

JOGI FÓRUM PUBLIKÁCIÓ

**Az egészségügyi szolgáltatók kártérítési felelőssége,
különös tekintettel a kárfelelősségi kimentés speciális szabályaira**

Szerző:

dr. Kovács Adrienn

Budapest, 2024. május 20.

Előszó

Dolgozatom célja az egészségügyi szolgáltatók felelősségi viszonyrendszerének, valamint e viszonyrendszer egyes elemeinek a bemutatása azzal, hogy e komplex felelősségi rendszernek az etikai és foglalkozási szabályait csupán a teljesség kedvéért érintve az egészségügyi szolgáltatók polgári jogi felelősségét, azon belül a kártérítési felelősség területét vizsgálom, nagy hangsúllyal a bírói gyakorlat bemutatására.

A bevezető részben szeretnék képet adni arról, hogy az orvoslás, illetőleg orvostudomány fejlődésével hogyan alakult és miként változott évszázadokon át az orvos és beteg viszonya, ebből adódóan pedig a gyógyítóval szembeni elvárás és felelősségi mérce.

Kiemelten vizsgálom az egészségügyi szolgáltatók tájékoztatási és dokumentálási kötelezettségét, ehhez kapcsolódóan az ezek elmaradására alapított igényekkel kapcsolatos bírói gyakorlatra is kitérek.

Külön figyelmet szentelek a gyógyulási vagy túlélési esély elvételére alapított igények bemutatására, melyek értékelése és megítélése talán a legviharosabb szakmai vitákat hívta elő mind a külföldi, mind a hazai jogirodalomban és gyakorlatban.

Elengedhetetlen tartom, hogy szót ejtsek a tanulmányban a sérelemdíj bevezetéséről, a sérelemdíj dogmatikai és gyakorlati aspektusairól az egészségügyi kártérítési perekben és bemutassam a sérelemdíj mértéke tekintetében kialakuló bírói gyakorlatot, tekintettel arra, hogy az egészségügyi káresemények jelentős része személyhez fűződő jogot is sért, melyből adódóan az orvos, illetve az egészségügyi szolgáltató felelősségével kapcsolatban egyre hangsúlyosabban jelennek meg a személyiségi jogok megsértéséből eredő sérelemdíj-igények.

Bevezetés¹

A XX. századtól kezdődően az orvos és beteg viszonya, az orvos tevékenységének etikai alapon való megjelenése és kizárólagossága egyre erőteljesebben a jogviszony színezetét ölti.

A XIX. században jelent meg a klinikai orvoslás, mégpedig egy biomedikális modellre épülve. Ebben az orvos mindent tud, a beteget kezelése tárgyának tekinti, a beteg az ő szaktudásának tárgya, paternalista alapon gyógyít. Az orvos eszerint a rendszer szerint megszerezte az orvostudományok összességét, elmélyült abban, és a betegen mint tudása tárgyán, mindenféle változásokat idéz elő, ha tud.

Ezzel szemben a XX. század a biológiai tudomány, az orvostudomány és a genetika hihetetlen fejlődésének, főleg eszközeik miatti felfutásának hatása alatt áll. Ezzel egyidőben zajlik a társadalom tagjainak öntudatra ébredése, a beteg fokozatosan az orvosi beavatkozás mellérendelt szereplőjévé válik. Az orvostudomány fejlődése olyan hihetetlen mértékű, mely megengedhetetlenné teszi, hogy az egyre inkább öntudatára ébredő beteg az orvosi beavatkozások passzív tárgya legyen, alapvetően megváltozott tehát a mindentudó orvos és a passzív beteg viszonya.

A legalapvetőbb változás az egész orvosi jogviszony alapvető teorémája, az „informed consent”: a beteg teljes tájékoztatása a tájékozott hozzájárulásáért, ami a beteget mellérendelt helyzetbe hozza és ami jogi kötelezettséggé teszi az eddigi erkölcsi tájékoztatási kötelezettséget. Az orvost eddig kizárólag saját szakmai etikája kötelezte, a beteg pedig teljesen kiszolgáltatott volt.

A fejlődés következménye tehát a mellérendeltség, mely már tisztán a magánjog szférájába tereli az orvos-beteg kapcsolatot. Az orvos eredetileg csak etikai felelőssége mellett kirajzolódik egy olyan tendencia, amelyben a szigorodó bírói gyakorlat minden sikertelen orvosi beavatkozást orvosi műhibának minősít. Az orvosok válaszul defenzív, csökkenő aktivitású, védekező álláspontra helyezkednek. Minderre tekintettel a jogászoknak, magánjogi szabályozásnak meg kell találnia a megfelelő egyensúlyt, amely megteremti az öntudatára ébredt beteg és az orvos kapcsolatában azt a viszonyt, amelyben az orvos képességeinek meglévő korlátai hangsúlyt kapnak.

¹ Lábady Tamás egyetemi előadása nyomán, Pázmány Péter Katolikus Egyetem, Jog- és Államtudományi kar, 1998.

Az egészségügyi szolgáltatással kapcsolatos felelősségi rendszerben az elmúlt évtizedekben számos változás ment végbe.

Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény (a továbbiakban: Eütv.) a hatálybalépésének időpontjában még azt a szabályt tartalmazta, hogy mind az egészségügyi szolgáltatásokkal, mind pedig a hatósági intézkedésekkel kapcsolatos kártérítési igények az 1959. évi IV. törvény (régii Ptk.) szabályai alapján bírálhatóak el. A régii Ptk. - a kártérítés mérséklésének kérdéséről eltekintve - még nem tett különbséget aközött, hogy a kárt szerződésen kívüli károkozás vagy szerződészegés okozta-e², nem volt szükség tehát arra, hogy az Eütv. pontosabb megfogalmazást alkalmazzon.

Az Eütv. 2009-ben történt módosításával, 2010. január 1-ei hatállyal a jogalkotó lényegében kimondta azt, amit a bírói gyakorlat is követett. A záró rendelkezések közé beiktatott 244. § ugyanis rögzítette, hogy az egészségügyi szolgáltatásokkal összefüggésben keletkezett kárigényekre a szerződészegéssel okozott károkért való felelősség polgári jogi szabályait kell megfelelően alkalmazni. Ennek értelmében a szerződés szabályainak a szerződő fél akkor sem tett eleget, ha a szerződés teljesítése során az egészségügyi ágazati jogszabályoknak megfelelően járt el, de a Ptk.-nak a szerződésekre vonatkozó általános szabályaiból származó kötelezettségét megszegte.³

Az Eütv. következő - ma is hatályos - módosításának hatálybalépésére 2014. március 15- én került sor, amely deliktuális alpra helyezte a kárfelelősségi tényállások elbírálását.

A Polgári Törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvény (Ptk.) 2014. március 15. napjától hatályos rendelkezései az egészségügyi kártérítési perek alapjául szolgáló jogviszonyok újbóli vizsgálatát tették szükségessé, mivel - a korábbiaktól eltérően - a kontraktuális (szerződészegéssel okozott kárért való) felelősségi szabályok a deliktuális (szerződésen kívüli károkozásért való) felelősségi szabályokhoz képest teljesen új dogmatikai megalapozást nyertek, azaz az új szabályozással szigorodott a szerződészegő fél kimentési lehetősége. Az egészségügyi szolgáltatók kimentését elnehezítő szabályok alkalmazását elkerülendő a jogalkotó az Eütv. 244. § (2) bekezdésében a korábbi bírói ítélezési gyakorlatot rögzítve kimondta, hogy „Az egészségügyi szolgáltatásokkal összefüggésben keletkezett kárigényekre, illetve a

² Régii Ptk. 318. § (1) bek.

³ Szeghő Ágnes: Az egészségügyi szolgáltatás nyújtásával összefüggésben okozott károkért való felelősség szabályainak változása napjainkban. Forrás: <http://jesz.ajk.elte.hu/szegho42.html> (2016. július 16.).

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.”⁴ 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 objektivizált felelősségi szabályai lesznek az irányadóak, hanem a szerződésen kívüli károkozás korábban is érvényesülő exculpációs, felróhatóságon alapuló rendelkezései.⁵

I. Az „orvosi műhiba”

Dolgozatom tárgyával összefüggésben elengedhetetlen az „orvosi műhiba” kifejezésről szót ejteni és tisztázni annak pontatlan és túlhaladott mivoltát. Pontatlan a kifejezés azért, mert olyan gyűjtőfogalomnak tekinthető, amely büntetőjogi, polgári jogi, államigazgatási jogi, fegyelmi eljárásjogi és etikai vetületekben jelenik meg, tárgya pedig olyan szövődmény, ártalom, amelyet az orvos a gyógyításra irányuló cselekményével vagy annak elmaradása következtében okoz. Ezen túlmenően nem kizárólag orvos valósíthatja meg, hanem más egészségügyi szakdolgozó is, például ápoló, beteghordó is.

A műhiba kifejezés az orvosi tevékenységhez mint a "gyógyítás művészetéhez/mesteri tudásához" (Heilkunst) kapcsolódott. A műhiba fogalmát Rudolf Virchow, az Észak-német Szövetség Büntető Törvénykönyvében a következőképpen fogalmazta meg: Azok a gyakorlati tevékenységükben engedélyezett gyógyító-személyek, akik hivatásuk gyakorlása során a szükséges figyelmesség vagy óvatosság hiánya folytán a gyógyítás általánosan elismert szabályai ellenében cselekvésükkel vagy mulasztásukkal a kezelésükre bízott személy egészségét megkárosítják, büntetendők. Mára meghaladottá vált a szűk értelemben vett műhiba-fogalom, mely az alapvető hibákra korlátozódott, és a lényegesen tágabb értelemben használt "kezelési-hiba" fogalma került előtérbe. A "kezelési hiba" immár általában jelenti azon gondossági kötelezettség megszegését, aminek a tanúsítása az adott esetben objektíve megparancsolt és amely következtében a betegnél bekövetkezett kárért az orvos felel.

⁴ Eütv. 244. § (2) bekezdés

⁵ Barzó Tímea: Az egészségügyben érvényesülő szerződéses viszonyok és felelősségi kérdések sokszínűsége (Miskolci Jogi szemle 15. évfolyam (2020) 3. különszám 27-33. oldal)

Az orvos téves eljárásáról tehát akkor beszélhetünk, ha az orvos elmulasztotta egy rendes, kötelességtudó orvos szokott gondosságát, vagy ha adott esetben nem az orvostudomány és tapasztalat szerint járt el. Mindezzel együtt az új fogalom ugyanúgy tökéletlen, mint a korábbi műhiba fogalma, hiszen maga az orvosi tevékenység nem csupán egzakt természettudományi alapokon nyugszik, hanem bizonyos mértékben orvosi intuíción is. Mindezzel együtt azt is érzékeljük, hogy a hétköznapi szóhasználatban és sokszor jogirodalmi hivatkozásokban továbbra is az orvosi műhiba kifejezés él.⁶

Számos szakirodalmi forrás is egyetért abban, hogy az orvosi műhiba fogalma hibás, vagy nem megfelelően kimunkált, hiszen míg a szó hétköznapi értelme alapján az orvosi szabályok megszegését jelenti, addig a magyar nyelv értelmező szótára szerint a műhiba az a "Téves diagnózis miatt, valamint helytelen kezelés vagy műtét folyamán elkövetett hiba, amelynek következtében a beteg állapota súlyosbodik, esetleg végzetessé válik. Valamint szakmai tévedést, téves eljárást jelent." Természetesen önmagában a tévedés vagy a hiba jogi felelősségre vonás alapját nem képezheti. A Wirchow által definiált fogalom még az orvos büntetőjogi felelősségét állapította meg, azonban az utóbbi évtizedekben a köznyelvben elterjedt "műhiba perek" nem büntető ügyek, hanem ez egészségügyi szolgáltatóval szemben indított kártérítési perek. Miután a köznyelvben elterjedt "műhiba perek" alatt értelmezett kártérítési perek jelentős része a téves vagy nem megfelelő tájékoztatáson alapul, és csak kisebb hányaduk a diagnosztikus tévedés vagy kezelési hiba következtében beállott károkra alapoz, célszerű lenne elhatárolni a klasszikus értelemben vett orvosi műhiba fogalmát az intézményi felelősségre alapított eljárásoktól és előnyösebb lenne az egészségügyi műhiba mint kifejezés használata.⁷

II. Az orvosi felelősség, etikai felelősség

Orvosi felelősség hosszú ideig nem létezett, az orvos hivatását bizalmi alapon, megkérdőjelezhetetlen tudás birtokában végezte.

Mára azonban az orvosi hivatás gyakorlója a társadalom minden tagjára vonatkozó etikai és jogi normákon túl az orvosi foglalkozásra érvényes normáknak is köteles eleget tenni. Ennek megfelelően az orvos

⁶ Landi Balázs: Az orvosi műhiba fogalmáról (MJ, 2002/6., 345-357. o.)

⁷ Juhász György: Adalékok az orvosi műhiba fogalmának fejlődéséhez (MJSZ, 2021/4., 172-184. o.)

felelőssége etikai, munkajogi, polgári jogi, szabálysértési és büntetőjogi szempontból egyaránt fennáll. Az orvos ténykedéséért mindenkor felelősséggel tartozik. Attól függően kerülhet sor egyik vagy másik formájú felelősségre vonásra, hogy a szabályszegés milyen jellegű. Amennyiben egy cselekmény egyszerre több vagy mindegyik felelősségi rendszert érinti, ugyanazért az egy cselekményért többféle, vagy akár mindegyik felelősségre vonási eljárás is lefolytatható.

Az orvostika versenyt fut a joggal, szabályainak annyi és olyan értelme van, amennyiben szigorúbb követelményeket támasztanak a jogszabályoknál⁸.

Az orvos etikai magatartásának normáit már az ókori kultúrában megfogalmazták a hippokratészi eskü formájában, mely mintául szolgált a mai orvosi eskü szövegéhez. Az orvosi etika az orvosi hivatás írott és íratlan erkölcsi törvényeit jelenti, mellyel kapcsolatban kiemelendő, hogy az etikai felelősség vizsgálatakor kizárólag az írott etikai normáknak van jelentősége, ellenkező esetben parttalanná válna a felelősség vizsgálata. Fontos ezért a szakmai etikai kódex megalkotása. Magyarországon 2014. január 1-től a Magyar Orvosi Kamara Etikai Kódexe, majd 2023. július 1. napjától az Orvostikai Kódex foglalja össze az orvosokra vonatkozó etikai magatartási szabályokat, mindezzel együtt az orvosi etika legfontosabb normái mára a jogba átírva érvényesülnek.

III. Az egészségügyi jogviszony alanyai

Az egészségügy komplex rendszerének megértéséhez, valamint az érdemi kérdések vizsgálatához szükséges elsőként a jogviszony alanyainak meghatározása.

E szereplők közül az egészségügyi szolgáltatók a rendszer valamennyi további tagjával kivétel nélkül összeköttetésben állnak, egyszersmind - az egyéni vállalkozók tevékenységet ide nem értve - intézményes keretet biztosítanak az egészségügyi dolgozók és a betegek közötti kapcsolat kialakításához.

⁸ Lábady Tamás előadása, Pázmány Péter Katolikus Egyetem, Jog- és Államtudományi kar, 1998.

