti, hogy a törvény előtti egyenlőség az emberi jogi védelem alapvető elve, és elválaszthatatlan a többi emberi jog gyakorlásától.⁶⁹ Már jeleztem azt a dilemmát, mely szerint a döntéshozatali képességben akadályozott értelmi és pszichoszociális fogyatékossgal élő személyek cselekvési autonómiájának szélesre tárása jelentős kockázatot jelenthet a magas szintű életminőségükre, vagyis az ehhez kapcsolódó jogok [így különösen: élethez való jog (10. cikk), mentesség a kizsákmányoslástól, visszaélésektől és az erőszaktól (6. cikk), a legmagasabb elérhető szintű egészséghez való jog (25. cikk), a rehabilitációhoz, rehabilitációhoz való jog (26. cikk), a megfelelő életszínvonalhoz és szociális védelemhez való jog (28. cikk)] érvényesülésére.⁷⁰ Ugyanakkor az autonóm cselekvés lehetőségének elvonása ugyanúgy sérelmes az emberi méltóságra és a magas szintű életminőségre nézve.⁷¹ Ebben a szituációban kell megtalálni a CRPD-ben foglalt jogok közötti kompromisszum lehetőségét, mégpedig az emberi méltóság és a magas szintű életminőség mint szintetizáló alapértékek mind teljesebb érvényesülésének szempontjai szerint.

A CRPD versengő értékeinek egyeztetése során fontos figyelemmel lenni arra a – már szintén hivatkozott – tényre, hogy a fogyatékos személyek csoportja mind a fogyatékossg típusait, mind a gondozási-támogatási szükséglet mértékét tekintve igen sokszínű. Ezért magas szintű életminőségük biztosításához egyes jogok gyakorlásában eltérő mértékű és minőségű támogatást igényelnek.⁷² A fogyatékos személyeknek négy olyan nagy csoportja azonosítható, amelynek tagjai különösen ki vannak téve a döntéshozatali készségek károsodása, illetve az autonómia gyakorlásában való akadályozottság veszélyének. E négy csoport:

- (1) az értelmi fogyatékos,
- (2) a mentális károsodással élő,
- (3) a szerzett agysérüléssel élő, valamint
- (4) a demenciával élő személyek.

⁶⁶ WENDELL 1996, 93-105.

⁶⁷ Egyetértő álláspont: HALL 2012, 66-67.

⁶⁸ Lásd: 2.3.2. pont.

⁶⁹ A 12. cikk Kommentárja, 1-2.

⁷⁰ Lásd: 2.3.3. pont. Vö. DEL VILLAR 2015, 182-184.; CARNEY 2015, 40.; HALMOS 2017, 290.

⁷¹ Vö. még: WINKLER et al. 2016, 230-231.

⁷² Lásd. 2.2. és 2.3.3. pont.

E tipológia rámutat arra is, hogy a döntéshozatalban való támogatásra e személyi köröknek eltérő életszakaszban, eltérő minőségben van szükségük. Az értelmi fogyatékos személyek különösen a felnőttkorba lépés idején, illetve szüleik erejének megfogyatkozása, halála esetén; a mentális károsodással élő emberek a károsodás jellegének megfelelően, többnyire vissza-visszatérő jelleggel; a szerzett agysérüléssel élők a sérülés előtti preferenciáik feltárásában; a demens személyek pedig a demencia korai, a saját preferenciák artikulálására jobban képes szakaszában igényelnek támogatást.⁷³ Mindez önmagában rávilágít arra, hogy a döntési képességek károsodása és az autonómia megéléséhez nyújtott támogatás fogyatékosági csoportonként, személyenként nagyon különböző lehet.

Ennek részletezéséhez a továbbiakban egy egyszerűbb tipológiát használok, és csupán az értelmi és a pszichoszociális fogyatékossgal élő személyek – ezalatt értve a (2)-(4) kategóriákat – két nagy csoportját különböztetem meg a már lefektetett definíciós kereteknek megfelelően.⁷⁴ Az értelmi és a pszichoszociális fogyatékossgal élő személyek ugyanis igen különböző módon szorulhatnak támogatásra döntéshozataluk során. Egy izraeli kutatásban fogyatékossgal élő személyek és szüleiket körében külön klaszterben végeztek elemzést aszerint, hogy az érintettek fogyatékossga értelmi vagy pszichoszociális jellegű volt-e.⁷⁵ Az értelmi fogyatékos személyek és szüleik klaszterében az alábbi, fontosabb megállapítások nyertek igazolást:

- Az értelmi fogyatékos fiatal felnőttek gondnokai általában a saját szüleik lesznek. A gondnokság így egyfajta „meghosszabbított gyermekkoroként” működik, hiszen folytatódik a gyermekkorban jellemző döntéshozatali rend: a gyermek helyett a szülő hozza meg a legtöbb fontos döntést. A legtöbb felnőtt értelmi fogyatékos személy szülője úgy gondolja, továbbra is az élet minden fontos kérdésében (így: öltözködés, testápolás, munka, lakhatás, emberi kapcsolatok, házasságkötés stb.) döntő szerepet kell játszania. A szülők felnőtt gyermekük védelmét nagyobb értéknek tekintik, mint az önállóságuk támogatását.
- Az értelmi fogyatékos gondnokoltak többségükben maguk is úgy értékelték, hogy szükségük van a gondnokra, és helyeselték, hogy helyettük hozzák meg a döntéseket. A megkérdezetteknek megközelítőleg a fele azonban terhesnek érezte a gondnokságot, túl szigorúnak érezte, és magát védtelennek találta a gondnok dominanciájával szemben. A megkérdezetteknek általában kisebb igényük mutatkozott az önállóságra (a másik klaszterhez képest). A támogatott döntéshozatal hasznosságával kapcsolatban a szülők többsége inkább szkeptikus volt, az érintettek között pedig jelentősen megoszlottak vélemények.⁷⁶

A pszichoszociális fogyatékossgal érintett klaszterben megkérdezettek jelentősen eltérő módon nyilatkoztak.

- A pszichoszociális fogyatékossgal élő személyek szülei általában úgy vélekedtek, hogy felnőtt gyermekük képes az önálló döntéshozatalra, csak a mentális károsodásból eredő krízisidőszakokban tartották fontosnak a döntéshozatalban való helyettesítést, amelyben az érintettek olyan döntéseket szoktak hozni, amelyeket később rendszerint maguk is megbánnak (például a krízisidőszakban való túlköltekezés). A szülők kevésbé magukat szeretnék látni a gondnok szerepében, mint inkább egy harmadik személyt, aki a krízisidőszakokban a szülő és a felnőtt gyermeke közötti kommunikációs feszültségben független „tekintélyszemélyként” tud az érintett mellett állni. A szülők a krízisidőszakokon kívüli helyzetekben a támogatott döntéshozatal modelljébe illő támogatói szerepet próbálták felvenni, de általában

⁷³ CARNEY 2015, 34.; CARNEY – KEYZER 2007, 255-278; KEYZER et al. 1997; PATHARE – SHIELDS 2012, 1-40.; CARNEY – BEAUPERT 2013, 198.; FETHERSTONHAUGH et al. 2014; SAMSI – MANTHORPE 2013, 949-961.

⁷⁴ A pszichoszociális fogyatékossgal fogalmáról részletesen lásd a 2.3.3. pontban.

⁷⁵ WERNER – CHABANY 2016, 486.

⁷⁶ Ibid, 490-492., 494-495. Lásd még: MILL et al 2010, 194-200. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1468-3156.2009.00575.x>; GARCIA-IRIARTE et al. 2009, 10-22.

ragaszkodtak ahhoz, hogy krízisidőszakokban megmaradjon a helyettesítő döntéshozatal lehetősége. Tárgy szerint elsősorban az anyagi kérdésekben való döntéshozatalt sorolták a segítséget igénylő döntési helyzetek közé, a többi életterületen a döntéshozatali készségeket kielégítőnek tartották.

- Az érintetteknek a krízisidőszakon kívüli szakaszokban a másik klaszternél jóval nagyobb volt az önállóságra való igényük, ezen időszakokra a támogatott döntéshozatal modelljét tartották megfelelőnek. Maguk is úgy vélték azonban, hogy a krízisidőszakokban hasznos a gondnokság. A megkérdezettek többsége összességében terhesnek tartotta a gondnokságot, túl szigorúnak, és magukat védtelennek érezték a gondnokkal szemben. A gondnok vagy támogató személyét illetően többségében a szülőt szerették volna látni, de nem feltétlenül.⁷⁷

Más elemzések is alátámasztják a fentiekben írt eredményeket az alábbiak szerint. Egy, e tárgyban született, a nemzetközi szakirodalmat áttekintő metaelemzés felhívja a figyelmet arra, hogy a pszichoszociális fogyatékossgal élő személyek döntéshozatalát illetően a kutatások túlnyomó része csak az orvosi beavatkozásokkal kapcsolatos döntéshozatalra, és az abban való helyettesítés, illetve támogatás helyénvalóságára koncentrált, így erős szükséglet mutatkozik az élet egyéb területein – például a fenti bemutatott, izraeli tanulmányban kiemelt, pénzügyi téren való – döntéshozatali képességek és támogatási szükséglet vizsgálatára.⁷⁸ Más elemzések is vizsgálták a mentális károsodások és a döntéshozatalban való támogatás szükségességét. Katrine Del Villar a vonatkozó szakirodalmi adatok feltárásával rámutat, hogy a vélemények megoszlanak abban a kérdésben, hogy a mentális károsodást egyáltalán károsodásnak kell-e tekinteni, vagyis olyan tényezőnek, amely korrekciót, kezelést igényel-e.⁷⁹ A társadalmi modell koncepciójához kapcsolódóan ugyanis több szerző érvel amellett, hogy a mentális károsodás csupán egy társadalmi konstrukció: mentálisan károsodottnak azt a személyt bélyegzi meg a többségi társadalom, aki a többség által önkényesen meghatározott „normális”, „észszerű” attitűdtől eltérően viselkedik. A pszichoszociális fogyatékossgal tehát abból adódik, hogy valakit az eltérő viselkedésmódja alapján a többség elítél, kirekeszt, marginalizál. A pszichoszociális fogyatékossgal „megoldása” tehát nem valamely mentális károsodás gyógyításában, kiküszöbölésében áll, hanem az azzal összefüggő, atipikus viselkedésmintáknak az emberi sokszínűség részeként való elfogadásában. E felfogás képviselői az embereket nem minősítik mentálisan épnek vagy károsodottnak, jobban kedvelik – értéksemleges kifejezések mentén – az emberiség neurotipikus és a neuroatipikus csoportokra való osztását.⁸⁰ Ebből következően semmilyen módon nem lehet elvitatni vagy elvonni a pszichoszociális fogyatékossgal élő személyek döntéshozatali autonómiáját, semmisnek nyilvánítani egyes döntéseit, és az ügyeikben való döntéshozatalt helyettesítő személyre bízni.⁸¹ Mások azonban ellenzik ezt a radikálisan konstrukcionista felfogást. Érveik lényege, hogy a mentálisan sérült személyek károsodása nemcsak társadalmi konstrukció, hanem valós és lényeges emberi tapasztalat.⁸² A mentális károsodások tünetei gyakorta időben és intenzitásban hullámzó mintázat szerint törnek felszínre vagy maradnak rejtetten: egyes szakaszokban az érintett saját és a többségi társadaloméival többnyire összhangban lévő normák szerint viselkedik, a kritikus szakaszokban azonban ettől eltér. Tehát a norma, amelyhez képest a mentálisan károsodott személy viselkedése eltérhet, jellemzően nem a társadalom által ráerőltetett kánon, hanem egy saját, belső mérce, amelytől a kritikus időszakokban

⁷⁷ WERNER – CHABANY 2016, 490-495.; lásd még: SOENENS – VANSTEENKISTE 2005, 589-604.

⁷⁸ PATHARE – SHIELDS 2012, 17.

⁷⁹ DEL VILLAR 2015, 182-183.

⁸⁰ Vö. PRICE 2010, 117-123.

⁸¹ KAYESS – FRENCH 2008, 6.; KÄMPF 2008, 26.; MINKOWITZ 2007, 405-428.; GOMBOS – KÖNCZEI 2009, 3-1.; MORRISEY 2012, 427.

⁸² HERRING 2012, 7.; BARTLETT 2012, 759.; BURNS 2010, 34.; MARTIN et al. 2014., 21-22.; MATTHEWS 2000, 59-70.

elidegenedik. Ilyen esetekben nem feltétlenül elegendő a támogatás, hanem erőteljesebb – orvosi, jogi vagy más szakterületen történő – külső beavatkozás lehet szükséges ahhoz, hogy az egyén visszataláljon saját énjéhez. Ezzel indokolható az a paradoxon, hogy a döntéshozatalban való helyettesítés a saját, valódi döntésekhez való visszatalálás eszköze lehet.⁸³ (Ez összhangban van a fent ismertetett izraeli tanulmány ismertetett megállapításaival.)

Az értelmi és pszichoszociális fogyatékosággal élő személyek döntéshozatali autonómiáját annak támogatását érintő jogi szabályozás kialakítása során el kell fogadni, hogy e személyek CRPD-ben szereplő, egyes jogainak érvényesítése nem feltétlenül egymást támogató folyamat, hanem sokkal inkább az ezek közötti egyensúlyra, kompromisszumra kell törekedni.⁸⁴ A CRPD ebben nem ad eligazítást. Megfelelően rugalmas szabályozási kereteket kell kialakítani. Ennek során figyelembe kell venni a fogyatékoság minőségét, a gondozási-támogatási szükséglet mértékét és azt, hogy az adott fogyatékos személynek mely jogai élvezetéhez kell több támogatást nyújtani a magas szintű életminősége kialakítása érdekében. Az alábbiakban a cselekvőképesség új paradigmájának centrumában elhelyezkedő támogatott döntéshozatalban e téren rejlő lehetőségeket és alkalmazásának határait elemzem.

3.3. A támogatott döntéshozatal fogalma és helye a fogyatékos személyek döntései minőségének növelésében

3.3.1. A támogatott döntéshozatal fogalma

A CRPD-ben a támogatott döntéshozatal fogalma csak említésszerűen szerepel (12. cikk, 3. pont), a támogatás tartalmi elemeinek, elveinek felsorolása nélkül. A támogatott döntéshozatal fogalmát, kritériumait megalkotó szakirodalom részben tehát a támogatott döntéshozatal egyes jogrendszerekben konkrétan megvalósult formáinak elemzésére támaszkodik,⁸⁵ részben pedig a helyettesítő döntéshozatal rendszereinek elméleti ellenpontozását végzi el. A támogatott döntéshozatal az alábbi ismérvek szerint határozható meg:

- Mint mindenki, a fogyatékos személyek is rendelkeznek döntéshozatali képességgel. Előfordulhat azonban, hogy az ember döntéshozatali képessége korlátozott, károsodott. A korlátozottság, károsodás hatásait lehetőség szerint nem a cselekvőképesség korlátozásával, hanem külső támogatással kell kiküszöbölni.⁸⁶
- A támogatott döntéshozatal létjogosultsága annak a ténynek az elismerésére épül, hogy az egyének döntéseink meghozatala és végrehajtása során interdependens viszonyban állnak egymással. Így a támogatott döntéshozatal az autonómiafelfogások közül a kapcsolati autonómia tanába ágyazódik be.⁸⁷
- A támogatott döntéshozatalban az érintett hozza meg a döntést, amely jogi értelemben érvényes lesz. A döntési folyamat kontrollja végig az érintettnél marad.⁸⁸
- A támogatás egy döntéshozatali folyamat több fázisához is kapcsolódhat. A döntéshozatali folyamatát a döntéselmélet szakterületére tartozó források többféleképpen modellezik.⁸⁹

⁸³ BURNS 2010, 37.; DEL VILLAR 2015, 182-183.

