

Kaprinay Zsófia¹: A mulasztás, mint jogellenesség az orvosi jogi jogviszonyban

Debreceni Jogi Műhely, 2008. évi (V. évfolyam) 1. szám, Különszám (2008. január)

Az orvos felelősségének meghatározása rendkívül nehéz. Nehéz azért, mert az orvosi szakma különös szakképzettséget igénylő, nagy felelősséggel járó munka. Nagy felelősséggel jár azért, mert a másik oldalon nem más áll, mint az emberi élet, egészség. Ha egy vállalkozási szerződés alapján egy konyhabútor elkészítésére vagyunk kötelesek és hibázunk, akkor egyszerűen kijavítjuk és legfeljebb anyagi kárunk keletkezik. Ha azonban az orvos hibázik, olyan sérelem keletkezhet, amely természeténél fogva pénzben ki sem fejezhető. Lehet, hogy a páciens számos korábbi tevékenységétől elesik, életét át kell alakítania egy torzító heg, fájdalom vagy családi életre való képtelenség miatt. Ilyen esetekben merül fel az orvosok polgári jogi felelősségének a kérdése.

Az idetartozó ügyek szabályozása és a szabályok bírói alkalmazása azzal a nehézséggel is jár, hogy az érintett személyek bizonyos értelemben „kiszolgáltatott” helyzetben vannak. Amikor megbetegsznek, „kiszolgáltatottá” válnak saját testüknek, amelyet nem tudnak kontrollálni. Egy idő után, hogy mindezekről megszabaduljanak, orvoshoz fordulnak, amikor is annak a testületnek válnak „kiszolgáltatottjává”, amelytől a gyógyulást várják, remélik. Amikor nyilatkoznak, rendszerint nem tudják, hogy a nyilatkozatuknak milyen joghatása lesz. A másik oldalról pedig a nehézséget az okozza, hogy ha a beteg részéről elmarad a várt eredmény, akkor csalódott, és majdnem természetes jelenség, hogy ilyenkor rendszerint az egészségügyi szolgáltatóban keresi a hibát.

A polgári jogi kártérítési felelősségnek négy alapvető feltétele van: jogellenesség, felróhatóság, kár, okozati összefüggés a kár és a felróható tevékenység (mulasztás) között. A jogellenességet meg lehet valósítani aktív, illetve passzív magatartással is, azaz tevéssel és mulasztással. A mulasztás csak akkor valósíthat meg jogellenességet, ha az illető személy olyan magatartást mulaszt el, amelyre jogszabály vagy egyéb rendelkezések, illetve bármely más jogviszony alapján köteles lett volna kifejeznie. Tehát a jog nem kíván mindenkitől kárelhárító aktivitást. Az orvosoktól bizonyos esetekben azonban igen. Ez a kötelezettség a segítségnyújtásban nyilvánul meg, amely nemcsak erkölcsi, hanem jogi kötelezettség is. Más kérdés, hogy az egészségbiztosítóval szerződött egészségügyi szolgáltatónak mikor kell ellátnia a nála megjelenő beteget. Az egészségbiztosítóval szerződésben álló orvos köteles ellátni – a jogszabályi előírások keretein belül – a biztosított beteget. A magyar jogban viszonylag széleskörű az ellátás megtagadásának joga. A jelenlegi egészségügyről szóló törvény (1997. évi CLIV. tv. továbbiakban Eü. Tv.) kettéválasztja a kérdést, és külön szabályozza a vizsgálat és külön az ellátás megtagadásának kérdését.²

A beteg és az orvos közötti szerződéses kapcsolatban az orvos fő kötelezettsége a beteg megfelelő ellátása a szakmai szabályok alapján: a beteg vizsgálata, kezelése, a megbetegedés megelőzése, korai felismerése, megállapítása, stb., tehát a gyógyító-megelőző orvosi ellátás, amely elsősorban szerződészerű polgári jogi viszony keretei között, szűkebb körben az orvosi megbízási szerződés alapján teljesített sajátos orvosi szolgáltatás. Ezekben az esetekben a polgári jogi felelősség alapja az orvosi szolgáltatás hibás teljesítése, amit orvosi műhibának szoktak nevezni. A beteg és az orvos közötti jogviszonyban a mellékkötelezettségek is meghatározott jelentőségűek, így különösen a tájékoztatási és dokumentációs kötelezettség, valamint a speciális adatvédelmi szabályok betartása. Ezeknek a kötelezettségeknek a megsértése is lehet a felelősség alapja. Tehát a beteg és az egészségügyi szolgáltató közötti