III.1 Az egészségügyi szolgáltató

Az egészségügyi szolgáltatást jogszerűen nyújtó személy, szervezet, mely lehet egyéni vállalkozó, jogi személy vagy jogi személyiség nélküli szervezet. Fontos hangsúlyozni, hogy az egészségügyi szolgáltató mindig az, aki az adott tevékenység végzésére a megfelelő engedéllyel rendelkezik, illetve nyilvántartásba vétetett, azaz egy kórház esetén nem a közalkalmazott kezelőorvos minősül egészségügyi szolgáltatónak, hanem az őt alkalmazó kórház⁹.

Egészségügyi szolgáltatónak tekintjük tehát valamennyi egyéni egészségügyi vállalkozót, jogi személyt és jogi személyiség nélküli szervezetet, amennyiben az egészségügyi államigazgatási szerv által kiadott működési engedély alapján egészségügyi szolgáltatás nyújtására jogosult, így az egészségügyi intézmények köz- és magánintézményeit, egyéni vállalkozókat, közreműködő intézményeket. Az egyéni vállalkozók tekintetében követelmény, hogy személyesen rendelkezzenek egészségügyi szakképesítéssel, valamint személyesen vegyenek részt az egészségügyi tevékenység folytatásában¹⁰. A közreműködő egészségügyi szolgáltató a közreműködést igénybe vevő szolgáltató nevében, közreműködői szerződés alapján nyújt szolgáltatást úgy, hogy biztosítja a szükséges személyes és tárgyi feltételeket¹¹.

III.2 Az egészségügyi dolgozó

Egészségügyi dolgozó alatt értünk minden olyan egészségügyi tevékenységet végző természetes személyt, aki olyan szakképesítéssel rendelkezik, amely feljogosítja az általa ellátott egészségügyi tevékenység végzésére, valamint olyan szakképesítéssel nem rendelkező személyt, aki közreműködik az előbbi ismérvekkel rendelkező személy munkájában.¹² Így egészségügyi dolgozó „az orvos, fogorvos, gyógyszerész, az egyéb felsőfokú egészségügyi szakképesítéssel, egészségügyi szakképesítéssel rendelkező személy, továbbá az egészségügyi tevékenységben közreműködő egészségügyi szakképesítéssel nem rendelkező személy”.¹³ Gyakrabban köz- vagy magánintézmény alkalmazottai, azonban lehetnek egyéni vállalkozók vagy társas vállalkozás tagjai is.¹⁴

⁹ Nagykommentár az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvényhez

¹⁰ Az egészségügyi szolgáltatás gyakorlásának általános feltételeiről, valamint a működési engedélyezési eljárásról szóló 96/2003. (VII. 15.) Korm. rendelet 6/A. § (3) bek.

¹¹ 96/2003. (VII. 15.) Korm. rendelet 2. § (1) bek. k) pontja.

¹² Eütv. tv. 4. § a) pontja

¹³ Eütv. 3. § d) pontja

¹⁴ Csítei Béla: Az egészségügyi dolgozók kártérítési felelőssége az egyes foglalkoztatásra irányuló jogviszonyok tükrében. Magyar Munkajog E-folyóirat, (2017b), 1. 26. http://hllj.hu/letolt/2017_1/M_03_Csitei_hllj_uj_2017_1.pdf

III.3 A beteg

Az 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), éppen ezért ez a szóhasználat megtévesztő. A magyar nyelvben a páciens szó nem honosodott meg, jóllehet jobban kifejezné, hogy az egészségügyi ellátórendszer szolgáltatásait egészségesen igénybe vevőket is értjük alatta.¹⁵

IV. Az egészségügyi jogviszony természete és a felelősség kérdése

A Ptk. az egészségügyi intézmény és a beteg közötti jogviszonyt nem nevesíti. A mára egységes felfogás szerint a beteg és az egészségügyi szolgáltató között polgári jogi kötelmi jogviszony, tipikusan egészségügyi szolgáltatás nyújtására vonatkozó, nem nevesített kezelési-ellátási szerződés jön létre.¹⁶ A szerződés megbízási jellegű gondossági kötelelem, melyben az egészségügyi intézmény a beteg gyógykezelését az egészségügyi ellátásban résztvevőktől elvárható gondossággal, a szakmai, etikai szabályok, irányelvek betartásával az Eütv. szabályai szerint vállalja azzal, hogy az egészségügyi intézmény a páciens által várt eredmény - a beteg egészsége, fizikai állapota javulása és gyógyítása - érdekében úgy jár el, ahogy az az egészségügyi intézménytől (orvostól) általában elvárható, az objektív eredményesség kockázata azonban nem terheli.

Ebben a jogviszonyban a szerződéskötés rendszerint a beteg ráutaló magatartásával kezdődik (p. rendelésen való megjelenés), de előfordulhat az is, hogy az orvosi beavatkozás a beteg szándékától független, mert a jogviszonyt jogszabály hozza létre (pl. baleseti-, sürgősségi gyógykezelés, kényszergyógykezelés).

A gyógyító szolgáltatást az intézmény a személyi és tárgyi feltételeivel egységesen nyújtja, az alkalmazottként vagy szerződés alapján eljáró, szakosított orvosok, nővérek, betegmozgatók, a

¹⁵ Salamonné dr. Piltz Judit: A betegjogok és a bizonyítás (2013/4., 230-244. o.)

¹⁶ BDT2016.3445, BDT2016.3510

gyógyellátáshoz szükséges műszerek, berendezések, elhelyezési feltételek útján, adott esetben közreműködők igénybevételével.¹⁷

Utalva a fentiekben körülírt beteg fogalomra, az egészségügyi szolgáltatásokat nem feltétlenül a köznapi értelemben vett betegek veszik igénybe, hiszen a szülészet, esztétikai beavatkozások vagy szanatóriumi jellegű szolgáltatások nem a hagyományos értelemben vett gyógyító szolgáltatás tárgyai.

Felelősségi szempontból az egészségügyi jogviszony kontraktuális vagy deliktuális minősítése alapkérdés. A kontraktuális jogviszonyban - a deliktuálistól eltérően - az egészségügyi intézményt terhelő kötelezettségeket a szerződés tartalma határozza meg, a felelősség a szerződésszegéshez kapcsolódik. A beteg és az egészségügyi szolgáltató között polgári jogi kötelmi jogviszonyra részben a Ptk. szerződési jog általános szabályai, részben a megbízási típusú szerződés különös részi szabályai irányadók, a jogviszony tartalmát pedig az Eütv. rendelkezései, továbbá az orvosi szakmai, etikai szabályok, irányelvek, az írott vagy íratlan szakmai szokások (protokoll) tölti ki.

A szerződés tartalmát adó bármely kötelezettség szerződésszerű teljesítésének elmaradása a szerződés megszegését jelenti.¹⁸

Az Eütv. utaló szabálya alapján az egészségügyi szolgáltatás keretében végzett ellátás során okozott kárért a hatályos Ptk. szerződésen kívül okozott kárért való felelősségre vonatkozó szabályait kell megfelelően alkalmazni.

A megbízási természetű egészségügyi szolgáltatási jogviszony megszegésével okozott kártérítési felelősségre - az utaló norma folytán a Ptk.-nak a deliktuális felelősségre irányadó, felróhatósági alapú kártérítési szabálya vonatkozik, a szerződéstípus sajátosságai miatt nem alkalmazható a Ptk. 6:142. § szerinti objektív kontraktuális kártérítési felelősség. Az egészségügyi szolgáltató tehát a felróhatósága hiányának bizonyításával a hibás teljesítésével okozott kár megtérítési kötelezettsége alól mentesülhet.¹⁹

¹⁷ Ptk. 6:129. §

¹⁸ Ptk. 6:137. §.

¹⁹ Kommentár a Polgári Törvénykönyvhöz Wolters Kluwer Kiadó Budapest, 2014. 2. kötet 1608. old

V. A polgári jogi (kártérítési felelősség) konjunktív feltételeinek vizsgálata

A törvény tiltja a jogellenes károkozást.²⁰ Aki másnak jogellenesen kárt okoz, köteles azt megtéríteni. Mentésül a felelősség alól, ha bizonyítja, hogy úgy járt el, ahogy az az adott helyzetben általában elvárható.²¹ A Ptk. - tekintettel arra, hogy az eredeti állapot helyreállítása, az in integrum restitutio a károkozó közreműködése nélkül az esetek többségében nem kikényszeríthető, - a kártérítés módjai tekintetében úgy rendelkezik, hogy a károkozó a kárt pénzben köteles megtéríteni, kivéve, ha a körülmények a kár természetben való megtérítését indokolják. A mértékadó bírói gyakorlat is ezt a szabályozást követi, azaz a kárért felelős személy a pénzbeli kártérítéssel a károsultat olyan helyzetbe köteles hozni, mintha a kár egyáltalában nem következett volna be.²² A kártérítés rendeltetése, hogy a károsultat és/vagy sértett felet ért sérelem, kár anyagilag kompenzálásra jusson. A polgári jogi kártérítési felelősségi rendszer az ún. kimentéses, exkulpációs rendszeren alapul, a deliktuális felelősség tényállási elemei, mint konjunktív feltételek: jogellenesség, felróhatóság, kár, valamint okozati összefüggés a kár és a felróható magatartás között.

A károsult köteles bizonyítani a kárt, valamint az okozati összefüggést, a károkozó kimentési lehetőséggel élhet, amennyiben igazolja, hogy magatartása nem volt jogellenes, valamint, ha nem terheli felróhatóság.

V.1 Jogellenesség

A Ptk. kimondja, hogy minden károkozás jogellenes, kivéve azt a taxatív megfogalmazott négy esetkört, amelyekben a károkozás nem minősül annak, azaz a károsult beleegyezése, jogos védelem, sürgőshelyzet vagy rendeltetésszerű joggyakorlás - a jogszabályon vagy szerződésen alapuló feljogosítás a kárt okozó magatartásra. Összhangban a jogi szabályozással több felsőbírósági 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 fenn.²³ A kár megtérítése iránti

²⁰ Ptk. 6:518. §

²¹ Ptk. 6:519. §

²² Lábady Tamás: A deliktuális felelősség fontosabb változásai az új Ptk.-ban (JK, 2014/4., 169-179. o.)

²³ BDT 2007. 1689

igény szempontjából a jogellenesség a kár okozásából következik. Ez a károkozás általános tilalma, a *neminem laedere* elve.²⁴

A jogellenesség mögött egy olyan aktív (tevés), illetve passzív (mulasztás) magatartás húzódik, amely jogszabály vagy egyéb jogi norma rendelkezéseit sérti. A károkozás általános tilalma mellett érvényesül a jogellenesség vélelmezett tényállása, vagyis minden károkozó magatartása jogellenes, hacsak nem áll fenn jogellenességet kizáró ok.

A beteg, mint károsult beleegyezése a kezelés, különösen az invazív beavatkozások kockázatába természetesen csak akkor zárja ki a károkozás jogellenességét, ha a tájékoztatás megfelelt az Eütv. előírásainak és a bírói gyakorlat által kialakított kívánalmaknak, valamint valóban a kérdéses műtéti kockázat realizálódott és nem szakmai szabályszegés okozta a kárt.²⁵

A tájékoztatás elmaradása és/vagy a beteg önrendelkezési jogának sérülése esetében a kimentés nem lehetséges.

V.2 A felróhatóság terjedelme

A károkozó részéről a felelősség alóli mentesülés körében elengedhetetlen annak bizonyítása, hogy magatartása nem volt felróható.

Az alperesi pozícióban álló egészségügyi szolgáltatónak kell bizonyítania a kimentés körében, hogy az elvárható gondossággal járt el, illetve a szakmai szabályok betartása esetén is bekövetkezett volna a kár.

Más az elvárhatóság a laikussal és a szakemberrel, az egyéni vállalkozással és a multinacionális óriásvállalkozással szemben.²⁶ Különösen igaz ez az egészségügyi kártérítési perekre, ahol az ellátást szolgáltatóknak magasabb gondossági mérce mellett kell a nagyobb odafigyelést igénylő szakmai feltételeknek eleget tételükkel kezelniük a beteget, figyelemmel az irányadó szakmai követelményekre, etikai

²⁴ BDT 2005. 1261

²⁵ Fuglinszky Ádám: Kártérítési jog - Új magánjog sorozat 7, HVG-ORAC Lap és Könyvkiadó Kft., 2015., 227. o.

²⁶ Lábady Tamás in Vékás Lajos - Gárdos Péter (szerk.): Kommentár a Polgári Törvénykönyvhöz 2. (Budapest, Wolters Kluwer 2014) 2236. o.

szabályokra és irányelvekre: „Minden beteget - az ellátás igénybevételének jogcímére tekintet nélkül - az ellátásában résztvevőktől elvárható gondossággal, valamint a szakmai és etikai szabályok, illetve irányelvek betartásával kell ellátni.”²⁷

Az egészségügyi intézmény akkor mentesül a kártérítési felelősség alól, ha bizonyítja, hogy az egészségügyi ellátásban résztvevőktől elvárható gondossággal járt el, és a beteg elhalálása, egészségkárosodása ennek ellenére következett be.

V.3 Kár

A kár a felelősségtan szükségszerű eleme: ha nincs kár, nem beszélhetünk kártérítési felelősségről sem. Bár a régi Ptk. még nem mondta ki, a hatályos Ptk. a 6:522. § (1) bekezdésében deklarálja a teljes kártérítés elvét: „A károkozó a károsult teljes kárát köteles megtéríteni.”²⁸ A szabály értelmében a károkozó a károsult teljes kárát, azaz a károsultat ért minden olyan hátrányt, amely a károsító esemény folytán őt érte, köteles megtéríteni. A károsult igényt tarthat a vagyoni és a nem vagyoni kárainak teljes megtérítésére, amennyiben a negatív állapot vagy folyamat a károsult személyében és biológiai integritásában keletkezett. Az egészségügyi szolgáltatás területén kárnak minősül a maradandó egészségkárosodás, annak folytán előállt elnehezült életvitel, hozzátartozó elvesztése, gondozással és ápolással felmerült költségek, kiadások, de adott esetben az elmaradt vagyoni előny is.

A kártérítési kötelezettség terjedelmét illetően ki kell emelni a Ptk. 6:522. § (3) bekezdésében immár tételesen megfogalmazott káronszerzés tilalmának szabályát, melynek értelmében a kártérítést csökkenteni kell a károsultnak a károkozásból származó vagyoni előnyével, azzal a bírói mérlegelés körébe vont kivétellel, hogy amennyiben az eset körülményeire tekintettel annak elszámolása a károkozó javára nem indokolt, a bíróság a károkozót a teljes kár megtérítésére kötelezheti. A gyakorlatban azok az esetek tartoznak ide, amelyek során a károsultak a káreseményt követően különböző segélyekben, alapítványi támogatásban, adományban, egyéb juttatásban részesülnek, amikor is kérdésként merül fel, hogy ezek a juttatások a károkozó vagy a károsult javára számolhatók-e el. A kártérítés összegéből tehát

²⁷ Eütv. 77. § (3)

²⁸ Ptk. 6:522. § (1)

le kell vonni azt az összeget, ami a károsodott vagyontárgyból a káreset után még megmaradt (residuum), továbbá azt az értéket, amely a kár bekövetkezte folytán a károsult vagyonába bekerült (surrogatum).²⁹

Az egészségügyi ellátással összefüggésben keletkezett kár bizonyos esetekben nem igényel külön bizonyítást, önmagában a károsodás ténye igazolja azt, míg a legtöbb esetben a kár fennállása orvosszakértői kérdés (pl. pszichés károk esetében).

