

Juhász György

PhD hallgató, Debreceni Egyetem, Marton Géza Állam- és Jogtudományi Doktori Iskola

Az orvos gyógyító tevékenységének polgári jogi vonatkozásai

Debreceni Jogi Műhely, 2017. évi (XIV. évfolyam) 3-4. szám (2017. december 30.)

DOI 10.24169/DJM/2017/3-4/3

1. Bevezetés

Az orvoslás kezdetektől fogva nagy társadalmi megbecsülésnek örvendő, komoly felelősséget magában rejtő szakmaként létezett. Az elmúlt száz másfél évszázad során az orvosi hivatás gyakorlásával kapcsolatos felelősségi szabályok jelentős változáson mentek keresztül, ugyanis míg a XIX. század végét megelőzően az orvos felelősségre vonása szinte ismeretlen volt, addig az 1970-es évekre Amerikában már úgynevezett kártérítési krízis alakult ki.¹ Az aránylag későn megjelent felelősségi szabályozás egyik oka talán az lehet, hogy az ősközösségekben a varázsló illetve a sámán tevékenysége jelentette a gyógyítást, ami magyarázattal szolgálhat arra a társadalmi beidegződésre, illetve paradigmára – amely a paternalista szemléletben is megjelent –, hogy a gyógyító személy kiválasztott, társai közül ki van emelve, így tevékenységével kapcsolatban nem tartozik felelősséggel.

A XIX. század végéig az orvosi etika képezte az orvosi tevékenység alapszabályait, amelyet legfőképpen a Kr. e. V-IV. században élt orvos, Hippokratész művei alapján létrejött Hippokratészi Eskü szövege határozott meg. Az orvos felelősségre vonására a XX. századot megelőzően csak ritkán került sor, mivel az orvost – Jobbágyi Gábor szavaival élve – „*nagy fehérvérű varázslónak tekintették, aki kizárólag jót akar és ha a páciens megrokkannak vagy meghal, akkor az sajnálatos dolog, de senki nem volt felelősé tehető*”.² Ez a helyzet a XIX. század végén kezdett megváltozni, részben a műhiba fogalmának megalkotásával, részben – Sándor Judit véleménye szerint – azért, hogy „*a mindentudó csodadoktor és tudományos megfigyelésének tárgya (azaz a beteg) közötti kapcsolat új modellé alakult át: ez a gyógyításban részt vevő két fél mellérendelt kapcsolata, és egymás iránt érzett kölcsönös tisztelete hatja át.*”

Természetesen nem lehet figyelmen kívül hagyni, hogy maga az orvostudomány is jelentős fejlődésen ment keresztül az elmúlt másfél évszázad során. Például a sebészetet a XIX. században még durva, brutális eljárások jellemezték. A mai modern sebészet alapjainak letétele pedig a Morton által, 1846-ban felfedezett narkózzissal kezdődhetett csak el. Ebben a korban fedezte fel például Landsteiner a vércsoportokat, és jelentek meg az első antibiotikumok is. Az áttörést – és egyben a modern sebészet létrejöttét – az emberi szervezet immunológiai hátterének figyelembevételével végzett első sikeres vesetranszplantáció jelentette az 1960-as években. Továbbá a modern képalkotó eljárásokkal – mint például a CT, MR, PET – újabb távlatok nyíltak az orvosi diagnosztikában.³

A modern orvostudomány létrejöttével azonban nemcsak a gyógyítható betegségek köre vált szélesebbé, hanem az abból adódó kockázat is megsokszorozódott. Részben a káresemények eredményeként fokozatosan alakultak ki az orvos büntető és polgári jogi felelősségének szabályai is. Hazánkban a nemzetközi tendenciát követve – igaz pár évtizedes késéssel – évről-évre egyre több büntetőeljárás és kártérítési per indul az orvosokkal és az egészségügyi szolgáltatókkal szemben.⁴ Ugyanis míg az 1990-es

¹ Dósa Ágnes: Az orvos kártérítési felelőssége. Budapest. HVG-ORAC. 2010. 17.

² Jobbágyi Gábor: Orvosi jog. Budapest. Szent István Társulat. 2008. 13, 22-23.

³ Gaál Csaba: Sebészet. Budapest. Medicina. 2016. 7.

⁴ Dósa: i.m. 23.

évek előtt évente csupán néhány kártérítési per indult – amelyek döntően a kórházak győzelmével zárultak –, addig a kilencvenes évek végére az úgynevezett „műhibaperek” a mindennapi élet részévé váltak.⁵ A kártérítési pereket két csoportra lehet osztani, az egyik a téves vagy nem megfelelő tájékoztatáson alapul, míg a másik kategóriába a diagnosztikus tévedés vagy kezelési hiba következtében beállott károkra alapított keresetek tartoznak.⁶ Mindkét kártérítési eljárással kapcsolatban megállapítható, hogy az orvosi dokumentáció pontossága elengedhetetlen, ugyanis az egészségügyi szolgáltatót terheli annak bizonyítása, hogy a károsult beteg gyógykezelése során a kezelőorvos a legmagasabb gondossági mércének megfelelően járt el. Így elképzelhető akár olyan eset is, amikor az orvos a legnagyobb gondossággal járt el ugyan, de azt a nem megfelelő vagy hiányzó dokumentáció miatt nem tudja bizonyítani, aminek következményeként a bíróság a szolgáltató kártérítési felelősségét fogja megállapítani.

Éppen ezért fontos a gyakorló orvos tevékenységével és az egészségügyi szolgáltatók felelősségével kapcsolatos – így különösen a beteg tájékoztatáshoz való jogával és az orvosi dokumentációs kötelezettségével összefüggő – szabályokat jelen tanulmányomban meghatározni. Értekezésem megírása során – a hatályos szabályozás bemutatásán túl – fontosak tartom a történeti rész bemutatását is, amely a felelősségi szabályok változásán, fejlődésén túl képes szemléltetni az egyes történelmi korokhoz kapcsolódó sajátos problémákat is. Ilyen problematikus terület például maga az orvos-beteg közötti kapcsolat jogi minősítése is, amellyel kapcsolatban több évtizeden keresztül nem született konszenzus. Tekintettel arra, hogy az egészségügyi szolgáltatók kártérítési felelőssége igen sokrétű, ezért jelen tanulmányom elkészítése során csupán a téma általános és lényegre törő bemutatására összpontosítok, amely alapján az olvasó számára a témakör főbb szabályai és legfontosabb problémái válnak megismerhetővé. Ezért a történeti bevezetőt követően két nagy fejezetben mutatom be az egészségügyi kártérítési felelősséggel kapcsolatos fontosabb kérdéseket.