megbízási tartalmú szerződés két alapvető tevékenységre szól, az egészségügyi szolgáltatással kapcsolatos tájékoztatásra és magára az orvosi, egészségügyi szolgáltatásra. A bírói gyakorlat is külön szokta ezt a két alapvető kérdést vizsgálni.

A beteg oldalán jelentkező kötelezettségek a szerződő felek általános együttműködési kötelezettségének speciális megjelenési formái, így a tájékoztatási kötelezettség a panaszokról, a megbetegedés körülményeiről, korábbi betegségekről és az orvosi utasítások betartásának kötelezettsége.

Az orvos-beteg viszonyt évezredekken keresztül a paternalizmus hatotta át, melynek lényege az volt, hogy az orvos a gondoskodó, jóságos, mindent tudó atya, a beteg pedig a tudatlan gyermek. A Corpus Hippocraticumban, a hippokratészi iratokban törvényként szerepelt: „Szent dolgokat csak szent embereknek mutatunk meg, az avatatlannak nem szabad, amíg be nem vezettük őket a tudás orgáiba.” Tehát ebben az időben az orvosok nem adhattak a pácienseknek felvilágosítást, amit azzal indokoltak, hogy a beteg nem olyan művelt, és ettől megrendülhet a bizalma az orvosban.³

A változás a 20. században indult meg, amikor az emberek elkezdtek tájékozódni könyvekből, sajtóból, megindult az információáramlás. Különböző polgári jogi mozgalmak szerveződtek, hogy kivívják az egyenjogúságot az orvosokkal szemben, hogy most már ne „beteg gyermekként” kezeljék őket, akik nem képesek felfogni semmit sem. Számos nemzetközi fórum kezdett foglalkozni a beteget megillető jogokkal. Legelőször az Egyesült Államokban került sor egy betegek jogait szabályozó törvény elfogadására („Patient’s Bill of Rights”). Az USA mögé később beállt a sorba Anglia, Finnország, Hollandia, Belgium valamint Olaszország is.⁴

A nyolcvanas években az USA-ban fogalmazták meg azokat az orvostikai alapelveket, amelyeknek egy modern, demokratikus államban érvényesülnie kell. Az egyik ilyen alapelv a beteg autonómiája volt: az orvos azt teheti, amibe a beteg beleegyezik, a beteg pedig akkor tud beleegyezni, ha megfelelően informált. Ezzel kapcsolatban három standardot fogalmaztak meg. A legelső a szakmai standard, miszerint az orvosnak annyit kell elmondani a betegnek, amennyit a többi orvos az adott esetben elmond. Tehát ha vitás kérdés támad, akkor az adott szakterületen szaktekintéllyel rendelkező orvosokat hallgat meg a bíróság, hogy ők miről tájékoztatták volna a beteget, és ezt tekinti a tájékoztatás zsinórmértékének. Ezután jött az objektív standard, amely szerint annyit kell a betegnek elmondani, amennyi az ésszerű döntéshez szükséges. Tehát mindazokat a tényeket, amelyet egy átlagosan gondolkodó ember tudni akarhat. A legújabb a szubjektív standard, amely szerint a legtöbbet kell elmondani: mindazt, amit egy beteg a maga egyéni helyzetében tudni akarhat. Tehát ha egy sportolót megműtenek, akkor az milyen hatással lesz a sportoló képességére. A jog ez utóbbit soha sem kívánta meg, hiszen ez jogilag nem követelhető meg.⁵