V.4 Az okozati összefüggés és az előreláthatóság

Az okozati láncolat megléte előfeltétele, mégpedig mellözhetetlen feltétele a felelősség megállapításának.

A korábbi joggyakorlatban érvényesülő teljeskörű okozatosság értelmezési szempontját az újabb bírói gyakorlatban felváltotta a minimális vagy releváns okozatosság elve³⁰, mely elegendőnek tartja logikai összefüggés fennállását a károkozó magatartás és a bekövetkezett káresemény között, tehát az összefüggést a kár bekövetkezésének módja, helyszíne és időpontja is megalapozza. Amennyiben nincs egyértelmű kapcsolat a felróható orvosi mulasztás vagy tevékenység és a kár között, az egészségügyi szolgáltató felelőssége nem állapítható meg.

A Legfelsőbb Bíróság már egy korai ítéletében³¹ kimondta, hogy az előre pontosan fel nem mérhető körülmények bekövetkeztére nem állapítható meg kárfelelősség. Közel negyedszázaddal később pedig egy publikált döntésében³² azt hangsúlyozta, hogy az oksági láncban figyelembe veendő, hogy a károkozásra vezető eseménysor elindítója előre látta-e, illetve láthatta-e a bekövetkező eredményt. A legfőbb bírói forum beiktatta az oksági folyamatba tehát az előreláthatósági korlátot.³³ A foresight test különösen a common law-ban érvényesül, egyszerűen azon pragmatista szemléletnél fogva, hogy illogikus valakit gondatlanságért felelőssé tenni az előreláthatóság határain túl. A common law pragmatizmusának, gyakorlatiasságának protagonistája a "reasonable man", az üzleti ügyeit észszerűen és előrelátóan lebonyolító üzletember, a mindennapi élet embere, aki a végső mérce a magatartás és az

²⁹Nagykommentár a Polgári Törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvény (Ptk.) 6:522. §-hoz

³⁰ Pribula László: Az okozatosság értelmezésének változása az egészségügyi szolgáltatók kártérítési felelőssége körében (JK, 2011/4., 243-249. o.)

³¹ BH 1984.195.

³² BH 2008.299.

³³ Nagykommentár a Polgári Törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvény (Ptk.) 6:521. §-hoz

okozott károk közötti oki összefüggés megállapításánál. Ezt a mintát is szem előtt tartva, a Ptk. 6:521. §-a - elismerve a bíróságok különböző törekvéseinek indokoltságát - a hazai ítélkezésben 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.³⁴

A bizonyítás ennél a feltételnél a legkomplikáltabb. A bizonyítási terhet a károsult viseli, ő bizonyítja a károkozó magatartás és a bekövetkezett káresemény között logikai összefüggést, melynek során igazolnia kell, hogy az egészségkárosodásban megnyilvánuló kár az orvosi mulasztás közvetlen következménye, az a kórházi kezelés során és ideje alatt következett be vagy azzal összefüggésben. A BDT2008. 1801. megfogalmazásában az orvosi kezelés során bekövetkezett haláleset miatt érvényesített kártérítési igény esetében a hozzátartozóknak az okozati összefüggés keretében elegendő azt igazolniuk, hogy a haláleset az egészségügyi intézmény által végzett kezelés során, illetve közvetlenül azt követően következett be. Fontos kiemelni, hogy egyes esetekben elegendő annak bizonyítása, hogy az ellátás során keletkezett a kár, azonban az okozati összefüggés fennállása az esetek többségében szakkérdés.

Deliktuális kárfelelősségnél az előreláthatóság az oksági kapcsolat feltétele.³⁵

Az előreláthatósági korlát új szabály, melyet a jogalkotó - eltérő tartalommal ugyan, de - mind a szerződésszegésért (Ptk. 6:143.§), mind a szerződésen kívül okozott károkért (Ptk. 6:521.§) való felelősség körében egyaránt bevezetett. Az utóbbi jogszabályhely szerint nem állapítható meg okozati összefüggés azzal a kárral kapcsolatban, amelyet a károkozó nem látott előre és nem is kellett előre látnia. A deliktuális felelősség körében tehát az ok-okozati összefüggés egy nevesített szempontjaként szerepel a kár előreláthatósága. Amennyiben fennáll az ok-okozati összefüggés, az előreláthatósági korlát segítségével határozható meg, hogy mely károkat kell végül megtérítenie a károkozónak és melyeket nem. Minden okozatos, ami előrelátható, de nem minden előre látható, ami okozatos.³⁶

Az előreláthatóságot a károsultnak kell bizonyítania, tekintettel arra, hogy az előreláthatóságot a jogalkotó a deliktuális felelősség körében az ok-okozati összefüggés tényálláselemébe építette bele és az ok-okozati összefüggést a kártérítési jogi szabályok szerint a károsultnak kell bizonyítania. Az Eütv.

³⁴ U. ott

³⁵ A BDT2022. 4563.

³⁶ Fuglinszky Ádám: Kártérítési jog - Új magánjog sorozat 7, HVG-ORAC Lap és Könyvkiadó Kft., 2015., 270. és 274. o.

244. § (2) bekezdése a szerződésen kívül okozott károkért való felelősség szabályai alkalmazásának előírásával szakít a kontraktuális felelősség kimentési feltételeivel, vagyis azzal, hogy az egészségügyi dolgozó abban az esetben mentesülhet a kártérítés alól, ha bizonyítja, hogy a károkozó körülmény a szerződésszegő fél ellenőrzési körén kívül esik, ez a körülmény a szerződésszegés időpontjában nem volt előrelátható, illetve ha nem várható el a szerződésszegő féltől, hogy ezt a körülményt elkerülje, vagy a kárt elhárítsa.

VI. Az egészségügyi szolgáltató kárfelelősségi kimentésének szabályai

A magyar polgári jog az egészségügyi szolgáltatókkal kapcsolatos kártérítési igények tekintetében nem hoz létre önálló felelősségi rendszert, annak ellenére, hogy az orvos és a beteg közötti különleges jogviszony sajátosságai indokolnák azt. Az egészségügyi ellátás tárgya minden esetben az emberi élet és egészség. Önmagában ez a körülmény szükségszerűen fokozott elvárásokat támaszt a beteget kezelő orvosokkal és szakszeméllyel szemben, rájuk többletkötelezettségeket róva, illetve a gondosság egy magasabb fokát mérceként használva. Az Eütv. 2003-as módosításával kikerült a törvényszövegből a legnagyobb gondosságra való utalás, 2004. április 1-ei hatállyal az elvárható legnagyobb gondosság helyett az elvárható gondosság megfogalmazás szerepel a törvényben, ez azonban lényegi változást nem hozott a felelősségi mérce meghatározásában.

Az Eütv. 244. § (2) bekezdésének utaló szabálya értelmében az egészségügyi szolgáltatókkal szemben támasztott kártérítési igényekre a deliktuális felelősségre irányadó szabályokat kell megfelelően alkalmazni.

Kemenes István hívja fel a figyelmet arra, hogy fenti törvény nem az általános deliktuális generálklauzulára utal, hanem a szerződésen kívül okozott károkért való felelősséget a maga egészében hívja fel, így adott esetben, bizonyos orvosi beavatkozások esetén akár a veszélyes üzemi felelősség alapján is felelhet az egészségügyi szolgáltató.³⁷

³⁷ Kemenes István, In: Vékás Lajos-Gárdos Péter (szerk.): Kommentár a Polgári Törvénykönyvhöz, Wolters Kluwer, Budapest, 2014. 1608.

Az egészségügyi jogviszony két pólusán az orvos szakember és a laikus, jellemzően aktuális egészségügyi állapotából fakadóan kiszolgáltatott beteg áll.

Miután a betegnek nincsenek orvosi szakmai ismeretei, melyből adódóan a konkrét mulasztás, hiányosság bizonyítására sincs lehetősége, a kártérítési jog alapelveivel ellentétes lenne elvárni tőle az állított szövődmény, illetve egyéb károsodás kialakulásának részletes folyamatára, az azokhoz vezető körülményekre vonatkozó bizonyítást. Kemenes István megfogalmazásában: "Nem tartozik a károsultnak a jogellenességet bizonyító kötelezettségei körébe, hogy a beteg bizonyítsa a konkrét mulasztást, vagyis azt az elmulasztott, szakmai követelményeket kielégítő, helyes orvosi intézkedést, ami mellett az orvosi kezelés során előállott, egyébként bizonyított egészségkárosodása nem, vagy legalábbis várhatóan ilyen mértékben (megalapozott esélyében) nem következett volna be. A speciális szakszolgáltatást igénybevevő laikus fél illet 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 teljeskörűen megtette, és az egészségkárosodás ennek ellenére, illetve ettől függetlenül következett be"³⁸

Az orvos által okozott kárból eredő igény érvényesítése során az alperesként megjelenő egészségügyi szolgáltató az általános felelősségi helyzetekhez képest nehezebb helyzetben van, amennyiben felelősségét kívánja kimenteni. Ehhez a kárfelelősségi elemek közül elsősorban a felróhatóság és az okozatosság eltérő mércéje, de az orvos-beteg közötti jogviszony speciális mellékkötelezettségeiből (tájékoztatási, valamint dokumentációs kötelezettség) fakadó többletterhek is hozzájárulnak.³⁹

A felróhatóság terjedelmét a Eütv. 77. § (3) bekezdése ragadja meg, amikor előírja, 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. A bíróságok az alperesi kimentés körében értékelik egyfelől az egészségügyi dolgozó elvárható gondosságát, másfelől ezzel együtt a szakmai és etikai szabályok, illetve irányelvek betartását. Ez utóbbi objektív körülmény az eljáró bíróság által eldöntendő jogkérdés, míg az elvárható gondosság mint szubjektív tényező megdönthető vélelem, mellyel szemben az egészségügyi dolgozó bizonyíthatja, hogy

³⁸ Kemenes István: Az orvos kártérítési felelősségének egyes kérdései

³⁹ Pethő András: Az egészségügyi szolgáltató kárfelelősségi kimentésének nehézségei (ÁJT, 2019/2., 50-62. o.)

az ellátásban részt vevőktől elvárható gondossággal járt el. Önmagában a szabálykövető és etikus eljárás még nem elegendő ahhoz, hogy az orvosi jogi felelősség alól valaki kimentse magát: "A gondossági mérce tartalma tágabb a szakmai és etikai szabályok, illetve irányelvek betartásánál" - indokolta döntését a Kúria a Pfv.III.21.946/2015/4. számú ügyben. A gondossági mérce a szakmai és etikai szabályok, valamint irányelvek betartásán túl is teljesülnie kell, "a jogszabályszerű betegellátás a jó szakembertől csak a minimum elvárás".⁴⁰ Az alperes bizonyítja a kimentés körében, hogy az elvárható gondossággal járt el, illetve a szakmai szabályok betartása esetén is bekövetkezett volna a kár. Az orvosi műhibák kapcsán is megjelenik az az érvelés, miszerint a károkozó (intézmény) nem mentheti ki magát a felelősség alól önmagában szervezeti, működési okokra hivatkozva. Így pl. szervezési felróhatóság miatt állapította meg a kórház felelősségét a Kúria a BH 2013.150 számú közzétett ítéletében és kimondta, hogy „az egészségügyről szóló törvényben előírt elvárható gondosság követelménye kiterjed arra is, hogy a kórház a gyógyító tevékenységét úgy szervezze meg, hogy az egyes feladatok elvégzése egymást ne hátráltassa, és ne eredményezze a beteg ellátásának késedelmét. Az alperes kórház ugyanis a tevékenység megszervezésének hiányosságai miatt is felel, ha ez okozati összefüggésben áll a károsodással.”

A károkozó cselekmény és a bekövetkező kár közötti okozati összefüggéssel kapcsolatos bizonyítási teher az általános szabályok szerint a károsult oldalán áll fenn. Az orvosi jogi esetekben ez a bizonyítási teher sajátosan alakul. A bíróságok tulajdonképpen egy kétszintű bizonyítási rendszert állítottak fel ebben az ügycsoportban: a károsultnak azt kell bizonyítania, hogy a károkozás az ellátás alatt következett be, és ha az megtörtént, akkor már az egészségügyi szolgáltatónak kell bizonyítania, hogy eljárása és a kár között mégsem áll fenn az okozati összefüggés. E kétszintű bizonyítási rendszer indoka, hogy az okirati bizonyítékok az egészségügyi szolgáltató birtokában vannak, továbbá a betegnek nincs rálátása az egészségügyi szolgáltató szervezetére és működésére, sőt adott esetben a károkozó magatartást sem észleli. E bírói gyakorlatnak következménye, hogy az egészségügyi szolgáltató igen szűk körben mentheti ki magát a felelősség alól, amennyiben dokumentálási kötelezettségének nem tett eleget és emiatt a kár bekövetkezésének körülményei, oka nem rekonstruálhatók.⁴¹

⁴⁰ Pethő András: Az egészségügyi szolgáltató kárfelelősségi kimentésének nehézségei (ÁJT, 2019/2., 50-62. o.)

⁴¹ Fuglinszky Ádám: Kártérítési jog - Új magánjog sorozat 7, HVG-ORAC Lap és Könyvkiadó Kft., 2015., 269. o.

Mindez egyúttal azt is jelenti, hogy amennyiben a beteg bizonyítani tudja, hogy kára következett be (ennek körében annak mértékét is), mely az egészségügyi ellátás során történt, ezzel a rá vonatkozó bizonyítási kötelezettségnek eleget tett. A per további kimenetele annak függvénye, hogy az alperes kimentése sikeres lesz-e.

Az Eütv. 77. § (3) bekezdése az ellátásban résztvevőktől megköveteli az elvárható gondosság tanúsítását és a szakmai, valamint etikai szabályok és irányelvek betartását egyaránt. Ha tehát az orvos magatartása a konkrét szakmai szabályokat, irányelveket nem sérti, ez még nem jelenti feltétlenül azt, hogy a magatartása az elvárható mércének is megfelel. Ez alapján a bírósági gyakorlatban az a jogalkalmazói álláspont alakult ki és érvényesül következetesen, hogy a kórház kártérítési felelőssége alóli mentesülését nem eredményezi önmagában az, hogy - meghatározott vizsgálat elvégzésének hiányával - konkrét szakmai szabályt nem sértett, ha az orvosai az általában elvárható gondosságot elmulasztották.⁴² Az elvárhatóság elvontabb, átfogóbb, túlmutat a szakmai szabályok betartásán. Ha egyes vizsgálatok elvégzésének elmaradása, a diagnosztikus eredmények értékelésének elmulasztása önmagában nem is minősül nevesített szakmai szabályszegésnek, ez még nem jelenti azt, hogy a gyógyintézet orvosai az elvárható gondossággal és körültekintéssel jártak el.⁴³

Az Eütv. nem tartalmaz olyan szabályt, amely az egészségügyi kárfelelősséghez kapcsolódó felróhatósági mércét elválasztaná a Ptk. által nevesített általában elvárhatóság fogalmától. Bár az Eütv. a deliktuális felelősség szabályainak megfelelő alkalmazását írja elő, az egészségügyi szolgáltató kimentési lehetősége rendkívül szűk, s legfeljebb csak a jogellenes károkozás véelmét döntheti meg azáltal, hogy a gondos, szakszerű és etikus eljárás bizonyításával igazolja az okozati összefüggés vagy a jogellenesség hiányát, arra azonban már nincs lehetősége, hogy a gondos, szakszerű vagy etikus eljárás követelményét sértő károkozó magatartása felróhatóságának hiányát igazolja. A károkozó magatartás felróhatóságát nem értékelő kártérítési modell az objektív felelősségi rendszer. A jogalkotó a Ptk. hatálybalépését követően felróhatósághoz kötött kimentési szabályt kívánt a felelősség alapjához kapcsolni, a kodifikációnak soha nem volt célja, hogy a szolgáltatót objektív alapon kötelezze az egészségügyi kárfelelősség viselésére. Nem is lenne méltányos, ha az egészségügyi szolgáltató felróhatóság hiányában is felelősséggel tartozna a beteg oldalán jelentkező károkért. Az egészségügyi jogviszonyokra

⁴² (BH. 2006. 400.)