Vö. még: AUSTRALIAN LAW REFORM COMMISSION 2014; SZMUKLER 2014; SZMUKLER et al. 2014, 245-252.; BANNER – SZMUKLER 2013, 379-394.; DAWSON – SZMUKLER 2006, 504-550.

⁸⁴ Lásd: 2.3.3. pont.

⁸⁵ Vö. TASZ 2013; GOMBOS – KÖNCZEI 2009, 6., 15-16.; *Handbook for Parliamentarians on the Convention on the Rights of Persons with Disabilities* 2007, 89-91.

⁸⁶ TASZ 2013, 1.

⁸⁷ Lásd: 3.2.1. pont. Vö. GOODING 2013, 434-435.

⁸⁸ JAMESON et al. 2015, 38.; SALZMAN 2010, 157-244.

⁸⁹ Például NAGY 2009, 71-72.; BANNER 2012 i.m., 1038-1039.; EISENHARDT – ZBARACKI 1992, 17-37. (irodalmi áttekintéssel)

Elemzésemhez azt a modellt⁹⁰ alkalmazom, mely szerint a döntési folyamat lépései a következők:

- (1) a döntési helyzet felismerése;
 - (2) motiváltság a döntésre;
 - (3) információgyűjtés a választási lehetőségekről;
 - (4) az információ feldolgozása, mérlegelése;
 - (5) választás a lehetőségek közül (ez a szűk értelemben vett döntés);
 - (6) a döntés kinyilvánítása.
 - A támogatott döntéshozatal elsősorban a döntéshozatali folyamat az 1-3. valamint 6. lépcsőhöz kapcsolódhat. A belátási képesség gyakorlása (4-5. lépcsőfok) ugyanis a döntési folyamat legindividuuálisabb része, ebben szituatív módon kevesebb segítség nyújtható (bár hosszútávú támogatással e készség is kondicionálható, fejleszhető), viszont az ezt megelőző és követő döntési lépéseknél a döntéshozó hathatósan részesíthető külső támogatásban. Ennek eredményeképp a döntéshozatali képességet (*ability*) jelentősen meghaladhatja a tényleges döntéshozatali lehetőség (*capability*). Míg a döntéshozatali képesség kizárólag az egyénben rejlő, a döntéshozatalt elősegítő készségekre épül, a döntéshozatali lehetőség magában foglalja azokat a külső tényezőket is, amelyek befolyásolják a döntési folyamat lezajlását és kimenetét.⁹¹
- A támogatott döntéshozatal alapja a támogató és a támogatott közötti bizalmi kapcsolat és az ezen nyugvó megállapodás. A megállapodást okiratban vagy bíróság előtt kell megerősíteni, ezen túl azonban intézményes kontroll alá nem vonható.⁹²
 - A támogatott döntéshozatal igénybevétele önkéntes, csak a támogató és a támogatott szabad beleegyezése alapján jöhet létre és szüntethető meg a támogatói kapcsolat.⁹³
 - A támogatott döntéshozatal annyiban több az informális segítségnyújtásnál, hogy a támogató számára jogi státuszt ad, amelynél fogva jelen lehet a döntéshozatali helyzeteknél, információt kérhet, a döntéssel érintett más személyekkel, szervezetekkel, hivatalos szervekkel is kapcsolatba léphet.⁹⁴
 - A támogatónak abban kell segítenie a támogatottat, hogy a saját akaratának, vágyainak megfelelő döntést hozza meg, és nem a támogató vagy más által, az „objektív” legjobb érdeke szerinti döntést.⁹⁵
 - A támogatott döntéshozatalnál alkalmazni kell az észszerű alkalmazkodás elvét: az egyénnek meg kell kapnia mindazon támogatást, amely az önálló döntéshozatal lehetővé tételéhez szükséges, feltéve, hogy ez másokra aránytalan terhet nem jelent.⁹⁶ (A támogatott döntéshozatal és az észszerű alkalmazkodás elvének kapcsolatáról ld. még alább.⁹⁷)

Egy 2012-ben készült felmérés szerint egyetlen állam – ideértve a támogatott döntéshozatal szempontjából mintának tekintett államokat – sem tette magáévá eddig a 12. cikk radikális értelmezését, mely a helyettesítő döntéshozatal teljes intézményrendszerét kiiktatná, és tisztán a támogatott döntéshozatal modelljét venné alapul.⁹⁸

⁹⁰ Főként NAGY 2009, 71-72. alapján.

⁹¹ Vö. BACH – KERZNER 2010, 21-23.; SEN 1980; SEN 1985; NUSSBAUM 2003, 21.; HARNACKE 2013, 768-772.

⁹² TASZ 2013, 1., 3.

⁹³ TASZ 2013, 3.; GOMBOS – KÖNCZEI 2009, 16.; JAKAB 2011, 101.; SALZMAN 2010; JAMESON et al. 2015, 38.

⁹⁴ DEVI 2013, 795.

⁹⁵ DEVI 2013, 795.; GOMBOS – KÖNCZEI 2009, 16.

⁹⁶ BACH – KERZNER 2010, 110-115.; DHANDA 2007.

⁹⁷ 3.4. pont.

⁹⁸ PATHARE – SHIELDS 2012, 5.

3.3.2. A támogatott döntéshozatal nemzetközi példái

A támogatás sokféle formát ölthet és ölt is a nemzetközi gyakorlatban.

Támogató lehet egy vagy több személy, támogatásra specializálódott szervezet vagy támogatói hálózat. A támogatói hálózat a támogatott egyénhez kapcsolódó személyek csoportja, akiknek feladata, hogy az érintettet döntéshozatalában a támogatott döntéshozatal elveinek megfelelően segítsék. Támogatói hálózatok szervezett létesítésére találunk példát Kanadában, az Egyesült Királyságban, Ausztráliában, Bulgáriában és Írországbán.⁹⁹ Hálózatba nem rendeződő, egyéni támogató általi támogatás rendszereit dolgozták ki például szintén Kanadában, Svédországban, Németországban, valamint az Egyesült Államok egyes államaiban (például Utah).¹⁰⁰ Ma már bőséges szakirodalom áll rendelkezésre az egyes támogatói struktúrák, különösen a támogatói hálózatokat a gyakorlatban alkalmazó nemzetközi példák tanulmányozására.¹⁰¹

A támogatói struktúrák szervezettsége is igen eltérő lehet. Az *ad hoc*, egy-egy személytől informálisan érkező spontán támogatástól kezdve a magas szinten szervezett, üzycsoportonként szakemberek segítségével, rendszeresen, szolgáltatásszerűen nyújtott támogatásig terjedő skálán rendkívül sok variáció elképzelhető.¹⁰²

A támogatás a döntéshozatali folyamat több lépéséhez is kapcsolódhat: a döntési helyzet felismeréséhez, az információk hozzáférhetővé tételéhez, a lehetséges választások várható kimenetelének előrejelzéséhez, a döntés kinyilvánításához. Maga a támogató cselekmény állhat a személyes jelenlétben, tanácsadásban, dokumentumok felkutatásában, lefordításában, technikai (például számítógépes, személyszállítási) segítségnyújtásban.¹⁰³ A szakirodalom a támogatott döntéshozatal modelljébe illeszkedőnek tartja az előzetes jognyilatkozatokat is, amelyekben az adott személy belátási képességének teljes birtokában utasításokat, terveket fogalmaz meg tesz arra az esetre, ha mentális értelemben krízisidőszakba kerül (például lakhatására, egészségügyi kezelésére, vagyonekezelésre, a helyettes döntéshozó személyére vonatkozólag).¹⁰⁴ Álláspontom szerint az előzetes jognyilatkozatok nem tartoznak szoros értelemben a támogatott döntéshozatal modelljébe (hiszen valójában egy helyettesítő konstrukcióról van szó, amelyben a helyettes döntéshozó az egyén korábbi, még belátási képességét bíró állapotban volt énjé), de kétségtelenül az egyéni autonómiát jobban tiszteletben tartó konstrukcióról van szó, mint a klasszikus helyettes döntéshozatal intézményei.¹⁰⁵ A szakirodalom továbbá az együtdöntési konstrukciókat is a támogatott döntéshozatal keretében helyezi el,¹⁰⁶ amely véleményem szerint szintén vitatható, hiszen együtdöntés esetén – mint például a magyar részletesen korlátozó gondnokság intézményénél – az érintetten kívüli együtdöntő személynek valójában vétőjoga van, így, ha nem is kizárólagos, de tényleges döntési pozícióba kerül.

⁹⁹ WERNER – CHABANY 2016, 487.; KOHN et al. 2012, 1111.; GAZSI 2016, 88-89.

¹⁰⁰ DEL VILLAR 2015, 189.; CICCARELLO 2014, 48-49.

¹⁰¹ A támogatói hálózatok egyes megjelenési formájáról részletesen a következő írásokban olvashatunk: WERNER – CHABANY 2016, 487-488.; GOODING 2013, 441-442.; CARNEY 2015, 46.; GAZSI 2016, 82-89.

¹⁰² Vö. JAMESON et al. 2015, 38.; GAZSI 2016, 82-89.

¹⁰³ DEVI 2013, 795, 800-801.; BACH – KERZNER 2010, 81-82.; JAKAB 2011, 100.

¹⁰⁴ DEL VILLAR 2015, 189.; MORRISSEY 2012, 436-438.; WELLER 2010, 218-229.

Az előzetes jognyilatkozatot „Odüsszeusz-utasításnak” is nevezi az irodalom, utalva az alábbi mitológiai történetre. Odüsszeusz a szirének szigete mellett elhajózva meg kívánta hallgatni a szirének énekét, de tudta, hogy mindenki, aki a szirének énekét hallja, képtelen ellenállni nekik, és ki akar kötni a szigeten, ahol azonban a szirének felfalják. Ezért hajósai fülét viasszal betömte – hogy ők ne hallják a sziréneket –, saját magát pedig a hajó árbocához kötöztette. Meghagyta a hajósainak, hogy ha a szirének területén hajózva azt hallanák tőle, hogy kétségbeesetten kiáltozik azt parancsolva (akár fenyegetődzve), hogy eresszék el, vagy irányítsák a hajót a szirének szigetére, meg ne tegyék, hiszen ő a szirének énekét hallva önkívületben lesz, és nem érvényes, amit ebben az állapotban mond. Odüsszeusz így végül meghallgathatta a szirének énekét, de élve menekült ki a helyzetből azzal, hogy hajósai tudták, Odüsszeusz „krízishelyzetben” adott utasítása, bármennyire is annak tűnik, nem érvényes, helyette a teljes belátási képességgel rendelkező, korábbi énjének parancsát kell teljesíteni.

¹⁰⁵ Vö. GOODING 2013, 434-435.

¹⁰⁶ DEL VILLAR 2016, 189. (irodalmi összefoglalóval).

A támogatásról szóló szakirodalom megkülönbözteti a formális és az informális támogatás kategóriáját. Az informális vagy természetes támogatók köre jellemzően a családtagokra, a barátokra, a szomszédokra, valamint olyan egyénekre terjed ki, akikkel az érintett személyes kapcsolatban áll, és a támogatás nem ellenszolgáltatás fejében történik.¹⁰⁷

Láthatjuk, hogy a támogatott döntéshozatal elvei számtalan konstellációban megvalósulhatnak. Hasznos, ha a jogi szabályozás kellően rugalmas marad, és a támogatás formáinak széles palettáját tárja az érintettek elé. Egyes szerzők felhívják a figyelmet arra is, hogy a jogintézményi formát öltő támogatási formák meghatározásakor tekintettel kell lenni az adott társadalomban, illetve egyes kisebbségi társadalmi csoportokban kialakult támogatási kultúrára, tradíciókra. A támogatói modelleknek nincs egyetlen optimális formája, ezért ezek kialakításakor és jogintézményi szintre való emelésekor szükség van a döntéshozók részéről a gyakorlatias, kreatív gondolkodásra, a támogatás kulturális és szociológiai közegének alapos tanulmányozására.¹⁰⁸

3.3.3. A támogatott döntéshozatal alkalmazásának határai

A fentiekben már megállapítottam, hogy az értelmi és pszichoszociális fogyatékossgal élő személyek a döntéshozatali autonómiájának és döntéshozatalban való támogatásának jogi szabályozásával kapcsolatban a CRPD kevés eligazítást ad, ugyanakkor egymással konkuráló jogok érvényre juttatását várja el a részes államoktól.¹⁰⁹

Minden kétséget kizáróan megállapítható, hogy a CRPD elsődlegesen a támogatott döntéshozatal modelljét kívánja érvényesíteni a fogyatékos személyek hatékony döntéshozatalának elősegítése végett. Jelentős súlyú kérdés azonban, hogy a CRPD kizárja-e a helyettesítő döntéshozatal minden formáját, vagy végső esetben alkalmazni engedi-e, és ha igen, milyen feltételek mellett. Erről a kérdésről ugyanis a CRPD hallgat, a szakirodalomban viszont éles viták folynak az alábbiak szerint.

A 12. cikk Kommentárjában a Bizottság a radikálisabb álláspontot foglalja el, kimondván, hogy a részes államoknak – a cselekvőképesség új paradigmája melletti elköteleződés jegyében – el kell törölniük a helyettesítő döntéshozatal minden olyan intézményét, amely meggátolja, hogy a fogyatékossgal élő személyek másokkal azonos alapon élvezzék a teljes jog- és cselekvőképességet.¹¹⁰ A kommentár értelmezése szerint helyettesítő döntéshozatali rendszernek minősül – nemzeti elnevezésére tekintet nélkül – mindazon rendszer, melyben:

- (1) az érintett személy, akár csak egyetlen döntés erejéig, nem minősül jogi értelemben cselekvőképésnek,
- (2) a helyettes döntéshozó személyét nem az érintett jelöli ki és a kijelölés az ő akarata ellenére is megtörténhet,
- (3) és a helyettes döntéshozónak az érintett „legjobb érdekeit” tekintve kell döntést hoznia az érintett akaratát és preferenciáit figyelembe vevő döntés helyett.¹¹¹

A cselekvőképesség tehát egyetlen, mégoly súlyos fogyatékossgal élő személytől sem vonható el, kizárólag a támogatott döntéshozatal formái egyeztethetők össze a CRPD 12. cikkével. (Megjegyzendő, hogy a kommentárszöveg nem bír kötelező erővel a részes államokra nézve, hiszen a Bizottság nincs felhatalmazva az egyezmény autentikus értelmezésére.)¹¹² Több szerző – az

¹⁰⁷ DUGGAN – LINEHAN 2013, 205-206.; lásd: még: CARNEY 2015, 40.; MINKLER et al. 2008; KAM-SHING – SUNG-ON 2002.

¹⁰⁸ PATHARE – SHIELDS 2012, 27.; GOODING 2013, 445.

¹⁰⁹ Lásd: 3.2.2. pont.

¹¹⁰ A 12. cikk Kommentárja 2014, 3.

¹¹¹ Ugyanott, 6.

¹¹² Vö. Németország kormányának a kommentár tervezetéhez fűződő észrevétele. Lásd: <http://www.ohchr.org/EN/HRBodies/CRPD/Pages/DGCArticles12And9.aspx> (Federal Republic of Germany).

alábbiak szerint – hivatkozik a 12. cikk Kommentárjára mint a CRPD hiteles értelmezési forrására, osztva e radikális álláspontot. A radikális álláspont alátámasztására az alábbi főbb érvek olvashatók az irodalomban.

