

JOGI FÓRUM PUBLIKÁCIÓ

Az egészségügyi szolgáltatók kártérítési felelőssége, különös tekintettel a tájékoztatási kötelezettség elmulasztására

Szerző:

dr. Nagy Barbara

Budapest, 2023. november 2.

„Az orvos valóságos bűnbak. Azt mindenért ütik. Ha kicsibe veszi a beteg baját, megharagusznak rá, hogy lelketlen kutya, ha nagyba veszi, megharagusznak rá, hogy megrémíti a beteget, és még betegebbé teszi. Ha a beteg meggyógyul, azt mondják, hogy magától is meggyógyult volna, ha nem gyógyul meg, azt mondják, hogy a doktor rontotta el. Ejh, cudar egy pálya ez! Hálára ne számíton az ember.” (Mikszáth Kálmán)

I. Bevezető gondolatok

Az orvos és beteg között alapvetően nincs és soha nem volt érdekellentét. Az orvos gyógyítani, a beteg gyógyulni akar, azonban sajnos az emberi mulasztás, tévedés, szövédmény, eredménytelenség ebben a viszonylatban sem zárható ki.

Az orvostudomány robbanásszerű fejlődésével természetesen a gyógyítható betegségek körének és azok lehetséges kezelési módjainak megsokszorozódásával az azokból adódó kockázatok száma is multiplikálódott, valamint az újonnan felfedezett gyógymódok, műtéti beavatkozások és védőoltások alkalmazása akár az adott személyek életét és egészségét kisebb-nagyobb veszélynek is kitehetik, hiszen az orvosi beavatkozás tárgya maga az élő szervezet.¹

Amikor a „műhibaper” elnevezést használjuk, akkor az egészségügyi szolgáltatások nyújtásával kapcsolatban felróhatóan okozott károk megtérítése iránt indított eljárásokat értjük alatta. Azonban ez nem szakmai, hanem közhasználatú kifejezés.²

Az egészségügyi szolgáltatók polgári jogi - kártérítési - felelősségének megítélése szempontjából a betegellátó és a beteg közötti jogviszonynak van jelentősége. Az orvos és a beteg között létrejövő jogviszony gondossági kötelelem, az orvos nem az eredmény nyújtására, hanem a gondos eljárásra vállal kötelezettséget, még akkor is, ha eredmény elérésére törekszik.

¹ DÖME Attila: *Bizonyítási teher az egészségügyi perekben* Magyar Jog 2022/1. szám, ORAC kiadó, 17. o.

² forrás: https://debreceniitlotabla.birosag.hu/sites/default/files/field_attachment/megvaltozottbirosagok_0.pdf (letöltés időpontja: 2023. április 16.)

Nem szerencsés -, habár a jelenlegi szabályozásban már teljesen elfogadott és használt - megfogalmazás a jogosultságokkal kapcsolatban a "beteg" kifejezés. Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény (a továbbiakban: Eütv.) 3. § a) pontja akként rendelkezik, hogy e törvény alkalmazásában beteg az egészségügyi ellátást igénybe vevő vagy abban részesülő személy. A beteg fogalma alatt ebben az esetben nemcsak azokat értjük, akik nem egészségesek, hanem mindenkit, aki igénybe veszi az egészségügyi ellátórendszer szolgáltatásait, bármilyen célból történjen is az (így például a védőoltásban részesülők, szűrővizsgálaton részt vevők, várandósok szintén idetartoznak), ezért ez a szóhasználat megtévesztő. A magyar nyelvben a páciens szó nem honosodott meg, pedig ez jobban kifejezné, hogy az egészségügyi ellátórendszer szolgáltatásait egészségesen igénybe vevőket is értjük alatta.³

Az egészségügyi szolgáltatás igénybevételével a gyógyintézet (a gyakorlatban az ellátást végző orvos) és a beteg (vagy inkább páciens) között létrejött gondossági kötelelem alapján az egészségügyi szolgáltatás teljesítése céljából az orvos köteles a beteget a szolgáltatás rendeltetésének a „megbízó”, azaz a beteg érdekének megfelelően - különösen az irányadó normatív szabályok, irányelvek, továbbá a szakmai szokások és protokoll betartásával - az egészségügyi szolgáltatásban résztvevőktől általában elvárható gondossággal ellátni. Az ellátás során csak olyan gyógymódot, kezelést alkalmazhat, illetve csak olyan beavatkozást végezhet, amelyhez a beteg megfelelő tájékoztatást követően, a megfontolt döntéshez szükséges információk ismeretében beleegyezését adta. A beteg orvosi beavatkozásba való beleegyezése csak akkor joghatályos - csak abban az esetben zárja ki az orvosi beavatkozás jogellenességét -, ha a beteg az Eütv-nek törvénynek megfelelő tájékoztatásban részesült, azaz, ha a beleegyező nyilatkozata megtételekor a megalapozott döntés meghozatalához szükséges valamennyi információnak a birtokában volt.⁴

A megfelelő tájékoztatás hiánya ily módon megalapozza az egészségügyi ellátó (orvos) kárfelelősségét, amelyet immár a jelenleg hatályos jogszabályi rendelkezések értelmében is Polgári Törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvénynek (a továbbiakban: Ptk) a deliktuális felelősségi szabályai alapján kell elbírálni.

³ SALAMONNÉ DR. PILTZ Judit: *A betegjogok és a bizonyítás* Magyar Jog 2013/4. szám, 230. o.

⁴ forrás: Vita, fórum: A Szegedi Ítéletábla Polgári Kollégiuma vezetőjének előterjesztése az orvos kártérítési felelősségének egyes kérdéseiről

A fentiek okán fontosnak tartottam, hogy a szerződésen kívüli károkozás szabályait áttekintő jelleggel - ezen felelősségi alakzat tényállási elemeit röviden bemutató összefoglaló erejéig - bemutassam, és kitérjek annak megjelenésére a bírósági gyakorlatban.

A tanulmányom központi témája ugyanakkor az egészségügyi szolgáltatók tájékoztatási kötelezettségének elmulasztásából eredő kártérítési felelősség. Górcső alá veszem annak szabályozási környezetét, némi kitekintéssel a nemzetközi szabályrendszerre is, továbbá megkísérlem bemutatni az orvosok és más betegellátók tájékoztatásának fontosságát, és annak elégtelenségéből eredő jogkövetkezményeket, azaz ezen kártérítési perek sajátosságait, különös tekintettel a bizonyítási érdekre.

II. rész: Az egészségügyi szolgáltatók kárfelelőssége - a hatályos szabályozás kialakulásának lényegi pontjai

1. Jogtörténeti áttekintés

Az egészségügyi ellátással kapcsolatos kártérítési perek a 90-es évek eleje óta mind szám-, mind összegszerűségükben emelkedő tendenciát mutatnak, és trendjük jelenleg is folyamatosan nő.⁵ Az 1994/1995. évet megelőzően még magas volt az egészségügyi szolgáltatókkal szemben előterjesztett keresetek elutasításának aránya, amelyet követően azonban növekedésnek indult a betegek és a hozzátartozók pernyertességének aránya⁶. Az 1997/1998-as éveket követően pedig már a mindennapi élet részévé váltak az egészségügyi szolgáltatóval szemben támasztott kárigények.⁷ Ebben az időszakban vette kezdetét egy sajátos tendencia, méghozzá a vitás ügyek peren kívüli, mediációval történő rendezése. Ezzel persze visszaszorult a bírósági igényérvényesítések száma, azonban ennek kiemelkedő jelentősége az volt, hogy az igényérvényesítés iránt indított eljárások nem húzódtak el, és a felek az egyezség érdekében arra törekedtek, hogy a helytállási összeg ne haladja meg a biztosító helytállási szintjét (amely jelenleg átlagosan 5 millió forint).⁸ Ennek eredménye az volt, hogy a beteg hamarabb jutott a pénzhez, a betegellátónak pedig csak az önrészt kellett viselnie. A biztosítók helytállásának visszaesése azonban a közvetítői eljárások drasztikus csökkenéséhez vezetett, amely azóta sem tért vissza, és újra megindult a bíróság előtti igényérvényesítés korszaka.

2. A hatályos szabályozás kialakulásának lényeges pontjai

Az egészségügyi szolgáltatók polgári jogi felelősségének általános szabályait a Ptk Hatodik Könyve rögzíti, a szerződésen kívül okozott kárért való felelősség általános szabályai között. Az orvos-beteg

⁵ SÓTONYI Péter: Orvosi felelősség, Semmelweis kiadó, 2006.

⁶ ZÁKÁNY Judit : *Az egészségügyi tevékenység végzésének lehetséges jogi formái és ezek felelősségi viszonyai* JURA, 2017/2., 443.

⁷ SIMON Tamás: Az egészségügyi szolgáltatók szakmai felelősségbiztosításának átalakításáról, *Egészségügyi Menedzsment* 2003/5. 1. szám, 72.

⁸ ZÁKÁNY: i.m. 441.

jogviszonyt rendező szerződést - szemben más nyugat-európai országokkal - nem rendezi sem a Ptk, sem pedig más ágazati törvény.

A kártérítési perek szempontjából az Eütv. három alkalommal megvalósult módosítása bír kiemelkedő relevanciával:

2004. május 1. napjától kezdődően az Eütv. 77. § (3) bekezdése akként került módosításra, hogy minden beteget - az ellátás igénybevételének jogcímére tekintet nélkül - az ellátásban résztvevőktől *elvárható gondossággal*, valamint a szakmai és etikai szabályok, illetve irányelvek betartásával kell ellátni. Ily módon a betegellátótól elvárható gondosság vonatkozásában a „*legnagyobb*” jelző a törvényi szövegből kikerült. Bár a jogi terminológia módosulása önmagában jelentős változást eredményezhetett volna, azonban a bírói gyakorlatban lényeges változást nem jelentett az elvárható magatartás és a felróhatóság kérdésének megítélése körében, tekintettel arra, hogy a betegellátó polgári jogi felelősségének megítélése során nem kizárólag az Eütv. 77. §-t, de az akkor még hatályban lévő a Polgári Törvénykönyvről szóló 1959. évi IV. törvény (a továbbiakban: régi Ptk.) 339. § (1) bekezdését is figyelembe kellett venni, amely azonban „az adott helyzetben általában elvárható” szóhasználat rögzítésével egyértelművé tette a bíróságok számára, hogy az egészségügyi szolgáltatók polgári jogi felelőssége körében az objektivizált felróhatósági mérce az irányadó. Utóbbi okán nem a károkozó szolgáltató egyéni adottságainak, szubjektumának van jelentősége a gondosság megítélése során, hanem egy elvont, a társadalmi közfelfogásból következő elvárhatóságnak.

Az Eütv. másik, kiemelt jelentőséggel bíró módosítása az Eütv. 244. §-t érintette, amelyről a 2009. évi CLIV. egészségügyi salátatörvény rendelkezett, és amely ettől kezdve egyértelművé tette, hogy „az egészségügyi szolgáltatásokkal összefüggésben keletkezett kárigények tekintetében a szerződésszegéssel okozott károkért való felelősség polgári jogi szabályait kell megfelelően alkalmazni”.

Az Eütv. 244. §-nak ismételt módosítását az új Ptk. hatálybalépése indokolta, amelynek szabályozása elválasztja egymástól a szerződésszegéssel és a szerződésen kívül okozott károkra vonatkozó felelősségi szabályokat. 2014. március 15. napjától - a bírói gyakorlatnak is megfelelően - az egészségügyi szolgáltatásra, mint speciális jogviszonyra tekintettel jelentősen szigorításra kerültek a

felelősségi szabályok, és maga a jogalkotó is a szerződésen kívül okozott kárért való felelősség szabályainak alkalmazására tért át. Ez az áttérés biztosítja, a jelenlegi bírói ítélkezési gyakorlatnak megfelelő status quo-t.⁹

III. rész: A szerződésen kívüli károkozás alapvetései, tényállási elemei

A Ptk. 2014. március 15. napjától hatályos rendelkezései új megvilágításba helyezték a kárfelelősség megállapításának kérdését azáltal, hogy megszüntetésre került a kontraktuális (szerződésszegéssel okozott kárért való) felelősségi szabályok és a deliktuális (szerződésen kívüli károkozásért való) felelősség szabályait összekötő „átjáró”. Míg a szerződésszegésért való felelősség esetén a törvény szakít a hatályos jog felróhatósági alapú felelősségi rendszerével, addig a szerződésen kívül okozott károkért való felelősség a törvény alapján továbbra is a károkozó felróhatóságán alapul.