Az egészségügyi szolgáltatók kártérítési felelősségének alapkérdései című fejezetben az intézményi felelősség szabályának – amely alapján főszabály szerint nem a kárt okozó orvos, hanem az őt alkalmazó szolgáltató vonható felelősségre – rövid elemzése után az egészségügyi szolgáltató és beteg között létrejövő jogviszony meghatározását és az azzal kapcsolatos problémákat mutatom be. Ezt követően térek rá az orvosi tevékenység során okozott károkért való felelősség, mint deliktuális felelősség szabályainak rövid ismertetésére. Ennek során igyekszem lényegre törően jellemezni egyrészt a deliktuális felelősségi szabályokat, másrészt meghatározni a felróható és nem felróható orvosi magatartások körét, tehát azon szabályok összességét, amelyek az orvos munkavégzésre irányadóak. Tekintettel arra, hogy egyrészt az orvosi tevékenység szerves részét képezi az orvosi dokumentáció is, másrészt egy kártérítési perben bizonyítási eszközként is szolgál, ezért annak ismertetésére is ebben, a felelősségi szabályokkal kapcsolatos fejezetben kerül sor. Mivel napjainkra a téves vagy nem megfelelő tájékoztatással kapcsolatos kártérítési perek száma meghaladja a diagnosztikus tévedés vagy kezelési hiba miatt indult eljárások számát, ezért a tájékoztatással kapcsolatos kérdéseket külön fejezetben írom le. Végül néhány tanulságos jogeset rövid ismertetésével zárom tanulmányomat.

2. Az orvosi felelősség kialakulása

Az egészségügyi jog – és az orvosi jog – kialakulása csupán a XX. század második felére tehető. Természetesen ez nem jelenti azt, hogy ezt megelőzően szabályok nélkül működhetett az orvosi hivatás. Alapelvek, orvosi etika mindig is léteztek, ilyen például az ókorból fennmaradt, mai napig ható Hippokratészi eskü, amely legfőbb elve a segítség, az élet védelme és a beteg érdekeinek szem előtt tartása,

⁵ Simon Tamás: Az „orvosi műhiba” miatti kártérítési perek gyakorlata a felperesek szemszögéből. *Egészségügyi menedzsment*. 2000. (2. évf.) 3. szám. 50.

⁶ Hidvéginé Adorján Livia; Sáriné Simkó Ágnes: *Műhibák és kártérítési perek az egészségügyben*. Budapest. Medicina. 2013. 11;14.

valamint a gyakorló orvos számára előírta a gondoskodást és a titoktartási kötelezettséget is.⁷

A középkori orvoslásra a keresztény etika fejtett ki jelentős hatást a betegeket ápoló papok és a szerzetesek által üzemeltetett ispotályok által, mivel a teológusok kiegészítő orvosi képzésben részesültek és papi teendőik mellett orvosi – ápolói – munkát is végeztek.⁸

Hazánkban a jogalkotó az orvos felelősségéről először az 1876. évi XIV. tc. 47. §-ában⁹ a következőképpen rendelkezett: „A gyakorlatra jogosított orvos a gyógy mód alkalmazásában nem korlátozható, működésére nézve azonban az állam ellenőrködése alatt áll, és az általa elkövetett műhibákért felelős.”¹⁰ A közegészségügyi törvénycikk a saját korában modernnek számított, ugyanis a műhiba fogalmát csupán hat évvel a törvény hatálybalépése előtt alkotta meg Rudolf Virchow kórboncnok¹¹, aki 1870-ben a következőképpen definiálta azt: „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”.¹²

Az 1890. évi XI. tc. hozta létre az Igazságügyi Orvosi Tanácsot, amelynek a feladatai között szerepelt az orvosi műhibákkal kapcsolatos véleményadás is.¹³

Az 1936. évi I. tc. számos újítást tartalmazott, például az 1. § (1) bekezdése az orvosi tevékenység felett ellenőrzési és fegyelmi jogkört biztosított az Orvosi Kamara számára. A jogszabály 36-38. §-ai rendelkeztek az orvos jogairól és kötelezettségeiről, valamint hatályon kívül helyezte az 1876. évi XIV. tc. 47. §-át, azaz a műhiba fogalmát, helyette a 38. §-ban a következőképpen rendelkezett: „Az orvos büntetőjogi és magánjogi felelősségére az általános jogszabályok az irányadók.”¹⁴

A törvénycikk 39. § (3) bekezdésében a jogalkotó az orvos-beteg közötti jogviszonyt – a magyar jogtörténetben először – megbízásként határozta meg: „díjazást a bíróság leszállíthatja, ha előre nem látott esemény folytán a megbízás megszűnt, vagy az orvos a további tevékenységétől visszalépett”. Jobbágyi Gábor véleménye szerint e rendelkezés az oka annak, hogy a polgári jog nem tudott szakítani azzal az elmélettel, hogy az orvos-beteg között megbízás – vagy megbízásszerű jogviszony – jön létre.

Az 1936. évi I. tc. végül azért került hatályon kívül helyezésre, mert az 1942. évi IV. tv.-nyel történő módosítás eredményeként az emberi jogokba ütköző, diszkriminatív rendelkezéseket tartalmazott.¹⁵

A Polgári törvénykönyvről szóló 1959. évi IV. tv. (továbbiakban régi Ptk.) 339. §-a alapján a károkozó magatartása akkor volt felróható ha nem úgy járt el, ahogy az adott helyzetben általában elvárható. Az 1959. évi 8. tvr. 3. § (1) bekezdése azonban az orvos tevékenységével kapcsolatban fokozott elvárhatósági szintet követelt meg, mivel a következőképpen rendelkezett: „Gyógyító-megelőző tevékenysége körében az orvos... a legnagyobb gondossággal és körültekintéssel megteszi mindazokat az intézkedéseket, amelyeket a beteg életének megmentéséhez, gyógyulásához és munkaképességének helyreállításához szükségesek.”

A legnagyobb gondosság követelménye, mint az általában elvárhatóság mértékét az 1972. évi II. tv. is tartalmazta, azonban kiegészítve azzal, hogy az orvos a betegségek megelőzése és az általa gyógyíthatatlannak vélt beteg kezelése érdekében is a legnagyobb gondossággal köteles eljárni.¹⁶

2004. május 1. napjáig az 1997. évi CLIV. tv. (továbbiakban Eütv.) is tartalmazta a legnagyobb gondosság kifejezést, azonban Dósa Ágnes véleménye szerint már nem az általában elvárható magatartás mércéjeként,

⁷ Sótonyi Péter: Orvosi felelősség. Budapest. Semmelweis Kiadó. 2006. 1.

⁸ Jobbágyi: i.m. 27.

⁹ Hidvéginé: i.m. 13.

¹⁰ Sótonyi: i.m. 2.

¹¹ Der Spiegel 17/1989. „Man frägt sich: Wickandaspässieren?“ 98.

¹² Lomnici Zoltán: Az orvoslás joga. Budapest. Lélekben Otthon. 2009. 188.

¹³ Jobbágyi: i.m. 30.

¹⁴ Sótonyi: i.m. 2.

¹⁵ Jobbágyi: i.m. 31.