⁴³ (BH. 2003. 497.)

vonatkozóan azonban feltétlenül indokolt lenne az objektív felelősség önálló szabályainak megteremtése az Eütv. rendszerén belül, mellyel az egészségügyi kárfelelősség elválhatna a deliktuális felelősség generális szabályától. A jogalkotó a gondos, szakszerű és etikus eljárás követelményét az egészségügyi dolgozókra vonatkozó magatartási szabályként fogalmazza meg, azonban e szabály közvetlenül nem kapcsolódik a polgári jogi kárfelelősség normaanyagának rendszeréhez. A joggyakorlat a felelősség általános szabályát a Ptk.-ban foglaltaknak megfelelően alkalmazza, a felróhatóság fogalmát viszont az Eütv.-ben foglalt magatartási követelményeknek megfelelő jelentéstartalommal tölti fel, ezáltal választva el az egészségügyi kárfelelősséget a deliktuális felelősség generális szabályától.⁴⁴

A beteget - függetlenül az igénybevétel jogcímétől, a szolgáltatás finanszírozási hátterétől - az elvárható gondossággal kell ellátni, továbbá az ellátás során be kell tartani a vonatkozó szakmai és etikai szabályokat, irányelveket. A bírói gyakorlatra a korábbi „legnagyobb” kitétel elhagyását követően továbbra is a lehető legnagyobb mértékűhöz közelítő gondosságot várja el az ellátó személyzet tevékenységének megítélésekor. Rendkívül összetett kérdés az elvárhatóság megállapítása az egészségügyi ellátás körében, ugyanis olyan objektív tényezők is szűkítik az elvárhatóság lehetőségeit, amelyek az Alkotmánybíróság álláspontja szerint is elfogadható akadályai lehetnek az egészséghez való jog kiteljesedésének, így elsősorban is a gazdasági lehetőségek. Természetesen nem hivatkozhat sikerrel az egészségügyi szolgáltató a betegek számára ugyan fizikailag, elvben rendelkezésre álló, azonban a finanszírozás szükségessége miatt nem biztosított feltételek miatti ellátásszűkítésre, mint az elvárhatóság mértékének (pénzügyi okokból történő) csökkentésére. Ugyancsak nem foghat hely egy olyan hivatkozás, amely a kezelési alternatíváról való tájékoztatás elmaradását azzal indokolja, hogy az adott szolgáltatónál nem állnak rendelkezésre a feltételek az elvetett módszer alkalmazására, látható tehát, hogy az elvárható gondosság szemlélete a tágran értelmezett ellátást, így a tájékoztatási kötelezettségre szintén vonatkozik. Az Eütv. szakszerűségi mércéje pedig az ellátás hátteréül szolgáló jogviszonytól - így a kötelező egészségbiztosítás ellátására való jogosultságtól - függetlenül érvényes. Azaz attól, hogy valamit nem finanszíroz az egészségbiztosító, még lehet része az elvárható ellátás körében elvégzendő tevékenységeknek.⁴⁵

⁴⁴ Csítei Béla: Az egészségügyi szolgáltatók polgári jogi felelősségének aktuális kérdései (<https://blszk.sze.hu/images/Dokumentumok/kiadv%C3%A1nyok/Batthy%C3%A1ny%20M%C5%B1helytanulm%C3%A1nyok%20Csitei%20B%C3%A9la.pdf>)

⁴⁵ Nagykomentár az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvényhez

A Kúria Pfv.20.325/2016/3. számú határozatának elvi tartalma szerint az egészségügyi szolgáltató akkor mentesülhet a felelősség alól, ha bizonyítja, hogy a szakmai szabályoknak megfelelő eljárás és az elvárható gondosság tanúsítása ellenére sem lett volna esély az egészségkárosodás teljes vagy részleges elkerülésére. A protokoll betartása a kártérítési felelősséget nem zárja ki, mert az alperest terhelő elvárhatósági mérce túlmutat a szakmai szabályok betartásán.

A BDT2010. 2220. számú és az ehhez kapcsolódó EBH2010. 2229. számú döntésben a bíróság nagyon szemléletesen fogalmazta meg a gondossági mérce lehető legmagasabb szintjét és az egészségügyi szolgáltató kimentésének nehézségét azzal, hogy amennyiben a kórház orvosainak tevékenysége, szakmai vizsgálatok elvégzésének vagy diagnosztikus eredmények értékelésének elmaradása a konkrét szakmai előírás megszegését nem jelenti, ebből nem következik, hogy a kórház (orvosai) az elvárható gondossággal és körültekintéssel járt(ak) el. Az orvos elvárható magatartását konkrét szakmai szabályok megsértésétől függetlenül is vizsgálni kell. Az EBH2010. 2229. számú döntés értelmében a kórház kártérítési felelőssége megállapítható, ha orvosa a szakmai szabályokat betartja ugyan, de elmulasztja azokat az intézkedéseket, illetőleg az anya tájékoztatását, amelyek a terhesség során továbblépésre lehetőséget adnak, és amelyekkel a Down-szindróma felismerésére esély mutatkozik.

Az adott jogesetben a felperesek gyermeke Down-szindrómával született és kártérítési igényüket arra alapították, hogy kórház orvosai a terhesség során nem végeztek el minden vizsgálatot, amellyel a magzat kromoszóma-rendellenessége kiszűrhető lett volna. A klinika általuk is ismert gyakorlata szerint már 0,7 MOM anyai szérum AFP-érték esetén további szűrővizsgálatokat végeztek, míg az I. rendű felperes esetében 0,6 MOM AFP-értéket állapítottak meg. A felpereseket nem tájékoztatták a további szűrővizsgálatok elvégzésének lehetőségéről sem, így elzárták őket attól, hogy a terhesség további folytatásáról, illetve annak megszakításáról dönthessenek. Az alperes állította, hogy mindenben a szakmai irányelveknek megfelelően, az elvárható gondossággal jártak el. A terhességvizsgálati protokollban előírt valamennyi ultrahangvizsgálatot elvégezték, azokon eltérés nem mutatkozott, az AFP-szűrés eredményére tekintettel az intézetben kialakult gyakorlat szerint a genetikai tanácsadást szükségtelen volt. Ennek ellenére a határértéken lévő AFP-eredménye miatt elvégeztek egy további ultrahangvizsgálatot, amely szintén negatív eredménnyel zárult. Ezen felül az I. rendű felperes anyja fiatal életkora miatt nem tartozott a Down-szindróma szempontjából fokozott rizikójú csoportba, így a további elvégezhető vizsgálatokról való tájékoztatás is szükségtelen volt. Az elsőfokú bíróság a keresetet

elutasította, megállapította, hogy az I. rendű felperesnél a szakmai protokoll szerinti ultrahangvizsgálatokat az előírt időpontokban elvégezték. A szűrővizsgálatok minden esetben negatív eredménnyel zárultak, a protokoll az anyai szérum AFP értékének számszerűleg meghatározott alacsony szintjét jelenleg sem tartalmazza, a szakirodalomban pedig eltérő értékek vannak, továbbá az anya fiatal életkorára is tekintettel az alperes orvosaiban nem kellett, hogy felmerüljön a kromoszóma-rendellenesség gyanúja, így további vizsgálatokról sem kellett tájékoztatást nyújtaniuk. A másodfokú bíróság az elsőfokú bíróság által kellően feltárt tényállás alapján levont jogi következtetésekkel nem értett egyet. Álláspontja szerint az I. rendű felperesnél elvégzett ultrahangvizsgálatok a Down-szindróma szempontjából negatív eredménnyel zárultak, így erre tekintettel - fiatal életkorát is figyelembe véve - további vizsgálat nem volt indokolt. A jogvita elbírálása során ezért azt a kérdést kellett perdőntőnek tekinteni, hogy önmagában az anyai szérum 0,6 MOM AFP-értéke fel kellett-e, hogy vesse az alperesi kórház orvosaiban a magzat kromoszóma-rendellenességének gyanúját, és erre tekintettel elvárható volt-e, hogy az ennek nagyobb valószínűséggel történő felismeréséhez szükséges vizsgálatok elvégzése érdekében az I. rendű felperest egy prenatális diagnosztikai centrumába beutalják, illetve a további vizsgálatok lehetőségéről őt tájékoztassák.

Az a körülmény azonban, hogy az orvos magatartása a szakmai szabályokat, irányelveket kielégíti, még nem jelenti feltétlenül, hogy magatartása az elvárhatósági mércének is megfelel. Önmagában abból, hogy bizonyos szakmai vizsgálatok elvégzésének elmaradása vagy diagnosztikus eredmények értékelésének elmulasztása konkrét szakmai előírás megszegését nem jelenti, még nem következik, hogy az alperes (orvosai) az elvárható gondossággal és körültekintéssel jártak el. Az orvos elvárható magatartását ezért a konkrét szakmai szabályok megsértésétől függetlenül is vizsgálni kell (BH2006. 400., BH2003. 497).

A Pécsi Tudományegyetem Szülészeti és Nőgyógyászati Klinikáján 2003. március óta alkalmazzák az ún. tripla tesztet, mint a számbeli kromoszóma rendellenességek szűrésére szolgáló nem invazív vizsgálatot. A klinika a szakirodalmi adatokra támaszkodva azt a gyakorlatot alakította ki, hogy 0,7 és 0,2 MOM közötti anyai szérum AFP-érték esetében elvégzik a tripla tesztet, és ennek eredménye alapján ajánlják fel az amniocentézist a harmincöt év alatti nőknek. A klinika így kialakult gyakorlatát szakmai kongresszusokon ismertették, így az ismert kellett legyen az alperesi kórház orvosai előtt is.

Ennek alapján a másodfokú bíróság közbenső ítéletében úgy foglalt állást, hogy az alperes orvosainak tudniuk kellett, hogy az adott terhességnél indokolt lehetett az ún. tripla teszt elvégzése, így akkor jártak volna el az Eü.tv. 77. §-a (3) bekezdése szerinti gondossággal, ha erre a vizsgálatra az I. rendű felperest beutalják, vagy legalábbis erről a vizsgálati lehetőségről őt tájékoztatják. Az alperesi kórház orvosainak mulasztásával a Down-szindróma valószínű felismerésének lehetőségét vette el a felperesektől. Az észlelés valószínűségének esélyével együtt elveszett a tájékoztatás és a szülők döntési joga is, amely miatt károsodásuk megállapítható. A Legfelsőbb Bíróság a jogerős közbenső ítéletet hatályában fenntartotta.⁴⁶

Az egészségügyi szolgáltató oldalán fennálló kötelezettségek egyike a dokumentációs kötelezettség, melyet az Eütv. 136-137. §-a rögzít és amely az egészségügyi jogviszony sajátosságait színező egyik többletterhelés a kimentés körében. Az egészségügyi dokumentáció a beteg vizsgálatával és gyógykezelésével kapcsolatos adatok összessége és alapvető követelmény vele szemben, hogy a valóságnak megfelelően tükrözze az ellátás folyamatát. A dokumentációnak az egészségügyi szolgáltató által végzett ellátáshoz kapcsolódó kártérítési felelősségben az őt terhelő exkulpációs bizonyításban van kiemelkedő szerepe, mellyel felróhatósága hiányát bizonyíthatja. A bírói gyakorlat szerint a tájékoztatás tartalmát mindig az egészségügyi szolgáltató bizonyítja, így a dokumentáció részeként rögzítendő tájékoztatás ténye és tartalma kiemelkedően fontos. Az ún. objektív - „menthető” - diagnosztikai tévedés „jogosságának” alátámasztásaként - azaz, hogy az anamnézis és a vizsgálati leletek eredőjéből logikusan következtek tévesen az ellátók - ugyancsak egyedül a minőségi dokumentáció szolgálhat.⁴⁷ Amennyiben a dokumentáció hiányos, és emiatt a perben bizonyos - a kereset eldöntése körében releváns - kérdések nem kideríthetők, úgy az az egészségügyi szolgáltató terhére esik, önmagát zárja el attól, hogy a felróhatóságát ki tudja menteni. A dokumentáció a szó szoros értelmében vett hiányosságon túl abban az esetben is hiányosnak minősül, ha ellentmondásos, olvashatatlan, nem értelmezhető pl. rövidítések miatt, illetve a dokumentáció egyes részei ellentétben állnak (pl. az egyes vizsgálatokról készült lelet az ápolási dokumentációval). A dokumentáció hiányossága nem önmagában keletkeztet kárfelelősséget, de az egészségügyi szolgáltató nem tudja bizonyítani, hogy az elvárható gondossággal járt el, melynek következményeként előfordulhat, hogy akkor is felel, ha valójában nem követett el szakmai szabályszegést vagy nem terheli mulasztás.

⁴⁶Pfv. III. 20.805/2010.

⁴⁷ Nagykommentár az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvényhez

A bírói gyakorlat mereven elzárkózik attól, hogy a dokumentációs hiányosság tanúvallomással pótolható, kiegészíthető lehessen. Ennek oka az egyértelmű törvényi szabályozás, miszerint a dokumentációnak a valóságnak megfelelően kell tükröznie az ellátás menetét, ezért minden lényeges adatnak szerepelnie kell benne.

Az egészségügyi dokumentációt a szolgáltató állítja ki, az elsősorban az egészségügyi szolgáltatónál áll rendelkezésre, ekként a felperes bizonyítási szükséghelyzetre hivatkozhat.

Az egészségügyi szolgáltató továbbkötelezettsége tájékoztatás⁴⁸, mely egyben a beteg tájékoztatáshoz való jogát⁴⁹ jelenti. A beteg jogosult a számára egyéniesített formában megadott teljes körű tájékoztatásra, a tájékoztatásnak részletesnek kell lennie. Az egyéniesített tájékoztatás nem az átlagos beteg igényeihez illeszkedő, hanem az adott beteg körülményeihez igazodó tájékoztatást jelenti, melynek során figyelemmel kell lenni a beteg életkorára, iskolázottságára, ismereteire, lelki állapotára, megfogalmazott kívánságaira.