A bíróság a jogalkalmazás során megvizsgálja a kártérítési felelősség konjunktív feltételeit: így a kár bekövetkeztét, a jogellenes és felróható magatartást, illetve a kár és a jogellenes (károkozó) magatartás közötti okozati összefüggés fennálltát.

A Ptk. alapvetésként rögzíti, hogy minden károkozás jogellenes, amely álláspont határozottan megjelenik az újabb bírói gyakorlatban is. A Ptk. Bevezető Rendelkezések című Első Könyvének 1:4.§-a alapelveként szabályozza az adott helyzetben általában elvárható magatartás elvét, amelynek megsértése a felróhatóság. A Ptk. 6:519.§-ban a jogalkotó már csak visszautal a Ptk. 1:4.§-ra, mint alapelve, azaz, hogy a felelősség alóli mentesüléshez az vezet, ha a károkozó bizonyítja, hogy magatartása nem volt felróható.

Lábady szerint a deliktuális kárfelelősség szabályrendszere ötvözi a két alapvető felelősségi elvet: a szubjektív és az objektív felelősséget, a deliktuális felelősség megállapítása ugyanis nem az individuális vétkességen, hanem az objektivizálódott felróhatóság szempontján alapszik. „Az adott helyzetben általában elvárható” magatartáskövetelmény - a hozzá kapcsolódó bizonyítási teherrel

⁹ Eütv. 244. § -Indokolás

együtt - jelenti a felelősségre-vonhatóság valódi tartalmát. Bár a rendelkezés kiindulópontja az emberi magatartás, a norma biztosítja a felelősség objektívizálását. A Ptk. 6:519.§ szabálya ugyanakkor a bizonyítás sikertelenségének kockázatát a károkozóra telepíti. Így a hatályos rendelkezés nem is a felróhatóságon nyugvó felelősség elvét állapítja meg, hanem főszabályként az általános károkozási tilalom megszegését szankcionálja és az exculpációs bizonyítás fordulatával kimentési lehetőséget biztosít a károkozónak, amely nemcsak a felróhatóság hiányán, hanem a bizonyítás sikerén is nyugszik.¹⁰

Mivel a polgári jogi felelősség megállapításához nem állnak rendelkezésre taxatív felsorolható tényállások, így általánosan minden olyan magatartást, mely nem minősül jogszerűnek, jogellenesnek kell tekintenünk.¹¹ Több felsőbb bírósági határozat mondja ki, hogy a károkért való felelősség szempontjából jogellenes minden olyan magatartás, amely károsodásra vezet, kivéve, ha a károkozó magatartás jogellenességét kizáró ok áll fenn¹².

A Ptk. a jogellenességet kizáró tényálláskörök kapcsán egy helyen szabályozza azokat az eseteket, amelyekben a károkozás nem minősül jogellenesnek. Ezzel jelentősen segíti a jogalkalmazási gyakorlatot. A károkozás jogellenességét kizárják az alábbiak:

- a károsult beleegyezése a károkozásba
- a jogos védelem
- a szükséghelyzet, valamint
- a jogszabály által megengedett magatartással okozott kár.

A bíróság ily módon a jogalkalmazás során a károkozás általános tilalmából indul ki, és megvizsgálja, hogy az előtte fekvő tényállás beilleszthető-e valamelyik kivételbe.

Az okozati láncolat megléte elmaradhatatlan előfeltétele a kárfelelősség megállapításának. Ha és amennyiben nincs tételes jogi rendelkezés, a bíróságoknak maguknak kell kialakítani azokat a releváns tényeket és körülményeket, amelyek segítségével az oksági kapcsolat fennállását vagy annak hiányát

¹⁰ LÁBÁDY Tamás: *A deliktuális felelősség fontosabb változásai az új Ptk.-ban (2014. március)* forrás: http://real.mtak.hu/108752/1/jk1404_1.pdf , Letöltés ideje: 2023. április 14.

¹¹ ÚJVÁRINÉ ANTAL Edit: *Felelősségtan*, Novotni Alapítvány a magánjog fejlesztéséért, Miskolc, 2002, 49.

¹² BDT 2007. 1689.; BDT 2021. 4411.

meg tudják állapítani. E körben azonban legtöbbször megfordul a természetes gondolkodás sorrendje: a bíróság nem akkor mondja ki pl. az adekvát kauzalitás fennállását, ha az valóban fennáll, hanem ha úgy látja, hogy marasztalni kell az alperest, akkor megállapítja, hogy fennáll az adekvát kauzalitás.¹³ Tulajdonképpen ennek az a célja, hogy legitimálja a bíróság a döntését. Több ilyen, az oksági viszonyt megállapító vagy elvető szempont, „kapaszkodó” fogalmazódik meg a bírósági ítéletekben.¹⁴

A Legfelsőbb Bíróság (jelenleg Kúria) már egy korai ítéletében¹⁵ kimondta, hogy az előre pontosan fel nem mérhető körülmények bekövetkeztére nem állapítható meg kárfelelősség. Majd 2008-ban hozott döntésében¹⁶ kiemelte, hogy az oksági láncban figyelembe kell venni, hogy a károkozásra vezető eseménysor elindítója előre látta-e, illetve láthatta-e a bekövetkező eredményt. Kiemelt jelentőséggel bír továbbá a Kúria 2021-es döntése¹⁷, amely azt hangsúlyozta, hogy a deliktuális kárfelelősségnél az előreláthatóság az oksági kapcsolat feltétele. Előreláthatónak tekinthető a káreseménynek az a következménye, amellyel az adott körülmények között a józan logika szabályai szerint, észszerűen számolni lehet.

A „foresight test”¹⁸ különösen a common law-ban érvényesül - egyszerűen azon pragmatista szemléletnél, azaz a tényszerű okfejtésen alapuló gondolkodásmódnál fogva - hogy nem logikus valakit gondatlanságért felelőssé tenni az előreláthatóság határain túl. A common law gyakorlatiasságának főszereplője a „reasonable man”, az üzleti ügyeit észszerűen és előrelátóan lebonyolító üzletember, a mindennapi élet embere, aki a végső mérce a magatartás és az okozott károk közötti oki összefüggés megállapításánál.

A common law példáját követve a Ptk. 6:521. §-a - elismerve a bíróságok különböző törekvéseinek indokoltságát - a hazai ítélezésben is megjelenő előreláthatósági korlát szempontja szerint elvágja az okozati láncot az olyan károk tekintetében, amelyeket a károkozó nem látott előre és nem is kellett előre látnia. Ez természetesen továbbra is szükségessé teszi a bíróságok mérlegelését, de a

¹³ LÁBADY i.m. http://real.mtak.hu/108752/1/jk1404_1.pdf ,

¹⁴ BH 2012. 10.; BDT 2010. 2197.; BH 2008. 299.; BDT 2010. 2197.

¹⁵ BH 1984. 195.

¹⁶ BH 2008. 299.

¹⁷ BH 2021.45

¹⁸ LÁBADY i.m. http://real.mtak.hu/108752/1/jk1404_1.pdf ,

rendelkezés alkalmas lehet arra, hogy megteremtse a kiszámítható és egységes ítélkezési gyakorlat alapját.¹⁹

A fentieket összefoglalva tehát, amennyiben van felmerült kár, és a bekövetkezett kár jogellenes és felróható magatartás eredményeként következett be, továbbá a kár és a károkozó magatartás között fennáll az okozati összefüggés, a bíróságnak azt kell megítélnie, hogy mekkora a kártérítési kötelezettség terjedelme.

Az új Ptk. 6:522. § (1) bekezdése határozottan rögzíti a teljes kártérítés elvét, továbbá nevesíti, melyek azok az egyes felelősségi alakzatok, amelyek a teljes kártérítés elve alól kivételt jelentenek: így pl. termékfelelősség, atom-kárfelelősség.

A bírói gyakorlat - anélkül, hogy kifejezett törvényi alapja lenne - a káronszerzés tilalmának szabályát általában alkalmazza, és helyesen bánik a residuum és surrogatum, továbbá a károsultnál jelentkező egyéb vagyoni előny elszámolásával.²⁰ A Ptk. 6:522.§ (3) bekezdése emellett rögzíti a káronszerzés tilalmát, azzal, hogy amennyiben az eset körülményeire tekintettel annak elszámolása a károkozó javára nem indokolt, a bíróság a károkozót a teljes kár megtérítésére kötelezheti. Voltaképpen ennek a szabálynak a tételesjogi rendelkezéssé emelése a gyakorlatban azt jelenti, hogy abban az esetben, amikor a károsult a káreseményt követően különböző segélyekben, támogatásban, adományban, egyéb juttatásban részesül, a bíróságnak meg kell vizsgálnia, hogy ezek a juttatások a károkozó vagy a károsult javára számolhatók-e el. A bíróságok tehát ezekben a perekben bizonyosan nem fognak a károsultak vagyoni előnyszerzésével számolni.

¹⁹ LÁBADY: i.m. http://real.mtak.hu/108752/1/jk1404_1.pdf ,

²⁰ LÁBADY: i.m. http://real.mtak.hu/108752/1/jk1404_1.pdf ,

IV. rész: Az egészségügyi szolgáltatók kárfelelőssége - a hatályos szabályozás, és annak bírói gyakorlata

1. A jelenlegi szabályozás kialakulása

A rendszerváltást követő első öt évben egyre nagyobb arányban jelentek meg a kártérítési igények, és új tendenciák határozták meg az azt követő korszakot. A jogszabályi környezet folyamatos változásokon ment keresztül, a bírói gyakorlatban pedig új típusú ügyek alakultak ki.

Változott a megítélés a műtéti beavatkozás során az idegentest benthagyásával kapcsolatban. A korábbi álláspont az volt, hogy a kockázatok körében lehetett ezt értékelni, arra hivatkozással, hogy az orvos figyelmét leköti a műtét megoldása.²¹ E körben jelenleg azonban egyértelmű és egységes az álláspont, miszerint nem lehet műtéti kockázatnak tekinteni az olyan orvosi tevékenységet, amely a jogi megítélés alapján felróható.²²

Szigorodott az orvos tájékoztatási kötelezettségével kapcsolatos követelmények sora. Sorra jelentek meg a tájékoztatás elégtelenségével kapcsolatos perek.²³

A jogszabályban megjelenő fogalmakat a bírói gyakorlat töltötte meg tartalommal. A Legfelsőbb Bíróság 1996-ban a Pfv.III.20.586/1996 számú döntésében²⁴ a régi Ptk. 339. § (1) bekezdésével összhangban rögzítette, hogy az általában elvárható magatartás mértéke a gyógyító orvosnál a legnagyobb gondosság és körültekintés. Ezzel összefüggésben pedig megállapította, hogy a beteget gyógyító orvos csak akkor mentesül a felelősség alól, amennyiben azt bizonyítja, hogy úgy járt el, ahogy az az orvostól elvárható. Egyben kimondta, hogy az orvossal szemben jogszabályban megfogalmazott legnagyobb gondosság és körültekintés tanúsításának elmaradása minősül a jogi megítélés szempontjából felróható magatartásnak.

Az orvos, illetve az őt foglalkoztató egészségügyi szolgáltató kártérítési felelősségével összefüggésben az elmúlt évtizedekben számos változás ment végbe. Egyrészt az egészségügyi kártérítési perek

²¹ Törő Károly: Az orvosi jogviszony, Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest, 1986. 378.

²² BH 1995.87., BH 1981. 187., LB Pfv. III. 20.511/1995

²³ BH 1995.344., LB Pfv. III. 33.832/1996.