¹⁶ 1972. évi II. tv. 43. § (2)

csupán egy diszkriminációellenes szabály részeként. A jogalkotó 2004. május 1. napjától a 2003. évi LXXIV. tv-nyel a legnagyobb jelzőt hatályon kívül helyezte, ami azonban nem eredményezett változást, mivel a bírói gyakorlat továbbra is a legnagyobb gondosság követelményét alkalmazza a gyakorló orvossal kapcsolatban.¹⁷

Az 1972. évi II. tv. az egészségügyi ellátással kapcsolatos alapvető jogokról és kötelezettségekről ugyan rendelkezett, azonban teljes mértékben átjárta a paternalista szemlélet, mivel az orvos-beteg kapcsolatot alá-fölérendelt, államigazgatási kapcsolatként határozta meg, továbbá nem a betegek jogairól, hanem az orvosok kötelezettségeiről rendelkezett.¹⁸

A rendszerváltás után a jelenleg is hatályban lévő, többször módosított Eütv. szakított a szocialista paternalisztikus szemlélettel és új alapokra helyezte az orvos-beteg kapcsolatot. A törvény a beteget már az orvos mellérendelt feleként kezeli, akit ellátása során széleskörű betegjogok illetnek meg.¹⁹

3. Az egészségügyi szolgáltatók kártérítési felelősségének alapkérdései

3.1. Az egészségügyi szolgáltatók felelőssége

Az intézményi felelősségről a 2003. évi LXXXIV. tv 19/A §-a következőképpen rendelkezik: „*A beteg, illetve hozzátartozója az egészségügyi szolgáltatás során vagy az azal összefüggésben keletkezett kára megtérítésére vonatkozó igényét közvetlenül a közszolgáltatót nyújtó egészségügyi szolgáltatóval szemben érvényesítheti, függetlenül attól, hogy az egészségügyi közszolgáltató milyen jogviszonyban foglalkoztatta a kárt okozó egészségügyi dolgozót.*”

A fenti rendelkezés a károsult szempontjából kiemelt relevanciával bír, ugyanis nem kell vizsgálnia, hogy a kárt okozó egészségügyi dolgozó milyen jogviszonyban – alkalmazott, vállalkozó stb. – állt az egészségügyi szolgáltatóval, hanem közvetlenül az egészségügyi szolgáltatóval szemben érvényesítheti kárigényét.²⁰

3.2. Az orvos-beteg jogviszony jellemzése

Az orvos-beteg közötti kapcsolat jogrendszeren belüli elhelyezése egyik jogrendszerben sem problémamentes feladat.²¹ Jól szemlélteti ezt a problémát, hogy Törő Károly az 1965-ben megjelent, Az orvosi polgári jogi viszony című művében az orvos és a beteg között létrejövő jogviszonyt a polgári jog körébe tartozó megbízásnak minősítette, hozzátéve, hogy ezen jogviszony a megbízás egy olyan sajátos esete, amellyel kapcsolatban különleges szabályokat kell alkalmazni és a régi Ptk. rendelkezései is sajátos értelmezést nyernek.²² Majd az 1972. évi II. tv. hatálybalépése után az államigazgatási jog művelői az orvos-beteg kapcsolatát államigazgatási jogviszonyként – alá-fölérendelt viszonyként – értelmezték.²³ Ezen álláspontot Törő Károly az 1986-ban megjelent, Az orvosi jogviszony című könyvében elfogadhatatlannak tartotta, azt élesen bírálta, a jogviszonyt továbbra is polgári jog körébe tartozó, megbízásszerű jogviszonynak tekintette.²⁴

Az Eütv. hatálybalépése után a szakirodalom abban egyetértett, hogy az orvos és beteg között mellérendelt, polgári jogi jogviszony jön létre és a felek között polgári jogi szerződés keletkezik, azonban

¹⁷ Dósa: i.m. 96-97; 104.

¹⁸ Törő Károly: Felelősség az orvosi működésért – Orvosi műhiba. Magyar jog. 1987. (34. évf.) 138.

¹⁹ Jobbágyi: i.m. 19. old

²⁰ Hidvéginé: i.m. 22-23.

²¹ Borbély Zita: Az orvosi műhiba polgári jogi kérdései. Studia Juvenum. 2009. (3. évf., 1. szám) 99.

²² Törő Károly: Az orvosi polgári jogi viszony. Budapest. KJK. 1965. 25.

²³ Jobbágyi: i.m. 37. old

²⁴ Törő Károly: Az orvosi jogviszony. Budapest. KJK. 1986. 29-38.

annak besorolása az egyes szerződéstípusok közé újabb nézeteltéréseket eredményezett.²⁵ A probléma forrása ugyanis az, ha a vizsgáló abból indul ki, hogy az orvos gyógyító tevékenységének gyakorlása során gondos eljárásra vállal kötelezettséget, akkor a felek közötti jogviszonyra a megbízás szabályait tartja irányadónak, viszont ha azt veszi alapul, hogy az orvos munkájának elvégzése során eredmény létrehozására törekszik, akkor a vállalkozás szabályait rendeli alkalmazni.

A megbízás szabályaiból az következne, hogy a megbízottat személyes eljárási kötelezettség terheli, a megbízót utasításadási jog illeti meg, valamint a megbízást mindkét fél viszonylag könnyen felmondhatja. Az orvos-beteg jogviszonyban azonban a beteg utasítási joga erősen korlátozott, mivel az csak az orvos által ismertetett eljárások közötti választási jogra vagy a beavatkozás visszautasítására terjed ki, valamint a beteg gyógykezelésében a kezelőorvoson kívül más orvos vagy asszisztens is részt vehet, helyettesítheti, sőt a beteg akár át is helyezhető más intézménybe, továbbá az orvost – egészségügyi szolgáltatót – szerződéskötési kötelezettség terheli, ami alól csak kivételes esetekben mentesülhet.²⁶ Ezek a sajátosságok pedig idegenek a megbízási szerződéstől, azzal ellentétesek.

A vállalkozási szerződés alapján viszont az orvos eredmény létrehozására lenne köteles, és abban az esetben, ha az eredmény nem következik be, akkor az orvos a szerződésszegés szabályai szerint lenne felelősségre vonható.

Sótonyi Péter véleménye szerint az orvos-beteg jogviszony a megbízási szerződéshez áll legközelebb, azonban egyetlen önálló szerződéstípusba sem sorolható be. Álláspontját azzal támasztja alá, hogy „*a megbízási szerződés, tipikus, gondossági kötelelem, tehát az orvos gondos eljárásra vállal kötelezettséget, nem valamely eredmény létrehozására... ezt nem is tehetné, hiszen a gyógyítási folyamat eredményét számos olyan, a beteg szervezetében rejlő tényező is meghatározhatja, amelyeket az orvos nem, vagy csak alig tud befolyásolni... az orvos csak nagyon ritkán, egyes beavatkozásoknál vállalkozhat eredmény létrehozására, tipikus példaként az egyszerű fogászati tevékenységeket szokás említeni.*”²⁷

Jobbágyi Gábor véleménye a következő: „*ennyi speciális vonás megléte mellett a hazai jogtudomány több kiváló képviselőjét nyilván az vezette, mikor megbízásnak minősítette az orvos-beteg jogviszonyt, hogy a megbízás gyűjtő-bézsugpótló szerződés, és nem eredménykötelelem. Napjainkra azonban az orvos-beteg szerződésének speciális vonatkozásai szétfeszítették a megbízás általános szabályainak kétségtelenül meglévő kereteit is.*” Jobbágyi ezért két megoldást tart elképzelhetőnek: az egyik a megbízási szerződésen belül egy speciális megbízási szerződés létrehozása, a másik pedig egy önálló szerződésfajta megalkotása a német kezelési szerződés mintájára.²⁸