Talán meglepő, de az elmúlt évek polgári peres gyakorlata azt mutatja, hogy orvosok elleni kártérítési igényekhez nem elsősorban a szoros értelemben vett szakmai műhibák vezettek, hanem tájékoztatási kötelezettség megsértéséből, így a hibás tájékoztatásból, a tökéletes eredmény ígéréstől eredő sérelmek. A beteg tájékoztatása, az adott kezelésbe való beleegyezése az önrendelkezési jogából fakad, melyet nem lehet megtagadni. Joga van eldönteni, hogy a megfelelő tájékoztatás mellett beleegyezik-e a kezelésbe vagy a felsorolt kezelési alternatívák közül melyiket választja. Egyébként egyre inkább tudják az emberek, hogy van beleszólásuk az egészségüket, életüket befolyásoló döntések meghozatalába, és ha a megvalósítás során gondjaik támadnak, egyre kevésbé hagyják szó nélkül a történeteket.

Magyarországon ez a jelenség a '90-es évek közepétől észlelhető: az egészségügyi kártérítési eljárások egyre növekvő részében merül fel a tájékoztatás elégtelenségének a kérdése.

A mai bírói joggyakorlatban a mulasztás, mint jogellenesség, legfontosabb szerepet talán az egészségügyi szolgáltatókkal elleni kártérítési perekben tölt be.

Hazánk törvénykezésében egy több lépcsős folyamat eredményeként alakult ki a hatályos szabályozás. Az egészségügyről szóló 1972. évi II. tv. tartalmazott először rendelkezéseket a tájékoztatás beleegyezés kérdésköréről (45. §. (1) bekezdés). E törvény alapján döntően kétféle helyzetben keletkezett tájékoztatási kötelezettség: az egyik a beteg állapotáról szóló általános tájékoztatás, a másik különféle döntési helyzetben adott tájékoztatás (pl: műtét, rendkívüli orvosi beavatkozás). A törvény felhatalmazta az orvost, hogy eltekintsen a tájékoztatási kötelezettségtől „indokolt esetben” a beteg érdekében. Ez utóbbit az 1990. évi XXII. tv. hatályon kívül helyezte. A törvényi visszavonást a törvényjavaslat betervezői a következőképpen indokolták: „A gyakorlati tapasztalatok azt bizonyítják, hogy a tájékoztatással kapcsolatos kivételes szabály vált általánossá. A tájékoztatást olyan esetben is mellőzik, amikor annak – jogilag meghatározatlan – indokoltsága hiányzik. E körülmény szükségessé teszi a beteg és hozzátartozói érdekében garanciális szabályként az orvos tájékoztatási kötelezettségének előírását, amelynek a jövőben is megfelelő módon eleget kell tennie.” Igaz a végrehajtásáról rendelkező 15/1972.(VIII.5.) EüM rendeletnek a vonatkozó részei hatályban maradtak, még azok a rendelkezések is, amelyek azt részletezték, hogy a tájékoztatásnak tapintatosnak kell lennie, attól az orvos el is tekinthet, vagy a legszükségesebb adatok közlésére szorítkozhat, ha a tájékoztatás a betegben káros visszahatást váltana ki. Véleményem szerint nem feltétlenül kellett volna a törvény e rendelkezését hatályon kívül helyezni: meg kellene adni az orvosnak annak lehetőségét, hogy eltekintsen a teljes tájékoztatástól, azaz csökkenthesse az információ mértékét, ha ezzel a beteget károsodástól óvna meg. Lehet, hogy egy rákos betegnek megrendül a gyógyulásba vetett hite, akarata, ha betegségéről mindent tud.

Az első jogszabály, amely a tájékoztatás kérdésre vonatkozóan valóban részletes szabályozást tartalmazott az orvos-biológiai kutatásokról szóló 11/1987.(VIII.19.) EüM rendelet volt. Ez részletesen felsorolta, hogy a beteget miről kell tájékoztatni, mielőtt beleegyezését adja a kutatásba, és ezek között már szerepel a kutatással együtt járó kockázatokról való tájékoztatás követelménye is.

Immár tíz éve, hogy hatályba lépett az új egészségügyi törvényünk (1997. évi CLIV. tv.), amely kiemelt helyen, a törvény II. fejezetében tárgyalja a betegek jogait és kötelezettségeit. Már sokkal részletesebben szabályozza a tájékoztatási kötelezettséget, mivel a tájékoztatáshoz való jogosultság gyakorlása az önrendelkezési jog megfelelő módon való érvényesülésének az előfeltétele. Ennek értelmében a törvény a betegek alapvető jogává teszi, hogy egészségi állapotukról általános jelleggel folyamatosan tájékoztatást kapjanak.