²⁴ BH1998. 585.

alapkérdése volt, hogy a károkozást a beteg és az egészségügyi szolgáltató közötti szerződéses kapcsolat (kontraktuális felelősség), vagy a szerződésen kívüli károkozás (deliktuális felelősség) általános törvényi tényállása alapján kell-e elbírálni.²⁵

A bírói gyakorlat a kérdést kezdetben tipikusan kártérítési jogviszonyként kezelte, így az ilyen igényeket jellemzően a szerződésen kívüli károkozás (deliktuális felelősség) szabályai szerint bírálta el. A 2000-es évek eleje óta azonban gyökeres változáson ment keresztül az egészségügyi kártérítési perek alapkérdésének tekinthető egészségügyi szolgáltató (orvos) - beteg kapcsolat jogi megítélése. 2008-ban a bírói gyakorlatban már megjelent az a határozott állásfoglalás, miszerint az orvos (egészségügyi intézmény) és a beteg között a károkozást megelőzően szerződéses jogviszony áll fenn.²⁶ A BDT2008.1755. számú döntésében a bíróság kimondta, hogy az orvos és a beteg között Ptk-ban nem nevesített, atipikus szerződés jön létre. Megalapozottnak, és életszerűnek gondolom ezt a tézist, figyelemmel arra, hogy az orvos és a beteg közötti jogviszonyban kötelezettség keletkezik az egészségügyi szolgáltatás nyújtásra, és jogosultság ezen szolgáltatás teljesítésének követelésére. Ezt a jogviszonyt az Eütv. megtölti jogokkal és kötelezettségekkel. Ezen utóbbi bírósági döntés igazodott az Eütv. 2008-ban hatályos rendelkezéseivel, azaz, hogy a károkozó egészségügyi szolgáltató a szerződésszegéssel okozott károkért való felelősség szabályai szerint köteles helytállni. Ugyanakkor nem szabad elfelejteni, hogy bár ekkor a bíróság az egészségügyi szolgáltató kárfelelősségét a kontraktuális felelősség szabályai szerint vizsgálta, azonban a kimentés vonatkozásában az egészségügyi szolgáltatótól a tőle elvárható legnagyobb gondosságot követelte meg. Ezt mutatja a BH2006. 400. számú döntés is, amelyben a bíróság rögzítette, hogy a kórház kártérítési felelősség alóli mentesülését nem eredményezi önmagában az, hogy - meghatározott vizsgálat elvégzésének hiányával - szakmai szabályt nem sértett. Ha az egészségügyi szolgáltató a tőle elvárható legnagyobb gondosságot elmulasztja a beteg vizsgálata során, a kórház kártérítő felelőssége megállapítható.

A Ptk. 2014. márciusában hatályba lépett rendelkezései azonban az egészségügyi kártérítési perek alapjául szolgáló jogviszonyok újbóli vizsgálatát tették szükségessé, mivel - a korábbiaktól eltérően - a kontraktuális (szerződésszegéssel okozott kárért való) felelősségi szabályok a deliktuális (szerződésen kívüli károkozásért való) felelősségi szabályokhoz képest teljesen új dogmatikai

²⁵ BARZÓ Tímea - Papp Tekla (szerk) *Polgári jogi felelősség az egészségügyben*, In: CIVILISZTIKA II. Dologi jog, Felelősségtan, Budapest, Dialóg Campus, 2019, 446. o.

²⁶ BDT2008. 1755.

megalapozást nyertek, azaz az új szabályozással szigorodott a szerződésszegő fél kimentési lehetősége. Az egészségügyi szolgáltatók kimentését elnehezítő szabályok alkalmazásának elkerülését a jogalkotó az Eütv. 244. § (2) bekezdésének ismételt - 2014. március 15-ei hatállyal érvényesülő - módosításával oldotta meg. A korábbi bírói ítélezési gyakorlatnak megfelelő status quo biztosítása érdekében kimondta, hogy „Az egészségügyi szolgáltatásokkal összefüggésben keletkezett kárigényekre, illetve a személyiségi jogsértések esetén követelhető igényekre a Ptk.-nak a szerződésen kívül okozott kárért való felelősségre, valamint a személyiségi jogok megsértésének szankcióira vonatkozó szabályait kell megfelelően alkalmazni.”²⁷ Tehát az egészségügyi szolgáltató beteget megkárosító magatartása jellemzően továbbra is egy már érvényesen létrejött konkrét kezelési szerződésben vállalt kötelezettség megszegését jelenti, azonban - többek között - a kimentésre nem a szerződésszegéssel okozott kár felelősségi szabályai lesznek az irányadóak, hanem a szerződésen kívüli károkozás korábban is érvényesülő objektívizált, exculpációs, felróhatóságon alapuló rendelkezései.

2. Mikor és miként felel az orvos?

Ami tehát a hatályos szabályozást illeti, az egészségügyi szolgáltató kártérítési felelőssége megállapításának generális szabályait a Ptk., míg szubszidiárius - kiegészítő szabályait az Eütv. határozza meg a következők szerint. Ahogyan már korábban is kifejtésre került, a Ptk. Hatodik könyve határozza meg a szerződésen kívüli károkozás tényállási elemeit, úgymint a kár, a jogellenesség és a felróhatóság, továbbá a károkozó magatartás és a kár közötti okozati összefüggés. Erre utal vissza az Eütv. 244. § (2) bekezdése is, amely kimondja, hogy "az egészségügyi szolgáltatásokkal összefüggésben keletkezett kárigényekre, illetve a személyiségi jogsértések esetén követelhető igényekre a Ptk.-nak a szerződésen kívül okozott kárért való felelősségre, valamint a személyiségi jogok megsértésének szankcióira vonatkozó szabályait kell megfelelően alkalmazni., Ily módon, amikor a bíróság az egészségügyi szolgáltató kártérítési felelősségének megállapítása körében azt vizsgálja, hogy az egészségügyi szolgáltató a bekövetkezett kárért felel-e vagy sem, úgy a Ptk.-ban rögzített tényálláselemeket veszi alapul. Azt azonban, hogy mi lehet kár, hogy a betegellátónak (orvosnak) milyen elvárható magatartást kell tanúsítania, hogy a betegnek milyen jogai, az egészségügyi

²⁷ Eütv. 244. § (2) bek.

intézménynek pedig milyen kötelezettségei vannak, tehát mely tevés vagy mulasztás eredményezheti a kár bekövetkezését azt nem a Ptk., hanem az Eütv. rögzíti.

Önmagában azonban az a tény, hogy a hatályos szabályozás kifejezetten rögzíti, hogy az egészségügyi szolgáltatásokkal kapcsolatos kárigények kapcsán a Ptk. deliktuális felelősségének szabályait kell alkalmazni, nem jelenti, hogy az egészségügyi szolgáltató és a beteg között ne jönné létre szerződéses jogviszony.

Az egészségügyi szolgáltatásnyújtás számos jogviszonytípus keretében megvalósítható. Nem egyszer nehéz azonosítani a beteg részéről azt, hogy az adott intézményben (legyen ez orvosi rendelő, kórház) melyik szolgáltató nyújtotta az egészségügyi szolgáltatást, azonban ennek felderítése kiemelt jelentőséggel bír, tekintettel arra, hogy mindig maga az egészségügyi szolgáltató az, aki helytállással tartozik az egészségügyi szolgáltatás keretében okozott károkért, ő maga lesz tehát a kártérítési per alperese.

Az orvos-beteg közötti kötelmi jogviszony a bírói gyakorlatban is határozottan megjelenik: a BDT2020. 4156. számú bírósági döntés elvi jelleggel rögzíti, hogy „Az egészségügyi szolgáltató és a beteg közötti kezelési szerződés gondossági kötelem. A szerződés megszegését - hibás teljesítését - jelenti, ha az egészségügyi szolgáltató nem az ellátásban részt vevőktől elvárható gondossággal, a szakmai és etikai szabályok, illetve irányelvek betartásával látta el a beteget, vagyis magatartása felróható volt. A szerződésszegés és a felróhatóság átfedése folytán a felróhatóság és egyben a szerződésszegés - a szakmai szabályok megszegésének - hiányát a szakmailag ebben a helyzetben lévő egészségügyi szolgáltatóknak kell bizonyítani.”

A gondossági kötelem megszegéséért való objektív felelősség látszólag nem sokban különbözik a szerződésen kívüli károkozás szabályától: előbbi esetben a gondosság és szakszerűség szerződésben konkretizált követelményének megsértése, míg utóbbiban a felróható magatartás eredményez kárfelelősséget. Az általában elvárható magatartás bizonyítását a felelősség alóli mentesülési okként nevezi meg a jogalkotó, a gondos és szakszerű feladatellátásra vonatkozó kötelezettség be nem tartása ugyanakkor a felelősség megállapításának feltétele, bizonyítására a károsult személy köteles. A két felelősségi alakzat azonban mégsem azonos, miután a gondos eljárásra köteles szerződő fél nem

pusztán általában elvárhatóan köteles eljárni; hanem az eredmény elérése érdekében köteles mindent megtenni, ami a szerződés alapján a kötelezettsége. Amennyiben a szerződés tárgyát képező valamely kötelezettség teljesítésére nem kerül sor, akkor a szerződésszegő fél a kötelezettség teljesítése elmulasztásának jogkövetkezményei alól legfeljebb objektív alapon mentesülhet. Míg a deliktualis felelősség kritériumainak a károsult által történő bizonyítása lehetővé teszi, hogy a károkozó mentesüljön a felelősség alól, addig azonban egy egészségügyi gondossági kötelelem megszegése esetén a kimentés lehetősége gyakorlatilag kizárt lenne. Ennek indoka, hogy a három konjunktív kimentési ok közül a szolgáltató soha nem lenne képes bizonyítani azt, hogy a kárt az ellenőrzési körén kívül eső ok okozta; elképzelhetetlen, hogy egy egészségügyi káresemény ne tartozzon bele a szolgáltató ellenőrzési körébe. Az egészségügyi szolgáltató felelősségének objektív szintre történő emelése tehát a károkozónak, a betegnek okozott károkért való kvázi abszolút helytállását eredményezné. E helytállás azonban nem jelentené azt, hogy a szolgáltató a betegnek okozott valamennyi kárt köteles lenne megtéríteni. Habár kimenteni magát nem tudná, ugyanakkor a gondossági kötelemből származó káresemények közül csak azokért tartozna felelősséggel, amelyek az egészségügyi dolgozók eljárásának alapját képező gondosság és szakszerűség követelményének megszegéséből következéne be.²⁸

Az Eütv. 77. § (3) bekezdése *expressis verbis* meghatározza az orvosok és az egészségügyi szolgáltatók általában elvárható magatartásának mércéjét, méghozzá, hogy „minden beteget - az ellátás igénybevételének jogcímére tekintet nélkül - az ellátásában résztvevőktől elvárható gondossággal, valamint a szakmai és etikai szabályok, illetve irányelvek betartásával kell ellátni.” Ennek megszegése keletkeztetheti tehát az egészségügyi szolgáltató polgári jogi kárfelelősségét.

A jogalkotó mellett a töretlen bírói gyakorlat is megalapozza azt az álláspontot, miszerint a beteget az elvárható gondossággal kell ellátni, továbbá az ellátás során be kell tartani a vonatkozó szakmai és etikai szabályokat, irányelveket. Az elvárható gondosság mércéjét tehát a Ptk. rögzíti, és ezt a bizonyos elvárható gondosságot szigorítja az Eütv. azzal, hogy kimondja, nem elegendő az, hogy az orvos a betegellátás során a tőle elvárható gondosságot tanúsítsa, de a vonatkozó szakmai és etikai szabályokat és irányelveket is be kell tartania. Ezen tevékenység megítélését könnyebbé teszi, ha az

²⁸ CSITEI Béla: Az egészségügyi szolgáltatók polgári jogi felelősségének aktuális kérdései (Batthyányi Műhelytanulmányok, 2017., 39. oldal) forrás: <https://blszk.sze.hu/images/Dokumentumok/kiadv%C3%A1nyok/Batthy%C3%A1ny%20M%C5%B1helytanulm%C3%A1nyok%20Csitei%20B%C3%A9la.pdf>

adott egészségügyi ellátás nyújtása során elvárható gondosság mércéjét kimunkált eljárásrend és szakmai protokoll határozza meg. Amennyiben azonban ilyen jellegű irányelv nem került rögzítésre, úgy a kártérítési eljárások során a bizonyítás kiemelkedő szerepet kap.

Álláspontom szerint tehát annak kimondása, hogy az egészségügyi szolgáltatással kapcsolatos kárigények esetében az egészségügyi szolgáltató már nem a kontraktuális, hanem a deliktuális felelősség szabályai szerint köteles helytállni, azt a célt szolgálta, kifejezésre kerüljön az orvosok felelősségének kiemelkedő jelentősége, ugyanakkor ne üresedjen ki a felelősség kimentésének jogintézménye.