A tájékoztatás megfelelőségének megítélése nem orvosi szakkérdés, hanem a bíróság mérlegelési körébe tartozó jogkérdés. A tájékoztatás elmulasztása nem önmagában, hanem csak akkor alapozza meg az alperes kártérítő felelősségét, ha az elmaradt tájékoztatás miatt következett be a károsodás. A tájékoztatási kötelezettség tartalmát mindig az adott eset körülményei határozzák meg. A tájékoztatásnak az elvárás szerintinek kell lennie, a hozzájárulásnak pedig ezzel adekvátnak.⁵⁰

A Pfv.III.22.326/2016/4. számú határozat elvi tartalma szerint a kártérítési felelősség fennállása vonatkozásában a bíróságnak vizsgálnia kell a károkozó jogellenes magatartást, a kárt, a kettő közötti okozati összefüggést, illetve a felróhatóság vonatkozásában az alperes minden, a kimentés körében előadott hivatkozását. A károsultnak a jogalap körében elegendő bizonyítania, hogy az egészségügyi szolgáltató által végzett beavatkozás következtében kára merült fel, azt, hogy azzal összefüggésben pontosan milyen címen, illetve milyen összegű kára keletkezett, az összecszerűség körében kell vizsgálnia a bíróságnak.

⁴⁸ Eütv. 134-135. §

⁴⁹ Eütv. 13-14. §

⁵⁰ Kúria Pfv.III.21.561/2012/5.

VII. A szakértői bizonyítás sajátosságai az „orvosi műhiba” perekben

Dolgozatom tárgyával összefüggésben feltétlenül érintem a szakértői bizonyítást, tekintettel arra, hogy az egészségügyi szolgáltatók ellen indított kártérítési perekben az egyik legfontosabb, mondhatni nélkülözhetetlen bizonyítási eszköz a szakértő. A szakvéleménynek mint bizonyítéknak mind a jogalap, mind az összecszerűség körében lefolytatott bizonyítás esetén igen nagy jelentősége van.

Mint látni fogjuk, az orvosi műhiba perekben szükségszerűen két szakértős bizonyításról van szó. Természetesen előfordulnak e perekben olyan döntések is, amelyek szakértő kirendelésének mellőzésével, más bizonyítékok alapján születtek, de számuk elenyésző.

A bíróság az egészségügyi kártérítési perekben a bizonyító fél indítványára rendelheti ki a szakértőt, hivatalból történő bizonyításnak helye nincs.

A hatályos Pp. szabályozása lehetővé teszi, hogy a polgári per alanyai valamely szakkérdésben a megbízásuk alapján eljáró szakértő (magánszakértő) által készített szakvélemény (magánszakértői vélemény) benyújtását indítványozzák. Ugyanakkor ezekben a típusú perekben a szakértői bizonyítás terén a perben kirendelt szakértő szakvéleménye megtartotta elsődleges szerepét.

Az eljárás kezdetén a bíróság még nem feltétlenül látja, hogy melyik az a szükséges kompetencia kör, amelyet be kell vonni a szakértői véleményalkotásba. Az igazságügyi szakértői szakterületekről, valamint az azokhoz kapcsolódó képesítési és egyéb szakmai feltételekről szóló 9/2006. IM. rendelet 2. számú melléklete sorolja fel az egyes orvosi igazságügyi szakértői szakterületeket azzal, hogy a szükséges kompetencia kör folyamatosan változik, hiszen az orvostudomány fejlődésével sokkal speciálisabb tudású szakkonzultánsokra, szakértőkre van szükség. A bíróságnak kell gondoskodnia arról, hogy az ilyen speciális szaktudású személyek rendelkezésre álljanak a szakértői bizonyítás során, hiszen már a bizonyítási indítványok értékelése, befogadása során szükség van a szaktudásukra.

A szakértői működésről szóló 31/2008 (XII.31.) IRM. rendelet 16/A. § (2) bekezdésében foglaltak alapján ilyen tárgyú perekben gyakorlatilag ún. két szakértős⁵¹ bizonyítást folytat le a bíróság. Az IMR. rendelet

⁵¹ illetve több, amennyiben több szakterület érintett az adott perben

második bekezdése egyértelműen úgy fogalmaz, hogy „ha a szakkérdés egészségügyi tevékenység megítélésének vizsgálatára irányul, úgy igazságügyi orvostani és az egészségügyi tevékenységnek megfelelő klinikai szakkérdés szerinti szakértői vizsgálatot kell elvégezni.” Érdekes sajátossága tehát az „orvosi műhiba pereknek”, hogy klinikai szakterület szerinti szakértőre vagy szakkonzultánsra, valamint igazságügyi orvostan szakértőre egyaránt szükség van az eljárásban, utóbbira a kompetencia kör meghatározása érdekében is, hiszen a kompetencia kör meghatározása nem feltétlenül bírói feladat.

VIII. Kitekintés a bírói gyakorlatra

VIII.1 Az egészségügyi szolgáltatók tájékoztatási és dokumentálási kötelezettsége (ezen belül a dokumentáció teljessége), illetőleg az ennek elmaradására alapított igényekkel kapcsolatos bírói gyakorlat⁵²

A jogi szabályozást is érintve jelen alcímben a bíró gyakorlatot mutatom be a kapcsolódó jogeseteken keresztül, tekintettel arra, hogy mind a tájékoztatási, mind a dokumentálási kötelezettség megszegése az egészségügyi szolgáltató elleni kártérítési perekben gyakori tényállás és gyakori hivatkozás, ezen felül pedig speciális abból a szempontból, hogy egyik sem keletkeztet önmagában kártérítési felelősséget, szemben a szakmai szabályszegéssel és a elvárható gondosság hiányával, amennyiben azok okozati összefüggésben vannak a kárral.

VIII.1.1 Megfelelő tájékoztatáson alapuló eljárás

Az elmúlt két évtized polgári peres gyakorlata alapján azt láthatjuk, hogy az orvosok elleni kártérítési igények nem elsősorban műtéttechnikai hiányosságból fakadnak, az igények alapja sokkal inkább a tájékoztatási kötelezettség megsértéséből eredő sérelem. A beteg tájékoztatása, az adott kezelésbe való beleegyezése az önrendelkezési jogából fakad, melyet nem lehet megtagadni. A betegnek joga van eldönteni, hogy a jogszabályban előírtaknak megfelelő tájékoztatás mellett beleegyez-e a kezelésbe vagy a felsorolt kezelési alternatívák közül melyiket választja. A napjainkra kialakult orvos-beteg

⁵² Salamonné dr. Piltz Judit: Az egészségügyi szolgáltató kártérítési felelőssége c. egyetemi előadás, Pázmány Péter Katolikus Egyetem Jog- és Államtudományi Kar Deák Ferenc Intézete, Kártérítési jogi szakjogász képzés, 2024.

viszonyban mellérendelti pozícióban lévő beteg egyre bátrabban és sikeresebben érvényesít igényt az egészségügyi szolgáltatóval szemben abban az esetben, ha az általa elvárt eredmény nem vagy nem úgy teljesül, ahogyan ő azt várta a kezeléstől. Magyarországon a '90-es évek közepétől észlelhető az a jelenség, miszerint az egészségügyi kártérítési eljárások egyre növekvő részében a tájékoztatás elégtelenség alapján állapítják meg az egészségügyi szolgáltató felelősségét.⁵³

A beteg tájékoztatáshoz való jogának tartalmát az Eütv. két szakasza, a 13. § és 14. § szabályozza. A 13. § (1) bekezdése szerint: „A beteg jogosult a számára egyéniesített formában megadott teljes körű tájékoztatásra.”⁵⁴ Hangsúlyozandó, hogy a tájékoztatásnak nem csak egyéniesítettnek és teljes körűnek, hanem részletesnek is kell lennie, a (2) bekezdésben a törvény szabályozza, melyek azok a részletek, melyre a tájékoztatás során ki kell térni. A törvény külön rögzíti, hogy a betegnek a számára érthető módon kell megkapnia a tájékoztatást, figyelemmel életkorára, iskolázottságára, ismereteire, lelkiállapotára, e tekintetben megfogalmazott kívánságára, továbbá a tájékoztatás során és azt követően kérdései joga van a betegnek.

A bírói gyakorlat munkálta ki, hogy egy adott tájékoztatás akkor tekinthető egyéniesítettnek, ha nem egy általános beteg igényeihez illeszkedik, hanem az adott beteg körülményeihez, így az iskolázottságához, ismereteihez, körülményeihez, lelkiállapotához, hiszen egy fiatal, jó lelki állapotban lévő személyhez képest egy idősebb, esetleg már demenciára hajló beteg nehezebben érti meg a tájékoztatást, szükséges lehet az orvosi kifejezések részletesebb magyarázata, a tájékoztatás többszöri ismétlése.

A beteg tájékoztatáshoz való jogával párhuzamosan az Eütv. 134. és 135. §-a szabályozza az orvos tájékoztatási kötelezettségét és láthatjuk, hogy ami a beteg oldalán jogosultság, azt az orvos oldalán a jogszabály kötelezettségként írja elő. Kiemelendő, hogy a kezelőorvosnak a beteg állapota által indokolt rendszereséggel, a tőle elvárható ismereteknek megfelelően és legjobb tudása szerint kell tájékoztatnia a beteget az egészségi állapotáról, a fentebb ismertetett 13. § figyelembevételével, továbbá a beteg tájékoztatását körültekintően, szükség szerint fokozatosan, a beteg állapotára és körülményeire tekintettel végzi. A tájékoztatás során figyelmet kell fordítani a kezelés általánosan ismert, jelentős,

⁵³ Kaprinay Zsófia: A mulasztás, mint jogellenesség az orvosi jogi jogviszonyban (Debreceni Jogi Műhely, 2008/1.)

⁵⁴ Eütv. 13. §

tehát nem elhanyagolható és ritka, hanem reálisan előforduló mellékhatásaira, az esetleges szövődményekre és a beavatkozások lehetséges következményeire, azok előfordulási gyakoriságára, végezetül pedig meg kell győződni arról, hogy a beteg a tájékoztatást megértette, továbbá szükség esetén gondoskodni kell a tájékoztatott lelki gondozásáról.⁵⁵

A tájékoztatásra vonatkozóan nincs írásbeli kötelezettség azzal, hogy a törvény kivételként egyes beavatkozások esetén mégis előírja az írásbeliséget. Ilyen kivétel a kutatásban résztvevők tájékoztatása, nyitott sugárforrású gyógyellátással érintett tájékoztatása, valamint az intézeten kívüli tervezett szülésnél a várandós anya tájékoztatása, az indikáción túli gyógyszerrendelésről való beteg-tájékoztatás, pszichiátriai kezelés során a beteg betegjogokról történő informálása, illetőleg a homeopátiás gyógyszer alkalmazása esetén előírt tájékoztatás.

A tájékoztatás megfelelőségének megítélése nem orvosi szakkérdés, hanem minden esetben a bíróság mérlegelési körébe tartozó kérdés. A bíróság e körben azt ítéli meg, hogy a tájékoztatás megfelelően megtörtént-e, illetőleg az orvosnak miről kellett tájékoztatnia a beteget, tehát nem azt mérlegeli, hogy az adott beavatkozásnak, kezelésnek mi a következménye, szövődménye, kockázata, hiszen ez utóbbi szakértő által vizsgált kérdések a bizonyítékok körében értékelendő szakvéleményre tartozó elemek.

Sem a műtéti beleegyező nyilatkozat, sem pedig az általános formanyomtatvány önmagában nem bizonyítja a tájékoztatás megtörténtét. Kifejezetten jogszabályi rendelkezést nem találunk a szóbeli tájékoztatás fontos tartalmának kötelező dokumentálására vonatkozóan, sőt ezt a gyakorlat sem kívánja meg, ugyanakkor a tájékoztatás tényének és tartalmának rögzítése az alperes bizonyítását könnyíti meg. Természetesen lehetőség van arra, hogy az egészségügyi ellátó tanúval bizonyítsa a megfelelő tájékoztatást, ezzel kapcsolatban azonban bizonyítási nehézségek merülhetnek fel. A tájékoztatás és a műtéti beleegyező nyilatkozat viszonya kapcsán született a BH2001.65 számon közzétett eseti döntés, melyben a Legfelsőbb Bíróság kimondta, hogy tárgyilagos, részletes, körültekintő, valóságnak megfelelő tájékoztatásnak kell történnie, és amennyiben ez nem valósul meg, úgy a kórház kártérítési felelőséggel tartozik. A BH rendelkezik arról is, hogy a betegnek a kórházban való felvétele során az adott kivizsgálásba, kezelésébe és műtétbe beleegyező nyilatkozata, tehát írásban aláíratott nyilatkozat önmagában még nem alkalmas annak a bizonyítására, hogy megtörtént a megfelelő tájékoztatás.

⁵⁵ Eütv. 134-135. §

A fent idézett jogesetben a felperes gerincműtéten esett át, melynek szövődményeként gerincvelőkárosodás alakult ki. A felperes azt állította, hogy a műtétet megelőzően az adott beavatkozással kapcsolatban semmilyen tájékoztatást nem kapott a műtét lehetséges szövődményéről, főként nem egyéniesített formában, csupán aláírtak vele egy formanyomtatványt a beleegyező nyilatkozatáról. Hogy az adott károsodás szövődménynek tekinthető-e, vagy műtéttechnikai hibának, szakértő bevonásával eldöntendő szakkérdés. A gerincműtétnek ismert és lehetséges szövődménye a felperesnél kialakult gerincvelő károsodás, így erre ki kellett volna terjednie a tájékoztatásnak. Amennyiben a beteg megkapta volna a teljes körű tájékoztatást arra is kiterjedően, hogy ennek a műtétnek szövődménye és velejárója lehet a gerincvelő károsodás, úgy eldönthette volna, hogy vállalja-e a műtétet. A beteg által aláírt formanyomtatvány azonban alkalmatlan volt a tájékoztatás tényleges tartalmának bizonyítására, a bíróság mindhárom fokon elmarasztalta az egészségügyi intézményt.

A diagnosztikai tévedés és az elvárható gondosság kapcsolata tekintetében a Legfelsőbb Bíróság a BH2010.8 számon közzétett eseti döntésében rögzítette, hogy a tájékoztatási kötelezettség megszegése miatt, a terhességmegszakítás lehetőségének elvesztésével okozott kárért a kórház csak akkor felel, ha a magzat fejlődési rendellenességét gondos eljárás mellett felismerhette volna olyan időben, hogy a terhesség még megszakítható lehetett volna. A jogeset tényállása szerint a felperes gyermeke gerinchasadékkal, vízfejűséggel született. A terhesség 32. hetében a kezelőorvos a magzatnál mindkét oldalon tágult agykamrát diagnosztizált, azonban a terhesség ekkor már magzati javallat okán nem volt megszakítható. A kórház minden szűrővizsgálatot a szakma szabályainak megfelelő időpontban, megfelelő módon elvégzett és az eredményeket megfelelő módon dokumentálta, tehát minden elvárhatót megtett a helyes diagnózis felállítására érdekében. A vizsgálatok során rendellenesség gyanúja nem merült fel, így diagnosztikai tévedés miatt felelősség nem terhelte. Az igazságügyi orvosszakértő személyes meghallgatása során nyomatékosan hangsúlyozta, hogy a terhesség 32. hete előtt nem volt fejlődési rendellenességre utaló adat, ugyanakkor a magzati élet védelméről szóló törvény⁵⁶ rendelkezései értelmében a terhesség megszakítására legkésőbb a terhesség 24. hetében kerülhet sor. Mindebből adódóan a terhesség megszakítására adott esetben már nem volt lehetőség, így ebben a körben nem terhelte tájékoztatási kötelezettség az alperest, a kórház kártérítési felelőssége nem volt megállapítható.