Ezen túlmenően a beteget az egyes beavatkozások megkezdése előtt az egészségi állapotával kapcsolatos minden lényeges körülményről tájékoztatni kell, mert a megfelelő tájékozottság képezi alapját a beteg egészségi állapotával kapcsolatos döntéseinek. Ennek értelmében a törvény felsorolja azokat az összetevőket, amelyeket egy megfelelő tájékoztatásnak tartalmaznia kell. Ebben a körben kiemelkedő jelentőségű, hogy a tájékoztatásnak ki kell terjednie arra, hogy a beteg jogosultsága egy beavatkozás elvégzéséhez való hozzájárulás, illetve a beavatkozás elutasítása. A tájékoztatásnak főszabályként teljes körűnek is kell lennie, tehát a beteg egészségi állapotával és a javasolt kezeléssel kapcsolatos minden körülményre ki

kell terjednie. Továbbá ki kell terjednie a kezelés természetére, céljára, az alternatív kezelési lehetőségekre, ezek kockázataira és eredményeire, annak ismertetésére, hogy mire számíthat a beteg, ha a felajánlott kezeléseket elutasítja, illetve válaszolni kell a beteg által feltett kérdésekre is.⁶ Különösen fontos a tájékoztatás a műtétek során, ahol a törvény külön írásos beleegyezést követel meg. Ugyanez a követelmény „bármely beavatkozással összefüggésben – életében eltávolított sejtjének sejtalkotórészének, szövetének, szervének, testrészének – egészségügyi ellátásával össze nem függő bármilyen célú felhasználásához.” Amennyiben a beteg megkapja a megfelelő tájékoztatást, eldöntheti, hogy beleegyezik-e a kezelésbe, beavatkozásba, vagy sem.⁷

Vannak kivételes esetek, amikor nem kell a beteg hozzájárulása, beleegyezése: közvetlen életveszély elhárítását szolgáló beavatkozás esetén, ha a beteg lemondott a tájékoztatásról, műtét kiterjesztéséhez, ha az a műtét során válik szükségessé, valamint ha a beteg akaratnyilvánításra képtelen állapotban van, vagy kiskorú, cselekvőképtelen, vagy korlátozottan cselekvőképes nagykorú, de hozzátartozója nincs.⁸

Az Eü. Tv. azonban még mindig rendkívül tágan határozza meg a tájékoztatási kötelezettséget, és elég nagy gondot okoz a bírói gyakorlatban. A Legfelsőbb Bíróság gyakorlata abban egyértelmű, hogy a tájékoztatási kötelezettséget nem terjeszti ki az esetlegesen, véletlenszerűen előforduló kockázatra. „A beteget nem kell tájékoztatni a műtét során esetlegesen, véletlenszerűen előforduló kockázat lehetőségéről, amely nem tartozik a műtéttel viszonylag nagy gyakorisággal együtt járó szövődmények körébe.”⁹

A bírói gyakorlat alapján az is egyértelművé vált, hogy „a beteget a műtéti kockázat körében gyakran fellépő szövődményekről is tájékoztatni kell”.¹⁰ A Legfelsőbb Bíróság 428. számú elvi határozatában pedig azt mondta ki, hogy „a kórház kártérítési felelősséggel tartozik, ha a tárgyilagos, részletes, körültekintő és a valóságnak megfelelő tájékoztatást a betegnek nem adják meg.” A Legfelsőbb Bíróság ugyanezen elvi határozata kimondta, hogy a kórházi felvételhez valamint a műtéthez való írásos beleegyezés nem elegendő a tájékoztatási kötelezettség megtörténének a bizonyításához.¹¹ Bár a teljes körű tájékoztatás követelményét a bírói gyakorlatnak kell majd kitöltenie tartalommal, de ha a törvényi megfogalmazásból indulunk ki, csak rendkívül szűk körben van lehetőség arra, hogy az egészségügyi szolgáltató kimentse magát a felelősség alól. Nem elég, hogy az orvosnak ezekre a körülményekre figyelemmel kell lennie, de még számba kell venni a beteg életkorát, iskolázottságát, ismereteit, magyarul értelmi szintjét, és lelki állapotát.