Az egészségügyi szolgáltató kártérítési felelőssége megállapításának jogalapja tehát a Ptk. deliktuális felelősségének szabályaiból eredeztethetően a jogellenesség, azaz a szabályszegés, mulasztás, vagy az elkövetett orvosi hiba.

Az orvosi tévedés vagy hiba elvileg és gyakorlatilag is kétféle módon vezethet egészségkárosodáshoz: egyrészt valamit tévesen vagy hibásan cselekszik, vagy valamely szükséges tevékenység elvégzését elmulasztja. Ebben az esetben a beteg vagy hozzátartozója az egészségügyi szolgáltatóval szemben kártérítési pert kezdeményezhet. A bíróság a perben orvosszakértőt rendel ki, akinek feladata a halál-ok bonctani megállapítása, illetve az egészségkárosodás természetének, fájának, súlyosságának meghatározása. Figyelemmel azonban arra, hogy önmagában a kockázat vagy a szövődmény beállása nem alapozza meg az orvos kártérítési felelősségét, az ok-okozati összefüggések kérdésében is állást kell foglalnia. Meg kell határoznia tehát, hogy az egészségkárosodást vagy halált a betegség vagy esetlegesen az orvos, illetve valamely más egészségügyi dolgozó hibája, tévedése, mulasztása okozta-e.²⁹

A bírói gyakorlatban ez akként testesül meg, hogy a bíróság csak a körben rendelkezik szakértelemmel, hogy a tényeket felderítse, a bizonyítékokat értékelje, a jogkérdésről döntést hozzon, azonban annak megállapítása körében, hogy a jogellenes magatartás és a kár bekövetkezése között van-e okozati összefüggés, azaz az egészségügyi szolgáltató vagy orvos magatartásával vagy

²⁹ KELLER Éva: Egészségkárosodás és halál orvosi tevékenységgel összefüggésben forrás: <https://slideplayer.hu/slide/1908658/>, letöltés ideje: 2023. május 01.

mulasztásával a beállt egészségkárosodás vagy halál összefüggésben áll-e, a bíróság nem rendelkezik a szükséges szakértelemmel. A bíróság a BH2021. 168. számú döntésében rögzíti, hogy „a magatartás elvárható gondosság szerinti értékelése nem a tényállás része, nem ténykérdés, hanem tényekből levont jogi következtetés, anyagi jogi jogkérdés, amely az anyagi jog megsértése körében vizsgálható. Az egészségügyi ellátásban részt vevőktől elvárható gondosság jogi kategória, az annak való megfelelésről a bíróságnak kell állást foglalnia, ugyanakkor - a konkrét eset körülményeitől függően - a döntést megalapozó tények vagy körülmények megállapításához, vagy megítéléséhez olyan különleges szakértelemre lehet szükség, amellyel a bíróság nem rendelkezik.”

Abból a feltevésből kell álláspontom szerint kiindulni, hogy minden egészségügyi szolgáltatás jogszerű. Tehát ha bekövetkezik a káresemény azt kell megvizsgálni, hogy a tanúsított magatartás vagy mulasztás milyen tárgyi jogot sértett, és az jogellenes, és számára felróható volt-e, eredményezhette a kár bekövetkezését.

V. rész: A tájékoztatási kötelezettség elmulasztása

Az egészségügyi szolgáltatóktól elvárható magatartás követelményeivel, a kimentés lehetőségeivel kapcsolatban az egyik leggyakrabban vitatott kérdéskört, a tájékoztatási kötelezettséget és az annak elmulasztásából, hiányosságából eredő kártérítési felelősséget választottam ki, amellyel összefüggésben néhány eseti döntésen keresztül törekszem néhány probléma felvetésére, magyarázat megfogalmazására.

1. Alapvetés

Mint már korábban említésre került, az orvosi műhiba per kifejezést a szakma nem használja, az a közösségi szóhasználatban terjedt el. Valójában „műhiba per” minden olyan per, amelyet a beteg vagy annak hozzátartozója a betegellátóval szemben kezdeményezett kártérítés és/vagy sérelemdíj megfizetése iránt, és amelynek az alapja a kezelés során tanúsított hibás orvosi magatartás, továbbá az ellátásban résztvevő személy szakmai szabályszegése, mulasztása, illetve valamely betegjog

sérelme. Ezen műhiba perek kifejezett interdiszciplináris perek, amely során bonyolult jogkérdések és orvosszakmai kérdések merülnek fel, ennél fogva a bizonyítás terjedelmes, a pertartam igen hosszú.

Az ezredfordulótól kezdődően a magyar bírói gyakorlat szerint a felperesnek azt kellett bizonyítania, hogy a kár az alperes által nyújtott egészségügyi ellátás során vagy nem sokkal azután következett be, és a kimentés körében az alperes feladatává tette annak bizonyítását, hogy az egészségkárosodás (vagy adott esetben halál) az elvárt gondosság mellett is bekövetkezett volna.³⁰ A szemléletet Kemenes István már egy 2008-as tanulmányában a bizonyítási szükséghelyzettel indokolta: „A speciális szakszolgáltatást igénybe vevő laikus fél nemhogy bizonyítani, de a szakismeretek hiánya folytán felmérni, állítani sem tud. A bizonyítási szükséghelyzetből következik, a gyógyintézetnek kell bizonyítania, hogy a lehetséges, elvárhatóan igénybe vehető szakmai intézkedéseket megtette, és az egészségkárosodás ennek ellenére, illetve ettől függetlenül következett be. [...] Kontraktuális közelítésben az egészségromlás, hanyatlás, halál bekövetkezte ellentétes a szerződés céljával, ezért alappal állítható fel vélelem, hogy a bekövetkezett hátrány valamilyen kezelési hiba következménye, amellyel szemben a szakmailag bizonyítási helyzetben lévő gyógyintézmény bizonyíthatja a felróható hiba vagy okozatosság hiányát.”³¹

A betegjogok közül a tájékoztatáshoz való jog kiemelkedő jelentőséggel bír a - meglátásom szerint tévesen - „műhibapernek” elnevezett kártérítési perek között, ugyanis az eljárások igen jelentős részében a felperes - azaz a beteg - keresete ezen jog sérelmére való hivatkozáson alapul. Az ügyek egy részében a felperes kizárólag ezen jog megsértése miatt terjeszti elő az igényét, de gyakran előfordul, hogy egyebek mellett (pl.: szakmai szabályszegés) hivatkozik arra, hogy teljes körű tájékoztatás hiányában nem került megfelelő döntési helyzetbe, így például, ha és amennyiben tudomással bírt volna az esetleges szövődményekről, úgy az adott műtét helyett alternatív orvosi kezelést/beavatkozást vett volna igénybe.³²

A fentiek okán döntöttem úgy, hogy tanulmányomban kiemelt jelentőséget kívánok tulajdonítani az egészségügyi szolgáltatók tájékoztatási kötelezettségének elmulasztásából eredő kártérítési felelősségének. Bár pontos statisztikai számadat e körben nem áll rendelkezésre - az bizonyos, hogy

³⁰ BDT 2008.1801., BDT 2013.2874., BDT2016.3445.

³¹ DÖME: i.m. 18.

³² SALAMONNÉ DR. PILTZ : i.m. 231-232.

az elmúlt évtizedben jelentősen megnőtt az orvosok tájékoztatási kötelezettségének elmulasztására alapított kártérítési perek száma.

A beteg tájékoztatáshoz való joga alapvető jog a beteget megillető jogosultságok rendszerében. Tekintettel arra, hogy a beteg és az orvos közötti lényeges információs aszimmetria van, az kizárólag a teljeskörű, egyéniesített tájékoztatás nyújtásával hidalható át. Nem véletlen, hogy a beteg tájékoztatáshoz való joga megjelenik az Alaptörvényben³³ is.

Ez az a betegjog, amelyet tényleges tartalommal a bírói gyakorlat töltött meg azoknak a bírósági eljárásoknak a sorában, amikor a beteg a tájékoztatás hiányára, vagy annak elégtelenségére alapította a kártérítési követelését.³⁴ A teljes körű tájékoztatás törvényi megfogalmazását a bírói gyakorlat töltötte meg tartalommal, azzal, hogy objektivebb, megfoghatóbb követelmények fogalmazott meg. Az EBH2001. 428. számú bírósági döntés kimondja, hogy „a kórház kártérítési felelősséggel tartozik, ha a tárgyilagos, részletes, körültekintő és a valóságnak megfelelő tájékoztatást a betegnek nem adják meg. A betegnek a kórházba való felvétele során adott, a kivizsgálásba, kezelésbe és műtétbe beleegyező nyilatkozata önmagában nem alkalmas annak bizonyítására, hogy a beteg a műtét előtti megfelelő tájékoztatást megkapta.”

A fent hivatkozott esetben a felperesen olyan műtétet végeztek el, mely olyan, nem túl gyakori, de ismert, lehetséges és olyan súlyos károsodással járó szövődményt okozhat, amely mindenképpen indokolta volna az alperes orvosai részéről a felperes erről való tájékoztatását. Ez azonban nem történt meg, azaz ez esetben a jogellenesség az orvos mulasztása körében merült fel. A tájékoztatási kötelezettség elmulasztása ebben az esetben a beteg önrendelkezési jogát sértette, azaz azon döntési jogát, hogy a lehetséges kockázat és szövődmény ismeretében is vállalja-e a műtétet.

A bíróság tehát azt vizsgálta, hogy a Ptk. Hatodik Könyvében meghatározott, a deliktuális felelősségi alakzat konjunktív feltételei fennállnak-e. Ily módon meg kellett bizonyosodnia arról, hogy az egészségkárosodás, mint kár bekövetkezett-e, és amennyiben igen, úgy milyen mértékben. Emellett meg kellett vizsgálni, hogy a tájékoztatási kötelezettség milyen mértékben valósult meg, az

³³ Alaptörvény III. cikk (2) bekezdése kimondja, hogy tilos emberen tájékoztatáson alapuló, önkéntes hozzájárulása nélkül orvosi vagy tudományos kísérletet végezni.

³⁴ Eütv. Nagykommentár 13-14.§

megfelelt-e az Eütv.-ben foglaltaknak, és amennyiben nem, az az egészségügyi szolgáltatónak felróható volt-e, továbbá azt, hogy a bekövetkezett kár (egészségkárosodás) és a jogellenes magatartás (tájékoztatási kötelezettség elmulasztása) között az okozati összefüggés fennállt-e.

Az egészségügyi szolgáltató tájékoztatási kötelezettségének megítélése jogkérdés, tehát az eljárásban kirendelt szakértőnek nem annak megállapítása lesz a feladata, hogy a betegellátó vagy az orvos által nyújtott tájékoztatás megfelelt-e az Eütv. rendelkezéseinek, hanem hogy amennyiben a bíróság arra a döntésre jut, hogy az nem felelt meg a jogszabálynak, az így bekövetkezett kár okozati összefüggésben áll-e a mulasztással vagy a hibás teljesítéssel.

Az egészségügyi szolgáltató tájékoztatási kötelezettsége körében az Eütv. több helyen tartalmazza a szabályozás részleteit: az Eütv. 13. és 14. §-ban, azaz a betegjogok között, továbbá a 134. és 135. §-ban, azaz az egészségügyi dolgozók kötelezettségei körében. A jogalkotó tehát a tájékoztatási kötelezettséget pozitív és negatív oldalról is részletesen meghatározta.

Átfogó, az adott beavatkozásra vonatkozó többlettájékoztatási elemeket meghatározó szabályokat találunk továbbá az Eütv. Különös részében, az egyes speciális beavatkozás típusoknál³⁵.

Az egészségügyi szolgáltatók tájékoztatási kötelezettsége körében született nemzetközi egyezmények közül a Biomedicina Egyezmény³⁶ rögzíti a legáltalánosabban a tájékoztatás követelményét az 5. cikkben³⁷ az alábbiak szerint:

„An intervention in the health field may only be carried out after the person concerned has given free and informed consent to it.” - Azaz a betegen egészségügyi beavatkozást elvégezni kizárólag a beteg szabad akaratából adott beleegyezését követően lehet.