⁵⁶ A magzati élet védelméről szóló 1992. évi LXXIX. törvény

A BH2019.135 számú közzétett eseti döntésben a felperesen korábban bal oldali nyakiborda-műtétet végeztek és a beavatkozást megelőzően részletes tájékoztatást kapott a műtétről. 9 évvel később a felperes közúti balesetet szenvedett és ezúttal jobb oldali nyaki-borda műtétre volt szükség, melyet megelőzően a korábbi műtétet végző orvos arról adott tájékoztatást, hogy a műtét ugyanolyan lesz, mint az előző. A felperes aláírta a műtéti beleegyező nyilatkozatot, melyen azonban műtéti kockázatként utólag tüntették fel a mozgáskiesést. A műtét után a felperesnél jobb oldali vállidegfonat károsodás állt elő szövődményként, véglegesen fennmaradó részleges bénulással és funkciózavarral. A Kúria a keresetnek helytadó ítéletet hozott és kimondta, hogy a tájékoztatási kötelezettség követelményének nem felel meg, ha a betegen évekkal korábban hasonló műtétet hajtottak végre és a kezelőorvos csak utal az akkor adott tájékoztatásra, valamint annak tartalmára.

A Pfv.III.20.038/2020/8. számú döntésében a Kúria a tájékoztatási kötelezettséggel kapcsolatban azt hangsúlyozta, hogy a jelnyelvet használó halláskárosodott beteg esetén különös figyelmet kell fordítani arra is, hogy a tájékoztatást megértette. Az adott esetben a beteg nem számolhatott a nála előállt szövődménnyel, ugyanis az általa aláírt beleegyező nyilatkozat csupán a sebfertőzést mint általános lehetőséget tartalmazta, azonban nem tért ki sebfertőzés lehetséges konkrét következményeire, ezen felül a tájékoztatás során nem használtak jelnyelvi tolmácsot, így az egészségügyi szolgáltató felelőssége megállapítható volt.

VIII.1.2 A dokumentáció teljessége

A dokumentációs kötelezettséget a 7. cím alatt a felelősség alóli kimentés kapcsán értékeltem, jelen címben e kötelezettség jelentőségét a bírói gyakorlatban született döntéseken keresztül világítom meg.

Ahogy az Eütv. a beteg oldalán tájékoztatáshoz való jogot fogalmaz meg, mely az egészségügyi szolgáltató részéről tájékoztatási kötelezettséget jelent, ugyanúgy a törvény 24. §-ában rögzíti a beteg oldalán az egészségügyi dokumentáció megismerésének jogát, míg a 136-137. § szabályozza az egészségügyi szolgáltatót terhelő dokumentációs kötelezettséget. Az egészségügyi dokumentáció a beteg vizsgálatával és gyógykezelésével kapcsolatos adatok összességét tartalmazó irat és azok mellékletei. Alapvető követelmény a dokumentáció vezetésével kapcsolatban, hogy a valóságnak megfelelően kell az tükröznie az ellátás folyamatát.

Az Eütv. 136. §-a hosszasan sorolja fel a dokumentáció tartalmi elemeit, melyek közül csak azokra térek ki jogeseteken keresztül jelen dolgozatban, melyre jellemzően kártérítési igényt alapítanak.

A Pfv.III.22.388/2016/6. számú határozatában a Kúria kimondta, hogy az orvosi dokumentáció hiányosságainak következménye az, hogy az ebből fakadó bizonyítási nehézségek az egészségügyi szolgáltató terhére esnek, ami ily módon azt eredményezheti, hogy a kártérítési felelősség alól kimenteni magát nem tudja. A dokumentációs kötelezettség megsértése a perben eljáró bíróságok álláspontjával ellentétben nem minősült a felelősséget megalapozó mulasztásnak, de annak eljárásjogi jogkövetkezményeként, a bizonyítási teher szabályának megfelelően a felróhatóság kapcsán lényeges tény bizonyítatlanságát az alperesek terhére kellett értékelni.

A 2008/2/1867. számú polgári elvi határozatban megjelent döntés egy végtaghiánnyal született gyermekkel kapcsolatos jogeset. A szakértő úgy nyilatkozott, hogy a felismerésre nincsenek biztos módszerek, és nehezen, legfeljebb 30 % valószínűséggel felismerhető a rendellenesség. Az ügyben az alperesnek azt kellett bizonyítania, hogy a terhességi vizsgálatok a megfelelő időben megtörténtek, és az elvárható gondosságnak megfelelően mindent megtett a rendellenesség felismerése érdekében. Két olyan ultrahang vizsgálatról készült lelet állt rendelkezésre, amikor vizsgálni kellett a magzat végtagját, azonban egyik leleten sem volt bejegyzés sem a vizsgálat megtörténtére, sem annak eredményére vonatkozóan. Tehát ebben az esetben nem kizárt, hogy az ultrahangvizsgálatot végző orvos valójában megnézte a felvételeket és rendben lévőnek találta a magzatot a rendellenesség nehéz felismerhetősége miatt, azonban ennek dokumentálása nem történt meg. A dokumentáció hiánya miatt nem tudta tehát igazolni, hogy a szakmai szabályoknak és az elvárható gondosságnak megfelelően alaposan megvizsgálta a végtagok létét és az állapotát, ezért a perben az alperes nem tudta magát kimenteni, így ebben az esetben megállapítható volt az alperes kártérítési felelőssége.

Ugyancsak a dokumentációs hiányosság keletkeztetett kártérítési felelősséget abban a jogesetben, melyben egy ikerterhességéből az egyik csecsemő Down-kórral és agyi oxigénhiányos állapotban, míg ikertestvére egészségesen született. A Down-kórban szenvedő újszülöttet a születését követően újra kellett éleszteni, születésétől fogva és maradandóan súlyos mozgásszervi és szellemi fogyatékos állapotban szenved, az élet minden területén segítségre szorul. A jogeset kapcsán született Kúria Pfv.III.21.451/2019/14. számú precedensképes határozatának elvi tartalma szerint az újraélesztés

menetének részletes dokumentálása nélkül az egészségügyi szolgáltató elzárja magát attól, hogy igazolja, az újraélesztés a szakmai protokollnak megfelelően történt, továbbá az oxigénhiányos állapot miatt egészségkárosodott újszülött ikertestvére alappal tarthat igényt nem vagyoni kártérítésre, mert az alperes jogellenes és felróható magatartása miatt lehetősége sem nyílt az egészséges, teljes családban való élet megélésére.

A bírói gyakorlat mereven elzárkózik attól, hogy a dokumentációs hiányosságot tanúvallomással pótolni lehessen, mely gyakorlat visszavezethető a dokumentáció jogszabályban is rögzített lényegére, miszerint az orvosi dokumentációt úgy kell vezetni, hogy az a valóságnak megfelelően tükrözze az ellátás folyamatát.⁵⁷A tanú arra nyilatkozhat, ami a dokumentumban szerepel, elmagyarázhatja, hogy mit, miért tett, de nem egészítheti ki azt.⁵⁸

VIII.2 A gyógyulási vagy túlélési esély elvételére alapított igények bírói gyakorlata

Az egészségügyi szolgáltatók által okozott hátrányok miatt indított perekben egyre gyakrabban jelenik meg a gyógyulási vagy túlélési esély csökkenésére vagy elvesztésére történő kereseti hivatkozás. A probléma felmerülése világjelenség, hazai bírói gyakorlata is színes képet mutat. 2022-ben jelent meg a Kúria joggyakorlat-elemző csoportjának összefoglaló véleménye e tárgykörben, mely a többségi vélemény megfogalmazásával egyértelműen körvonalazza a jogszabályban nem definiált esély értékelési szempontjait.

A normatív szabályozás az esély fogalmát nem ismeri. Nincs olyan törvényi tényállás, amely magában foglalná a „gyógyulási esély” kifejezést. A magyar joganyag egyetlen eleme sem tartalmazza, sem az Alaptörvényben, sem a hatályos jogszabályok szövegében nem található, tehát nem klasszikus pozitív jogi kifejezés. Az ítélkezési gyakorlat „alkotta”, és a jogalkotó egyelőre nem kodifikálta, ugyanakkor a közfelfogás szerint is nyilvánvaló, hogy a gyógyulás lehetősége önmagában is védendő érték.⁵⁹ Hangsúlyozni kell tehát, hogy a Ptk. terminológiájában az esély elvesztése ugyan hátrány, nem vagyoni sérelem, azonban nem minősül kárnak. A Ptk. értelmében a kár alatt kizárólag a vagyoni kár értendő, önmagában az esély elvesztése miatt nem jár kártérítés.

⁵⁷ Eütv. 136. § (1) bek., Pfv. III. 22.005/2010/5.

⁵⁸ Pfv.III.21.305/2015/4., Pfv.III.22.465/2017/6.

⁵⁹Kovács Helga: A gyógyulási esély személyiségi jogi elhelyezése, *Iustum Aequum Salutare* XVII. 2021. 3., 145-183.

Döme Attila definíciójában a gyógyulási esély vizsgálatánál azokat az eseteket értékeljük, amikor egy már sorsszerű megbetegedésben vagy az egészségügyi szolgáltatást megelőzően elszenvedett egészségkárosodásban szenvedő károsultnak az egészségügyi ellátás alatti vagy azt szorosan követő állapot rosszabbodása következik be, aminek lehetséges oka az egészségügy dolgozó jogellenes és felróható magatartása, de ez az oksági kapcsolat mind a fennállását mind a mértékét illetően bizonytalan, a hátrány pusztán az alapállapotból fakadóan, megfelelően gondos ellátás mellett is bekövetkezhetett volna.⁶⁰ A betegség vagy egészségkárosodás mint kárhelyzet ráadásul nem nyugvó állapotú, hanem a szervezet elevensége miatt kiszámíthatatlan módon folyamatosan változik az orvosi magatartástól függetlenül is. Ilyen paralel kauzalitással más káreseteknél, például dologrongálásnál vagy szerződészegésnél nem találkozunk.⁶¹

Ahogy a dolgozatban több helyen említésre kerül, az egészségügyi ellátással kapcsolatos kártérítési igények elbírálásánál speciális megítélési szempontokat kell szem előtt tartani és igaz ez a gyógyulási esélyre alapított igények elbírálása során is. Egészen egyszerűen az emberi szervezet egyediségéből adódó biológiai, fiziológiai reakciók kiszámíthatatlansága miatt, ráadásul az egészségügyi ellátás egy már sérült, megbetegedett állapotban próbál segíteni az orvostudomány dinamikus fejlődéséből, változásából fakadó bizonytalanságával.

A fentebb említettek szerint a kezelési hiba önmagában nem alapozza meg az egészségügyi szolgáltató deliktuális felelősségét, csak azokért a kezelési hibákért felel, amelyek okozati összefüggésben állnak a kialakult egészségkárosodással.

Egy nagyon érdekes sajátosság, hogy a károsításra alkalmasság mint generális okság nem jelenthet konkrét okságot, tehát az, hogy egy kezelési hiba alkalmas a kereset alapjául szolgáló egészségi hátrány okozására és tipikusan kiváltja azt, még nem jelenti, hogy a konkrét esetben is fennáll ez az okozatossági kapcsolat.

További speciális szempont Döme Attila értékelése szerint a Doppelkasualität, mely az ő értelmezésében nem kettős okozatosságra utal, hiszen az ténylegesen fennálló oksági viszonyt feltételezne, sokkal inkább

⁶⁰ Döme Attila: A gyógyulási vagy túlélési esély elvételére alapított igények bírói gyakorlata (<https://coospace-obh.birosag.hu/Curriculum/R1,D39022,138210,138922/Play?back=%2FRepos%2F1&bt=>)

⁶¹ Döme Attila: Bizonyítási teher az egészségügyi perekben (MJ, 2022/1., 17-22. o.)

a doppel genger, azaz társutas vagy alterego okságról van szó, amikor nem lehet tudni, hogy a két szóba jöhető okság mindegyike fennáll, vagy csak az egyik, és ha igen, akkor melyikük. A tényállásoknak ezen speciális jellemzői speciális jogi értékelést tesznek szükségessé.⁶²

Fontos hangsúlyozni, hogy egyetlen orvos sem tudja garantálni, hogy egy meghatározott kezelés egy betegnél sikerre vezet-e vagy sem.

A magyar bírói gyakorlatban az 1990-es évekig fel sem merült a gyógyulási esély minősítése, a betegség alakulásának bizonytalanságát a bírói gyakorlat az okozatosság feltétele körében vette figyelembe, amely jellemzően a keresetek elutasításához vezet. A Legfelsőbb Bíróság a Pfv.III.21.945/2004/5. számú ítéletének indoklásban kimondta, hogy orvosi szempontból kétségmentes megállapíthatóság nincs, ezért a bizonyítottság is alacsonyabb szinten értendő. Ez alól a gyógyulási esélyre vonatkozó esetek sem jelentenek kivételt. Az ezredfordulótól kezdődően a magyar bírói gyakorlat jelentős fordulatot vett, amikor a felperesi oldalról beírta annak bizonyításával, hogy a kár az alperes által nyújtott egészségügyi ellátás során, vagy nem sokkal azután következett be, és kimentés körében az alperes feladatává tette annak bizonyítását, hogy a sérelmezett hátrány az elvárható gondosság is bekövetkezett volna. Számos ítélet táblai döntés is született ebben a szellemben, és a Legfelsőbb Bíróság az EBH2009.1956 számú eseti döntésében elvi érveléssel erősítette meg ezt a gyakorlatot, kimondva, hogy amennyiben az egészség károsodás pontos oka nem ismert, a lehetséges okok közül mindazokat vizsgálni kell, amelyek az alperes egészségügyi szolgáltató kártérítési felelősségéhez kapcsolódnak és az alperes csak abban az esetben mentesül a felelősség alól, ha mindezek tekintetében bizonyítja felróhatóságának hiányát, tehát az okozatosság a hiányának a bizonyításával.⁶³

Az egészségromlás, halál bekövetkezése és a kezelés hiányosságai közötti okozati összefüggés természettudományos bizonytalanságára a bírói gyakorlat úgy tekint, hogy a gyógyulási, túlélési esélyt nem az okozatosság, hanem a felróhatóság körében értékelendő⁶⁴, ekként a szakértelemmel nyilvánvalóan nem rendelkező betegnek, illetve hozzátartozójának nem kell bizonyítania az egészségügyi szolgáltatás teljes folyamatát és az abban rejlő hibákat, nem kell megneveznie a káros eredményre

⁶² Döme Attila: A gyógyulási esély megfiúsulásáért való felelősség megítélése német nyelvterületen (MJ, 2021/1., 1-10. o.)