- A helyettesítő döntéshozatalt a CRPD szövege nem említi. Ebből arra lehet következtetni, hogy e rendszerek az egyezményvel nem egyeztethetők össze (különös tekintettel arra, hogy a helyettesítő döntéshozatalra való utalás az egyezmény kodifikációjának folyamán napirenden volt, a végső szöveg azonban tudatosan ezen utalást mellőzve lett elfogadva).¹¹³
- A radikális álláspontot képviselő szerzők írásaiban megjelenik az az érv, mely szerint a „belátási képesség”, melynek csökkent voltára hivatkozva korlátozzák rendszerint a cselekvőképesség, nem objektíve létező kategória, hanem maga is társadalmi konstrukció. Ugyanis az egyén belátási képességét akkor minősítik csökkentnek, ha döntéshozatalának folyamata, annak eredménye eltér a többségi társadalom által „normálisnak” tartottól.¹¹⁴ Nem létezik olyan objektív mérce, amellyel le lehetne mérni egy döntés megfelelőségét, hiszen egy döntés minőségét elsősorban az adja, hogy az az egyén saját vágyainak, akaratának kifejeződése, és nem pedig az, hogy a döntés tartalma megfelel egy, valamilyen külső nézőpontból meghatározott, „objektív” legjobb érdekeknek. Így a belátási képesség ép vagy sérült voltát sem lehet tárgyilagosan megállapítani, és ez alapján senkitől nem lehet az egyéni autonómiát elvonni, az „objektív” érdekeit figyelembe vevő helyettes döntéshozó kijelölésével.¹¹⁵
- A cselekvőképesség mentális státuszon vagy a belátási képesség funkcionális értékelésén alapuló korlátozása, illetve elvonása a jogi szabályozásban is nyíltan kifejeződő diszkriminációt valósíthat meg az értelmi és pszichoszociális fogyatékossgal élő személyek irányában, de – a nemzeti szabályozás nyílt diszkriminatív voltának hiányában is – alkalmazása tipikusan ténylegesen diszkriminatív,¹¹⁶ ami a fogyatékos személyekkel való egyenlő bánásmód követelményébe mint a CRPD alapvető jelentőségű rendelkezésébe ütközik.¹¹⁷
- Az említett szerzők az egyenlő bánásmód mellett a fogyatékos személyek autonómiájának (ideértve a teljes cselekvőképesség által biztosított jogi autonómiát is) maximális védelmére mint a CRPD másik fajsúlyos alapelveire hivatkoznak, mely fogalmilag kizárja a helyettesítő döntéshozatali rendszerek fenntartását.¹¹⁸

Más szerzők amellet érvelnek, hogy a támogatott döntéshozatali modell elsődlegessége mellett a helyettesítő döntéshozatal egyes formáinak is van létjogosultsága. Az ő érvek a következő csomópontok köré szerveződnek.

- A CRPD e kérdésben való hallgatását e szerzők akként értelmezik, hogy az egyezmény nem tiltja a helyettesítő döntéshozatali rendszereket, ezért a részes államok számára nem tilalmas ezek fenntartása.¹¹⁹
- A belátási képesség csökkent voltát egyes szerzők valós, az érintett fogyatékos személyek saját észleléseivel is alátámasztható, objektív jelenségnek tekintik.¹²⁰ Az igazságügyi pszichiátria újabb és újabb, objektív mérést lehetővé tevő tesztekkel dolgoz ki a belátási képesség funkcionális értékelésére.¹²¹

¹¹³ Vö. MINKOWITZ 2007, 412-426.; KANTER 2014, 264.; MINKOWITZ 2017, 77-78.

¹¹⁴ GLEN 2012, 98-99., 140.;

¹¹⁵ SZMUKLER 2014; BANNER 2012, 1041-1042.

¹¹⁶ Vö. Például JAMESON et al. 2015, 38.; MOYE et al. 2007, 604-612.; MILLAR 2003, 378-397.

¹¹⁷ A 12. cikk Kommentárja, 4.; MINKOWITZ 2017, 83-85.

¹¹⁸ MINKOWITZ 2017, 78-80.; KANTER 2014, 238-244.; a 12. cikk Kommentárja, 1-2., 6., 8.

¹¹⁹ DEL VILLAR 2015, 179-180.; HALMOS 2017, 288-289.

¹²⁰ GRISSO 2003; DHANDA 2007, 433-435.; DEL VILLAR 2015, 182-183.; BARTLETT 2012, 759.; BURNS 2010, 34.; MARTIN et al. 2014, 21-22.; MATTHEW 2000, 59-70.

¹²¹ GRISSO 2010; DHANDA 2007, 433-435.

- A fogyatékos személyekkel való egyenlő bánásmód követelménye a CRPD-nek valóban alapelve. Ez az elv feltétlenül sérül, ha a cselekvőképesség korlátozásánál a mentális státusz értékelése akár a korlátozás önálló alapjaként, akár más körülmények értékelésével együttesen szerephez jut. Egy ilyen szabályozás ugyanis hátrányosan megkülönbözteti azokat a fogyatékos személyeket, akik döntéshozatali akadályozottsággal élnek, azokkal az ép személyekkel szemben, akik egyéb okból – például műtét utáni sokkos állapot, fertőzés, fejsérülés stb. – a döntéshozatali akadályozottság állapotába kerülnek.¹²² A belátási képesség funkcionális értékelésén nyugvó korlátozást azonban a kevésbé radikális álláspontot valló szerzők többnyire nem vetik el. Ez az érv a belátási képesség kategóriája objektív voltának elismerésére épül. (Mára egyetértés tapasztalható abban a kérdésben, hogy a döntéshez szükséges funkciók sérülése nem társítható merev kauzalitás alapján valamely mentális károsodást megállapító diagnózishoz.)¹²³ Amennyiben tehát a cselekvőképesség korlátozásának alapja a belátási képesség funkcionális értelemben csökkent volta, úgy nem beszélhetünk a fogyatékoság alapján történő hátrányos megkülönböztetésről, hiszen a cselekvőképesség korlátozása sem közvetlenül, sem közvetve nem a fogyatékoságon, hanem egy, a cselekvőképességgel objektíve összefüggő kategórián, a belátási képességen alapul. Fokozott figyelmet kell fordítani arra, hogy ne csupán a jogszabályok, hanem a joggyakorlat is kerülje a cselekvőképesség diagnózisalapú értékelését, hiszen általános tapasztalat, hogy a funkcionális tesztek alkalmazó rendszereiben is nagyobb eséllyel kerülnek gondnokság alá a fogyatékos személyek.¹²⁴ A fogyatékosághoz fűződő stigma ugyanis igen erős a közgondolkodásban, és komoly a veszélye annak, hogy a jogalkalmazók sem tudnak ettől függetlenül gondolkodni,¹²⁵ így kiemelt jelentőséghez jutnak a diszkriminációmentességet biztosító jogi garanciák.
- A fogyatékos személyek autonómiájának sérelmével kapcsolatban a kevésbé radikális álláspont képviselői arra hívják fel a figyelmet, hogy a CRPD értékhierarchiájában az autonómia nem abszolút érték, hanem más, védendő értékekkel konkurens helyzetbe is kerülhet. Ilyenkor – mint fent arra utaltam – a magas szintű életminőség és az emberi méltóság mint abszolút értékek figyelembevételével, az eset egyedi sajátosságaira tekintettel kell megteremteni az egyes értékek közötti kompromisszum feltételeit.¹²⁶
- Az azonban nem vitatott, hogy az egyéni autonómia mint érték – ha nem is abszolút, de – igen hangsúlyos a CRPD értékrendszerében. Az egyén vágyainak, akaratának való döntéshozatal lehetőségét messzemenőig – ha nem is minden korlátozás nélkül – támogatni kell. Viszont, mint arra már fent utaltam, különösen a pszichoszociális fogyatékosággal élő személyek döntéshozatalának során az autonóm döntéshozatal biztosítása nem egyszerűsíthető le arra, hogy minden esetben érvényesnek kell tekinteni az érintett által az adott pillanatban hozott döntést, ugyanis elképzelhető, hogy egy krízisidőszakban hozott döntés nem tükrözi az egyén valódi akaratát, preferenciáit.¹²⁷ Ilyenkor a „saját döntés” mibenléte tehát az esetek egy részében interpretáció kérdése, amely a döntéshozatalban őt helyettesítő személyre hárulhat. Adott esetben az egyén döntéseibe való beavatkozás – például egy orvosi kezelés elrendelésével – éppen az autonóm cselekvésre képes állapot helyreállításának eszköze lehet. Ugyanez a helyzet merülhet fel, ha az egyén állapotánál fogva

¹²² SZMUKLER 2014; DAWSON – SZMUKLER 2006.

¹²³ MORRISEY 2012, 427.; APPELBAUM – GRISSE 1995a; APPELBAUM – GRISSE 1995b; APPELBAUM – GRISSE 1995c; OKAI et al. 2007, 291-297.; SZMUKLER et al. 2014, 249-250.

¹²⁴ BANNER 2012, 1039.; WONG et al. 2000; FLYNN – ARSTEIN-KERSLAKE 2014, 127.; A 12. cikk Kommentárja 2014, 2-3.

¹²⁵ FLYNN – ARSTEIN-KERSLAKE 2014, 127.

¹²⁶ Lásd: 2.3.3. és 2.4. pont. Vö. DEL VILLAR 2015, 182-184.; CARNEY 2015, 40.; HALMOS 2017, 290.

¹²⁷ Lásd: 3.2.2. pont.

egyáltalán nem képes a döntéshozatalra vagy a döntés kinyilvánítására. Ilyenkor is szóba jöhet a helyettesítés az egyén akaratának, preferenciáinak interpretációja terén.¹²⁸

- A döntéshozatalban való helyettesítést nemcsak az egyéni vágyak és preferenciák minél jobb kifejezésre juttatása, hanem bizonyos esetekben mások jogainak, érdekeinek védelme is megalapozhatja. Ezzel összefüggésben egyes szerzők a liberális autonómiafelfogással szemben a kapcsolati autonómia tanára hivatkoznak, amely álláspontjuk szerint a realitáshoz közelebb eső módon írja le az egyéni autonómia mibenlétét, mint a liberális autonómia tan.¹²⁹ A kapcsolati autonómia tanának irodalma szerint az egyéni sors fölötti kontroll nem valóság, hiszen döntéseink a kölcsönös interdependencia rendszerébe ágyazódnak. A döntéshozatal így sosem egyedül egy személy akciója, hanem számos külső hatás is megjelenik benne, amelyekért valaki más, ha nem is feltétlenül jogi, de etikai értelemben felelős lehet. Másrészt a döntés többnyire másokra is hat, és ez felerősíti a döntés tartalmának jelentőségét a döntésminőség meghatározásánál. Minél jelentősebb az adott döntés közösségi – mások magánérdekét vagy a közérdeket érintő – vetülete, annál fontosabb tényezőként jön figyelembe a döntés tartalmának vizsgálata a döntés minőségének meghatározásakor.¹³⁰ Nem utolsósorban figyelemmel kell lenni arra, hogy a belátási képesség hiánya és az ilyen állapotban hozott döntések elszakíthatják az egyént támogatói hálójától. Ilyen esetben a döntéshozatalba való beavatkozás az emberi kapcsolatok helyreállításának motorja lehet, amely – a kapcsolati autonómia tana szerint – az egyéni autonómia magas szintű kibontakozásának valódi közege.¹³¹
- Összességében tehát a helyettesítő döntéshozatal – megfelelő korlátok között történő – fenntartása, összhangba hozható a CRPD horizontális rendelkezéseivel, még az e szempontból legneuralgikusabbnak tartott autonómia elvével is.

A radikális és a kevésbé radikális álláspontok közötti különbség azonban a fent ismertetett vita ellenére sem tűnik áthatolhatatlannak. A helyettesítő és a támogatott döntéshozatal közötti határvonal ugyanis a gyakorlatban nem minden esetben éles.¹³² Egyes, a radikálisabb álláspontot képviselő szerzők is elismerik, hogy különféle természetű krízishelyzetekben, ha az érintett képtelen akaratának, preferenciáinak kinyilvánítására, ebben a tekintetben lehetséges a helyettesítés, de sosem az érintett valamilyen „objektív” „legjobb érdekének”, hanem saját vágyainak, akaratának „legjobb

¹²⁸ Georg Szmukler írja le a következő példákat:

Az első esetben egy mentálisan ép személy az életben maradását segítő műtéthez adja beleegyezését. Mikor felébred, akut tudatzavar folytán paranoiás téveszméi támadnak: azt hiszi, a rákapcsolt csövek útján az életére törnek. Elkezd kihúzkodni magából a csöveket. A támogatott döntéshozatal minden eszköze csődöt mond. Az illető valójában életben akar maradni – hiszen ezért egyezett bele a műtétbe –, még ha pillanatnyilag úgy is tűnik, akaratával ellentétes. Ilyenkor – a szerző érvelése szerint – van helye a döntéshozatal helyettesítésének: a saját életét veszélyeztető cselekmény megakadályozásának, hiszen az érintett szituatív tiltakozása ellenére így juttatható érvényre a valódi akaratának megfelelő döntés.

A második esetben egy férfi, aki egész életében moderált életvitelt folytatott (okosan bánt a pénzzel, tisztességes férj és családapa volt, megbízható munkaerő, jó társasági modorral rendelkező, stb.), minden átmenet nélkül gyökeresen megváltozik. Pénzét elszórja, kockázatos részvényekbe fekteti, szerelmi viszonyokat kezd, prostituáltakkal létesít kapcsolatot, feleségével megalázóan bánik, munkahelyét rendszertelenül látogatja, társasági stílusa ellehetetleníti a kapcsolatait stb. A támogatott döntéshozatal minden eszköze kudarcot vall. Kérdés, hogy melyik „én”-jét tekintjük valódinak, melyik „én”-je által kifejtett akaratát vehetjük irányadónak. Szmukler e példákkal illusztrálja, hogy az egyén valódi akaratának, szándékának felismerése gyakran nem egyértelmű, hanem interpretáció kérdése. Lásd: Szmukler 2014 2-3., továbbá: Treffert 1987; Gooding 2013, 436.; Del Villar 2015, 182-183.; Burns 2010, 37.; Australian Law Reform Commission 2014.

¹²⁹ GOODING 2013, 435-437.

¹³⁰ Vö. HALL 2012, 66-67.; DEL VILLAR 2015, 182-183.; HENKIN 1990, 4.

¹³¹ A kapcsolati autonómia tanáról részletesebben ld.: 3.2.1. pont.