„This person shall beforehand be given appropriate information as to the purpose and nature of the intervention as well as on its consequences and risks.” - A beteg részére a beavatkozást megelőzően

³⁵ Emberen végzett orvostudományi kutatások Eütv. 159. § (3) bekezdés, emberi reprodukcióra irányuló különleges eljárások Eütv. 168. § (2) bekezdés, 187. § (2) és (3) bekezdés, pszichiátriai betegek jogaira vonatkozó különös szabályok Eütv. 191. § (1)-(3) bekezdés, szerv- és szövetátültetés Eütv. 209. § (1) és (5) bekezdés, 215. § (2) bekezdés]

³⁶ 2002. évi VI. törvény az Európa Tanácsnak az emberi lény emberi jogainak és méltóságának a biológia és az orvostudomány alkalmazására tekintettel történő védelméről szóló, Oviedóban, 1997. április 4-én kelt Egyezménye: Az emberi jogokról és a biomedicináról szóló Egyezmény, valamint az Egyezménynek az emberi lény klónozásának tilalmáról szóló, Párizsban, 1998. január 12-én kelt Kiegészítő Jegyzőkönyve kihirdetéséről

³⁷ Biomedicina Egyezmény Article 5, General rule

tájékoztatást kell nyújtani a beavatkozás céljáról és természetéről, annak kockázatairól és következményeiről.

„The person concerned may freely withdraw consent at any time.” - A beteg beleegyezése bármikor egyoldalúan visszavonható.

A beteg tájékoztatáshoz való jogát és az orvos, más egészségügyi dolgozó tájékoztatási kötelezettségét néhány más ágazati jogszabály is rögzíti, így például

- a magzati élet védelméről szóló 1992. évi LXXIX. törvény³⁸,
- a biztonságos és gazdaságos gyógyszer- és gyógyászatisegédeszköz-ellátás, valamint a gyógyszerforgalmazás általános szabályairól szóló 2006. évi XCVIII. törvény³⁹
- az emberi alkalmazásra kerülő gyógyszerekről és egyéb, a gyógyszerpiacot szabályozó törvények módosításáról szóló 2005. évi XCV. törvény⁴⁰

2. A tájékoztatáshoz való jog

A kiinduló alapvetés a tájékoztatás körében, hogy a beteg jogosult a számára egyéniesített formában megadott teljeskörű tájékoztatásra állapota által indokolt rendszerességgel, a kezelőorvostól elvárható ismereteknek megfelelően és legjobb tudása szerint.⁴¹A tájékoztatást a beteg életkorára, iskolázottságára, ismereteire, lelkiállapotára, e tekintetben megfogalmazott kívánságára tekintettel kell egyéniesített formában megadni, úgy, hogy azt megértse, továbbá a tájékoztatásnak teljeskörűnek kell lennie.⁴²

Az Eütv. 13. § (2) bekezdése taxatív felsorolja, hogy az orvos vagy más egészségügyi dolgozó miről köteles teljeskörű és egyéniesített tájékoztatást kell nyújtania. A tájékoztatásnak ki kell terjednie

- a) egészségi állapotra, beleértve annak orvosi megítélését is, (diagnózis, prognózis)

³⁸ rögzíti a terhességmegszakítás megtagadása esetén adandó tájékoztatás kötelező tartalmi elemeit határozza meg

³⁹ 70. §-a a gyógyszert is árusító üzletek tájékoztatási kötelezettségét szabályozza

⁴⁰ 24. §-a pedig a gyógyszerésznek az öngyógyszerezés keretében megvásárolt gyógyszerekkel kapcsolatos tájékoztatási kötelezettségét rögzíti.

⁴¹ Eütv. 13. § és 134. §

⁴² ZÁKÁNY: i.m. 54.

- b) a javasolt vizsgálatokra, beavatkozásokra,
- c) a javasolt vizsgálatok, beavatkozások elvégzésének, illetve elmaradásának lehetséges előnyeiről és kockázataira,
- d) a vizsgálatok, beavatkozások elvégzésének tervezett időpontjaira,
- e) döntési jogra a javasolt vizsgálatok, beavatkozások tekintetében,
- f) a lehetséges alternatív eljárásokra, módszerekre,
- g) az ellátás folyamatáról és várható kimenetelére,
- h) a további ellátásokra, valamint
- i) a javasolt életmódra.

- megismerni ellátása során az egyes vizsgálatok, beavatkozások elvégzését követően azok eredményét, esetleges sikertelenségét, illetve a várttól eltérő eredményt és annak okait;
- megismerni az ellátásban közvetlenül közreműködő személyek nevét, szakképesítését és beosztását;
- a vizsgálatot megelőzően - amennyiben állapota lehetővé teszi - tájékoztatást kapni arról, hogy a vizsgálat és az azt követő ellátás térítési díját meg kell téríteni, ha a vizsgálat eredménye szerint sürgős szükség nem áll fenn és az ellátás költségének fedezete a központi költségvetésben és az Egészségbiztosítási Alapon keresztül sincs biztosítva.⁴³

A tájékoztatás ezen elemei közül kiemelkedik az egészségügyi beavatkozások kockázatairól való tájékoztatás. Nemcsak azért, mert a betegek alapvető joga az önrendelkezési jog, amelyet csak akkor tud teljeskörűen gyakorolni, ha ismeri a beavatkozás lehetséges kockázatait. Nem elhanyagolható szempont emellett, egyben pedig elgondolkodtató az a tény is, hogy a kockázatokról való tájékoztatás elmulasztása miatt indul a leggyakrabban kártérítési eljárás egészségügyi szolgáltató ellen.

A kockázatokról történő tájékoztatás tehát a beteg szempontjából kiemelkedő jelentőséggel bír, hiszen annak tudatában adja meg a beleegyezését, hogy tisztában van azzal, hogy egészségkárosodás vagy halál állhat be a beavatkozás szövődményeként. Ugyanakkor az egészségügyi szolgáltató szempontjából is rendkívüli relevanciája van, mivel önmagában az a tény, hogy a kockázat körébe

⁴³ Eütv. 13. § (2), (4), (6) és (9) bekezdés

tartozó esemény bekövetkezik, nem alapozza meg a kártérítést, ugyanakkor a tájékoztatás elmulasztása miatt a beteg nem volt abban a helyzetben, hogy megalapozottan döntést hozzon, amely azonban már megalapozhatja a beteg vagy hozzátartozója kártérítési igényét.

A tájékoztatási hiba - klasszikus szakmai hiba nélkül is - az egészségügyi ellátásban önálló kártérítési jogalappá vált, többek között a nem (megfelelően), vagy nem teljeskörűen tájékoztatott kockázattal kapcsolatban, melynek ismeretében az adott ellátásba a beteg nem egyezett volna bele.

Németországban például a keresetek felét erre alapítják, de hazánkban is egyre inkább ez a tendencia, mert könnyebb bizonyítani, mint a kezelési hibát, szakértőt meg lehet kerülni, figyelemmel arra, hogy a tájékoztatás megfelelőségének megállapítása jogkérdés és nem szakkérdés, ily módon a bíróságnak nagyobb az önállósága. Ez természetesen nem azt jelenti, hogy szakértő kirendelésére nincs szükség, hiszen a bekövetkezett kockázatot, szövődményt, egészségkárosodást szakértő állapítja meg, és azt is, hogy ez ismert szövődménye-e a beavatkozásnak, de annak elégtelenségéről, mint jogkérdésről a bíróság dönt. Az egészségügyi szolgáltatónak, mint alperesnek kell tehát bizonyítania, hogy az Eütv.-nek megfelelő tájékoztatást biztosította-e a felperes részére, és azt is, hogy mire terjedt ki a tájékoztatás, az milyen tartalommal hangzott el.

A kockázat fogalmát az Eütv. nem határozza meg, annak definícióját más jogszabályban sem találjuk meg. A legelfogadottabb meghatározás szerint kockázatnak tekintjük azt a nem kívánt, egészségkárosodás formájában jelentkező következményt, amely a megfelelő, az elvárható gondossággal végzett ellátás mellett (annak ellenére) következik be. A kockázat bekövetkezése tehát nem az orvos (egészségügyi szolgáltató) mulasztására vezethető vissza, hanem sorsszerű. ⁴⁴

3. A tájékoztatás formája

Az Eütv. a tájékoztatást nem köti írásbeli formához, így azt - a törvényben nevesített esetek kivételével - szóban kell megadni. Az Eütv.⁴⁵ határozottan rögzíti, hogy a szóbeli tájékoztatás nem helyettesíthető az előre elkészített általános ismertető segédanyagok átadásával.

⁴⁴ Eütv. Nagykommentár

⁴⁵ Eütv. 134. § (3)

A legtöbb egészségügyi szolgáltató - kiváltképp a magánszolgáltatók - gyakran alkalmaz előre elkészített általános tájékoztató anyagot a betegek részére, azt a beavatkozást megelőzően átadják a betegek részére áttanulmányozásra, a betegnek pedig aláírásával kell igazolnia, hogy a tájékoztatást megértette, a beavatkozás természetét és az esetleges szövődményekkel kapcsolatos tájékoztatást tudomásul vette. Az ilyen jellegű írásbeli beleegyező nyilatkozat jogszerű, még akkor is, ha csak általánosságban tartalmazza a tájékoztatás tartalmát, utalva arra, hogy a beteg a kockázatokról, kezelési alternatívákról, életmódról szóban tájékoztatást kapott. A részletes, az Eütv. 13. § (2) bekezdésének megfelelő írásbeli tájékoztatás kimunkálásának relevanciája vitathatatlan, tekintettel arra, hogy ha kártérítési eljárás indul a tájékoztatás elégtelensége miatt, akkor az alperesnek, azaz az egészségügyi szolgáltatóknak kell bizonyítania, hogy a tájékoztatás megtörtént, és hogy az milyen tartalommal történt meg⁴⁶. Az alperes, amennyiben nem tudja okirattal bizonyítani a tájékoztatás tartalmát, csak tanúval tud bizonyítani, a tanúbizonyítás lehetőségei azonban nagyon korlátozottak, hiszen a beteg tájékoztatásánál rendszerint az orvoson és a betegen kívül nincs más, érdektelen személy jelen.

Az írásbeli tájékoztató beteg részére történő átadása azonban nem helyettesíti, és nem is helyettesítheti a szóbeli tájékoztatást, hiszen a tájékoztatás nem egyoldalú folyamat, aminek során az orvos elmondja a betegnek a tudnivalókat. Az információátadás csak akkor lehet teljes, ha a beteg is részt vesz a folyamatban, és az orvos vagy az egészségügyi dolgozó biztosítja a beteg részére kérdéseinek feltevését. Ez biztosítja, hogy az Eütv. 13. § (1) bekezdésének megfelelően, egyéniesített formában valósuljon meg a tájékoztatás, hiszen a kérdésekből tudja a tájékoztatást nyújtó orvos felmérni a beteg tudásszintjét, illetve azt, hogy a tájékoztatást mennyire értette meg.⁴⁷

Az egyéniesített tájékoztatás kiemelkedő jelentőségét az is mutatja, hogy a jogalkotó meghatározza, hogy a tájékoztatást az egészségügyi szolgáltató köteles a beteg számára érthető formában biztosítani, figyelemmel annak életkorára, iskolázottságára, ismereteire, lelkiállapotára, e tekintetben megfogalmazott kívánságára, valamint arra, hogy a tájékoztatáshoz szükség esetén és lehetőség szerint tolmácsot vagy jelnyelvi tolmácsot biztosítsanak.⁴⁸ Figyelemmel kell lenni továbbá

⁴⁶ EBH2001. 428.

⁴⁷ Eütv. Nagykommentár

⁴⁸ Eütv. 13. § (8)

a beteg cselekvőképességének mértékére, továbbá, hogy van-e támogatója az egészségi állapotával kapcsolatos döntéshozatal során.

3.1. Az írásbeli tájékoztatás

A tájékoztatás formáját illetően - ahogyan korábban is megfogalmaztam, és ahogyan a jogalkotó is egyértelművé teszi - általában szóban elegendő. A jogalkotó néhány esetben írja elő a tájékoztatás kötelező formájának az írásbeliséget. Ahogyan azonban a példaként is említett esetekből is kiderül, és az a betegellátó széleskörű bizonyítási kötelezettségéből is levonható következtetésként, a bizonyíthatóság miatt a szóbeli tájékoztatás mellett érdemes a tárgyilagos, részletes, körültekintő és a valóságnak megfelelő írásbeli tájékoztatást is biztosítani a betegek részére a nem kötelező esetben is, azt a beteggel dokumentálható formában elismertetni.