Lábady Tamás a következőképpen definiálja az orvos-beteg jogviszonyt: „*az orvos és a beteg közötti jogviszony közigazgatási elemekkel átszőtt magánjogi jogviszony, amely sui generis önálló jellemzőkkel, saját szubsztanciális elemekkel megnyilvánuló megbízás.*”²⁹

Dósa Ágnes több jogesetet és a nemzetközi jogirodalmat feldolgozva arra az álláspontra jutott, hogy „*az orvos és a beteg között létrejövő jogviszony gondossági kötelelem, az orvos nem az eredmény szolgáltatására, hanem a gondos eljárásra vállal kötelezettséget. Ez alól csak nagyon szűk körben ismereteselek kivételek: a legtöbb jogrendszerben, így a magyarban is a fogpótlás elkészítése.*”³⁰

Havasi Péter álláspontja a következő: „*az orvos és a beteg között létrejövő jogviszony gondossági kötelelem, az orvos nem eredmény nyújtására, hanem gondos eljárásra vállal kötelezettséget, még akkor is, ha eredmény elérésére törekszik. Ettől függetlenül a többségében megbízási típusú orvosi beavatkozások mellett vannak vállalkozási jellegű orvosi beavatkozások (terbességmegszakítás, sterilizáció, fogpótlás, plasztikai beavatkozás stb.)*”³¹

A hazai bírói gyakorlat az orvosi beavatkozást a gondossági kötelelmek csoportjába sorolja és számos

²⁵ Jobbágyi: i.m. 37. old

²⁶ Lomnici: i.m. 41-46.

²⁷ Sótonyi: i.m. 8.

²⁸ Jobbágyi: i.m. 41.

²⁹ Lomnici: i.m. 40.

³⁰ Dósa: i.m. 72.

³¹ Fézer Tamás: A kártérítési jog magyarázata. Budapest. Complex. 2010. 347.

jog esetében még a látszólag eredmény elérésére törekvő plasztikai beavatkozásokat sem minősíti vállalkozási szerződésnek, hanem azokra is a megbízás szabályait rendeli alkalmazni. Ilyen például a Legfelsőbb Bíróság Pfv. I. 20.943/1995. számú ítélete, amiben a bíróság egy sikertelen körömágy-plasztikai beavatkozás kapcsán kimondta, hogy az orvos egy műtéti beavatkozás kapcsán eredmény létrehozására nem vállalkozhat, mivel az orvos általában megbízási szerződés alapján gyógyít, végez el műtéti beavatkozást. A Veszprém Megyei Bíróság 2. Pf. 20.800/1999. számú ítéletében az orvos és a beteg közötti jogviszonyt egy olyan sajátos megbízási szerződésnek megfelelő jogviszonyként határozta meg, ahol az utasításadási jog az általános szabályoktól eltérően alakul.³²

3.3. A deliktális és kontraktuális felelősség szabályainak az orvosi tevékenységgel kapcsolatos alkalmazási kérdései

A régi Ptk. nem tett lényegi különbséget a szerződésszegéssel és a szerződésen kívül okozott károkért való felelősség szabályai között, mivel a 318. § a következőképpen rendelkezett: „*a szerződésszegésért való felelősségre, valamint a kártérítés mértékére a szerződésen kívül okozott károkért való felelősség szabályait kell alkalmazni azaz az eltéréssel, hogy a kártérítés mérséklésének – ha a jogszabály kivételt nem tesz – nincs helye*”. Tehát a régi Ptk. 318. §-a átjárót biztosított a kontraktuális és deliktális felelősségi rendszerek között, ezáltal gyakorlatilag nem volt jelentősége annak, hogy az orvos-beteg jogviszony során bekövetkezett károkra melyik felelősségi szabályt kell alkalmazni.³³

Az új Ptk. hatálybalépésével azonban megszűnt az átjárási lehetőség a két felelősségi rendszer között, mivel az új Ptk. non-cumul elve, azaz a párhuzamos igényérvényesítés tilalma³⁴ kimondja, hogy a jogosult a kártérítési igényét akkor is a szerződésszegéssel okozott károkért való felelősség szabályai szerint érvényesítheti, ha egyébként a kár a kötelezett szerződésen kívül okozott károkért való felelősségét is megalapozza.³⁵

A kontraktuális felelősség az új Ptk.-ban már felróhatóságtól független, közelít az objektív felelősség szabályaihoz, ezzel szemben a deliktális felelősség szabályai továbbra is a felróhatóságon alapulnak.³⁶

Abban az esetben, ha az új Ptk. kontraktuális felelősségi szabályait kellene alkalmazni az egészségügyi szolgáltatás során bekövetkezett káreseményekkel kapcsolatban, akkor az egy jelentősen szigorúbb – objektív felelősséghez közelítő – felelősségi alakzatot jelentene, ezért az új Ptk. hatálybalépésével a jogalkotó az Eütv. 244. § (2) bekezdését a következőképpen módosította: „*Az egészségügyi szolgáltatásokkal összefüggésben keletkezett kárigényekre, illetve a személyiségi jogsértések esetén követelhető igényekre a Ptk.-nak a szerződésen kívül okozott károkért való felelősségre, valamint a személyiségi jogok megsértésének szankcióira vonatkozó szabályait kell megfelelően alkalmazni.*” Tehát az Eütv. a fordított non-cumul³⁷ elv alapján az egészségügyi szolgáltatással összefüggő károkra a deliktális felelősség szabályait rendeli alkalmazni.³⁸

3.4. A deliktális felelősség szabályainak rövid ismertetése

A szerződésen kívül okozott károkért való felelősség általános szabálya az új Ptk.-ban a következőképpen rendelkezik: „*Aki másnak jogellenesen kárt okoz, köteles azt megtéríteni. Mentésül a felelősség alól a károkozó, ha*

³² Dósa: i.m. 71-83.

³³ Hidvéginé: i.m. 44-45.

³⁴ 2013. évi V. tv. 6:145. §

³⁵ Fuglinszky Ádám: Kártérítési jog. Budapest. HVG-ORAC. 2015. 63-64.

³⁶ Fuglinszky: i.m. 65.

³⁷ Fuglinszky: i.m. 68.

³⁸ Dósa/Hanti/Kovácsy: Kommentár az egészségügyi törvényhez. Budapest. Wolters Kluwer. 2016. 509.

*bizonyítja, hogy magatartása nem volt felróható.*³⁹

A törvény rendelkezése szerint a szerződésen kívül okozott károkért való felelősség megállapításának négy feltétele van: jogellenes magatartás, kár, a jogellenes magatartás és a kár közötti okozati összefüggés fennállása, valamint a károkozó felróható magatartása.⁴⁰

A Ptk. 6:518. §-a általánosságban tiltja a jogellenes károkozást, a 6:520. § pedig minden olyan károkozást jogellenesnek minősít, amellyel kapcsolatban nem áll fenn valamely, a törvény által taxatívén felsorolt jogellenességet kizáró ok. Tehát maga a károkozás alapozza meg a jogellenesség vélelmét, és annak megállapításával kapcsolatban az sem bír relevanciával, hogy a kárt okozó magatartást tevással vagy mulasztással valósította meg a károkozó.