¹³² GOODING 2013, 434-435.

interpretációja” érdekében.¹³³ A döntéshozatal mások jogainak, nyomós érdekeinek fényében való korlátozása kérdésében már nehezebb a két tábor összekapcsoló közös alapon modellt alkotni, azonban ha a kapcsolati autonómiafelfogás mellett köteleződünk el, ennek elméleti megalapozása mellett is komoly érvek szólhatnak a fentiekben kifejtettek szerint. A belátási képesség körül mint objektíve létező vagy társadalmilag konstruált jelenség körül kibontakozó vita feloldására azon érvelés mellett lehet kilátás, mely szerint a cselekvőképesség esetleges korlátozása során valójában nem is a belátási képesség funkcionális csökkenését, hanem a támogatási szükséglet intenzitását kell alapul venni.¹³⁴ A támogatási szükséglet elérhet egy olyan fokozatot, amelyben a támogatás a helyettesítésben nyilvánul meg. Így tehát a támogatott döntéshozatal nem a helyettesítő döntéshozatal ellentétpárjaként tűnik fel, hanem a támogatási rendszer teljes spektrumának végpontján magába tudja olvasztani a helyettesítő döntéshozatalt mint eszközt.¹³⁵

Összességében úgy gondolom, reális és a CRPD-nek megfelelő kimenete lehet a támogatói modell kizárólagosságával kapcsolatos vitának, ha a támogatott döntéshozatal kellően rugalmas, az adott kultúra sajátosságaihoz mérten egyedi, de rugalmas formáinak létrehozása, promotálása mellett megmaradnak a döntéshozatalban való helyettesítés egyes formái. Annak érdekében, hogy ezek alkalmazása valóban *ultima ratio* legyen, rendkívül fontos pontosan meghatározni a helyettesítés céljait – a legjobb interpretáció elve és a mások jogainak, nyomós érdekeinek védelme érdekében szükséges és arányos jogkorlátozás elve –, a helyettesítés elrendelésére irányuló eljárás garanciáit és legitím testrendszerét. A nemzeti szabályozások ennek megfelelő finomhangolása természetesen igen nehéz feladat, és ideálisnak mondható nemzeti szabályozásra még nem mutatott rá a szakirodalom (sem a radikálisabb, sem a kevésbé radikális álláspont képviselői). Például a támogatói modell a gyakorlatban sikeresen megvalósító, s gyakran mintaként emlegetett kanadai államok támogatott döntéshozatalt előmozdító jogintézményeinek kifejezetten nem célja a krízishelyzetek kezelése, és arra nem is alkalmasak.¹³⁶

3.4. A támogatott döntéshozatal hazai megvalósulásának kezdetei Magyarországon

A cselekvőképességre, gondnokságra, támogatott döntéshozatalra vonatkozó alapvető szabályokat a Polgári Törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvény – a továbbiakban: Ptk. – tartalmazza (Második Könyv, Második Rész). A korábban hatályban volt magánjogi kódex (a Polgári Törvénykönyvről szóló 1959. évi IV. törvény; a továbbiakban: rPtk.) még nem ismerte a támogatott döntéshozatal intézményét, ez a Ptk. hatálybalépésével, új jogintézményként került a magyar jogrendszerbe. A támogatott döntéshozatalról a Ptk.-ban lefektetett kereteken túli részletes rendelkezéseket külön törvény tartalmazza (2013. évi CLV. törvény a támogatott döntéshozatalról – a továbbiakban: Tdht.). A cselekvőképességi státusznak azonban a Ptk. által szabályozott jogviszonyokon¹³⁷ túl még

¹³³ Vö. FLYNN – ARSTEIN-KERSLAKE 2017, 39-57.; DE BHAILIS – FLYNN 2017, 6-21.; CARNEY 2015, 45.; a 12. cikk Kommentárja 2014, 5.

¹³⁴ CARNEY 2015, 45.

¹³⁵ Vö. GOODING 2013, 437.

¹³⁶ DEL VILLAR 2015, 191-193.; GOODING 2013, 441.

¹³⁷ Ide nem csupán a Ptk. Második Könyvének Második Részében foglaltak értendők. A cselekvőképességnek jelentősége van a személyiségi jogok [2:54. § (2) bek.], a gazdasági társaságokról szóló rendelkezések [3:22. § (1) bek., 3:26. § (2) bek.], az öröklési jog [7:14. § (4) bek.], valamint a családjog terén [4:9. § (2) bek., 4:10-11. §, 4:16-17. §, 4:23. §, 4:54. § (1) bek. c) pont, 4:64. § (2) bek., 4:101. § (4) bek.4:105. §, 4:110. §, 4:117. §, 4:121. § (1) bek., 4:127. §, 4:145. §, 4:186. § (1) bek., 4:190. § (4) bek., 4:193. § (2) bek., 4:233. § (1) bek. b) pont].

számos jogviszonyban jelentősége van mind a magánjog,¹³⁸ mind a közjog¹³⁹ területén. Az egyén cselekvőképességi státusza határozza meg ugyanis, hogy a politikai jogok gyakorlása, az egészségügy, a szociális ellátások, az oktatás, a munkavállalás, a közszolgálat, a polgári perek, a családjog¹⁴⁰ stb. terén önállóan járhat-e el, vagy sem, esetleg egyes jognyilatkozatokat egyáltalán nem is tehet meg, egyes jogviszonyokban nem is vehet részt. A cselekvőképességnek tehát, ahogyan azt a szakirodalom a CRPD-vel kapcsolatban is megállapította, kulcsszerepe van az önrendelkezési jog és ezen keresztül egyéb alapvető jogok gyakorlása szempontjából.¹⁴¹

A Ptk. elfogadására már abban az időben került sor, amikor a CRPD-t Magyarország is ratifikálta.¹⁴² A Ptk. 2:19. §-ához fűzött indokolása utal is arra, hogy a cselekvőképesség korlátozásának szabályozására a „nemzetközi egyezményekkel” összhangban kerül sor. Az indokolás kifejezetten nem említi a CRPD-t, azonban tekintettel arra, hogy ez az egyezmény egy olyan kötelező erővel bíró nemzetközi emberi jogi dokumentum, amely behatóan foglalkozik a cselekvőképesség kérdésével, arra lehet következtetni, hogy a Ptk. szabályozása a CRPD 12. cikkének való megfelelést is szolgálja. A következőkben a 12. cikkel való összhang szempontjából vizsgálom meg a Ptk. cselekvőképességre, gondnokságra, támogatott döntéshozatalra vonatkozó rendelkezéseit, és teszek e kérdésben néhány, a témánk szempontjából is releváns állítást.

- (1) A Ptk. különválasztja a cselekvőképesség és a belátási képesség fogalmát. A cselekvőképesség korlátozását a belátási képesség funkcionális értékelése alapozhatja meg, azonban mentális státusz értékelésére is sor kerül.

Mint a fentiekben láttuk, a CRPD 12. cikke vonatkozásában kibontakozott értelmezési vita egyik fontos csomópontja, hogy a belátási képesség (*mental capacity*) valós, tudományos eszközökkel mérhető kategória-e, és ennek mérése alapjául szolgálhat-e a jogi értelemben vett cselekvőképesség (*legal capacity*) korlátozásának.¹⁴³ A Ptk. a cselekvőképtelen állapotot és a nagykorú cselekvőképessége korlátozásának esetkörét a 2:9. § (1) bekezdésében, 2:19. § (1) bekezdésében, valamint a 2:21. § (2) bekezdésében definiálja. E rendelkezések alapján a cselekvőképesség bírói korlátozásának egyik feltétele, hogy az érintett rendelkezzen valamilyen mentális károsodásról szóló diagnózissal. Vagyis a minősítés részben orvosi ismervek alapján, státuszteszt szerint dől el. Továbbá szükséges az is, hogy e mentális károsodás következtében az egyén ügyeinek viteléhez szükséges belátási képességében károsodás álljon fent. Ez utóbbi feltétel jelentené a döntéshozatali képesség funkcionális értékelését.

¹³⁸ Például 2012. évi I. törvény a munka törvénykönyvéről, 21. § (4)-(5) bek., 212. §; 2011. évi CXII. törvény az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról, 6. § (2) bek.; 2005. évi LXXXVIII. törvény a közérdekű önkéntes tevékenységről, 5-8. §; 2009. évi CXV. törvény az egyéni vállalkozóról és az egyéni cégről, 3. § (2) bek. a) pont.

¹³⁹ Például 2013. évi XXXVI. törvény a választási eljárásról, 13/A. §; 2012. évi C. törvény a Büntető Törvénykönyvről, 31. § (3) bek.; 2011. évi CXCV. törvény a közszolgálati tisztviselőkről, 39. § (1) bek. b) pont; 2016. évi LII. törvény az állami tisztviselőkről, 5. §; 1992. évi XXXIII. törvény a közalkalmazottak jogállásáról, 20. § (3) bek. b) pont; 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről, 11. § (3) bek., 12. § (3), (5) bek., 13. § (5) bek., 14. § (1) bek., 16. §, 20. § (1) bek., 21-22. §, 24. § (6) bek., 134. § (2) bek., 159. § (1), (4) bek., 171. § (1) bek., 187. § (1) bek., 187/B. §, 197. §; 1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és a szociális ellátásokról, 93. § (2)-(4) bek. 104. §; 2016. évi CXXX. törvény a Polgári Perrendtartásról (a továbbiakban: Pp.) 34-35. §.

¹⁴⁰ Mindezekről lásd: az előző két lábjegyzetben foglaltakat.

¹⁴¹ JAKAB 2011, 9., 39., 73.; DHANDA 2007, 429-462., 456-457.; DEVI 2013, 792-806., 792.; a 12. cikk. Kommentárja 2014. i.m., 1.

¹⁴² Az ENSZ Egyezményt kihirdető 2007. évi XCII. törvényt a 2007. július 6-án, a Ptk.-t a 2013. február 26-án megjelent Magyar Közlönyben hirdették ki.

¹⁴³ Lásd: 3.2.2. pont.

A bírói gyakorlat évek óta következetesnek tekinthető abban, hogy a cselekvőképesség korlátozása nem lehet valamely pszichiátriai diagnózis egyenes következménye.¹⁴⁴ A Kúria – akkor: Legfelsőbb Bíróság – elvi élel mondta ki, hogy „a cselekvőképességet korlátozó gondnokság elrendelésének két ok együttes fennállása szükséges: egyrészt az alperes károsodott egészségi állapotának ténye, másrészt az, hogy ez az állapot a belátási képességére olyan kihatással legyen, ami az alapjogként védett személyes döntési autonómiájának korlátozását indokolja; mindkét feltételt annak kell bizonyítania, aki a gondnokság alá helyezést kéri.”¹⁴⁵ A bírói gyakorlat az „ügyei viteléhez szükséges belátási képesség” károsodásának vizsgálatához általában az érintett személyes meghallgatása, illetve tanúbizonyítás révén gyűjt adatokat. Az eljárás során nem kerül sor a döntéshozatali képesség komplex – például pszichológiai, gyógypedagógiai – szakértői tudás alapján történő felmérésére. A bíróság jellemzően az érintettnek az eljárás idejében jellemző életkörülményei alapján határozza meg, hogy melyek azok az ügyek, amelyeknek viteléhez belátási képesség szükséges, és ezen ügyek vitele során az illető mennyire bír racionális belátással, milyen hatékonysággal hoz döntéseket. Az érintett személyes meghallgatására az ügyek jelentékeny hányadában nem is kerül sor. A per kimenetele szempontjából azonban túlnyomórészt döntő jelentősége a pszichiátriai szakvéleménynek van: a bíróság igen ritkán jut az ebben foglaltaktól eltérő következtetésre.¹⁴⁶

A jogi szabályozás és az ezen alapuló bírói gyakorlat a CRPD 12. cikkének fényében több kritikával illethető. Ezek közül elsőként említhető, hogy a jogszabály nem mellőzi a státuszalapú értékelést, amelyet – ahogyan a korábbiakban kifejtettem – az egyezmény egyértelműen tilt.¹⁴⁷ Egyetértek azonban azzal a – szintén fent bemutatott – állásponttal, mely szerint a funkcionális értékelés alapján történő cselekvőképességi korlátozást nem tiltja az egyezmény,¹⁴⁸ álláspontom szerint ezért a magyar szabályozás e kérdésben megfelel az egyezménynek. A bírói gyakorlat azonban nem veszi figyelembe, hogy a döntéshozatali képesség mérésének ma már léteznek a pszichológia tudománya által kifejlesztett, szakértők által alkalmazható módszerei, melyeket egyes országokban alkalmaznak is.¹⁴⁹ A gondnoksági perekben azonban nem szokványos a szakértői bizonyítás a belátási képesség, döntéshozatali képesség felmérése céljából.

A magyar jogirodalomban és a bírói ítéletekben ellentétes állásfoglalások olvashatók abban a kérdésben, hogy a belátási képesség megítélése *jog- vagy ténykérdés-e*. Jogkérdésnek (*quaestio juris*), valamely tényleges viszonynak jogi megítélését nevezzük, ellentétben a ténykérdéssel (*quaestio facti*), mely a megítélés tárgyát képező ténynek, tényállásnak megállapítására vonatkozik.¹⁵⁰ Jakab Nóra úgy véli, „a belátási képesség megítélése több annál, minthogy az egyén egészségi állapotát, kívánságait, meggyőződéseit egy papíron összesítve tényállásnak fogjuk fel. A szakértői vélemény a betegség fennállását, annak súlyosságát, illetve jellegét igazolhatja. Ugyanis, az összegyűjtött tények alapján egy, a cselekvőképesség gyakorlása szempontjából releváns megállapítás következik, mégpedig, hogy az adott személy milyen fokban rendelkezik belátási képességgel az adott jogügyletre vonatkozóan. Ez az adott jogügylet viteléhez szükséges belátási képesség pedig már inkább jogkérdés, az adott személy belátási képessége és a jogügylet egymáshoz fűződő viszonyáról való döntés.”¹⁵¹ Juhász Endre megállapítja, hogy a bírói gyakorlatban „a belátási képesség csökkenésének megállapítása egyrészt orvosi kérdés, másrészt jogkérdés”.¹⁵² A Kúria – akkor: Legfelsőbb

¹⁴⁴ Vö. BH. 2007/404., EBH 2007/1597., BH. 2008/265., BH. 2011.247. A vonatkozó bírói gyakorlatról részletesen: JUHÁSZ 2013, 6.

¹⁴⁵ BH 2006.46., lásd még: KÖRÖS 2009, 107.

¹⁴⁶ Vö. JUHÁSZ 2013, 14-15. Az Egyesült Államokban végzett kutatások is hasonló eredményre jutottak – Vö. JAMESON et al. 2015, 38.; MOYE et al. 2007; MILLAR 2003.

¹⁴⁷ Lásd: 3.3.3. pont.

¹⁴⁸ Ugyanott.

¹⁴⁹ GLEN 2012, 93-168.; 95-96.; DHANDA 2007, 431-435.; GRISSE 2003.

¹⁵⁰ JAKAB 2011, 188.

¹⁵¹ Ugyanott.

¹⁵² JUHÁSZ 2013, 6.

Bíróság – EBH 2007.1597. sz. döntése kimondja, hogy „cselekvőképességet korlátozó gondnokság alá helyezés esetén annak megállapítása, hogy mely ügycsoportok tekintetében szükséges a gondnokság alá helyezés nem orvosszakértői, hanem jogi kérdés, amelyről a bizonyítási eljárás alapján kizárólag a bíróság dönthet”. Azonos következtetésre jut a BH 2008.265. sz. határozat is.