Az Eütv. azonban csak néhány esetben írja elő az írásbeli tájékoztatási kötelezettséget. Így például:

- kutatásban résztvevő tájékoztatása⁴⁹,
- intézeten kívül tervezett szülés esetén a várandós felelős személy általi tájékoztatása,
- indikáción túli gyógyszerrendelésről való betegtájékoztatás,
- pszichiátriai kezelés során a betegjogokról való informálás⁵⁰,
- női-ivarsejt adományozás⁵¹,
- művi meddővé tétel⁵²;
- transzplantációs eljárások⁵³,
- homeopátiás gyógyszer alkalmazása.

4. Tájékoztatási kötelezettség

A jogalkotó - ahogyan ezen fejezet elején is említésre került - nemcsak betegjogi, de a betegellátó kötelezettsége oldaláról is rögzítette a tájékoztatást. Hangsúlyozza, hogy a személyre szabott, adott

⁴⁹ Eütv. 159. § (3)

⁵⁰ Eütv. 191. § (2)

⁵¹ Eütv. 168. § (6)

⁵² Eütv. 187. § (2)

⁵³ Eütv. 209-210/A. §

ellátásra konkretizált, részletes, fokozatos, körültekintő, érthető, szóbeli, tárgyilagos, valóságos tájékoztatási kötelezettség a betegellátót általában véve az Eütv. 13. § (2) bekezdése szerint terheli.

A tájékoztatás leggyakrabban a diagnózisra, a prognózisra, a javasolt kezelésekre, vizsgálatokra, azok elvégzésének, elmaradásának kockázatai, a lehetséges szövődményekre, a javasolt életmódra, és a beteg döntési jogára terjed ki. E körben álláspontom szerint ki kell térni arra az Eütv. -ben rögzített elvárásra, miszerint az orvosnak teljeskörű és egyéniesített tájékoztatást kell nyújtania a betegnek. Vajon fel tudja-e mérni az orvos a gyakorlatban, hogy mire terjed ki a beteg tudata, milyen a beteg általános hozzáállása a betegségekhez, okoz-e a betegben olyan indokolatlan riadalmat, amely ahhoz vezet, hogy éppen a teljeskörű, mindenre kiterjedő tájékoztatás nyújtásával okoz nagyobb „kárt”, mint a kevésbé mélyreható, átfogóbb jellegű tájékoztatás választásával. Persze kétségtelen, hogy ez esetben könnyen kimenti magát egy esetlegesen megindított kártérítési perben, de álláspontom szerint nem ennyire fekete vagy fehér ennek a megítélése. Vajon életszerű-e az a gondolat, hogy a beteg pont azért hozza meg a kezelést elutasító döntését, mert egy olyan kis százalékban bekövetkező szövődménytől riad meg, amely miatt az orvos által kínált kezelés elmaradása végső úton a halálához vezet. Az orvos oldaláról megközelítve pedig, vajon mennyire elvárható az orvostól, hogy ténylegesen mindenre kiterjedő, részletes, átfogó tájékoztatást nyújtson olyan szövődményekről is, amelyeket lehet, hogy a szakkönyvek felvetnek, de az előfordulási gyakoriságuk olyan páratlan, hogy ha arányba kell állítani egy kezelés fontosságát, egyértelmű, hogy merre kellene, hogy elbillenjen az a mérleg nyelve.

Nemcsak a jogalkotó és a bírói gyakorlat szabályozza és formálja ugyanakkor a betegellátó tájékoztatási kötelezettségét, és e körben a betegjogok érvényesülését, hanem az Országos Betegjogi, Ellátottjogi, Gyermekjogi és Dokumentációs Központ is ajánlást dolgozott ki a betegek egységes és teljeskörű tájékoztatási gyakorlata körében. Az ajánlás kibocsátásának célja a kártérítéshez vezető súlyos események minimalizálása és a magasabb fokú megbízhatóság elérése. A tájékoztatás általános jelleggel nyújt információkat a fekvőbeteg ellátást igénybe vevő betegek intézményi ellátásával kapcsolatban, beleértve az intézmény megközelítését, a betegfelvételt, a látogatás rendjét, az intézet használatát, a gyógyszerelést, a betegszállítást, a betegek elbocsátását, a betegazonosítást, a hulladékkezelést, az értéktárgyak megőrzését. Emellett kiterjed az ajánlás a betegjogokra és azok érvényesítésére, a térítési díj ellenében igénybe vehető szolgáltatásokra, a

betegek kötelezettségeire, az önrendelkezési jog gyakorlására, és a betegjogi képviselők eljárására. Lényegében elmondható, hogy nagyon általános, az ellátás kereteit csak nagy vonalakban körbejáró, és tulajdonképpen csak a fekvőbeteg-ellátásra fókuszáló tájékoztató-mintáról van szó. Lényegében egy általános, nem egyediesített házirendről van szó, az egyes beavatkozásokhoz kapcsolódó tájékoztatásnak távolról sem elegendő, utóbbi okán a speciális betegtájékoztatókat, a teljeskörű és egyéniesített tájékoztatást és orvosi utasítást, az alternatívák ellátásokról történő tájékoztatást, vagy a beteg életmódjának meghatározására tett javaslatot nem helyettesíti.⁵⁴

A Pécsi Ítéltábla Pf.III.20.444/2016/5. számon hozott ítéletében rámutatott arra, hogy a tájékoztatás részletességét illetően nem támasztható egységes követelmény egy műtéti beavatkozás vagy egy diagnosztikus vizsgálat vonatkozásában, mint mondjuk egy előírt gyógyszer mellékhatásait illetően, figyelemmel arra, hogy a gyógyszer adagolását és mellékhatásait illetően a betegnek eleve rendelkezésére áll egy tájékoztató. Ezen konkrét esetben elegendő volt a gyógyszer adagolására és szedésének időtartamára kiterjedő tájékoztatás, és egy figyelemfelhívás, hogy bármely változás esetén forduljon orvoshoz, hiszen ezzel a betegnek tudatában kellett lennie annak, hogy gyógyszerelése meddig és miként zajlik, és az egészségi állapotában bármi nemű hátrányos változást érez, úgy keresse fel kezelőorvosát, hiszen a betegről, általános élettapasztalata alapján is elvárható, hogy idejében orvoshoz forduljon.⁵⁵

VI. rész: A tájékoztatási kötelezettség elmulasztása a bírói gyakorlatban

A tájékoztatási kötelezettség betartásának kártérítési jogi szempontú fontosságát két kiemelkedő jelentőséggel bíró bírósági döntéssel szemléltetem, amely egy eset kapcsán hozott két közbenső ítélet.

1. BH2001.65.

A felperest az alperes idegsebészeti osztálya vette fel, hogy kivizsgálják, illetőleg a nyaki gerinc problémáját esetleges műtéttel oldják meg. A képpalkotó vizsgálatra, majd ezt követően a műtetre is

⁵⁴ Országos Betegjogi, Ellátottjogi, Gyermekjogi és Dokumentációs Központ ajánlása a betegek egységes tájékoztatására (forrás: www.obdk.hu, frissítve 2016. március 24.)

⁵⁵ JULESZ Máté: Orvosi jog működés közben, A hálapénztől a kártérítésig, Medicina könyvkiadó, 2018.

sor került. A műtét alkalmával gerincvelő-károsodás következett be. A felperes állapota rosszabbodott, ezért másnap ismételten megoperálták. A műtét következtében a felperes egészségkárosodást szenvedett, ideg- és gerincvelő sérülést szenvedett.

A felperes keresetében kártérítés megfizetésére kérte az alperes kötelezését. Azt állította, hogy orvosai a műtét várható szövődményeiről nem tájékoztatták, csupán azt állították, hogy az állapota ennél jobb lesz. Ezért nem volt abban a helyzetben, hogy a kockázat ismeretében döntse el, vállalja-e az adott beavatkozást.

A közbenső ítélet indokolása szerint az alperes még a felvétel napján, lényegében a műtétet megelőző vizsgálatok megkezdése előtt íratott alá a felperessel egy *teljesen általános szövegű hozzájáruló nyilatkozatot*, amelynek *tartalmából nem állapítható meg, hogy a tájékoztatás, illetőleg felvilágosításadás mire terjed ki, milyen körű és mélységű volt*. Ennek következtében a felperes keresetének helyt adó elsőfokú közbenső ítélet, és azt helybenhagyó másodfokú ítélet született. Az alperes az ítélettel szemben felülvizsgálati eljárást kezdeményezett, felülvizsgálati kérelem nem volt alapos. A Legfelsőbb Bíróság kimondta, hogy az alperes kártérítési felelősségének jogalapja nem a műtét során bekövetkezett hiba, hanem a tájékoztatási kötelezettség megsértése volt, mert orvosai az őket terhelő tárgyilagos, részletes, körültekintő és a valóságnak megfelelő tájékoztatást nem adták meg a felperes részére.

2. EBH2001. 428

Az ügy tényállása tehát megegyezik a BH 2001.65. számú határozatban foglaltakkal.

„A felperes keresetében kártérítés megfizetésére kérte az alperes kötelezését. Azt állította, hogy orvosai a műtét várható szövődményeiről nem tájékoztatták, csupán azt állították, hogy az állapota ennél jobb lesz. Ezért nem volt abban a helyzetben, hogy a kockázat ismeretében döntse el, vállalja-e az adott beavatkozást.

Az elsőfokú bíróság közbenső ítéletével megállapította: az alperes kártérítési felelőssége fennáll abban, hogy a felperesnek a nyaki gerincműtét folytán olyan mértékű gerincvelő-károsodása következett be, amellyel okozati összefüggésben a műtét előtti 67%-os mértékű rokkantsági foknak megfelelő egészségi állapota 100%-os mértékűre súlyosbodott.

A közbenső ítélet indokolása szerint az alperes még a felvétel napján, lényegében a műtétet megelőző vizsgálatok megkezdése előtt íratott alá a felperessel egy teljesen általános szövegű hozzájáruló

nyilatkozatot, amelynek tartalmából nem állapítható meg, hogy a tájékoztatás, illetőleg felvilágosítás-adás mire terjed ki, milyen körű és mélységű volt.

Az alperesnek tájékoztatnia kellett volna a felperest arról, hogy a műtéttel esetenként - egy-három százalékos gyakorisággal együtt járó szövődmény lehet az ideg- és gerincvelő-károsodás, amely a beteg állapotát lényegesen súlyosbítja. Az alperes nem bizonyította, hogy erről a lehetséges szövődményről - amely olyan súlyú károsodáshoz vezethet, amelyről a betegnek mindenképpen tudomást kell szereznie - a felperest tájékoztatta. Ezért a felperes a tájékoztatás hiányában nem volt abban a helyzetben, hogy eldöntse: vállalja-e a kockázatok ismeretében a műtétet vagy ahhoz nem járul hozzá.

A másodfokú bíróság az elsőfokú bíróság közbenső ítéletét helybenhagyta.

Az alperes az ítélettel szemben felülvizsgálati eljárást kezdeményezett, felülvizsgálati kérelem nem volt alapos. A Legfelsőbb Bíróság kimondta, hogy az alperes kártérítési felelősségének jogalapja nem a műtét során bekövetkezett hiba; hanem a tájékoztatási kötelezettség megsértése volt, mert orvosai az őket terhelő tárgyilagos, részletes, körültekintő és a valóságnak megfelelő tájékoztatást nem adták meg a felperes részére.

A töretlen bírói gyakorlat értelmében tehát „a kórház kártérítési felelősséggel tartozik, ha a tárgyilagos, részletes, körültekintő és a valóságnak megfelelő tájékoztatást a betegnek nem adják meg. A betegnek a kórházba való felvétele során adott, a kivizsgálásba, kezelésbe és műtétbe beleegyező nyilatkozata önmagában nem alkalmas annak bizonyítására, hogy a beteg a műtét előtti megfelelő tájékoztatást megkapta.”

A kockázatról való tájékoztatással kapcsolatban megállapítható, hogy a betegellátónak az általában ismert, lehetséges és súlyos mellékhatásokról és szövődményekről feltétlenül tájékoztatást kell adnia, és nem elsősorban a szövődmények vagy mellékhatások előfordulásának gyakorisága, hanem a beteg döntésére, az önrendelkezési jogának gyakorlására gyakorolt hatása és a súly a bír relevanciával.