A jogellenességet a Ptk. rendelkezései szerint kizárhatja a károsult beleegyezése; jogtalan támadás elhárítása érdekében vagy szükséghelyzetben okozott kár, továbbá jogszabály felhatalmazása.⁴¹

A régi Ptk. megkülönböztetett vagyoni és nem vagyoni károkat. Az új Ptk. hatálybalépésével azonban a nem vagyoni kár helyébe a személyiségi jogok megsértéséhez kapcsolódó sérelemdíj lépett.⁴² Az új Ptk. tehát a kár fogalma alatt csak a vagyoni károkat érti, amelynek három eleme a károsult vagyónában beállt értékcsökkenés (damnum emergens), az elmaradt haszon (lucrum cessans), és a kár elhárításához szükséges kiadások.

Okozati összefüggésnek kell fennállnia a kár és a jogellenes magatartás között, mivel abban az esetben, ha van ugyan kár és jogellenes magatartás, de a kettő között csak nagyon távoli az okozati összefüggés, vagy a kár nem a jogellenes magatartás következtében keletkezett, a bírói gyakorlat elutasítja a kártérítési igényt. Tehát az okozati összefüggés hiányában nem állapítható meg a kártérítési felelősség.⁴³

A felróhatóság fogalmát az új Ptk. 1:4 §-a tartalmazza: „*ha e törvény eltérő követelményt nem támaszt, a polgári jogi viszonyokban úgy kell eljárni, ahogy az az adott helyzetben általában elvárható.*” Fézer Tamás álláspontja szerint az „*általában megjelölés arra utal, hogy a cselekvést egy objektív színórmértékkel méri a polgári jog... a károsult számára kedvezőbb felelősségi rendszert alkotva ezzel az adott helyzet pedig némiképp relativizálja a magatartás színórmértékét*”⁴⁴ Tehát a felróhatóság a szubjektív vétkesség és az objektív tárgyi felelősség határán helyezkedik el.⁴⁵

A magyar kártérítési jog az exculpatios bizonyítási rendszert alkalmazza. A kimentéses felelősségi rendszer lényege, hogy a károsultnak kell bizonyítani a kárt, a jogellenességet és a kettő közötti okozati összefüggést, a károkozó pedig kimentheti magát, ha bizonyítja, hogy úgy járt el, ahogy az adott helyzetben általában elvárható, amely bizonyítás alapjául a megfelelően pontos beteg dokumentáció szolgálhat. A károkozónak természetesen csak akkor kell bizonyítania, hogy cselekménye nem felróható, ha a károsult a bizonyítási kötelezettségének sikeresen eleget tett.

3.5. Az orvosi dokumentáció, mint bizonyítási eszköz

Az egészségügyi szolgáltató dokumentációs kötelezettségét és annak részletes szabályait az Eütv 136. §-a tartalmazza.

A megfelelő dokumentáció azért is fontos, mert az exculpatios felelősségi rendszer értelmében ahhoz, hogy az egészségügyi szolgáltató a felelősség alól mentesüljön, neki kell bizonyítania, hogy úgy járt el, ahogy az adott helyzetben általában elvárható. A megfelelő bizonyításhoz pedig elengedhetetlen a pontos

³⁹ 2013. évi V. tv. 6:519. §

⁴⁰ Új Ptk. magyarázata VI./VI. Budapest. HVG-ORAC. 2014. 477.

⁴¹ 2013. évi V. tv. 6:520. §

⁴² Fuglinszky: i.m. 111.

⁴³ Fézer: i.m. 106.

⁴⁴ Fézer: i.m. 109-110.

⁴⁵ Sótonyi: i.m. 88.

dokumentáció, ugyanis ennek hiányában nagyon nehéz annak bizonyítása, hogy a kezelőorvos minden szükséges intézkedést megtett a beteg gyógykezelése érdekében.⁴⁶

A pontos dokumentáció fontosságát támasztja alá a Legfelsőbb bíróság Pfv. III. 20.125/2009. számú eseti döntése is, ugyanis az eljárás során az egészségügyi szolgáltató azért nem tudta bizonyítani, hogy a kezelőorvos a megfelelő gyógymódot választotta, mert a betegről készített első röntgenfelvétel nem állt rendelkezésre.⁴⁷

Megjegyzendő, hogy a dokumentáció természetesen nem kizárólag az orvos kötelezettsége, például az ápolási dokumentációs kötelezettség az egészségügyi szakdolgozót terheli.⁴⁸

Fontos hangsúlyozni, hogy az egészségügyi dokumentáció utólagos és jogellenes módosítása, bűncselekménynek minősül.⁴⁹

A dokumentáció kötelező elemei a következők: a beteg személyazonosító adatai; cselekvőképes beteg esetén az értesítendő személy, kiskorú, vagy gondnokság alatt álló személy beteg esetén a törvényes képviselő neve, lakcíme, elérhetősége stb.; a beteg kórelőzménye, kórtörténete; az első vizsgálati eredménye; a diagnózis és a kezelési terve, megalapozó vizsgálatok eredményei; azok időpontja; az ellátást indokoló betegség megnevezése, a kísérő betegségek, szövődmények; egyéb, az ellátást közvetlenül nem indokoló betegség vagy kockázati tényezők megnevezése; az elvégzett beavatkozások ideje és eredménye; a beteg gyógyszeres és egyéb terápiái, azok eredménye; a beteg gyógyszerérzékenységre vonatkozó adatok; a bejegyzést készítő dolgozó neve és annak időpontja; a betegnek vagy más, arra jogosult személynek nyújtott tájékoztatás tartalma; a beteg beleegyezésének ténye, visszautasítás esetén annak ténye, illetve ezek időpontja; minden egyéb adat, ami a beteg gyógyulását befolyásolhatja.⁵⁰

Megállapítható tehát, hogy a megfelelő dokumentáció – annak ellenére, hogy a gyakorló orvos számára általában munkateherként jelentkezik – a legfontosabb védekezési eszközt jelentheti számára. Egy esetleges kártérítési perben pedig – mint ahogy a fenti példa is szemlélteti – elképzelhető akár olyan eset, amikor az orvos valóban a legnagyobb gondossággal járt el a gyógykezelés során, azonban ezt a hiányos vagy nem megfelelő dokumentáció miatt nem tudja bizonyítani, ami miatt akár egy egyszerű dokumentációs hiba miatt születhet marasztaló ítélet.⁵¹

3.6. Az orvosi tevékenységgel kapcsolatos felróhatósági szabályok

Felróható a magatartása annak, aki nem úgy járt el, ahogy az adott helyzetben általában elvárható.⁵²

A felróhatóság a szubjektív vétkesség és az objektív tárgyi felelősség határán helyezkedik el, mivel az általában fogalma szolgáltatja a felróhatóság objektív alapját, az adott helyzet pedig relativizálja azt.⁵³

A magyar jog az orvosi tevékenységgel kapcsolatban az elvárhatóság mértékét az 1959. évi 8. tvr. 3. § (1) bekezdésével a legmagasabb gondossági szintre emelte. A felelős orvosi hivatás szempontjából azonban fontos annak meghatározása, hogy milyen orvosi magatartás felel meg a gondossági mérce követelményének, így különösen azon kérdést szükséges megválaszolni, hogy elegendő-e, ha az orvos betartja a szakma szabályait.