Ezzel szemben Kőrös András amellett érvel, hogy a belátási képesség ténykérdés, a cselekvőképesség elismerése vagy el nem ismerése ennek jogi konzekvenciája.¹⁵³ Magam ezzel az állásponttal értek egyet. A belátási képesség mint a döntéshozatali képesség eleme tudományosan igazolt módszerekkel mérhető emberi funkcióképesség. Vagyis olyan szakkérdés, amelyről a jogtudománytól eltérő tudományterület eszközeivel lehet tényállításokat tenni.¹⁵⁴ Valójában az idézett bírósági döntések sem azt állítják, hogy a belátási képesség jogkérdés lenne, csupán arról szólnak, hogy azon ügycsoportok kiválasztása a jogkérdés, amelyek vonatkozásában a belátási képesség vizsgálendő. Mindebből az következik, hogy a bíróság – mint a jogkérdésekről döntő fórum – feladata azon ügycsoportok kiválasztása, amelyeken a belátási képesség mérésére szükség van. Azonban az ezekben az ügycsoportokban fennálló belátási képesség mérése olyan ténykérdés, amelyre bizonyítást kell lefolytatni. A tényállás szabad megállapításának polgári perjogi elvével¹⁵⁵ összhangban e kérdésben elfogadható például a tanúk meghallgatása, az érintett saját életkörülményeire vonatkozó előadásának meghallgatása. Azonban lényeges elvi követelmény lenne, hogy a bíróságok tekintetbe vegyék: a belátási képesség tudományos módszerekkel mérhető funkcióképesség, amely felméréshez adott esetben szakértő közreműködésére lehet szükség.¹⁵⁶ A törvény ugyan nem kívánja meg belátási képesség vizsgálatának vonatkozásában a komplex szakértői vélemény elkészíttetését, azonban akár jogalkotási, akár jogalkalmazási úton tanácsos lenne ezzel az eszközzel élni a gondnoksági perekben.¹⁵⁷ Sajnálatos módon a gondnoksági perek bizonyítási szabályai terén nem jelentett a CRPD elvei felé való közeledést a polgári perrendtartás új kodifikációja sem. A 2018. január 1-jétől hatályba lépett Pp. továbbra is csupán az alperes elmeállapotának vizsgálatát írja elő igazságügyi pszichiátriai szakértő közreműködésével, és lehetővé teszi e célból adott esetben az alperes fekvőbeteg-gyógyintézetben történő ideiglenes elhelyezését is.¹⁵⁸ E szabályok abban erősítik meg a bírói gyakorlatot, hogy a belátási képesség funkcionális értékelésére történő fókuszálás helyett a mentális státusz, az orvosi megközelítés domináljon a döntéshozatal során.

A cselekvőképtelen állapotnak¹⁵⁹ nem kritériuma a mentális károsodás. E törvényalkotói megoldással a jogalkotó is elismeri, hogy a belátási képesség csökkenése nem feltétlenül kötődik valamely diagnózis fennállásához.

¹⁵³ Kőrös 2009, 104.

¹⁵⁴ GLEN 2012, 95-96.; DHANDA 2007, 431-435.; GRISSE 2003.

¹⁵⁵ Pp. 263. § (1) bek.: A bíróság a perben – törvény eltérő rendelkezése hiányában – alakszerű bizonyítási szabályokhoz, a bizonyítás meghatározott módjához vagy meghatározott bizonyítási eszközök alkalmazásához nincs kötve, szabadon felhasználhatja a felek előadásait, valamint minden bizonyítékot, amely a tényállás megállapítására alkalmas.

¹⁵⁶ A Pp. 300. § (1) bekezdése akként rendelkezik, hogy szakértőt kell alkalmazni, ha a jogvita kereteinek a meghatározásához vagy a perben jelentős tény megállapításához, megítéléséhez különleges szakértelem szükséges.

¹⁵⁷ Kőrös András – bírói szemmel – ezzel szemben feleslegesnek tartja a komplex szakértői vélemény jogszabályi előírását, és javarészt gyakorlati alkalmazását is. A Ptk. egy korábbi, elvetett szövegjavaslata (az alábbi idézetben: „Javaslat”) tartalmazta a komplex szakértői vélemény alkalmazásának követelményét. Erről Kőrös ekként vélekedik: „Nem helytálló (...) az (...) új szabály (...), amely – minden esetre nézve – kimondja, hogy »a cselekvőképesség korlátozására irányuló határozatnak összetett – így orvosi, gyógypedagógiai és pszichológiai vizsgálatot is magában foglaló – szakértői véleményen kell alapulnia« (...). Attól az eljárásjogi nonszensztől eltekintve, hogy ez a rendelkezés a kötött bizonyítás több mint száz éve megszűnt rendszerét hozná vissza a magyar jogba, értelmetlen is: miért szükséges például egy súlyos hasadásos elmezavarban szenvedő embert gyógypedagógusnak megvizsgálnia? A komplex bizonyítás – amire a Javaslat indokolása utal – nem konkrét bizonyítási eszközök előírását jelenti, hanem azt, hogy a bíróságnak minden lehetséges – és az adott tényállás feltárásához szükséges – bizonyítási eszközt (az igazságügyi szakértői vélemény mellett: tanúvallomás, környezettanulmány, előzményi orvosi iratok beszerzése stb.) be kell szereznie a döntéshez szükséges tényállás felderítése érdekében [a Polgári Perrendtartásról szóló 1952. évi III. törvény, 163. § (1) bek.]. S mint láttuk, a bírói gyakorlat a gondnoksági perekben is ezt az irányt követi.”

¹⁵⁸ Pp. 444. § (1)-(2) bek.

¹⁵⁹ Ptk. 2:9. § (1) bek.

(2) A Ptk. rendszerében az egyén autonómiáját kevésbé korlátozó megoldások megelőzik a jobban korlátozó megoldásokat. Hiányosságként értékelhető azonban, hogy sem a támogatott döntéshozatal, sem az előzetes jognyilatkozat, sem a cselekvőképesség korlátozásának rendszereiben nem jelenik meg célként az egyéni autonómia maximalizálása. Az egyéni autonómia korlátozására nem az egyén saját „objektív” érdekeire figyelemmel, hanem csupán két esetben kellene sor kerülnie. Egyfelől akkor, ha a helyettesítő döntéshozatalra az egyén valódi akaratának a lehető legteljesebb kifejezése végett van szükség, a szükségesség és arányosság elveinek megfelelően. Másfelől pedig akkor, ha a döntés várhatóan másokra is hatással van: ez esetben korlátozásnak lehet helye mások érdekeire figyelemmel, úgyszintén a szükségesség és az arányosság elveinek megfelelően.

A Ptk. is él a *cselekvőképesség védelmével*: minden ember cselekvőképes, akinek cselekvőképességét e törvény vagy a bíróság gondnokság alá helyezést elrendelő ítélete nem korlátozza.¹⁶⁰ A cselekvőképesség védelme tehát megdönthető, s ennek alapján a cselekvőképesség korlátozható.

A Ptk. 2:19. §-ához fűzött indokolása szerint a cselekvőképesség korlátozására „a nemzetközi egyezményekkel és az alkotmányos követelményekkel¹⁶¹ összhangban a szükségesség és az arányosság elve alapján” van lehetőség. Ennek megfelelő elvet követ a magyar szabályozás is, amely szerint a cselekvőképességet nem korlátozó eszközöknek elsőbbséget biztosít a korlátozó eszközök alkalmazásával szemben. Erre szolgálnak a támogató kirendeléséről és az előzetes jognyilatkozatról szóló tételes jogi szabályok [lásd Ptk. 2:38. §, 2:39. §, 2:40. § (1) bekezdése].

A Ptk. által szabályozott támogatott döntéshozatal hordozza a támogatott döntéshozatal CRPD-ben, valamint nemzetközi megvalósulási formái alapján kikristályosított ismérveinek nagy részét,¹⁶² így:

- a támogatott döntéshozatal önkéntesen vehető igénybe;¹⁶³
- a támogatott személy döntéshozatali képességcsökkenésre segítő és nem korlátozó módon reflektál; a cselekvőképességet nem érinti;¹⁶⁴
- a támogatónak a támogatás során jogi státuszt ad harmadik személyekkel szemben.¹⁶⁵

A szabályozás kritikusai szerint azonban a magyar jogintézmény mégis több szempontból elmarad a támogatott döntéshozatal ideáltipikus megvalósulásától. A támogatás nem áll rendelkezésre minden ember számára, csupán a „kisebb mértékű” belátási képesség csökkenéssel rendelkező személyeknek adott. Fellelhető olyan, külföldi példákra hivatkozó álláspont, mely szerint a támogató igénybevételének mindenki számára nyitott lehetőségnek kellene lennie, ezért felesleges bármilyen képességcsökkenést feltételül szabni a támogatott döntéshozatalban való részvételhez.¹⁶⁶ További kritika fogalmazható meg azzal kapcsolatban, hogy míg elvben a támogatott döntéshozatal alapja a támogató és a támogatott közötti bizalmi kapcsolat, a magyar jogintézménynél a gyámhatóságnak joga van a támogatói kapcsolat minőségének megítéléséhez.¹⁶⁷ Továbbá létezik – a hivatásos gondnokhoz hasonló – hivatásos támogató tisztsége,¹⁶⁸ amelynél nem érvényesül a bizalmi alapon történő kiválasztás követelménye.¹⁶⁹ Különösen aggályos lehet, hogy a hivatalos támogatók részben hivatásos gondnokokból verbuválódhatnak,¹⁷⁰ akik esetében tartani lehet attól, hogy az általuk korábban gyakorolt helyettesítő döntéshozatal módszereit viszik tovább a támogatói kapcsolat

¹⁶⁰ Ptk. 2:8. § (1) bek.

¹⁶¹ Vö. KÖRÖS 2009, 105; 36/2000. (X. 27.) AB határozat.

¹⁶² Lásd: 3.3. pont.

¹⁶³ Ptk. 2:38. § (2) bek., Tdht. 2. § (1) bek.

¹⁶⁴ Ptk. 2:38. § (3) bek.

¹⁶⁵ Tdht. 4. § (1) bek.

¹⁶⁶ TASZ 2013, 2-3; JAKAB 2014, 128.

¹⁶⁷ Tdht. 2. § (3) bek. a) pont, 5. § (3), (5) bek.; Vö. még: JAKAB 2014, 128.

¹⁶⁸ Tdht. 7-10. §.

¹⁶⁹ TASZ 2013, 3-4, Vö. JAKAB 2014, 129.

¹⁷⁰ Tdht. 7. § (3) bek. b) pont.

során. A gyámhatóságnak ezenkívül is számos olyan jogköre van, amely révén a támogatói megállapodás fölött adminisztratív kontrollt gyakorolhat.¹⁷¹

A magyar támogatót döntéshozatal intézményével kapcsolatban felvethető legkomolyabb kritika azonban az, hogy sem a Ptk., sem a Tdht. nem határozza meg a támogatás célját. A támogatás célja a támogatót döntései minőségének javítása lenne.¹⁷² A döntések minőségét – mint korábban utaltam rá – elsősorban a döntéshozatal autonómiájának foka adja.¹⁷³ Ebből következően a támogató feladata a támogatót saját akaratának, vágyainak megfelelő döntések kialakításához nyújtandó segítség lenne. A támogatót döntéshozatal funkciója ugyanis a támogatót autonómiájának kiteljesítése lenne. Ezzel szemben a jogszabály éppen arra ösztönzi a támogatót, hogy a támogatót „objektív” érdekeinek megfelelően járjon el;¹⁷⁴ vagyis a támogató ténykedésének mércéje, hogy a támogatót sorsa a külső perspektívából történő mérlegelés szerinti érdekeinek megfelelően alakuljon. Ez a szabály tehát nem az egyéni autonómia kiteljesítését szolgálja, hanem továbbra is a helyettesítő döntéshozatal paternalisztikus logikáját követi.

A fentiekben már utaltam arra, hogy a kapcsolati autonómia felfogása szerint gondolkodva az egyéni döntések nem légüres térben fejtik ki hatásukat, hanem az interdependencia hálójában a döntéseink szükségszerűen hatnak a másik ember életére. Ebből következően egy döntés minőségét nem csupán a döntéshozatal autonómiájának foka határozza meg, hanem – a döntés másokra gyakorolt hatásával arányos mértékben – a döntés tartalma is.¹⁷⁵ Ennek fényében a támogatónak az is lényeges feladata lenne, hogy felhívja a támogatót figyelmét a döntés másokra gyakorolt várható hatására is. A döntés másokra gyakorolt hatásával kapcsolatban a jogi felelősséget ugyanis a – teljes cselekvőképességgel rendelkező – támogatót viseli, a támogató nem osztozhat ebben. Azonban a támogatót nehézsége lehet e várható hatások előzetes felismerésével kapcsolatban, így könnyen kerülhet olyan helyzetbe, hogy általa előre nem látott módon másokat hátrányosan érintő vagy jogellenes döntést hoz. Véleményem szerint tehát fontos követelmény lenne, hogy a támogató munkájával kapcsolatban jogszabályi követelményként jelenjen meg egyrészt a támogatót döntési autonómiájának támogatása, a saját akaratának, vágyainak megfelelő döntés meghozatalában és kinyilvánításában való segítségnyújtás, másrészt pedig a döntés másokra gyakorolt, várható hatásaira történő figyelemfelhívás.

Hasonló kritika fogalmazható meg az előzetes jognyilatkozat magyar jogintézményével kapcsolatban. Mint a fentiekben arról már volt szó, az előzetes jognyilatkozat is nemzetközileg ismert konstrukció.¹⁷⁶ Az előzetes jognyilatkozat alapvető célja szintén az egyén döntési autonómiájának kiterjesztése. Az előzetes jognyilatkozat felfogható a helyettesítő döntéshozatal speciális eseteként: a csökkent belátási képességű személy „helyett” tulajdonképpen saját korábbi – még ép döntéshozatali képességgel rendelkező – énje hoz döntést. Abban a tárgyban, amelyben az érintett előzetes jognyilatkozat keretében már döntést hozott, nincs helye helyettesítő döntéshozatalnak.

Elméleti kritikaként fogalmazódik meg a szakirodalomban, hogy az előzetes jognyilatkozat jogintézménye nincs tekintettel a körülmények időközi változására. Nem bizonyos ugyanis, hogy amennyiben az egyén döntéshozatali képessége sértetlen maradt volna, az időközben megváltozott körülmények között is ugyanazt a döntést hozná, mint amelyet korábban hozott.¹⁷⁷

Az előzetes jognyilatkozat magyar jogintézményével szemben – a támogatót döntéshozatal intézményrendszeréhez hasonlatosan – megfogalmazható kritika, hogy a bíróság a nyilatkozattevő „objektív” érdekeire hivatkozva beavatkozhat a döntés végrehajtásának folyamatába.¹⁷⁸ Az előbbi-

¹⁷¹ Vö. Tdht. 3. §, 5. §, 6. §, 7. §.

¹⁷² Vö. JAKAB 2014, 129.

¹⁷³ Lásd: 3.3. pont.

¹⁷⁴ Tdht. 2. § (3) bek., 5. § (3) bek. c) pont, 6. § (2) bek. b) pont.

¹⁷⁵ Lásd: 3.2.1. pont.

¹⁷⁶ Lásd: 3.3.2. pont. A jogintézmény nemzetközi előfordulásáról még: GURBAI 2014, 114, 126; MDAC 2009, 117, 120, 125.

¹⁷⁷ Vö. SZMUKLER 2014, 3-4.

¹⁷⁸ Ptk. 2:40. § (1) bek. a) pont, 2:41. §.

ekben írtakkal összhangban ezzel szemben a döntés minőségét a döntéshozatal autonómiájának foka, valamint a másokra gyakorolt hatása határozza meg, tehát a jogintézmény céljának fényében nem lehetne helye a döntés „objektív” érdekeken alapuló felülírásának. Ha az előzetes jognyilatkozat jogintézményének célja szintén az egyéni döntések minőségének javítása, akkor véleményem szerint két esetben lehetne felülbírálati jogkört biztosítani a bíróságnak: ha a döntéshozatal óta megváltozott körülményekre tekintettel valószínűsíthető, hogy a döntéshozó – saját akaratát, vágyait követve – más döntést hozna; vagy ha a döntés aránytalanul sértené mások jogos érdekeit.

Összefoglalva tehát megállapíthatjuk, hogy a cselekvőképesség gyakorlását támogató, valamint a cselekvőképességet korlátozó jogintézmények rendszerében valóban megfigyelhető az az elv, mely szerint az egyéni autonómiát korlátozó intézkedések közül a kevésbé korlátozót kell választani, és csak ennek lehetetlensége esetén jöhet számításba a jobban korlátozó módszer. Azonban az egyes jogintézmények kialakításán egyáltalán nem tükröződik az autonómia maximalizálásának elve. Az autonóm cselekvés elvét kifejezetten megtöri az egyén „objektív” érdekeire történő hivatkozás.