VII. rész: Nemzetközi kitekintés - a német, az osztrák és a svájci sajátosságok

A fentiek tükrében megállapítható tehát, hogy az egészségügyi szolgáltató (orvos) és a beteg között egy szerződéses jogviszony jön létre, amelynek jogi megítélésével mind a hazai, mind pedig a külföldi

szakirodalom sokat foglalkozik.⁵⁶ Abban a kérdésben azonban egységes az álláspont, hogy az egészségügyi szolgáltató keretében dolgozó orvos a gondos eljárásra vállal kötelezettséget, nem pedig eredmény elérésére, azaz a betegellátó és a beteg közötti jogviszony gondossági kötelem.⁵⁷ Hasonlóképpen vélekedik a hazai jogirodalom is: Kemenes István szerint „az orvosi jogviszony rendszerint tehát gondossági kötelem, megbízási jellegű, azon belül azonban sui generis kezelési szerződés.”

A teljes nyugat-európai joggyakorlat alapján elmondható, hogy a beteg - vagy még inkább páciensek által, a betegellátóval szemben kezdeményezett kártérítési perek körébe nemcsak az orvosi beavatkozások körében felmerülő felróható magatartás (orvosi hiba) és az annak következtében bekövetkezett kár (egészségkárosodás vagy halál) okán kezdeményezett eljárás tartoznak, hanem magába foglalja a kezelés körében előforduló hibákat is, így az anamnézis és a diagnózis felállítását, a profilaxist, az utógondozást és különösen a beteg részére nyújtott felvilágosítást és tanácsadást (tájékoztatás és dokumentációs kötelezettség), tehát lényegében felöleli az egész orvosi tevékenység során felmerülő kérdések összességét.⁵⁸

Az alábbiakban három nyugat-európai ország vonatkozásában emelnék ki lényegesebb momentumokat az egészségügyi szolgáltatók kártérítési felelőssége vonatkozásában:

1. Németország

Németországban a hetvenes éveket megelőzően sajátos felfogás alakult ki az orvosi beavatkozásokat illetően: kezdetben a büntetőjogi szemlélet uralkodott, azaz, hogy az orvosi beavatkozás az esetek jelentős részében "testi sértést" valósít meg. Ez alól kivételt jelentett - azaz kizárta az orvos felelősségét, amennyiben az orvos szakmai hivatásának szabályai szerint járt el. Ez volt a

⁵⁶ DÓSA Ágnes: A tájékozott beleegyezés az európai államok jogában és a nemzetközi dokumentumokban. Acta Humana, 1996. 25. sz. 47-61.

Németországra vonatkozóan lásd: GIESEN, D.: Arzthaftungsrecht. Mohr, Tübingen, 1995. Rn. 202.; Svájcra vonatkozóan lásd: EISNER, B.: Die Aufklärungspflicht des Arztes. Huber, Bern, 1992. 24.; Ausztriára vonatkozóan lásd: ENGLJÄHRINGER, D.: Ärztliche Aufklärungspflicht vor medizinischen Eingriffen. Orac, Wien, 1996. 3., más európai országok vonatkozásában ld. Koziol, H.: Österreichisches Haftpflichtrecht. II. Manz, Wien. 1984. 120.

⁵⁷ BARZÓ Tímea dr.- Barta/ Barzó/Csák (szerk.): Az egészségügyi tevékenységgel kapcsolatos kárfelelősségi kérdések, Magyarázat a kártérítési jogról, Wolters Cluwer Hungary, Budapest, 2018, ad 431. oldal

⁵⁸ SALAMONNÉ DR. PILTZ : i.m. 237-238.

tulajdonképpen "orvosi műhiba". Ez a szemléletmód azonban tarthatatlannak bizonyult, így kezdett kialakulni a "kezelési hiba" fogalma.

Ezzel párhuzamosan kezdett el kikristályosodni az a szemlélet, hogy a beteg és az egészségügyi szolgáltató között szerződéses jogviszony jön létre, ezért a betegellátó felelősségét a kontraktuális felelősség szabályainak alkalmazása mellett ítélték meg. A szerződési rendszerben a "szolgáltatási szerződés" keretében szabályozták ezen jogviszonyt. A ma hatályos elképzelés már ekkor is megjelent, azaz, hogy az orvos "eredménygarancia" nélkül, "gondosan" végzi a kezelést, viszont előfordulhat, hogy a beavatkozásnak "eredményt" kell elérnie (pl. fogászati, kozmetikai beavatkozások egy része stb.). Ezekben az esetekben a munkaszerződés eredményfelelősségi szabályait alkalmazták.⁵⁹

A német jogirodalomban először 1962-ben merült fel, hogy beleegyezés - tájékoztatás kérdését jogilag szabályozni kellene,⁶⁰ az első ezzel kapcsolatba hozható bírósági ítélet azonban még a XIX. századból származik. Eleinte az ítéletek csak a beleegyezéssel és az önkényes orvosi kezeléssel foglalkoztak, a tájékoztatást még nem említették.

1894-ben született egy ítélet, amelyben az elsőfokú bíróság elmarasztalt egy orvost, aki egy hétéves kislányon életmentő lábamputációt hajtott végre a gyermek édesapjának kifejezett tiltakozása ellenére.

1908-ban pedig szintén marasztaló ítélet született egy orvos ellen, amely ítélet rögzítette, hogy a hatéves gyerekek a kórházi elhelyezésébe történő beleegyezés nem jelent egyben műtéti beleegyezést is.⁶¹

Az első ítélet, amely már kifejezetten a tájékoztatási kötelezettséggel foglalkozik, 1912-ből származik: ebben az ítéletben a bíróság akként foglal állást, hogy a beteg teljes körű tájékoztatása nem kötelessége az orvosnak, és egy operációval kapcsolatos minden kockázat ismertetése szükségtelen félelmeket kelthet benne, ami esetleg elrettentheti az egyébként szükséges műtét elvégzésétől.

⁵⁹ JOBBÁGYI Gábor: *Az orvosi kezelési szerződés az osztrák jogban* (MJ, 2014/6., 372-377. o.)

⁶⁰ DÓSA Ágnes: *Az egészségügyi szolgáltató kártérítési felelőssége a tájékoztatás elmulasztásáért*, ÁJT, 2002/1-2., 37.

⁶¹ Mindkét esetet idézi: TEMPEL, O.: *Inhalt, Grenzen und Durchführung der ärztlichen Aufklärungspflicht unter Zugrundelegung der höchstrichterlichen Rechtsprechung*. Neue Juristische Wochenschrift, 1980. 609.

Az első jelentős ítélet ezen a téren egy büntetőbírósi ítélet volt 1932-ből, amelyben a bíróság kimondta, hogy "még olyan súlyos megbetegedés esetén is, mint a rák, a betegnek érdekében áll és igénye lehet arra, hogy az orvos, akiben a beteg megbízik, a valóságnak megfelelően tájékoztassa a betegségéről." A bíróság ugyanakkor azt is leszögezte, hogy lehetnek kivételek, "amikor a beteg személyisége, a testi és lelki állapota mentesíti az orvost a teljes körű tájékoztatás kötelezettsége alól".⁶²

1940-ben született, a tájékoztatási kötelezettség körében született ítélet alapján képező ügyben a felperes betegnél melldaganatot diagnosztizáltak, szövettani vizsgálat szerint a tumor jóindulatú volt. A felperes csak a tumor eltávolításába egyezett bele, de a műtét során a mellét teljes egészében eltávolították. A bíróság alaposnak találta a keresetet, és megítélte a kártérítést, egyben kimondta a megfelelő tájékoztatáson alapuló beleegyezés szükségességét, és azt is leszögezte: ha a beleegyezéssel együtt járó tájékoztatás a beteg hangulatának, vagy egészségi állapotának kedvezőtlen változását eredményezi, ez olyan elkerülhetetlen hátrány, amivel számolni kell.⁶³

A második világháborút megelőzően az ítélkezési gyakorlat visszafogottan közelítette meg a tájékoztatás kérdését, és ezt alapvetően két okkal magyarázták: a tájékoztatás ne veszélyeztesse a gyógykezelés sikerét, valamint, hogy az orvos megtalálhassa azt a "jogmentes" mozgásteret, ahol maga határozhatja meg a tájékoztatás módját és terjedelmét. A második világháborút követően azonban a tájékoztatás terjedelmére vonatkozó restriktív megközelítést elvetették, immáron a jogalkalmazás azokra az ítéletekre támaszkodott, amelyek a tájékoztatással kapcsolatban szigorúbb követelményeket támasztottak.⁶⁴

2. Ausztria

Ahogy hazánkban és a német jogban, határozott a gyakorlat a körben, hogy a beteg és orvos (betegellátó) között szerződéses jogviszony van, melynek megsértése esetén a szerződésszegés szabályait kell alkalmazni.⁶⁵ A szerződés - önálló szerződésnem az orvosi kezelési szerződés - a

⁶² Dósa: i.m. 35-36.

⁶³ Urt. v. 8. März 1940. RGZ, Bd. 163. (1940) 129.

⁶⁴ Dósa 36-37.

⁶⁵ Dienstvertrag

betegjogok széles spektrumát fogja át, ily módon a szerződészegés a betegjogok sérelmét jelenti megalapozott kárigény esetén. Néhány esetben - hasonlóan Németországhoz - a bírói gyakorlat az orvos gondos eljárása mellett eredményfelelősséget állapított meg. A betegjogokat nem emelik jogszabályi szintre, azt a bírói gyakorlat munkálta ki, melynek erős polgári jogi háttere van. A bírói gyakorlat és a polgári jogtudomány között a gyakorlatban ellentét nincs.⁶⁶

A tájékoztatási kötelezettség és az orvos-beteg jogviszony tekintetében két meghatározó legfelsőbb bírósági döntést kell kiemelni:

- A Legfelsőbb Bíróság 19B.2 06. 1982. döntése szerint az orvosi tájékoztatás alapja a beteg önrendelkezési joga. Ez magában foglalja - többek között - a beavatkozás következményeiről való tájékoztatást, majd ennek alapján a beteg beleegyezését a beavatkozásba.⁶⁷
- A Legfelsőbb Bíróság 1992. 11. 12.-i döntése, s a kezelési szerződés körében kiemeli a tájékoztatási kötelezettséget. Ennek alapja, hogy az orvosi beavatkozás a legtöbb esetben testi sértést jelent, s ezzel (elvileg)sérti a beteg jogait, s így (elvileg) jogellenes - viszont a beteg tájékoztatáson alapuló beleegyezése a kezelési szerződés alapján jogossá teszi a beavatkozást.⁶⁸

Ezzel összefüggésben az egyes bírói döntésekben jelennek meg a betegjogok - s ezzel kapcsolatban az orvosi kötelezettségek:

- Az orvos köteles az orvostudomány fejlődéséről - a konkrét eset kapcsán - tájékoztatni (a beteget).⁶⁹
- A betegnek a kórházi felvételkor nincs joga, hogy meghatározza, melyik orvos operálja. Ha egy orvos a tájékoztatást megadta a betegnek, az operáló orvosnak már nem kötelessége tájékoztatást adni.⁷⁰
- A tájékoztatás során a kezelőorvos a diagnózisról, a kezelési lehetőségekről és a következményekről köteles tájékoztatni a beteget.⁷¹

⁶⁶ JOBBÁGYI i.m. 372-377.

⁶⁷ 3.06. 545/82. 1982.06.23. lásd részletesen Dieter Kindel, Verlag Österreich 2009. 38-41.

⁶⁸ JOBBÁGYI i.m. 372-377./ OGH. 806. 628/92.