⁶³ Döme Attila: A gyógyulási vagy túlélési esély elvételére alapított igények bírói gyakorlata <https://coospace-obh.birosag.hu/Curriculum/R1,D39022,138210,138922/Play?back=%2FRepos%2F1&bt=>

⁶⁴ BH2022.10.62.

vezető konkrét magatartást, mulasztást, e körben elegendő, ha a károsulti pozícióban fellépő felperes azt bizonyítja, hogy a halál, az egészségromlás a kezelés során, vagy azzal egy időben, illetőleg utóbb, de azzal összefüggésben következett be. Ehhez képest az egészségügyi szolgáltató terhe a gondos eljárásának, illetve annak a bizonyítása, hogy az elvárható gondosság tanúsítása ellenére sem lehetett volna az egészségkárosodást, a halált elkerülni.⁶⁵ Egy jogesetben az alperes diagnosztikus tévedése folytán nem ismerte fel a felperes anyajegyének rosszindulatú elváltozását, csak jelentős késéssel, súlyos áttétképződés után került diagnosztizálásra. Az ítélet utalt arra, hogy a beteg az egészségügyi kártérítési perekben az okozati összefüggés tekintetében eleget tesz a bizonyítási kötelezettségének, ha azt bizonyítja, hogy a kár az egészségügyi ellátás során következett be, ami jelenthet térbeli és időbeli egybeesést is, továbbá rámutatott arra, hogy a gyógyulási esély vizsgálata nem az okozatosság, hanem a felróhatóság körébe tartozik, a szakértői bizonyítás alapján pedig igazolt, hogy reális esély volt arra, hogy az időben történő felismerés és az ehhez szükséges vizsgálatok elvégzésével a gyógyulási esélyei növekedtek volna.⁶⁶

Látható, hogy a magyar bírói gyakorlat azon megfontolásból, hogy a sérelmezett egészségügyi hátrány a nyújtott egészségügyi szolgáltatás idején, vagy közvetlenül azt követően következett be, megfordítja a bizonyítási terhet és az alperes feladatává teszi felróhatóságának kimentését, és teszi ezt úgy, hogy az esélyt önállóan védett értéknek tekinti. Sőt, nemcsak a gyógyulási esély teljes megszűnése, hanem elméleti csökkenése is megalapozhatja a kártérítési felelősséget, mely nagymértékben megnehezíti annak a félnek a bizonyítását, akinek a terhére értékelendő a gyógyulásban rejlő bizonytalanság.

A Kúria által hozott döntések és a következetes többségi bírói gyakorlat alapján a gyógyulási esély nem személyiségi jog, a gyógyulási, túlélési esély elvétele, csökkenése azonban megalapozza a károsult valamely - Ptk.-ban nevesített vagy nem nevesített - személyiségi jogának sérelmét. Így amennyiben a betegnek reális esélye lett volna a gyógyulásra és az esély az egészségügyi szolgáltató felróható magatartása következtében elvész, sérül a beteg egészséghez, testi épséghez való joga.⁶⁷ A Fővárosi Ítélet a 7.Pf.20.916/2014/7. számú ítéletében rámutatott arra, hogy az egészségügyi szolgáltató

⁶⁵ A Kúria Összefoglaló vélemény kivonata „A gyógyulási (túlélési) esély csökkenésével (elvesztésével) kapcsolatos ítélkezési gyakorlat vizsgálata”-ával kapcsolatban (Kúria, 2019.El.II.JGY.P.3, 2022, 3. oldal)

⁶⁶ Debreceni Ítélet Pf.I.20.209/2015/10., ugyanezeket az elveket fejtette ki a Pf.I.20.580/2015/7., Pf.I.20.776/2016/8., valamint a Pf.I.20.437/2018/4. számú ítéletekben.

⁶⁷ A Kúria Összefoglaló vélemény kivonata „A gyógyulási (túlélési) esély csökkenésével (elvesztésével) kapcsolatos ítélkezési gyakorlat vizsgálata”-ával kapcsolatban (Kúria, 2019.El.II.JGY.P.3, 2022, 3. oldal)

felróható mulasztása és a gyógyulási esély elvesztése között fennáll az okozati összefüggés, a szakvélemény ugyanis egyértelmű a tekintetben, hogy nagy valószínűséggel megelőzhető lett volna a maradandó egészségkárosodás, ha nem otthonába bocsátják a beteget, hanem áthelyezik a stroke osztályra.⁶⁸ A reális gyógyulási esély bármilyen mértékű elvétele a bírói gyakorlat által elismert kár, amely az esély százalékos mértékétől függetlenül a teljes kártérítési felelősséget alapozza meg, és ugyanez alkalmazandó a sérelemdíj megfizetésére is.⁶⁹

Természetesen a minimális mértékű, kis valószínűségű, csak távoli összefüggések feltételezésével megfogalmazható esély nem alapozhatja meg a felelősséget, továbbá a Pfv.20381/2015/4 határozat elvi tartalma szerint mindig az ügy egyedi körülményeinek mérlegelésével dönthető el, hogy volt-e a betegnek reális esélye a károsodás elkerülésére, figyelembe véve a természettudományos jellegű bizonytalanságot is. A Kúria Pfv.III.21.056/2020/9. számú (BH2021. 307. szám alatt közzétett) ítéletében rögzítette, hogy a reális, értékelhető esélyt nem lehet %-os mértékhez kötni és kifejtette, hogy egy, a szakértő által számszerűsíthetően nem véleményezhető, de mindenképpen csekélynek minősített esély, amelynek mértékén olyan súlyos tényezők rontanak, mint a beteg természetes 6 kórokú, súlyos betegségei, illetve életvitelbeli szokásai, nem tekinthető olyannak, amely időben elkezdett, megfelelő terápia esetén a gyógyulás valóságos, valósághoz igazodó lehetőségét jelenti. Az egészségügyi szolgáltató kártérítési felelősségét nem alapozhatja meg, ha a józan ész és belátás figyelembevételével időben elvégzett, adekvát kezelés esetén sem lehet reálisan számítani a beteg gyógyulására, állapotjavulására.⁷⁰

A teljes kártérítés elvét valló nézettel szemben a legmarkánsabb kritikát megfogalmazó Kemenes István álláspontja szerint a teljes kártérítés elvén nyugvó megközelítés voltaképpen a kártérítési felelősséget törvényi felhatalmazás nélkül alkalmazza azokban az esetekben, amikor a kártérítés szükségszerű elemei: a kár és az okozati összefüggés hiányoznak, ezért nem elfogadható, hogy az egészségügyi intézmény szerződésszegő magatartása önmagában, kimutatható okozati összefüggés hiányában is kártérítési felelősséget alapozzon meg.⁷¹

⁶⁸ Fővárosi Ítéletábrla 7.Pf.20.916/2014/7.

⁶⁹ A Kúria Összefoglaló vélemény kivonata „A gyógyulási (túlélési) esély csökkenésével (elvesztésével) kapcsolatos ítélkezési gyakorlat vizsgálata”-ával kapcsolatban (Kúria, 2019.El.II.JGY.P.3, 2022, 4. oldal)

⁷⁰ A Kúria Összefoglaló vélemény kivonata „A gyógyulási (túlélési) esély csökkenésével (elvesztésével) kapcsolatos ítélkezési gyakorlat vizsgálata”-ával kapcsolatban (Kúria, 2019.El.II.JGY.P.3, 2022, 5. oldal)

⁷¹ Kemenes István: Az esély elvesztése mint vagyoni és nem vagyoni hátrány (MJ, 2018/12., 657-669. o.)

Kovács Helga egy nemrégiben publikált tanulmányában felhívja a figyelmet arra, hogy „a személyiségvédelem alapján történő igényérvényesítés nem válhat annak eszközévé, hogy ha valamilyen sérelem kártérítési alapon nem bizonyítható vagy nem téríthető meg, azt személyiségi alapon nyújtsa a jogviszony kötelezettje, vagyis mindazon hátrány, amely nem fér bele a kártérítésbe, személyiségi jogi alapon minden további nélkül kiküszöbölhető legyen.”⁷²

VIII.3 A sérelemdíj és mértéke az egészségsértéssel kapcsolatos kártérítési igényekkel összefüggésben⁷³

Tekintve, hogy a személyiségi jogok megsértéséből eredő sérelemdíj-igények az egészségügyi jogviszonyok kapcsán felmerülő kártérítési felelősség egyre nagyobb számú, ezért egyre fontosabb aspektusát jelentik és maga a sérelemdíj önmagában egy önálló tanulmány tárgya lehetne, jelen dolgozatban egy rövid történeti-elméleti bevezető után az egészségsértéssel kapcsolatos sérelemdíj mértékére koncentrálna vizsgálom a jogintézményt jogeseteken keresztül.

A sérelemdíj fiatal intézményét a 2013. évi V. törvény vezette be, egyúttal megszüntette a jogalkalmazási nehézségekkel terhelt és komoly elméleti vitákkal kísért „nem vagyoni kártérítés jogintézményét, melynek fogalmi ellentmondásai a bírói gyakorlatban is gondot is gondot okozott. Az ítélkezés ellentmondásossága Lábady Tamás szerint abból fakadt, hogy a jogszabályi rendelkezéseket követve a bíróságok kártérítésben gondolkodtak, ahol a kár eleve vagyoni, pénzben kifejezett és jellemzően összegszerűen is meghatározható vagyoni hátrány. Ezzel a bíróságok folyamatosan beleütköztek a személyiségi jogsérelem és a magánjogi kárfogalom diszkrepanciájába. A nem vagyoni sérelmek ugyanis vagyoni mércével megmérhetetlenek, vagyis összegszerűen nem határozhatók meg, eképpen kiegyenlíthetetlenek. „A nem vagyoni kártérítés legfeljebb a vagyoni kártérítés fikciós esete, amelyben a sérelmet orvosolni hivatott kártérítés valójában inadekvát.”⁷⁴ A teljes reparáció elvét követő kártérítési jogba tehát a nem vagyoni kártérítés nehezen volt beilleszthető, ami ahhoz vezetett, hogy a nem vagyoni kártérítés reparációs funkciója helyett annak kompenzációs funkciója került előtérbe.⁷⁵

⁷² Kovács Helga: A gyógyulási esély személyiségi jogi elhelyezése (IAS, 2021/3., 145-183. o.)

⁷³ Szász Levente: A sérelemdíj mértéke, különös figyelemmel az egészségsértéssel kapcsolatos igényekre (<https://coospace-obh.birosag.hu/Curriculum/R1,D39022,138260,138983/Play?back=%2FRepos%2F1&bt=>)

⁷⁴ Lábady Tamás: Sérelemdíj versus nem vagyoni kártérítés, Állam- és Jogtudomány, 1 (2016) 41.o.

⁷⁵ Lábady Tamás: A nem vagyoni kártérítés metamorfózisa sérelemdíjjá. A bírói gyakorlat kezdeti dilemmái. Polgári Jog, 2. sz. [4] pont.

A dogmatikai és gyakorlati ellentmondások kiküszöbölése érdekében a 2013-as Ptk. az intézményt döntő részben kiemelte a kötelmi jog köréből, és a személyiségi jogsértések pénzbeli elégtétellel való szankcionálását a II. könyvben, a személyiségi jogok megsértésének jogkövetkezményei között helyezte el. A sérelemdíj dogmatikai alapját jelöli ki a normaszöveg akkor, amikor kimondja, hogy a személyiség bármely dimenziójának megsértésével okozott következmények pénzbeli ellensúlyozása nem kártérítés.⁷⁶

A sérelemdíj nem kártérítés. A sérelemdíj funkciója kettős, egyrészt kompenzációs szerepet tölt be a sértett oldalán - a jogsérelmet szenvedett személynél megbomlott testi és lelki egyensúly helyreállítását, a jogsértő magatartás miatt keletkezett szubjektív hiányérzet, veszteségérzés megszüntetését, de legalábbis csökkentését célozza -, másrészt preventív célzatú magánjogi büntetés a jogsértővel szemben, magában foglalja a jogsértés társadalmi elítélését.

Kiemelendő, hogy a sérelemdíjra való jogosultsághoz a jogsértés tényén kívül további hátrány bekövetkezésének bizonyítása nem szükséges, a bírói gyakorlatban uralkodó álláspont szerint pedig a hátrány a jogsértés tényéhez tapadó megdönthetetlen vélelem. A BH 2023.1.8 számú eseti döntés kimondja, hogy a sérelemdíj fizetésére kötelezés tényalapját nem önmagában a gyógyulási, túlélési esély csökkenése, elvesztése, hanem a ténylegesen bekövetkezett hátrány jelenti, és a sérelemdíj mértékét annak figyelembevételével kell meghatározni.

Fokozottan érvényesül e jogintézmény tekintetében a sértett személyéhez kötöttség elve, azaz csak személyesen lehet érvényesíteni. Ebből az elvi tételből következik, hogy a sérelemdíj iránti igény nem ruházható át élők között, és nem is örökölhető. Amennyiben azonban a sértett a sérelemdíj iránti igényt a bíróság előtt már érvényesítette, a sértett örököse (jogi személy sértett esetén annak jogutódja) a sérelemdíj iránti igény perbeli érvényesítésére jogot nyer.

A Ptk. rögzíti, hogy a sérelemdíj mindig egyösszegű, a mértékét pedig a Ptk. 2:52. § (3) bekezdésében nem kimerítő jelleggel meghatározottak szerint a bíróság az eset körülményeire tekintettel, különösen a jogsértés súlyához, ismétlődő jellegéhez, a felróhatóság mértékéhez, a jogsértésnek a sértettre és környezetére gyakorolt hatásához igazítja.

⁷⁶Lábady: Sérelemdíj versus nem vagyoni kártérítés 42.o.

A nem vagyoni sérelem esetei nem sorolhatók fel egészségsértés esetén sem, de a gyakorlatban legáltalánosabb a beteg egészségkárosodása, mint a testi épség, egészség sérelme, a hozzátartozó elvesztése, mint a teljes családban éléshez való jog, hozzátartozó súlyos egészségkárosodásából eredő hozzátartozói igények, mint az egészséges családban éléshez való jog, az anya önrendelkezési joga, a tájékozott beleegyezésből fakadó önrendelkezési jog, a családtervezéshez és alapításhoz való jog.

A sérelemdíj megállapítása szükségképpen mérlegelési tevékenység. A sérelemdíj összegét bizonyítás útján pontosan nem lehet meghatározni, azt az anyagi jogszabály a bíróság szabad belátására bízta. A Kúria Pfv.III.20.184/2021/4. számú határozatának elvi tartalma szerint a bíróság szabad belátásán alapuló mérlegelés csak akkor támadható eredményesen felülvizsgálati kérelemmel, ha okszerűtlen, iratellenes vagy logikátlan.

A sérelemdíj mértékének meghatározását illetően megoldás lehetne a jogalkotó részéről a sérelmek tipizálása és a tipizált sérelmekhez igazodó sérelemdíj mérték, azonban ennek kérdését a joggyakorlat oldja meg.

A Fővárosi Ítéltábla Pf.20.264/2023/3. számú határozatának elvi tartalma az egészségügyi szolgáltatót személyiségi jogsértés esetén terhelő sérelemdíj megállapításánál mérlegelendő szempontokat határozza meg, ekként a bírói gyakorlatban a sérelemdíj összegének meghatározása nem egzakt módon, hanem minden esetben józan, mértéktartó bírói mérlegeléssel, az eset összes körülményeinek az értékelésével történik, amelynek során figyelembe kell venni különösen a jogsértés súlyát, ismétlődő jellegét, a felróhatóság mértékét, a jogsértésnek a sértettre és környezetére gyakorolt hatását. Összehasonlító adatként vizsgálni kell a káresemény időpontjában aktuális ár- és értékviszonyokat, valamint a bírói gyakorlat által a hasonló esetekben alkalmazott sérelemdíjak (nem vagyoni kártérítési összegek) nagyságrendjét is.