Álláspontom szerint tehát a magyar szabályozás felülvizsgálatára a következő szempontok szerint volna szükség.

- A cselekvőképesség gyakorlását támogató és a cselekvőképességet korlátozó jogintézmények kialakítása során célként kell megfogalmazni az egyéni autonómia maximalizálását.
- Az egyéni autonómia korlátozására nem az egyén saját „objektív” érdekeire figyelemmel kellene, hogy sor kerüljön, hanem:
 - csupán akkor, ha a helyettesítő döntéshozatalra az egyén valódi akaratának a lehető legteljesebb kifejezése ezt megkívánja, a szükségesség-arányosság elvei szerint; vagy
 - amennyiben a döntés várhatóan másokra is hatással van, mások érdekeire is figyelemmel, szintén a szükségesség és az arányosság elveinek megfelelően.

A cselekvőképesség korlátozása során tekintettel kell lenni az egyén körülményeire, családi és társadalmi kapcsolataira. Célszerű lenne ezt a fordulatot az észszerű alkalmazkodás követelményével való összefüggésben értelmezni, vagyis csupán akkor engedélyezni a nagyobb fokú korlátozást, ha a kevésbé korlátozó megoldás a környezet észszerű alkalmazkodása esetén sem elegendő.

A Ptk. 2:19. § (2) bekezdése adja meg a cselekvőképesség részleges, 2:21. § (2) bekezdése pedig cselekvőképesség teljeskorlátozásának feltételeit.

A támogatott döntéshozatal nemzetközi fejleményei között kell szót ejteni a Kanadában kidolgozott úgynevezett Bach-Kerzner-féle rendszerről. Michael Bach és Lana Kerzner a *Law Commission of Ontario* megbízásából részletes javaslatot dolgoztak ki egy, az CRPD 12. cikkének megfelelő jogi szabályozás elveire vonatkozóan.¹⁷⁹ Ezt a modellt jelentős figyelemre méltatja, és a 12. cikk

¹⁷⁹ A modell lényege röviden a következő. Bach és Kerzner álláspontja szerint a cselekvőképességet senkitől nem lehet elvonni, tehát – a 12. cikkel összhangban – *mindenki teljes cselekvőképességgel bír*. Annak a *módja* azonban, ahogy az egyén a *cselekvőképességét gyakorolja*, az egyéni döntéshozatali képességének fényében eltérő lehet. A döntéshozatali képesség korlátozottsága mértékének megfelelően e modell *három döntéshozatali státuszt* határoz meg. (1) Az első státusz a *jogilag független döntéshozatal*. Ennek alanyai olyan személyek, akik megértik a rendelkezésre álló információt, számolni tudnak a következményekkel, és ki tudják fejezni az akaratukat. Ők minimális támogatást igényelnek, amely rendszerint legfeljebb a döntéshez szükséges információk hozzáférhetővé tételében, bővítésében áll. (2) A második fokozat a – szűkebb értelemben vett – *támogatott döntéshozatal*. Olyan személyek számára kell, hogy nyitva álljon ez a lehetőség, akiknek a döntéshozatal folyamatának több lépésében – ideértve a döntés kinyilvánítását is – segítségre lehet szükségük. A támogatónak a támogatottal bizalmi kapcsolatban lévő személynek kell lenni. (3) A harmadik fokozat a *facilitált döntéshozatal*. Olyan esetben jön szóba ez, amikor a döntéshozatali korlátozottsággal rendelkező személy környezetében nincsen vele bizalmi viszonyban álló támogató. Ilyenkor hivatásos támogatót kell mellé állítani. A hivatásos támogató elsődleges feladata, hogy elsősorban az érintettől, s ha ez nem lehetséges, a környezetétől információt kielégítően szerezze arról, hogy az adott döntéshozatali tárgyban mi lehet az illető valódi vágya, akarat, szándéka. Ha semmilyen információ nem szerezhető erről, csak abban az esetben lehet döntést hozni az „objektív” megítélés szerinti legjobb érdekének megfelelően. (BACH – KERZNER 2010, 1., 6.)

követelményeit a gyakorlatba átültetésre alkalmasnak tartja szakirodalom számos fontos darabja.¹⁸⁰ A Bach-Kerzner modell nagy hangsúlyt helyez az észszerű alkalmazkodás követelményére.¹⁸¹ Jelen kontextusban az észszerű alkalmazkodás elve azt takarja, hogy az érintett egyén számára meg kell adni kívülről, illetve a döntésben érdekelt más személyek részéről mindazt a segítséget, amely maximalizálni tudja az egyén döntéshozatali potenciálját, amennyiben ez másokra aránytalan terhet nem jelent. Az észszerű alkalmazkodás rendszerbe emelése azért rendkívül lényeges, mert miként a fentiekben rámutattam, az egyén döntéshozatali képessége („*ability*”) – mint belső készség – nem azonos a döntéshozatali lehetőséggel („*capability*”), amely döntéshozatali képességből és a döntéshozatalt kívülről támogató vagy gátló körülményekből tevődik össze. A döntések minősége, és ekként a döntéshozatali státusz meghatározása szempontjából pedig a döntéshozatali lehetőség a mérvadó. A döntéshozatali lehetőség javításában pedig a kívülről kapott észszerű alkalmazkodásnak nagy szerepe lehet. Csak akkor lehet az érintettet a következő döntéshozatali státuszba sorolni, ha az adott státuszban maradáshoz az észszerű alkalmazkodás lépései sem elegendők.¹⁸² Utalnék e kérdésben a korábbiakra leírtakra, miszerint a döntések minősége szempontjából a döntéshozatali lehetőségnek („*capability*”), és nem csupán a döntéshozatali képességnek („*ability*”) van jelentősége. A modell szerint a CRPD 12. cikkének figyelembe vételével a korlátozó megoldás alkalmazására csak akkor kerülhet sor, ha az észszerű alkalmazkodás elvének megfelelően az egyén minden olyan segítséget megkapott a döntéshozatalhoz, amely számára az önálló döntéshozatalt lehetővé teszi, s amely a környezetére aránytalan terhet nem jelent.

A Ptk. 2:19. § (2) bekezdésében, valamint a 2:21. § (2) bekezdésében a fentiek szerint kiemelt fordulat éppen erre utal. Véleményem szerint azonban célszerű lenne a törvényben kifejezetten hivatkozni az észszerű alkalmazkodás követelményére annak kimondásával, hogy kizárólag azon ügycsoportokban kerülhet sor a korlátozásra, amelyekben a környezet részéről tanúsított informális vagy formális – a támogatott döntéshozatal keretében történő – támogatás nem elegendő az önálló döntéshozatalhoz, feltéve, hogy a támogatás nem okoz aránytalan nehézséget a támogató(k) oldalán. Hasonlóképpen: a teljes korlátozás csak akkor megengedhető, ha ugyanezen elv szerint az önálló döntéshozatal nem biztosítható egyetlen ügycsoportban sem.

Megjegyzendő, hogy a bírói gyakorlat a gondnokság alá helyezésnél figyelembe veszi a környezet támogatási potenciálját.¹⁸³ Azonban a törvényszöveg pontosítására feltétlenül szükség lenne, hiszen a jelenlegi szövegezés nem teszi világossá, pontosan milyen módon és mértékben kell jelentőséget tulajdonítani az egyén környezetének, társas kapcsolatainak.

A Ptk. lehetővé teszi a cselekvőképesség teljes – vagyis minden ügycsoportra kiterjedő – korlátozását. Az érintett személy ekkor cselekvőképtelennek számít, helyette a gondnoka tesz jognyilatkozatot, valamint – a részleges korlátozástól eltérően – a gondnok és a gondnokolt nem együttesen döntenek. Alaptalan a gondnoksággal érintett ügycsoportok mennyiségének kiterjesztésével párhuzamosan a beavatkozás fokozatának automatikus növelése is.

A cselekvőképességet részlegesen és teljesen korlátozó gondnokság alá helyezés alapjául szolgáló állapot között több különbség van, amelyeket az alábbi táblázatban tanulmányozhatunk:

	Részleges korlátozás	Teljes korlátozás
Belátási képesség foka	Tartósan vagy időszakosan, nagymértékben csökkent	Tartósan teljes körűen hiányzik
Ügycsoportonkénti vizsgálat	Kötelező	Nem lehetséges

¹⁸⁰ Többek között: DEVI 2013, 795.; WERNER – CHABANY 2016, 487.

¹⁸¹ E fogalomról lásd: részletesen a 2.3.2. pontban.

¹⁸² BACH – KERZNER 2010, 100-115. Hasonlóan érvel: DHANDA 2007.

¹⁸³ Vö. JUHÁSZ 2013, 6.; BH 2010.211, BH 2011., 247.; GAZSI 2016, 69-71.

Mint már arra korábban is utaltam, igazolt tény, hogy a belátási képesség nem függ össze szorosán valamely mentális státusszal. A belátási képesség további jellemzője, hogy egy adott személy esetében sem konstans jellemző, hanem az egyén döntési, belátási képessége a döntés tárgyától függően is nagyfokú változatosságot mutat.¹⁸⁴ A képességmérés esetén nem bináris modellben kell gondolkodni (tehát: valamely képesség létéről vagy nemlétéről dönteni), hanem az adott személy adott feladatra való képességét egy folytonos, a képtelenségtől a tökéletes képességig tartó skála valamely pontján meghatározni.¹⁸⁵ A teljes korlátozás ebben a rendszerben csak abban szélsőséges esetben jöhet szóba, ha a belátási képesség minden egyes ügycsoportban a skála nulla értékének felel meg. Ilyen fordulhat elő például a teljesen öntudatlan állapotban létező ember esetében (például a kóma állapotában, műtét utáni tartós alacsony tudatban, a depressziós katatónia egyes megnyilvánulási formáinál stb.).

A részlegesen korlátozó gondnokság esetén az érvényes jognyilatkozat-tételhez főszabály szerint a gondnok és a gondnokolt együttes döntése szükséges, míg a teljesen korlátozó gondnokság a gondnok kizárólagos döntési jogkörével jár.¹⁸⁶

A részleges és a teljes korlátozó gondnokság előbb vázolt rendszere azt a jogalkotói feltételezést tükrözi, mely szerint a csökkent belátási képességgel érintett ügycsoportok számának növekedésével párhuzamosan a belátási képesség szintje is csökken. Pedig ez a feltételezés téves. Mint láttuk, a belátási képesség ügyenként, ügycsoportonként nagymértékű változatosságot mutathat, vagyis a Ptk. rendszeréből két fontos esetkör is kimarad. Egyrészt előfordulhat, hogy az érintett személy belátási képessége csak néhány ügycsoportban romlik, de oly mértékben, hogy szükség lenne a teljesen helyettesítő döntéshozatal bevezetésére. Másrészt az is elképzelhető, hogy az egyén mentális állapotának általános romlása nagyjából egyenletesen érinti egyes ügyeit, azonban jogainak védelme biztosítható lenne a gondnok és a gondnokolt együttdöntési jogkörének előírása útján. Ez utóbbi lehetőséget a rPtk. általános cselekvőképességet korlátozó gondnokságként még ismerte,¹⁸⁷ azonban a Ptk.-ban ilyen már nem szerepel. Az előzőekben elmondottakból következően álláspon-
tom szerint hiba volt e jogintézmény eltörlése, hiszen ennek megtartásával az autonómia magasabb foka lenne biztosítható a belátási képesség károsodását az egyes ügycsoportok tekintetében egyenletesen, de nem a teljes képtelenségig fokozódóan elszenvedő egyéneknél.

¹⁸⁴ JAKAB 2011, 45-46.

¹⁸⁵ Vö. JAKAB 2011, 45.; WINICK 1995, 6-42., 24. Bővebben: JAKAB 2013, 48-66.

¹⁸⁶ Ptk. 2:20. § ((1) bek., 2:22. § (1) bek.

¹⁸⁷ Ptk. 14. § (4) bek.

4. A SZABÁLYOZÁS HATÁSVIZSGÁLATA TÉNYADATOK TÜKRÉBEN

Fontos rámutatni, hogy nem elegendő, ha a támogatott döntéshozatal csupán egy jól – vagy kevésbé jól – kidolgozott jogintézmény marad. A Tdht. csupán a támogatott döntéshozatal működésének „vázát” – szervezeti, eljárási feltételrendszerét – tartalmazza. A jogintézmény akkor válik „élővé”, ha egy adott országban a lehetséges igénybe vevők számára közismertté válik, továbbá a módszertanának, elveinek elsajátítására, gyakorlására is lehetőség nyílik.¹⁸⁸ A hatékony képzéseknek különös jelentőségük van, hiszen egy olyan kulturális környezetben kell meghonosítani, sőt elsődlegessé tenni a támogatott döntéshozatal formáit, amelyben a korlátozott belátási képességgel rendelkező – vagy mentális státusza alapján annak vélt – személyek döntéshozatalának problematikájára a legutóbbi évekig kizárólag a helyettesítő döntéshozatal struktúrái nyújtottak „megoldást”.

Magyarországon már történtek előrelépések a támogatott döntéshozatal módszertanára való képzési programok kidolgozása és végrehajtása érdekében. A támogatott döntéshozatal módszertanát korszerű elvek szerint bemutató tananyag áll rendelkezésre például a hivatásos gondnokok hivatásos támogatóvá történő átképzéséhez, melyet a gyámhatóság 22 órás képzés keretében alkalmaz.¹⁸⁹ Ezenkívül több magyar civil szervezet hajtott és hajt végre támogatott döntéshozattal kapcsolatos kísérleti programot, illetve képzési, jogtudatosító tevékenységet.¹⁹⁰

Mindennek ellenére a támogatott döntéshozatalt igénybe vevők száma – a gondnokoltak számához képest – rendkívül alacsony. Az alábbi táblázat tartalmazza a gondnokság alatt állók legfrissebb létszámadatait.¹⁹¹

Gondnokság alatt álló személyek száma	2015. december 31.	2016. december 31.
Teljesen korlátozó gondnokság	30 023	28 669
Részlegesen korlátozó gondnokság	26 492	28 370
Összesen	56 515	57 039

Ezeket az adatokat összevethetjük a Ptk. hatálybalépése előtt a cselekvőképességet kizáró és korlátozó gondnokság alatt állók létszámadataival:¹⁹²

Gondnokság alatt álló személyek száma	2011. december 31.	2012. december 31.	2013. december 31.
Cselekvőképességet kizáró gondnokság	31 330	31 781	31 670
Cselekvőképességet korlátozó gondnokság	22 500	23 449	24 481
Összesen	53 830	55 230	56 151

¹⁸⁸ KEYS 2017, 98-99.; DHANDA 2007, 459.; GAZSI 2016, 69-71.; GAZSI – PORDÁN 2016.

¹⁸⁹ Tdht. 9. § (1) bek.; 25/2003. (V. 13.) ESzCsM rendelet a hivatásos gondnoki feladatot ellátó személyek képesítési előírásairól, 8. § (1) bek.; Gazsi 2016), 73; a tananyagot lásd: http://www.macsgyoe.hu/downloads/szakmai_anyagok/tkkepzes.pdf

¹⁹⁰ Ide sorolható az Értelmi Fogyatékosokkal Élők és Segítőik Országos Szövetsége (a továbbiakban: ÉFOÉSZ) által még a támogatott döntéshozatal jogintézményi megjelenése előtt lefolytatott támogatói modellkísérlet, melynek részleteiről lásd: GAZSI (2016), 85-88. Támogatott döntéshozattal kapcsolatos képzések valósultak meg még a Kézzenfogva „Összefogás a Fogyatékosokért” Alapítvány, valamint az Aura Autistákat Támogató Közhasznú Egyesület szervezésében szociális szakembereknek, fogyatékos személyeknek és szüleiknek, informális támogatóknak is.