Nagyon nehéz azt körülírni, hogy mi is az, amit egy átlagosan, ésszerűen gondolkodó ember megért. Hiszen mint már említettem, nem elég az orvosnak a megfelelő tájékoztatást megadnia, hanem azt a betegnek meg is kell, hogy értse. Ha egyszerre sok információt kap a beteg, lehet, hogy fel sem tudja azt fogni, az agya elzárkózik a sok információ elől, meg sem érti azt. A jó tájékoztatás folyamatos kommunikációt jelent. A lényeg, hogy egy bensőséges kapcsolat alakuljon ki, ahol a beteg mer kérdezni, bármikor kérdezhet és az orvos érthető módon válaszol rá. Ezek elősegítik az együttműködő készséget az orvossal, és kialakulhat az ideális orvos-beteg viszony.

A mai világban nyilvánvaló, hogy ezt a viszonyt nehezebb kialakítani, mint abban az időben, amikor a falunak volt egy orvosa, aki több generációt gyógyított, ismerte a betegeket, és ők viszont az orvost. Mára ez már teljesen megváltozott. A régi doktor bácsis, nagyon jó orvos-beteg viszony megszűnt, és helyette valamiféle jogi szabályozást kell bevinni az egészségügybe, ami talán szükségtelenül elhidegíti a dolgot. Egy háziornosnak több ezer

betege van, kórházban, illetve klinikákon pedig ún. „team”-ek dolgoznak a betegeken. Valahogy mégis törekedni kellene arra, hogy az emberek kommunikáljanak és ma is ki tudjon alakulni a megfelelő orvos-beteg viszony.

És hogy mi is a jogkövetkezménye a nem megfelelő tájékoztatásnak? Ha a kezelőorvos nem tudja bizonyítani, hogy megadta a megfelelő tájékoztatást, akkor felelősséggel tartozik. Ha ezt nem tudja bizonyítani, csak akkor mentesülhet a felelősség alól, ha azt bizonyítja, hogy a beteg a megfelelő tájékoztatás mellett is megadta volna a jóváhagyását a beavatkozáshoz. Tehát az orvosok érdeke lenne leginkább, hogy a megfelelő tájékoztatás intézménye a gyakorlatban megoldott legyen, minél kevesebb legyen a támadási felület velük szemben.

Védekezési lehetőség lehetne, ha minél több, minél részletesebb tájékoztató nyomtatványokat dolgoznának ki. Célszerű lenne, ha ezeket különböző szakmai kollégiumok készítenék el. Lehet, hogy külön apparátust is lehetne foglalkoztatni arra, hogy a beteg különböző kérdéseire válaszoljon, hogy az orvos tájékoztatási kötelezettségét ellássák, és ezzel is csökkentenék az orvosokra háruló terheket.

Megjelenésre alkalmas: Prof. Dr. Besenyei Lajos

¹ Dr. Kaprinay Zsófia, Szegedi Tudományegyetem Állam- és Jogtudományi kar, Polgári Jogi és Polgári Eljárásjogi Tanszék, III. éves nappali tagozatos PhD hallgató, témavezető: Prof. Dr. Besenyei Lajos egyetemi tanár.

² 1997. évi CLIV. törvény (továbbiakban Eü. tv.) 131-133. §.

³ Orvosetikai dilemmák I-II. Bp.1993 35,36.

⁴ Orvosetikai dilemmák I-II. Bp.1993 31.

⁵ Páva H.: A betegjogokról I. rész, Magyar Orvos, 1995 1,3,11.

⁶ Eü tv. 13. §.

⁷ Eü tv. 15. § (5), 19. § (1).

⁸ Eü tv. 14. § (1), 17. § (1), (2), 18. § (2).

⁹ Legf. Bír. Pfv. III. 22.832/1996 sz.

¹⁰ Legf. Bír. Pfv. III. 22.461/1999 sz.

¹¹ Legf. Bír. Pfv. III. 22.083/1998 sz.