Az orvosi tevékenységgel kapcsolatos szakmai és etikai szabályok, valamint irányelvek alkalmazásáról az

⁴⁶ Sótonyi: i.m. 17-18.

⁴⁷ Fézer: i.m. 381.

⁴⁸ Dósa/Hanti/Kovácsy: i.m. 306.

⁴⁹ Dósa/Hanti/Kovácsy: i.m. 306.

⁵⁰ Sótonyi: i.m. 18.

⁵¹ Sótonyi: i.m. 149.

⁵² 2013. évi V. tv. 1:4 §.

⁵³ Fézer: i.m. 109-110.

Eütv. 77. § (3) bekezdése rendelkezik, mivel előírja, hogy az orvos a beteget az elvárható gondossággal, valamint a szakmai és etikai szabályok, illetve irányelvek betartásával köteles ellátni. Továbbá az 1997. évi LXXXIII. tv. 19. § (1) bekezdése előírja a miniszter által meghatározott vizsgálati és terápiás eljárási rend alkalmazását az orvos gyógyító tevékenységének gyakorlása során.⁵⁴

A jogszabályi rendelkezéseken túl Sótonyi Péter véleménye szerint szakmai szabálynak kell tekinteni az orvosegyetemen használt tankönyveket, egyetemi előadásokat és jegyzeteket, ellenőrzött kiadott szakkönyveket, szakfolyóiratokat, orvosi szakcsoportok írásban megjelent állásfoglalásait, az egészségügy országos intézetei által kiadott módszertani leveleket, és a gyógyszergyárak gyógyszerekhez mellékelt használati utasításait.⁵⁵

A bírói gyakorlat sajnos nem következetes azzal kapcsolatban, hogy elegendő-e ha a kezelőorvos betartja a szakmai szabályokat: míg a Legfelsőbb Bíróság Pf. III. 25.898/2001. számú eseti döntésében kimondta, hogy „*annak nem volt döntő jelentősége, hogy a szakmai szabályokat nem sértették meg, hanem azt kellett vizsgálni, hogy teljesült-e a legnagyobb gondosság és körültekintés követelménye*”⁵⁶, addig a Pfv. X. 20.235/2001. számú határozatában a következőképpen fogalmazott: „*A szakmai ajánlásban foglaltak betartása tehát olyan, a legnagyobb gondosságnak és körültekintésnek megfelelő eljárás, amely a kártérítő felelősség megállapítását kizárja.*”

Dósa Ágnes vetette fel – véleményem szerint helyesen – a nem egységes bírói gyakorlattal kapcsolatban azt a problémát, hogy azzal, ha az elvárható gondosság és a szakmai szabályok elválasztásra kerülnek egymástól, az azt a veszélyt hordozza magában, hogy a bírói gyakorlat olyan követelményrendszert alakíthat ki, amely előre nem ismerhető meg, tehát arra felkészülni sem lehet.⁵⁷

Dósa aggályát erősíti Havasi Péternek a tájékoztatás követelményével kapcsolatban megfogalmazott azon véleménye, amely kimondja, hogy „*a tájékoztatás normatív szabályai kellő részletességgel és elég tágan határozzák meg a tájékoztatás kereteit, de az adott ügyben nyújtott tájékoztatás tartalmi megfelelőségét a tényállás alapján a bíróság dönti el*”⁵⁸

4. A beteg tájékoztatáson alapuló beleegyezésnek egyes kérdései

A beteg önrendelkezési jogából következik, hogy ő jogosult választani a lehetséges gyógykezelések közül és beleegyezését megadni annak elvégzéséhez. Mint minden döntést, a gyógykezelésbe történő beleegyezést is csak megfelelő ismeretek birtokában lehet meghozni. A beteg egyik legfontosabb joga tehát a tájékoztatáshoz való jog, mivel egészségi állapotával és betegségével kapcsolatban csakis abban az esetben fog megfelelő ismerettel rendelkezni, ha arról az orvos őt tájékoztatja.⁵⁹ A tájékoztatásnak tehát az a célja, hogy a beteg önrendelkezési jogával élve, az ellátással kapcsolatos beleegyezésről vagy annak visszautasításáról megfelelően tudjon dönteni.⁶⁰ Így tehát a tájékoztatáshoz való jog és kötelezettség az önrendelkezési jog érvényesülésének előfeltételét képezi.⁶¹

4.1. A beteg önrendelkezési joga

⁵⁴ Dósa: i.m. 98-100.

⁵⁵ Sótonyi: i.m. 21.

⁵⁶ Sótonyi: i.m. 88-89.

⁵⁷ Dósa: i.m. 100-104.

⁵⁸ Fézer: i.m. 384.

⁵⁹ Jobbágyi: i.m. 55-59.

⁶⁰ Fézer: i.m. 2010. 384.

⁶¹ Lomnici: i.m. 191.

Az önrendelkezési jog – melyet az Eütv. 15. §-a határoz meg – képezi annak alapját, hogy a beteg az egészségügyi ellátás során, a vele kapcsolatos döntési folyamatban részt vehessen, így különösen a számára lehetséges kezelések közül választhasson, vagy azokat visszautasíthassa,⁶² továbbá a beteg önrendelkezési jogán alapuló beleegyezése zárja ki a szabályosan elvégzett orvosi beavatkozás jogellenességét is. Ezért a jogellenesség kapcsán válik különösen fontossá a beteg tájékozott beleegyezése is. Ugyanis a megfelelő beleegyezés hiányában nem állapítható meg jogellenességet kizáró ok, tehát az orvosilag „hibátlan” beavatkozás is jogellenesnek minősül.

Sándor Judit véleménye szerint a tájékozott beleegyezés, mint jogellenességet kizáró ok a „volenti non fit injuria” elvből vezethető le, amely szerint, ha valaki a veszélyt ismeri és azt megértve teszi ki magát annak, akkor ezen veszélynek a kockázatát is neki kell vállalnia.⁶³

Az önrendelkezési jog – korlátozás nélkül – természetesen csak a cselekvőképes beteget és a 16. életévét betöltött kiskorút illeti meg. A cselekvőképtelen és a 16. életévét be nem töltött korlátozottan cselekvőképes beteg helyett, annak önrendelkezési jogát a törvényben taxatív felsorolt személyek gyakorolhatják.⁶⁴