¹⁹¹ Forrás: a KSH adatközlése alapján.

¹⁹² Ugyanott.

Az adatsorból jól látható, hogy a gondnokság alatt állók száma a Ptk. hatályba lépése óta nem-hogy csökkent, de még kismértékben emelkedett is. A kétféle korlátozási típus közül korábban a kizáró gondnokság jelentős túlsúlyban volt a korlátozóhoz képest, és ugyanez a tendencia érvényesült – nagyjából hasonló létszám adatokkal – a teljesen és a részlegesen korlátozott cselekvőképességű személyek arányában. 2016-ban azonban a teljesen korlátozó gondnokság alatt állók száma már csak kevéssel volt több a részlegesen korlátozott cselekvőképességű személyek számánál. Az összes gondnokolt létszáma azonban még kismértékben nőtt is.¹⁹³

A KSH adatai szerint 2015-ben 91 személy vette igénybe a támogatott döntéshozatalt. Az év folyamán indított, támogató kirendelése iránti eljárásokat többségében (126 esetben) a bíróság kezdeményezte, csak kevesebbszer indult az eljárás az érintett kezdeményezésére (61 esetben.) A 2016. év végén összesen 149 személy vett igénybe támogatott döntéshozatalt. Ebből a fővárosban 40 kirendelés történt, és csak további két megyében van tíz fölött a kirendelések száma, illetve van olyan megye, ahol egyetlenegy támogatót sem rendeltek ki. Ez év folyamán 100 esetben kezdeményezett kirendelést a bíróság, 78 esetben az érintett. A támogatói kapcsolatok száma tehát 2015-höz képest egy év alatt jelentősen nőtt, de a gondnoksággal érintettek létszámához képest továbbra is elenyésző. Látható az is, hogy a támogatói kapcsolat az esetek többségében nem a felek elhatározása, hanem bírósági kezdeményezés alapján jön létre.

A fenti adatok arról tanúskodnak, hogy habár a 2014 óta hatályos jogi környezet jelentős mértékben közeledett a CRPD sztenderdjéhez, messze nem mondható, hogy Magyarországon megvalósult volna a támogatói modell elsődlegessége,¹⁹⁴ és a gondnokság csupán igen korlátozott esetkörben, jól definiált célok érdekében játszana szerepet az értelmi és pszichoszociális fogyatékossgal élő személyek minőségi döntéshozatalának elősegítésére. A gondnokság alatt állók száma lényegében változatlan maradt, a gondnokság típusa szerinti megoszlás alakulásán azonban enyhén, de a kisebb mértékű korlátozást előnyben részesítő tendencia érvényesül. A támogatott döntéshozatalban részt vevők száma pedig a gondnokoltakhoz képest elenyésző, és a támogatói kapcsolatok létrehozását is többségében külső személy (bíróság) kezdeményezi, nem az érintettek.

¹⁹³ További empirikus adatok: TASZ 2015.

¹⁹⁴ Az Egyesült Államok gondnokság alá helyezési gyakorlatának vonatkozásában készült kutatási tanulmány ugyanerre a megállapításra jut. (JAMESON et al. 2015, 40.)

5. ÖSSZEFOGLALÁS

Tanulmányomban részletesen felvázoltam, milyen elvek és szempontok figyelembe vétele szükséges a CRPD adekvát módon történő átültetéséhez és gyakorlattá válásához. Ezt követően áttekintettem, hogy hogyan értékelhető a vonatkozó hazai jogalkotásnak CRPD 12. cikkének való megfelelése, az e cikkről szóló elméleti irodalom és a nemzetközi tapasztalatok tükrében. Arra a következtetésre jutottam, hogy a CRPD elsődlegesen a támogatott döntéshozatal modelljét kívánja érvényesíteni a fogyatékos személyek hatékony döntéshozatalának elősegítése végett, azonban a CRPD-ből levezethető szabályozási célok és szempontok segítségével helyettesítő döntéshozatal konstrukcióit is meg kell őrizni. Ennek fényében elemeztem a Ptk. hatályos, vonatkozó rendelkezéseit. Végül az elérhető tényadatok tükrében vizsgáltam, vajon sikerült-e a CRPD nyomán megteremteni a támogatói modell elsődlegességét, és megállapítottam, hogy e téren még jelentős tennivalói vannak a hazai döntéshozóknak.

6. BIBLIOGRÁFIA, IRODALOMJEGYZÉK

- A FOGYATÉKOSSÁGGAL ÉLŐ SZEMÉLYEK JOGAINAK BIZOTTSÁGA: General Comment on Article 12: Equal Recognition before the Law, CRPD/C/GC/1 (szövegbeli hivatkozás: „a 12. cikk Kommentárja”), 2014. Elérhetőség: http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD/C/GC/4&Lang=en (utolsó letöltés: 2019. 11. 14.)
- A FOGYATÉKOSSÁGGAL ÉLŐ SZEMÉLYEK JOGAINAK BIZOTTSÁGA: General Comment No. 4 (2016) on the right to inclusive education, CRPD/C/GC/4, 2016., 1-2. Elérhetőség: http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD/C/GC/4&Lang=en (utolsó letöltés: 2019. 11. 14.)
- APPELBAUM, Paul S. – GRISSE, Thomas: The MacArthur Treatment Competence Study I.: Mental Illness and Competence Consent to Treatment, Law and Human Behaviour, vol. 19, 1995, 105-126. (APPELBAUM – GRISSE 1995a)
- APPELBAUM, Paul S. – GRISSE, Thomas: The MacArthur Treatment Competence Study II.: Measure of Abilities Related to Competence to Consent to Treatment, Law and Human Behaviour, vol. 19, 1995, 127-148. (APPELBAUM – GRISSE 1995b)
- APPELBAUM, Paul S. – GRISSE, Thomas: The MacArthur Treatment Competence Study III.: Abilities of Patients to Consent to Psychiatric and Medical Treatments, Law and Human Behaviour, vol. 19, 1995, 149-174. (APPELBAUM – GRISSE 1995c)
- ARNARDÓTTIR, Oddný Mjöll – QUINN, Gerard: The United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities. European and Scandinavian Perspectives, Martinus Nijhoff Publishers, Leiden, 2009.
- AUSTRALIAN LAW REFORM COMMISSION: Equality, Capacity and Disability in Commonwealth Laws (Discussion Paper 81). Commonwealth of Australia, 2014. Elérhetőség: http://www.alrc.gov.au/sites/default/files/pdfs/publications/whole_dp81.pdf (utolsó letöltés: 2019. 11. 12.)
- BACH, Michael – KERZNER, Lana: A New Paradigm for Protecting Autonomy and the Right of Legal Capacity. Law Commission of Ontario, 2010. Elérhetőség: <http://www.lco-cdo.org/en/disabilities-call-for-papers-bach-kerzner> (utolsó letöltés: 2019. 11. 12.)
- BANNER, Natalie F.: Unreasonable reasons: normative judgements in the assessment of mental capacity. Journal of Evaluation in Clinical Practice, vol. 18., 2012, 1038-1044.
- BANNER, Natalie –SZMUKLER, Georg: 'Radical interpretation' and the assessment of decision-making capacity. Journal of Applied Philosophy, vol. 30., 2013, 379-394. Elérhetőség: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/japp.12035/abstract> (utolsó letöltés: 2019. 11. 12.)
- BARTLETT, Peter: The United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities and Mental Health Law. Modern Law Review, vol. 75, 2012, 752-778.
- BURNS, Tom: Mental Illness is Different and Ignoring its Differences Profits Nobody. Journal of Mental Health Law, 2010, 34-39.

- CARNEY, Terry – BEAUPERT, Fleur: Public and private bricolage-challenges balancing law, services and civil society in advancing CRPD supported decision making. *University of New South Wales Law Journal*, 36/2013, 175-201.
- CARNEY, Terry – KEYZER, Patrick: Planning for the future: Arrangements for the assistance of people planning for the future of people with impaired capacity. *Queensland University of Technology Law and Justice Journal*, 7/2007, 255-278.
- CARNEY, Terry: Supported Decision-Making for People with Cognitive Impairments: An Australian Perspective?, *Laws*, vol. 4, 2015, 37-59.
- CHRISTMAN, John: Relational Autonomy, Liberal Individualism, and the Social Constitution of Selves, *Philosophical Studies*, vol. 117, 1-2/2004, 143-164.
- CICCARELLO, Mary J.: WINGS: Person-Centered Planning and Supported Decision-Making, *Utah Bar Journal*, vol. 27, 3/2014, 48-52.
- DAWSON, John – SZMUKLER, Georg: Fusion of mental health and incapacity legislation. *British Journal of Psychiatry*, vol. 188. 2006, 504-550.
- DE BHAILIS, Cliona – FLYNN, Eilionóir: Recognising legal capacity: commentary and analysis of Article 12 CRPD. *International Journal of Law in Context*, vol. 13 1/2017, 6-21.
- DEGENER, Theresia – QUINN, Gerard: A Survey of International, Comparative and Regional Disability Law Reform, DREDF, Washington DC, é.n.
- DEGENER, Theresia: Disability Rights are Human Rights, Open Society Foundation, 2014. Elérhetőség: <https://www.opensocietyfoundations.org/voices/disability-rights-are-human-rights> (utolsó letöltés: 2017. 08. 07.)
- DEL VILLAR, Katrine: Should Supported Decision-Making Replace Substituted Decision-Making? The Convention on the Rights of Persons with Disabilities and Coercive Treatment under Queensland's Mental Health Act 2000, *Laws*, vol. 4, 2015, 173-200.
- DELI Gergely: Észrevételek a jogi felelősség fogalmáról - A censori regimen morum mint a felelősségre vonás intézménye, *Iustum Aequum Salutare*, 2/2007, 159-177. Elérhetőség: <http://ias.jak.ppke.hu/hir/ias/20073sz/11.pdf> (utolsó letöltés: 2019. 11. 12.)
- DEVI, Nandini: Supported Decision-Making and Personal Autonomy for Persons with Intellectual Disabilities: Article 12 of the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities. *Journal of Law, Medicine and Ethics*, Winter/2013, 792-806.
- DHANDA, Amita: Legal Capacity in the Disability Rights Convention: Stranglehold of the Past or Lodestar for the Future, *Syracuse Journal of International Law and Commerce*, vol. 34, 2007, 429-462.
- DUGGAN, Carmel – LINEHAN, Christine: The role of 'natural supports' in promoting independent living for people with disabilities; a review of existing literature. *British Journal of Learning Disabilities*, vol. 41, 3/2013, 199-207.

- DWORKIN, Gerald: The Concept of Autonomy, in: Christman, J. (eds), *The Inner Citadel: Essays on Individual Autonomy*, Oxford University Press, New York, 1989.
- EISENHARDT, Kathleen M. – ZBARACKI, Mark J.: Strategic Decision-Making. *Strategic Management Journal*, vol. 13, 1992, 17-37.
- FETHERSTONHAUGH, Deirdre et al.: 'The Red Dress or the Blue?' How do Staff Perceive That They Support Decision Making for People with Dementia Living in Residential Aged Care Facilities? *Journal of Applied Gerontology*, 2014.
- FINEMAN, Martha A.: *The Autonomy Myth: A Theory of Dependency*, New Press, New York, 2004.
- FINEMAN, Martha A.: The Vulnerable Subject: Anchoring Equality in the Human Condition. *Yale Journal of Law and Feminism*, vol. 20., 1/2008, 1-23.
- FINKELSTEIN, Victor: *Attitudes and disabled people: Issues for discussion*. New York: International Exchange of Information in Rehabilitation, World Rehabilitation Fund, 1980.
- FLYNN, Elionóir – ARSTEIN-KERSLAKE, Anna: State Intervention in the Lives of People with Disabilities: The Case for a Disability Neutral Framework, *International Journal of Law in Context*, vol. 13, 1/2017, 39-57.
- FLYNN, Elionóir – ARSTEIN-KERSLAKE, Anna: The Support Model of Legal Capacity: Fact, Fiction, or Fantasy?, *Berkeley Journal of International Law*, vol. 32, 2014, 124-143.
- FRANKFURT, Harry G.: Freedom of the Will and the Concept of a Person. *The Journal of Philosophy*, vol. 68, 1/1971, 5-20.
- FURUSHO, Carolina Yoko: Uncovering the Human Rights of the Vulnerable Subject and Correlated State Duties under Liberalism. *UCL Journal of Law and Jurisprudence*, 5/2006, 175-205.
- GARCIA-IRIARTE, Edurne et al: 'Who did what?': a participatory action research project to increase group capacity for advocacy" *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities* vol. 22, 1/2009, 10-22.
- GAZSI Adrienn – PORDÁN Ákos: *Értelmi fogyatékos emberek igazságszolgáltatáshoz való hozzáférése. Az Értelmi fogyatékos emberek igazságszolgáltatáshoz való hozzáférése nemzetközi projekt (AJuPID) keretében készült tananyag. Kézirat, Budapest, 2016.*
- GAZSI Adrienn: A támogatott döntéshozatal elve és gyakorlata, *Esély*, 2/2016, 62-92.
- GILLICK, Muriel R.: *Lifelines: living longer, growing frail, taking heart*, W.W. Norton and Company, New York, 2001.
- GLEN, Kristin Booth: Changing Paradigms: Mental Capacity, Legal Capacity, Guardianship and Beyond, *Columbia Human Rights Law Review*, vol. 44., 2012, 93-168.

- GOMBOS Gábor – KÖNCZEI György: A támogatott döntéshozatal néhány elvi kérdése. Elméleti alapvetés, in: GOMBOS Gábor et al.: A támogatott döntéshozatal elmélete és gyakorlata, ELTE BGGYK, Budapest, 2009, 3-18.
- GOMBOS Gábor: Mi a pszichoszociális fogyatékoság? Kézirat, 2013. Elérhetőség: http://www.academia.edu/4690883/Mi_a_pszichoszoci%C3%A1lis_fogyat%C3%A9koss%C3%A1g_What_is_psychosocial_disability (utolsó letöltés: 2019. 11. 14.)
- GOODING, Piers: Supported decision-making: a rights-based disability concept and its implications for mental health law. *Psychiatry, Psychology and Law*, vol. 20, 3/2013, 431-451.
- GRISSE, Thomas: Evaluating competencies: Forensic assessments and instruments. Kluwer Academic, New York, 2003.
- GURBAI Sándor: A gondnokság alá helyezett személyek választójoga a nemzetközi jog, az európai regionális jog és a komparatív közjog tükrében, PhD-értekezés, PPKE JÁK, Budapest, 2014.
- HADI Nikolett: A fogyatékosággal élő személyek alapjogai, PhD-értekezés. Kaposvár, Pécsi Tudományegyetem, Állam- és Jogtudományi Kar, 2013., 18-23.
- HALL, Margaret Isabel: Mental Capacity in the (Civil) Law: Capacity, Autonomy and Vulnerability. *McGill Law Journal*, vol. 58, 1/2012, 61-94.
- HALMOS Szilvia: A fogyatékoság orvosi és társadalmi modelljének szintézise, különösen a munkajog területén – Doktori értekezések 14., Pázmány Press, Budapest, 2017.
- Handbook for Parliamentarians on the Convention on the Rights of Persons with Disabilities (ed.: Department of Economic and Social Affairs (UN-DESA), the Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights (OHCHR) and the Inter-Parliamentary Union (IPU)), SRO-Kundig, Geneva, 2007. Elérhetőség: <http://www.ipu.org/PDF/publications/disabilities-e.pdf> (utolsó letöltés: 2019. 11. 12.)
- HARNACKE, Caroline: Disability and Capability: Exploring the Usefulness of Martha Nussbaum's Capabilities Approach for the UN Disability Rights Convention. *Journal of Law, Medicine and Ethics*, Winter/2013, 767-780.
- HENKIN, Louis: *The Age of Rights*. New York: Columbia University Press, 1990.
- HERNÁDI Ilona – KÖNCZEI György (szerk.): A felelet kérdései között – Fogyatékoságtudomány Magyarországon, ELTE BGGYK, Budapest, 2015. Elérhetőség: http://www.eltereader.hu/media/2015/07/A_felelet_kerdesei_kozott_READER1.pdf (utolsó letöltés: 2019. 11. 12.)
- HERNÁDI Ilona: Problémás testek – Nőiség, szexualitás, anyaság testi fogyatékosággal élő magyar nők önreprezentációjában – Doktori disszertáció, PTE, Bölcsészettudományi Kar, Irodalomtudományi Doktori Iskola, Pécs 2014. Elérhetőség: <http://mek.oszk.hu/14900/14939/14939.pdf> (utolsó letöltés: 2019. 11. 12.)