A Kúria Pfv.III.20.018/2020/5. számú határozatának jogesete szerint egy méh és baloldali méhfüggelék eltávolító műtét következtében a beteg elveszítette a gyermekvállalás lehetőségét, harmonikus családi élete is összeomlott. A másodfokú bíróság 6.000.000,-Ft-ot ítelt meg a sértett javára azzal, hogy kifejezetten rögzítette, hogy a sérelemdíj összegének meghatározásakor figyelemmel kell lenni a bírói gyakorlatra, továbbá más összehasonlításra alkalmas ügyekre is, de nem automatikusan kell azokat

alkalmazni. Az eset érdekessége, hogy a Kúria felemelte a sérelemdíj összegét 8 millió Ft-ra, és kifejezetten a sérelemdíj kompenzációs funkcióját helyezte előtérbe, kiemelt jelentőséget tulajdonított a gyermekvállalás lehetősége elvesztésének, a mentális állapot rendeződése elmaradásának és annak, hogy a család életét súlyosan hátrányosan befolyásolta az elszenvedett sérelem.

A Kúria Pfv.III.20.184/2021/4. számú határozatának alapjául szolgáló jogesetben, ahol egy tetraplég állapotú, önálló életvitelre és folyamatos beszédre nem képes, de megtartott tudatú gyermek javára a bíróság 35 millió Forintot, szülei javára 6 és 8 millió Forintot, míg testvére javára 4 millió Ft-ot ítélt meg, az elsőfokú bíróság kifejezetten a hozzátartozók, a szülők sérelmével foglalkozott.

A bírói gyakorlat talán a tetraplég állapotot ítéli a legsúlyosabb sérelemnek, ehhez magasabb sérelemdíj összeg kötődik. Az adott ügyben a Kúria kifejezetten egyetértett a szülők és a testvér tekintetében különböző összegben meghatározott sérelemdíjjal, és rögzítette, hogy helytálló a pertársak esetében a káresemény egyediesített, az adott egyénre gyakorolt hatás vizsgálata és összehasonlítása. A két szülő sérelmének azonossága a jogsértés tárgyi súlya és a felróhatóság tekintetében nem különbözött, azonban a szülők eltérő módon szenvedték meg gyermekük állapotát. Az immateriális hátrány eltérő súlya eltérő mértékű sérelemdíjra ad alapot. A Kúria ebben a jogesetben a korábbi nem vagyoni károkkal párhuzamosságot vonva vizsgálta az életkort, életminőség változását, életlehetőség változását, munkaképesség alakulását, balesetkori ár- és értékviszonyokat.

Egy további jogesetben egy természetes kórokú megbetegedés talaján kialakult állapotrosszabbodás a beavatkozásra visszavezethetően állt elő. Ebben az ügyben az elsőfokú bíróság úgy ítélte meg, hogy a természetes kórokú állapot a sérelemdíj mértékének csökkentésére nem volt alkalmas, mivel a felperes kereseti követelése még ennek figyelembevételével sem volt eltúlzott. A Kúria a jogeset kapcsán úgy foglalt állást, hogy a természetes kórokú megbetegedést nem lehet figyelembe venni, ha az a káresemény következtében súlyosbodott annyira, hogy mellette már nem tudja korábbi életvitelét folytatni a károsodott személy.⁷⁷

⁷⁷ Pfv.III.20.168/2020/5.

Egy 2015. évi jogesetben a leukémiás megbetegedés felismerésében csupán néhány hónapos késedelemről mint egészségsértő magatartásról volt szó. Az alperes azzal védekezett, hogy maga a betegség gyógyíthatatlan, csak a kezelési idő hosszabbodott volna meg. A bíróság azonban a meghosszabbodás reális esélyére figyelemmel az egészségügyi szolgáltató alperest 1 millió Ft-ban marasztalta, mely összeget a fiatal felnőtt gyermekük idő előtt való elvesztése, a gyógyulásban bízás lehetőségének elvesztése alapozta meg. A Kúria a sérelemdíj összegének meghatározásánál figyelembe vette, hogy a jogsértés súlya nem volt olyan mértékű, továbbá értékelte, hogy a gyermek túlélésére nagy valószínűséggel csak rövid, néhány hónapos időtartamban volt esély. A felróhatóság kapcsán vizsgálta az esély elvesztését a bíróság és úgy ítélte meg, hogy az alperes nem tudta eredménnyel kimenteni magát a jogalap tekintetében.

Összegzés

A kártérítési jogban az elmúlt két évtizedben az egyik legszembetűnőbb változás az egészségügyi szolgáltatók felelősségével kapcsolatos jogalkalmazói szemlélet fordulata. Az 1990-es években, az egyébként is kisebb számban megindult perekben az egészségügyi szolgáltatók csak igen kis százalékban kerültek a pervesztes pozíciójába, jelenleg azonban az egészségügyi szolgáltatókkal szembenálló károsultak a jogalap tekintetében a perek döntő számában pernyertesek. Amennyiben a felperesi oldal bizonyítani tudja, hogy a kórházi kezelés során vagy azzal összefüggésben szövődmény lépett fel, az alperes egészségügyi szolgáltató a legritkább esetben tud mentesülni a felelősség alól, holott számos beavatkozás természetes velejárója szövődmény, melynek bekövetkezése még nem feltétlenül vonná maga után a szolgáltató felelősségét. A bizonyítás során különös szerep jut a tájékoztatási és dokumentációs kötelezettségnek, amely adminisztratív terhek az ellátás minőségének biztosítását nyilvánvalóan nem segítik, ugyanakkor egy esetleges kártérítési perben döntő bizonyítékként szolgálhatnak. Elengedhetetlen tehát a dokumentáció pontos vezetése, mert azt látjuk, hogy számos perben a pervesztesség oka egyértelműen az egyes orvosi dokumentumok hiánya, hiányossága vagy adatai más dokumentumokkal való ellentmondása. A kórháznak valamennyi kezelést, vizsgálatot, de a betegség folyamatának az alakulását, az észlelt sajátosságokat jól olvashatóan, egyértelműen,

ellentmondásmentesen rögzítenie kell. Az ebben rejlő hiányosságok a bírói gyakorlatban kivételt nem tűrően a kórházak terhére értékelendők.

A bírói gyakorlat felismerte, hogy az egészségügyi ellátással kapcsolatos kártérítési perekben túlzott elvárás a felperes részéről az alperes károkozó magatartásának megjelölése a már említett sajátosságok miatt, ezen felül számtalanszor fordul elő az eljárás során, hogy a szakértői bizonyítás eredményeként a felperesi állításhoz képest további alperesi mulasztásra derül fény. A bizonyítás terhe ezért átkerült az alperesi oldalra. A klasszikus bizonyítási képlet, melyben a felperes bizonyítja az alperes jogellenes magatartását, illőleg azt, hogy azzal okozati összefüggésben őt kár érte, továbbá a kár összepszerúségét, elmozdult és kiemelt jelentősége ezen túl az alperesi kimentésnek van. Az egészségügyi intézmény annak bizonyításával mentheti ki magát, hogy gyógyító-megelőző tevékenysége során az elvárható gondossággal járt el az írott és íratlan szabályok betartásával és a hátrány ennek ellenére következett be (felróhatóság), vagy ettől függetlenül is bekövetkezett volna (okozatosság).⁷⁸

Miután az okozati összefüggés kapcsán szintén bizonyítási feladata van az egészségügyi szolgáltatónak, a bizonyítás oroszlán része voltaképpen őt terheli.

⁷⁸ BDT.2020.4182

Irodalomjegyzék

- Barzó, T. (15. évfolyam (2020) 3. különszám). Az egészségügyben érvényesülő szerződéses viszonyok és felelősségi kérdések sokszínűsége. *Miskolci Jogi Szemle*, 27-33. o.
- Csitei, B. (dátum nélk.). *Az egészségügyi dolgozók kártérítési felelőssége az egyes foglalkoztatásra irányuló jogviszonyok tükrében*. Forrás:
https://epa.oszk.hu/02500/02566/00005/pdf/EPA02566_munkajog_2017_01_023-040.pdf.
- Csitei Béla: *Az egészségügyi szolgáltatók polgári jogi felelősségének aktuális kérdései* -
Forrás:
<https://blszk.sze.hu/images/Dokumentumok/kiadv%C3%A1nyok/Batthy%C3%A1ny%20M%C5%B1helytanulm%C3%A1nyok%20Csitei%20B%C3%A9la.pdf>
- Döme, A. (2022. (69. évf.) 1. sz.). Bizonyítási teher az egészségügyi perekben. *Magyar Jog*, 17-22. old.
- Döme, A. (dátum nélk.). A gyógyulási vagy túlélési esély elvételére alapított igények bírói gyakorlata. Forrás: <https://coospace-obh.birosag.hu/Curriculum/R1,D39022,138210,138922/Play?back=%2FRepos%2F1&bt=>
- Fuglinszky, Á. (2015). Kártérítési jog. In Á. Fuglinszky, *Új Magánjogi sorozat 7* (old.: 227. old.). Budapest: HVG-ORAC Lap- és Könyvkiadó Kft.
- Juhász, G. (2021. (16. évf.) 4. sz.). Adalékok az orvosi műhiba fogalmának fejlődéséhez. *Miskolci Jogi Szemle*, 172-184. old.
- Kaprinay, Z. (2008/1.). A mulasztás, mint jogellenesség az orvosi jogi jogviszonyban. *Debreceni Jogi Műhely*.
- Kemenes, I. (2008/1. sz.). Az orvos kártérítésének egyes kérdései. *Bírósági Döntések Tára*.

- Kemenes, I. (2014.). In Vékás Lajos - Gárdos Péter, *Nagykommentár a Polgári Törvénykönyvhöz* (old.: 1608. old). Budapest: Wolters Kluwer.
- Kemenes, I. (2018. (65. évf.) 12. sz.). Az esély elvesztése mint vagyoni és nem vagyoni hátrány. *Magyar Jog*, 657-669. old.
- Kovács, H. (2021/3.). A gyógyulási esély személyiségi jogi elhelyezése. *Iustum Aequum Salutare*, 145-183. old.
- Kúria. (2022.). A Kúria Összefoglaló vélemény kivonata "A gyógyulási (túlélési) esély csökkenésével (elvesztésével) kapcsolatos ítélkezési gyakorlat vizsgálata"val kapcsolatban. *Kúria, 2019.El.II.JGY.P.3.*
- Lábady, T. (1998). *Polgári jogi előadás*. Pázmány Péter Katolikus Egyetem Jog- és Államtudományi Kar.
- Lábady, T. (2014). In Vékás Lajos - Gárdos Péter, *Kommentár a Polgári Törvénykönyvhöz 2.* (old.: 2236. old.). Budapest: Wolters Kluwer.
- Lábady, T. (2014. (69. évf.) 4. sz.). A deliktuális felelősség fontosabb változásai az új Ptk. -ban. *Jogtudományi Közlöny*, 169-179. old.
- Lábady, T. (2016. (1. évf.) 2. sz.). A nem vagyoni kártérítés metamorfózisa sérelemdíjjá. A bírói gyakorlat kezdeti dilemmái. *Polgári Jog*.
- Lábady, T. (2016. (57. évf.) 1. sz.). Sérelemdíj versus nem vagyoni kártérítés. *Állam- és Jogtudomány*, 40-45. old.
- Landi, B. (2002. (49. évf.) 6. sz.). Az orvosi műhiba fogalmáról. *Magyar Jog*, 345-357. o.
- Pethő, A. (2019. (60. évf.) 2. sz.). Az egészségügyi szolgáltató kárfelelősségi kimentésének nehézségei. *Állam- és Jogtudomány*, 50-62. old.

- Pribula, L. (2011. (66. évf.) 4. sz.). Az okozatosság értelmezésének változása az egészségügyi szolgáltatók kártérítési felelőssége körébe. *Jogtudományi Közlöny*, 243-249. old.
- Salamonné dr. Piltz, J. (2013. (60. évf.) 4. sz.). A betegjogok és a bizonyítás. *Magyar Jog*, 230-244. old.
- Salamonné dr. Piltz, J. (2024). *Az egészségügyi szolgáltató kártérítési felelőssége, Kártérítési jogi szakjogász képzés*. Pázmány Péter Katolikus Egyetem Jogi- és Államtudományi Kar, Deák Ferenc Intézete, Budapest.
- Szász Levente: *A sérelemdíj mértéke, különös figyelemmel az egészségsértéssel kapcsolatos igényekre*.
- Forrás: <https://coospace-obh.birosag.hu/Curriculum/R1,D39022,138260,138983/Play?back=%2FRepos%2F1&bt=>
- Szeghő, Á. (dátum nélk.). *Az egészségügyi szolgáltatás nyújtásával összefüggésben okozott károkért való felelősség szabályainak változása napjainkban*. Forrás: <http://jesz.ajk.elte.hu/szegho42.html>.

Jogsabályok

- Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény
- A Polgári Törvénykönyvről szóló 1959. évi IV. törvény (régii Ptk.)
- A Polgári Törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvény (Ptk.)
- Az egészségügyi szolgáltatás gyakorlásának általános feltételeiről, valamint a működési engedélyezési eljárásról szóló 96/2003. (VII. 15.) Korm. rendelet
- A szakértői működésről szóló 31/2008 (XII.31.) IRM. rendelet

- Az igazságügyi szakértői szakterületekről, valamint az azokhoz kapcsolódó képzési és egyéb szakmai feltételekről szóló 9/2006. IM. rendelet
- A polgári perrendtartásról szóló 2016. évi CXXX. törvény (Pp.)
- A magzati élet védelméről szóló 1992. évi LXXIX. törvény
- Nagykomentár a Polgári Törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvényhez
- Nagykomentár az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvényhez

Bíróági döntések

EBH2009.1956, EBH2010. 2229. 2008/2/1867. Polgári Elvi Határozat, BDT2022. 4563, BDT2016. 3445, BDT2016. 3510, BDT.2020.4182, BDT2008. 1801, BDT 2005. 1261, BDT 2007. 1689., BH 2023.1.8, BH2010.8, BH2001.65, BH2019.135, BH2013.150, BH2021.307, BH2022.10.62., BH2006. 400., BH2003. 497, Pfv.III.21.561/2012/5., 7.Pf.20.916/2014/7., Pfv.III.20.168/2020/5., Pfv.III.20.420/2021/3., Pfv.III.20.166/2020/7., Pfv.III.20.184/2021/4., Pfv.III.20.018/2020/5., Fővárosi Ítéltábla Pf.20.264/2023/3., Fővárosi Ítéltábla 7.Pf.20.916/2014/7., Pfv.III.21.056/2020/9. számú, Fővárosi Ítéltábla 7.Pf.20.916/2014/7., Pfv.III.21.945/2004/5., Pfv.III.21.451/2019/14., Pfv.III.22.388/2016/6., Pfv.III.20.038/2020/8., Pfv.III.22.326/2016/4., Pfv.III.21.946/2015/4., Pfv.20.325/2016/3.