A beteg beleegyezésének alakiságával kapcsolatban a törvény kisebb beavatkozások esetén nem határoz meg formai követelményt, így például a beteg egy injekció beadásához vagy fogpótláshoz akár szóban vagy ráutaló magatartással is megadhatja beleegyezését. Az invazív beavatkozásokkal és az önkéntes pszichiátriai gyógykezelésekkel kapcsolatos nyilatkozatok érvényességéhez azonban annak írásba foglalása szükséges.⁶⁵ Továbbá a jelenleg hatályos egészségügyi törvény különleges alaki feltételek alkalmazását írja elő az olyan ellátások visszautasításával kapcsolatban, amelyek elmaradása esetén a beteg súlyos vagy maradandó egészségkárosodása következhet be, mivel ilyen esetben a beteg nyilatkozatának érvényességéhez annak közokiratba vagy teljes bizonyító erejű magánokiratba foglalása szükséges. Az életfenntartó vagy életmentő beavatkozások visszautasítására pedig akkor van lehetősége a betegnek, ha olyan súlyos betegségben szenved, amely az orvostudomány mindenkori állása szerint rövid időn belül még a megfelelő egészségügyi ellátás mellett is halálhoz vezetne, továbbá a beteget háromtagú orvosbizottságnak kell megvizsgálnia, majd nyilatkozatát 3 nap múlva 2 tanú előtt újra meg kell ismételnie.⁶⁶

A beteg önrendelkezési joga korlátozható és a beleegyezésére sincs szükség, ha a beavatkozás elmaradása mások életét, egészségét vagy testi épségét súlyosan veszélyezteti, valamint ha a beteg súlyos életveszélyes állapotban van.⁶⁷

Megjegyzendő, hogy hazánkban már egészen korán, az 1959. évi 8. tvr. 6. §-a előírta a fekvőbeteg intézetekben végzett invazív beavatkozások elvégzésének feltételeként a beteg írásbeli hozzájárulását.⁶⁸

4.2. A beteg tájékoztatáshoz való joga

A megfelelő tájékoztatás egyrészt azért fontos, mert megalapozza a beteg önrendelkezési jogát, másrészt a laikus beteg saját egészségügyi állapotáról jelentősen csekélyebb mértékű információval rendelkezik, mint a kezelőorvosa, ami gyengíti a felek közötti mellérendelt jogviszonyt, így elengedhetetlen ezen információs aszimmetria megfelelő tájékoztatással történő helyreállítása.⁶⁹

Hazánkban a beteg tájékoztatáshoz való jogát először az 1972. évi II. tv. 45. §-a rögzítette, amely ugyan

⁶² Dósa/Hanti/Kovácsy: i.m. 49.

⁶³ Sándor Judit: Gyógyítás és ítélkezés. Budapest. Medicina. 1997. 150.

⁶⁴ Pogány Magdolna: A betegjogok szabályozása és gyakorlata. Szeged. Jate Press. 2007. 63-65.

⁶⁵ Fézer: i.m. 384.

⁶⁶ 1997. CLIV. tv. 20. §.

⁶⁷ Dósa/Hanti/Kovácsy: i.m. 57.

⁶⁸ Dósa: i.m. 187.

⁶⁹ Dósa/Hanti/Kovácsy: i.m. 50.

előírta, hogy a beteget és hozzátartozóját a beteg állapotáról tájékoztatni kell, de egyben lehetővé is tette, hogy az orvos indokolt esetben a beteg érdekében a tájékoztatástól eltekinthessen. Dósa Ágnes álláspontja szerint, annak ellenére, hogy az 1972. évi II. tv. szűkszavúan és hiányosan szabályozta a beteg tájékoztatást, a bírói gyakorlat kialakította annak részletes szabályait, amelyek nagyon hasonlóak a később hatályba lépett Eütv.-ben foglaltakhoz.⁷⁰

A hatályos Eütv. 13-14. §-ai alapján a beteg jogosult a számára egyéniesített formában megadott teljes körű tájékoztatásra. Az egyéniesített kifejezés azt jelenti, hogy a beteg számára érthető módon kell megadni a tájékoztatást, figyelemmel életkorára, iskolázottságára, ismereteire, lelkiállapotára és a tájékoztatással kapcsolatban megfogalmazott saját kívánságára. A teljes körű tájékoztatás kritériumának pedig megfelel a beteg részletes tájékoztatása egészségi állapotáról, annak orvosi megítéléséről – diagnózis –, a javasolt vizsgálatok, beavatkozások elvégzésének, illetve elmaradásának a lehetséges előnyeiről és kockázatairól, a vizsgálatok és beavatkozások kivitelezésének tervezett időpontjáról, az alternatív eljárás lehetőségekről, az ellátás folyamatáról és annak lehetséges kimeneteléről – prognózis –, valamint a beteg számára javasolt életmódról. Továbbá a beteg a tájékoztatás során és azt követően a kezelőorvosának kérdéseket tehet fel. A beteg jogosult megismerni az ellátásával kapcsolatos vizsgálatok, beavatkozások eredményeit, sikertelenség vagy várttól eltérő eredmény esetén azok lehetséges okait. A beteg továbbá jogosult tájékoztatást kapni az ellátással kapcsolatos esetleges térítési kötelezettségéről is.⁷¹

A beteg tájékoztatáshoz való jogának részletszabályait elemezve arra a következtetésre lehet jutni, hogy a jogalkotó meglehetősen magasra emeli a tájékoztatással kapcsolatban az orvostól elvárható gondossági mércét. Egyrészt a teljes körű tájékoztatás követelménye az arra kötelezett orvos vagy egészségügyi szolgáltató kimentési lehetőségét egy esetleges kártérítési perben erősen leszűkíti. Másrészt a tájékoztatás egyéniesített formában való megadásának követelménye a tájékoztatást mindig az adott beteghez és annak egyedi körülményeihez igazítja, amely minden esetben akár más és más eljárást követelhet az orvostól.⁷² Havasi Péter véleménye szerint például a teljes körű tájékoztatás követelményét a bírói gyakorlat tölti ki tartalommal.⁷³

4.3. Az orvos tájékoztatási kötelezettsége

Havasi Péter álláspontja szerint a beteg tájékoztatáshoz való joga azzal válik teljessé, hogy a jogalkotó az Eütv. 134-135. §-ában az orvos kötelezettségévé teszi a beteg tájékoztatását.⁷⁴ Ettől eltérő Dósa Ágnes véleménye, aki erősen vitatott kodifikációs megoldásnak tartja azt, hogy a tájékoztatás kérdése némiképp eltérő tartalommal megjelenik az orvos kötelezettségeinek a körében is.⁷⁵

Az orvos tájékoztatási kötelezettsége alapján a beteg állapota által indokolt rendszerességgel, a tőle elvárható ismereteknek megfelelően és legjobb tudása szerint – a beteg tájékoztatáshoz való jogának figyelembevételével – köteles az orvos tájékoztatni a beteget annak állapotáról. A tájékoztatás módjának körültekintőnek, szükség szerint akár fokozatosnak kell lennie, azt a beteg állapotára és egyedi körülményeire figyelemmel kell a kezelőorvosnak megadnia, ami lényegében az Eütv. 13. §-ában szabályozott egyéniesített fogalmi kritériumának a megfelelője. Továbbá a törvény kiemelt figyelmet vár el a kezelőorvostól, mivel az adott kezelés általánosan ismert, jelentős mellékhatásaira, az esetleges szövődményekre és a beavatkozások lehetséges következményeire, azok előfordulási gyakoriságára is köteles felhívni a beteg figyelmét. Végül az orvosnak arról is meg kell győződnie, hogy a beteg a

⁷⁰ Sótonyi: i.m. 115-116.