- HERR, Stanley S.: Self-Determination, Autonomy, and Alternatives for Guardianship, in: Stanley S. HERR (ed.): The human rights of persons with intellectual disabilities, Different but equal, Oxford University Press, Oxford, 2003, 429-450.
- HERRING, Jonathan: Medical Law and Ethics. Oxford, Oxford University Press, 2012.
- JAKAB Nóra: A cselekvőképesség elméleti háttere és munkajog kérdései; PhD-értekezés. Miskolc, Deák Ferenc Állam- és Jogtudományi Doktori Iskola, 2011.
- JAKAB Nóra: A margón és azon túl – Az intellektuális és pszichoszociális fogyatékossgal élő emberek cselekvőképességéről, Novotni Alapítvány, Miskolc, 2013.
- JAKAB Nóra: A munkavállalói jogalanyiság munkajogi és szociális jogi kérdései, különös tekintettel a megváltozott munkaképességű és fogyatékos személyekre, Bíbor, Miskolc, 2014.
- JAMESON, Matt J. et al.: Guardianship and the potential of supported decision making with individuals with disabilities. Research and Practice for Persons with Severe Disabilities, vol. 40, 1/2015, 36-51.
- JUHÁSZ Endre: A gondnoksági perek sajátosságai a Nyíregyházi Városi Bíróság 2012. évi joggyakorlatában. Jogi Fórum Publikáció, 2013.
- KÄMPF, Annegret: The Disabilities Convention and its Consequences for Mental Health Laws in Australia. Law in Context, vol.26, 2008. 10-36.
- KAM-SHING, Yip – SUNG-ON, Law: A Natural Locally-Based Networking Approach for Singleton Disabled Elderly: Implementation and Case Illustration. British Journal of social work, vol. 32, 8/2002, 1037-1049.
- KANTER, Arlene S.: The development of disability rights under international law: From charity to human rights. Routledge, 2014.
- KANTER, Arlene S.: The Promise and Challenge of the United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities, Syracuse Law Review, vol. 34., 2007, 287-321.
- KAPP, Marshall B.: Decisional capacity in theory and practice: legal process versus 'bumbling through', Aging and Mental Health, vol. 6, 4/2002, 414-417.
- KAYESS, Rosemary – Phillip FRENCH: Out of Darkness into Light? Introducing the Convention on the Rights of Persons with Disabilities. Human Rights Law Review, vol. 8, 2008. 1–34.
- KEYS, Mary: Article 12 of the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities and the European Convention on Human Rights. In: Charles O'MAHONY, Gerard QUINN (eds.): Disability Law and Policy: An Analysis of the UN Convention. Dublin. Clarus Press, 2017, 94-99.
- KEYZER, Patrick et al.: I Hope He Dies before Me: Caring for Ageing Children with Intellectual Disabilities and Against the Odds: Parents with Intellectual Disability. Sydney, Commonwealth of Australia/UTS, 1997.

- KOHN, Nina A. et al.: Supported decision-making: A viable alternative to guardianship. *Pennsylvania State Law Review* vol. 117, 4/2012, 1111.
- KÖNCZEI György – KÁLMÁN Zsófia: *A Taugetosztól az esélyegyenlőségig*, Osiris, Budapest, 2002.
- KŐRÖS András: „Jót s jól!” – helyes célok, alkalmatlan megoldások a cselekvőképesség tervezett szabályozásában. *Magyar Jog*, 2/2009, 104-112.
- LAWSON, Anna: *Disability and Discrimination in Britain – The Role of Reasonable Adjustment*, Oregon, Oxford and Portland, 2008.
- LIPPOLD, T. – BURNS, J.: Social support and intellectual disabilities: a comparison between social networks of adults with intellectual disability and those with physical disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, vol. 53, 5/2009, 463-473, doi: 10.1111/j.1365-2788.2009.01170.
- MARTIN, Wayne et al.: *Achieving CRPD Compliance. An Essex Autonomy Project Position Paper. Report to the UK Ministry of Justice.*, 22 September 2014. Elérhetőség: <http://autonomy.essex.ac.uk/uncrpd-report> (utolsó letöltés: 2019. 11. 12.)
- MATTHEWS, Eric: *Autonomy and the Psychiatric Patient*. *Journal of Applied Philosophy*, vol. 17, 2000, 59-70.
- McKENZIE, Catriona – STOLJAR, Natalie: *Relational Autonomy: Feminist Perspectives on Autonomy, Agency, and the Social Self*, Oxford University Press, Oxford, 2000.
- McLEOD, Caroline – SHERWIN, Susan: *Relational Autonomy, Self-Trust, and Health Care for Patients Who Are Oppressed*, in: McKENZIE – STOLJAR (eds.), 2000, i.m.
- MDAC (MENTAL DISABILITIES ADVOCACY CENTER): *A cselekvőképesség szabályozása néhány külföldi jogrendszerben*, 2008. In: Gombos Gábor et al. 2009.
- MILL, Aviva et al: *Negotiating autonomy within the family: The experiences of young adults with intellectual disabilities*. *British Journal of Learning Disabilities*, vol. 38, 194–200. Elérhetőség: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1468-3156.2009.00575.x> (utolsó letöltés: 2019. 11. 12.)
- MILL, John Stuart: *On Liberty*, ed. by Alexander, E., Broadview Press, Peterborough, Ont, (6th ed.) 1999.
- MILLAR, Dorothy S.: *Age of majority, transfer of rights and guardianship: Considerations for families and educators*. *Education and Training in Developmental Disabilities*, 2003, 378-397.
- MINKLER, Meredith et al.: *Community-based participatory research in disability and long-term care policy: A case study*. *Journal of Disability Policy Studies*, vol.19, 2/2008, 114-126
- MINKOWITZ, Tina: *CRPD and transformative equality*, *International Journal of Law in Context*, vol. 13, 1/2017, 77-86.

- MINKOWITZ, Tina: The United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities and the Right to be Free from Non-Consensual Psychiatric Interventions. *Syracuse Journal of International Law and Commerce*, vol. 34, 2007, 405-428.
- MORRISEY, Fiona: The United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities: A New Approach to Decision-Making in Mental Health Law. *European Journal of Health Law*, vol. 19. (2012), 423-440.
- MOYE, Jennifer et al.: Clinical evidence in guardianship of older adults is inadequate: Findings from a tri-state study. *The Gerontologist*, vol. 47, 5/2007, 604-612.
- NAGY Zita: Támogatott döntéshozatal: fogalmak, kérdések és kételyek – a szakértői vélemények tükrében. In: GOMBOS et al. (2009). 65-88.
- NEDELSKY, Jennifer: Reconceiving Autonomy: Sources, Thoughts and Possibilities, *Yale Journal of Law and Feminism*, vol. 1, 2007, 7-36.
- NUSSBAUM, Martha C.: Capabilities as Fundamental Entitlements: Sen and Social Justice. *Feminist Economics*, vol. 9., 2-3/2003.
- NUSSBAUM, Martha C.: Human Rights and Human Capabilities. *Harvard Human Rights Journal*, vol. 20., 21/2007.
- OKAI, D. et al.: Mental Capacity in Psychiatric Patients Systematic Review, *British Journal of Psychiatry*, vol. 191, 2007, 291-297.
- OLIVER, Michael: *The Politics of Disablement*, MacMillan, London, 1990.
- OLIVER, Michael: *Understanding Disability – From Theory to Practice*, MacMillan, Oxford, 1996.
- PATHARE, Soumitra – SHIELDS, Laura: Supported Decision-Making for Persons with Mental Illness: A Review. *Public Health Reviews*, 34/2012, 1-40.
- POZSÁR-SZENTMIKLÓS Zoltán – SOMODY Bernadette: *Alkotmányos Alapok*. Budapest, HVG Orac, 2012.
- PRICE, Margaret: *Mental Disability and Other Terms of Art*, Profession, 2010.
- QUINN, Gerard: Personhood & Legal Capacity, Perspectives on the Paradigm Shift of Article 12 CRPD, előadás a HPOD konferenciáján, Harvard Law School, Boston, 2010. február 20., Elérhetőség: <https://www.inclusionireland.ie/sites/default/files/attach/basic-page/846/harvardlegalcapacitygqdraft2.doc> (utolsó letöltés: 2019. 11. 12.)
- SALZMAN, Leslie: Rethinking guardianship (again): Substituted decision making as a violation of the integration mandate of Title II of the Americans with Disabilities Act. *University of Colorado Law Review*, vol. 81, 2010.

- SAMSI, Kritika – MANTHORPE, Jill: Everyday Decision-Making in Dementia: Findings from a Longitudinal Interview Study of People with Dementia and Family Carers. *International Psychogeriatrics/IPA* 25, 2013, 949-961.
- SATZ, Ani B.: Disability, Vulnerability, and The Limits Of Antidiscrimination. *Washington Law Review*, vol. 83., (2009), 513–567. Elérhetőség: http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1331748 (utolsó letöltés: 2019. 11. 12.)
- SEN, Amartya: *Commodities and Capabilities*. Amsterdam, North Holland, 1985.
- SEN, Amartya: Equality of what? In: Michel FOUCAULT – Sterling McMURRIN (eds.): *The Tanner Lectures on Human Values*, Salt Lake City, University of Utah Press, 1980.
- SHOGREN, Karrie A., TURNBULL, H. Rutherford: Core Concepts of Disability Policy, the Convention on the Rights of Persons With Disabilities, and Public Policy Research With Respect to Developmental Disabilities. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 11/2014, 19–26; doi:10.1111/jppi.12065.
- SOENENS, Bart – VANSTEENKISTE, Maarten: Antecedents and outcomes of self-determination in 3 life domains: The role of parents' and teachers' autonomy support. *Journal of Youth and Adolescence*, vol. 34, 6/2005, 589-604.
- STEIN, Michael Ashley – LORD, Janet E.: Future prospects for the United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities, in: ARNARDÓTTIR – QUINN 2009.
- SZMUKLER, Georg et al.: Mental health law and the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities. *International Journal of Law and Psychiatry*, vol. 37., 2014, 245-252.
- SZMUKLER, Georg: Submission to Committee on the Rights of Persons with Disabilities on the Draft General Comment on Article 12. 2014. Elérhetőség: <http://www.ohchr.org/EN/HRBodies/CRPD/Pages/DGCArticles12And9.aspx> (utolsó letöltés: 2019. 11. 12.)
- TÁRSASÁG A SZABADSÁGJOGOKÉRT: Jelentés gondnokságról és támogatott döntéshozatalról, 2015. Elérhetőség <https://tasz.hu/fogyatekosugy/jelentes-gondnoksagrol-es-tamogatott-donteshozatalrol> [szövegbeli hivatkozás: „TASZ (2015)”]
- TÁRSASÁG A SZABADSÁGJOGOKÉRT: Vélemény a támogatott döntéshozatalról szóló törvénytervezetről és a kapcsolódó törvénymódosítások első szövegváltozatáról, 2013. Elérhetőség: <http://tasz.hu/files/tasz/imce/td-vegleges.pdf> (utolsó letöltés: 2019. 11. 12.) [a szövegbeli hivatkozás: „TASZ (2013a)”]
- TERZI, Lorella: The Social Model of Disability: A Philosophical Critique. *Journal of Applied Philosophy*, vol. 21., 2/2004, 141-157.
- TRAVIS, Michelle A.: Impairment As Protected Status: A New Universality of Disability Rights. *Georgia Law Review*, vol. 46., 2012, 937-1002.
- TREFFERT, Darold A.: *Dying With Your Rights On—Still*. 140th annual meeting of the American Psychiatric Association, Chicago. 1987.

- VÉKÁS Lajos A Kodifikációs Főbizottság 2000. június 1-jei határozatai, Polgári Jogi Kodifikáció, 2/2000, 3-4.
- WADDINGTON, Lisa: Breaking new ground: the implication of ratification of the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities for the European Community, in: ARNARDÓTTIR – QUINN 2009.
- WADDINGTON, Lisa: Disability, Employment and the European Community. London, Blackstone, 1995.
- WADDINGTON, Lisa: From Rome to Nice in Wheelchair – The Development of a European Disability Policy, Europa Law Publishing, 2005.
- WADDINGTON, Lisa: Reassessing the Employment of People with Disabilities in Europe: From Quotas to Anti-Discrimination Laws, Comparative Labour Law Journal vol. 62, 18/1996, 81-99.
- WEBB, David: A New Era in Disability Rights: A New Human Rights Charter Plus a New UN CRPD. In: KÖNCZEI György – GOMBOS Gábor (szerk.), Knowledge Base for Dissemination of Advocacy, Policy and Scholarly Resources on the CRPD. 2008. Elérhetőség: <http://moodle.disabilityknowledge.org/mod/resource/view.php?id=407> (utolsó letöltés: 2018. június 30.)
- WEBER, Mark C.: Disability Rights and Welfare Law. Cardozo Law Review, vol. 32., 6/2011. 101-149.
- WELLER, Penny: Psychiatric advance directives and human rights. Psychiatry, Psychology and Law, vol. 17, 2/2010.
- WENDELL, Susan: The Rejected Body: Feminist Philosophical Reflections on Disability, London, Routledge, 1996.
- WERNER, Shirli – CHABANY, Rachel: Guardianship law versus supported decision-making policies: Perceptions of persons with intellectual or psychiatric disabilities and parents. American Journal of Orthopsychiatry, vol. 86, 5/2016.
- WINICK, Bruce J.: The Side Effects of Incompetency Labeling and the Implications for Mental Health. Psychology, Public Policy and Law, vol. 1, 1/1995, 6-42.
- WINKLER, Dianne et al.: Everyday Choice Making: Outcomes of Young People with Acquired Brain Injury After Moving from Residential Aged Care to Community-Based Supported Accommodation. Brain Impairment, vol. 16., 3/2016. 221-235.
- WONG, J. G. et al.: The capacity of people with „mental disability” to make a health care decision, Psychological Medicine, vol. 30, 2000, 295-306.

A Nemzeti Közsolgálati Egyetem kiadványa.



Kiadó:

Nemzeti Közsolgálati Egyetem
Közigazgatási Továbbképzési Intézet

www.uni-nke.hu

Felelős kiadó:

Prof. Dr. Kis Norbert rektorhelyettes

Címe: 1083 Budapest, Üllői út 82.

Olvasószerkesztő:

Császár-Biró Anna

Tördelőszerkesztő:

Vöröss Ferenc

ISBN 978-963-498-245-6 (elektronikus)