⁶⁹ SCHWIMANN: AGBG Praxis Kommentar Lexis Nexis 2006. Wien Band 5 545. és Prof. dr. R. Dietrich-H. Tades: Manzsche-Verlag, Wien 2009., AGBG 37. Auflage 2026. - 12. 9. 1990. sz. 63/152

⁷⁰ 131/03 s. sz. 2003/12

⁷¹ 3. ob. 87/00s. R.dm/21.15. lsd. 98. szám alatt 2028

- A kezelőorvosnak nem teoretikus, hanem adekvát következményekről kell tájékoztatni a beteget, a diagnózis után a kezelésről, hogy a betegek a lehetséges következmények ismeretében választhassanak a lehetőségek között.⁷²
- Ha a tájékoztatás időpontjában nincs több lehetőség közül választani a betegnek, az orvosnak nem kell további kezelési lehetőségekről tájékoztatni.⁷³
- Ha a kezelés előtt a beteg a lehetséges következményeket megismerte, eldöntheti, beleegyezik-e a beavatkozásba. Ha az orvos tájékoztatott a beavatkozás elmaradásának következményeiről, nem felelős kezelési hibáért.⁷⁴
- A tipikus veszélyeit az operációnak a tervezett speciális beavatkozás előtt közölni kell.⁷⁵
- Az operáció 1-2%-os fertőzésveszélyéről nem kell tájékoztatni a beteget.⁷⁶
- A tájékoztatás során elsődleges a beteg sorsa, jóléte, s csak másodlagos az önrendelkezési joga.
- Az operáció előtt a tipikus veszélyforrásokról kell tájékoztatni, függetlenül azok statisztikai valószínűségétől (pl. golyvaoperációnál a rizikófaktor 0,8%-1,4% - de erről tájékoztatni kell).⁷⁷
- Nem kell a tájékoztatás során közölni - ha az operáció szükséges - az alacsony rizikószintet (0,2-0,4%).⁷⁸
- Egy kozmetikai operáció előtt, ahol nem szükségszerű a beavatkozás, az orvosnak különösen részletes felvilágosítást kell adnia a lehetséges veszélyekről - beleértve a pszichológiai következményeket is.⁷⁹

Az osztrák bírói gyakorlatban egymás mellett érvényesül a kontraktuális és a deliktuális felelősség:

1904-ből származik az az első ítélet, amely megállapította egy orvos tájékoztatási kötelezettségét és ennek elmulasztása okán elmarasztalta. Az ügyben röntgenbesugárással végeztek a betegen szőrtelenítést, amelynek következtében súlyos, maradandó károsodás alakult ki.⁸⁰

⁷² 7.9. 1993. R.dm 1994. 27. - lsd. 98. szám alatt 2029

⁷³ 3. ob.229/04. R.dm 2005/61.84. - lsd. 98. szám alatt 2029

⁷⁴ 7. ob.165/99. - lsd. 98. szám alatt 2029

⁷⁵ 25.1.1994. sz. 67/9 R.dm 1994.121. - lsd. 98. szám alatt 2031

⁷⁶ 7.9. 1993. R.dm 1994. 27. - lsd. 98. szám alatt 2032

⁷⁷ 23. 6. 1982. sz. 55/114. - lsd. 98. szám alatt 2033

⁷⁸ 3.06. 11/08. 2008/63. - lsd. 98. szám alatt 2035

⁷⁹ 4. 7. 1991. RdW 1992.8. - lsd. 98. szám alatt 2035

⁸⁰ BARTH-GANNER: Handbuch des Sachwalterrechts Linde, Wien, 2010. 202-218.

A bírói gyakorlat fejlődését a tájékoztatási kötelezettség elmulasztása körében két szakaszra szokták osztani. A kb. 1985-ig a tájékoztatási kötelezettség szűkebb értelmezése jellemezte, majd az ezt követően jelentősen megváltozott az ítélkezési gyakorlat, és egyre szigorúbb követelményeket fogalmazott meg a tájékoztatással kapcsolatos elvárások terén.⁸¹

3. Svájc:

Svájcban viszonylag ritka az egészségügyi szolgáltatókkal szemben indított kártérítési eljárás⁸². Az egészségügyi szolgáltatókkal szemben indított kártérítési perek száma a kilencvenes évek elejétől azonban emelkedni kezdett. Egységes a gyakorlat abban, hogy az orvos tájékoztatási kötelezettségét a beteg személyiségi jogából vezeti le: "a beavatkozás elvégzéséhez szükség van a tájékozott beteg beleegyezésére, ez közvetlenül következik a személyes szabadsághoz és a testi integritáshoz fűződő jogából. Ha az orvos nem szerzi be a beteg tájékozott beleegyezését annak ellenére, hogy ezt megtehetette volna, az a kockázat, amelyet általában a beteg visel, átszáll az orvosra."⁸³ Nincs egységes gyakorlat azonban a tekintetben, hogy az egészségügyi szolgáltató a kontraktuális vagy a deliktuális felelősség szabályai szerint felel a tájékoztatási kötelezettségének elmulasztásából eredő kárfelelőssége esetén.

4. A német, osztrák és a svájci jog

Ami a német, az osztrák és a svájci jogban egyezik, hogy az orvos-beteg kapcsolatot szerződésnek fogják fel, amely gondossági kötelem. Arra a problémára, hogy a gyógykezelés során kit kell a beteg szerződéses felének tekinteni, a bírói gyakorlat alapvetően három megoldást dolgozott ki⁸⁴ :

A teljes kórházi kezelésre vonatkozó szerződés (totaler Krakenhausaufnahmevertrag):

A beteg által kötött szerződés ez esetben magába foglalja az egészségügyi, ápolási, és hotelszolgáltatásokat is. A beteg a keresetet a kórház ellen terjeszti elő, mindazon károk vonatkozásában, amelyeket akár a gyógykezelés vagy az ápolás során elkövetett mulasztással, illetve

⁸¹ JOBBÁGYI: 372-377.

⁸² Pl. Daniela Engljählinger: Aufklärungspflicht vor medi-zinischen Eingriffen, Wien, ORAC, 1996. 37., Barta: Zivilrecht. WUV. Univ. Verlag 2004. 36-38.

⁸³ H. Barta: Zivilrecht WUV. Universitätsverlag, Wien, 2004., Teil 2., 679., 685., és 688.

⁸⁴ JOBBÁGYI: i.m. 372-377. o.)

a szervezési hiányosságokkal okoztak. Ez esetben a beteg és az őt közvetlenül kezelőorvos között jogviszony nem keletkezik.

A teljes kórházi kezelésre vonatkozó szerződés a közvetlenül a kezelőorvossal kötött szerződéssel kiegészítve:

Ilyenkor a beteg a kórház mellett közvetlenül az orvossal is szerződéses kapcsolatba lép. A beteg igényét ilyenkor is közvetlenül a kórházzal szemben érvényesítheti.

Osztott kórházi kezelésre vonatkozó szerződés (gespaltener Krankenhausaufnahmevertrag):

A beteg az orvosi kezelés vonatkozásában az orvossal, az egyéb szolgáltatások vonatkozásában pedig a kórházzal kerül szerződéses jogviszonyba. Ilyenkor a beteg a kezelési hibából eredő igényét az orvossal szemben, egyéb, az ápolás, hotelszolgáltatás körében okozott károk megtérítése iránti igényét pedig a kórházzal szemben érvényesítheti.⁸⁵

A német, osztrák, svájci gyakorlatban jogszabály nem írja elő, hogy írásba kell foglalni a beteg tájékoztatását és beleegyezését, így számos ítéletben kellett a bíróságnak a bizonyítási eljárást a szóbeli tájékoztatás terjedelmére és megfelelőségére vonatkozóan lefolytatni.⁸⁶

A beleegyezés-tájékoztatás gondolatkörében a német bírói gyakorlat dolgozta ki az alábbi, három lépésből álló gondolatmenetet, amelyre később az osztrák és a svájci bíróságok is nagymértékben támaszkodtak.

- Az orvosnak nincs joga a beteget akarata ellenére kezelni, az orvos és a beteg közötti jogviszony a beteg megbízásán alapul, amely bármikor egyoldalúan megszüntethető.
- A gyógykezelés érdekében végzett orvosi beavatkozás a testi épséghez való megsértését jelenti, amely csak akkor nem jogellenes, ha valamely jogellenességet kizáró ok áll fenn. Ilyen jogellenességet kizáró ok a beteg érvényes beleegyezése.
- A beleegyezés érvényességének feltétele a beavatkozás lényegéről és következményeiről való megfelelő tájékoztatás.⁸⁷

⁸⁵ DÓSA: i.m. 34-35. o.

⁸⁶ DÓSA: i.m.70-71. o.

⁸⁷ TEMPEL: i.m. 609-617.

VIII. Összegzés

Az orvosi jogviszony, azaz az orvos és a beteg között létrejött szerződés, és annak elhelyezése a jogrendszerben világszerte vitatott. Bár a felek jogaira-kötelezettségeire világszerte részletes szabályok születtek, rendkívül gazdag a bírói gyakorlat, s a szakirodalom e kérdésben, ennek ellenére az orvosi jogviszony elhelyezésére a polgári törvénykönyvek szabályai körében még sehol nem került sor.

Két kérdésben azonban egyetértés van világszerte, s így hazánkban is - a szakirodalomban.

- a. Az orvosi jogviszony fő alanyai - orvos-beteg - között polgári jogi kapcsolat van, ahol a felek autonómok, egyenjogúak és mellérendeltek.
- b. Az orvos és beteg között polgári jogi szerződés van, melynek elnevezése és elhelyezése azonban vitatott.⁸⁸

Mindebből következik, és ebben mind a hazai és mind a nyugat-európai országok is egyetértenek, hogy az orvos és a beteg között - néhány kivételtől eltekintve - gondossági kötelelem keletkezik, ennek ellenére azonban az alperes egészségügyi szolgáltató a deliktualis felelősség szabályai szerint felel. Egyetértenek azzal az osztrák és német rendszerrel, amely kiemel néhány egészségügyi szolgáltatást a tisztán gondossági kötelemek közül, és eredményfelelősséget kapcsol hozzá: ilyenek például a fogászati ellátások és a kozmetikai szolgáltatások egy része. Ennek magyarországi implementálását indokoltá teszi az invazív és non-invazív plasztikai beavatkozások emelkedő tendenciája, valamint a fogászati kezelések körében megvalósuló, kiemelkedő jelentőséggel bíró tudományos forradalom. Emellett azonban találunk még olyan orvos-beteg jogviszonyokat, amelyek szintén eredményköteleme jellemző sajátossággal bírnak: ilyenek például a művi terhességmegszakítás, a sterilizáció, a művi megtermékenyítés.

Ami a tájékoztatási kötelezettség elmulasztásából eredő kárfelelősséget illeti, a jogi és az orvosi szakma is egyetért abban, hogy nehéz meghatározni, mi számít „elegendő” tájékoztatásnak, mely kockázatokról kell a beteget a beavatkozás elvégzése előtt tájékoztatni, legyen szó akár műtétről, egyéb alap- vagy szakellátásról, de akár egy védőoltásról is. Szemben a legtöbb nyugat-európai

⁸⁸ JOBBÁGYI Gábor: Az orvos-beteg jogviszony az új Ptk.-ban (Polgári Jogi Kodifikáció 15. oldal)

országgal, a jogalkotó igyekezett megkönnyíteni e körben a betegellátók egységes gyakorlatának kialakulását azzal, hogy átvette az egészségügyi szolgáltatók tájékoztatási kötelezettsége körében kimunkált bírói gyakorlatot, és törvényi szintre emelte a tájékoztatáshoz való jogot, mint alapvető betegjogot, és az orvos tájékoztatási kötelezettségének milyenségét (írásbeli vagy szóbeli), terjedelmét.

Álláspontom szerint lényegi kérdés, hogy - annak ellenére, hogy az orvos és a beteg között kiemelkedő jelentőséggel bíró információs aszimmetria van - a tájékoztatás kötelezettsége nemcsak az orvos egyoldalú, objektív kötelezettsége, de a beteg kiemelt érdeke is, hogy az információhoz lehető legszélesebb körben hozzájusson, így „kárenyhítési” kötelezettsége körében indokolt, hogy éljen kérdései jogával, kérjen részletes tájékoztatást, mert csak így élhet szükség esetén önrendelkezési jogával is. Osztom azt az álláspontot, hogy az egészségügyi szolgáltatót kárfelelőssége körében szigorúbb kimentési szabályok terheljék, ugyanakkor álláspontom szerint alapvető elvárás a beteg részéről, hogy egészségük megőrzéséhez szükséges információszerzés körében úgy járjon el, ahogy az az adott helyzetben általában elvárható - azaz kérdezzen!

A tájékoztatási kötelezettség elmulasztására alapított igényérvényesítés emelkedő számának tagadhatatlan oka, hogy kevésbé interdiszciplináris, mint más „műhiba perek”, figyelemmel arra, hogy az erre alapított keresetek elbírálása lényegesen kisebb részben szakértői kérdés, sokkal inkább jogi probléma.