⁷¹ Fézer: i.m. 382-383.

⁷² Sótonyi: i.m. 116.

⁷³ Fézer: i.m. 383.

⁷⁴ Fézer: i.m. 383.

⁷⁵ Sótonyi: i.m. 116.

tájékoztatást megértette-e, valamint szükség esetén gondoskodnia kell a beteg lelki gondozásáról is.⁷⁶ Az egészségügyi törvény kimondja, hogy a szóbeli tájékoztatást nem helyettesítheti az előre elkészített ismeretterjesztő anyag, tehát attól eltekinteni nem lehet.

4.4. A tájékozott beleegyezés jogi minősítése

A hazai bírói gyakorlat a beteg gyógykezelésbe történő beleegyező nyilatkozatát szerződéses mellékkötelezettségnek minősíti.⁷⁷ Dósa Ágnes véleménye szerint, ha a beteg beleegyezése a Ptk. szerinti jognyilatkozatnak minősülne és a beteg a kezelőorvosától nem kapná meg a megfelelő tájékoztatást, akkor a jognyilatkozat megtételekor tévedésben lenne. Ebben az esetben a beteg a tévedés felismerésétől számított egy éven belül támadhatná meg érvényesen a jognyilatkozatát.⁷⁸ Éppen ezért, a betegre kedvezőtlen feltételek miatt a Legfelsőbb Bíróság Pfv. III. 23.091/1998. számú határozatában mondta ki, hogy a beteg nyilatkozata nem minősül a Ptk. szerinti olyan nyilatkozatnak, amelyre a szerződés szabályai az irányadók, hanem az a bizonyítás körében értékelendő, és az egészségügyi szolgáltatót terheli annak bizonyítása, hogy a tájékoztatás a törvény előírásainak megfelelően történt.⁷⁹

4.5. Az invazív beavatkozások jogi természete

Az invazív eljárás a beteg testébe vágás vagy szúrás által történő orvosi beavatkozásnak minősül, ami a 2013. évi V. tv. (továbbiakban Ptk.) 2:43. § a) pontja alapján a beteg személyiségi jogának megsértését jelenti, tehát jogellenes magatartásnak minősül. A jogellenességet azonban kizárja a károsult beleegyezése.⁸⁰

A beteg önrendelkezési jogán alapuló beleegyezése, mint jogellenességet kizáró nyilatkozat azért bír különös jelentőséggel, mert annak szükséges és elengedhetetlen előfeltétele a beavatkozással kapcsolatos tájékoztatás. Ugyanis ha az invazív beavatkozás eredményeként olyan – egyébként szakmailag ismert – kockázat következik be, amelyről a kezelőorvos a beteget az eljárás előtt nem tájékoztatta, akkor ezen kockázatra a beteg beleegyezése nem terjedt és nem is terjedhetett ki, tehát az ilyen kár tekintetében nem állapítható meg jogellenességet kizáró körülmény.

4.6. Bírói gyakorlat

Az egyéniesített tájékoztatás elmaradása miatt marasztalta a Legfelsőbb Bíróság Pfv. III. 21.242/2000. számú határozatában az egészségügyi szolgáltatót, mivel a beteg már a műtét előtt is bénult állapotban volt, ezért a kezelőorvosnak a beavatkozás azon kockázatára is fel kellett volna hívnia a beteg figyelmét, hogy bénult állapota a műtét következtében tovább fokozódhat. A bíróság döntését azzal indokolta, hogy a tájékoztatást mindig az adott eset egyedi sajátosságainak megfelelően kell megadni. A kezelőorvosnak a beavatkozás olyan súlyos kockázatáról, amelynek előfordulási esélye ugyan csekély, de a beteg bénult állapotát tovább ronthatja, tájékoztatási kötelezettsége van.

A bíróság a BH2001.65. számú eseti döntésében azzal, hogy a beteg beavatkozás előtt adott általános műtéti hozzájáruló nyilatkozatát nem fogadta el annak bizonyítására, hogy a kezelőorvos a beteg számára a megfelelő tájékoztatást megadta-e, szintén az egyéniesített tájékoztatás követelményét mondta ki.

⁷⁶ 1997. évi CLIV. tv. 134-135. §§.

⁷⁷ Sótónyi: i.m. 131.

⁷⁸ Sótónyi: i.m. 131.

⁷⁹ Fézer: i.m. 385-386.

⁸⁰ 2013. évi V. tv. 6:520. § a).

Abban az esetben, amikor a beavatkozás előtt aláírt írásbeli nyilatkozat tartalmából megállapítható volt, hogy a beteg a műtét előtt annak jellegéről, veszélyeiről, lehetséges szövődményeiről részletes tájékoztatást kapott, nem állapította meg a Legfelsőbb Bíróság a Pfv. III. 22.691/2001. számú határozatában az egészségügyi szolgáltató felelősségét. A bíróság határozatában kimondta, hogy a tájékoztatás a beteg számára egyéniesítettnek minősült, mivel az tartalmazta, hogy a beteg bénult állapotban van, ezért a műtét számára fokozott veszéllyel jár.

A Legfelsőbb Bíróság Pfv. III. 21.242/2000. számú határozatában az általánosságban megfogalmazott tájékoztatást nem tartotta elfogadhatónak, és kimondta, hogy csak az olyan tartalmú tájékoztatás megfelelő, amely minden olyan tényt és körülményt tartalmaz, amely ismerete a beteg megalapozott döntéséhez elengedhetetlen.

Az orvos tájékoztatási kötelezettségével kapcsolatban a Legfelsőbb Bíróság BH.2004.10. számú eseti döntésében mondta ki, hogy az orvosnak arról is tájékoztatnia kell a beteget, ha egy betegség vagy rendellenesség gyanúja valamilyen körülmény miatt nem állapítható meg.⁸¹

5. Összegzés

A modern orvostudomány az elmúlt 50 év alatt jelentős fejlődésen ment keresztül, például számos korábban ismeretlen betegség nemcsak ismertté, hanem gyógyíthatóvá vált. A technikai fejlődés új lehetőségeket teremtett az orvostudomány – például a sebészet és a diagnosztika – terén is. Ezen fejlődés természetesen jelentősen megnövelte az igénybe vehető egészségügyi ellátások számát, így a mindennapi betegforgalmat is. Az egészségügyi szolgáltatások számának növekedésével párhuzamosan az abból eredő káresemények és azzal kapcsolatos kártérítési perek száma is növekvő tendenciát mutat, továbbá az emberek betegségeikkel kapcsolatban is egyre tudatosabbá váltak, elkezdtek érdeklődni a betegségek és beavatkozás iránt. Kezdetben a károsult betegek kártérítési igényeiket a kezelés során előforduló mulasztásokra – kezelési vagy diagnosztikai hiba – alapították, azonban a bizonyítás nehézsége miatt idővel előtérbe kerültek a nem megfelelő vagy hiányzó beteg-tájékoztatásra alapított kárigények.⁸² Napjainkra a hibás tájékoztatás – Jobbágyi Gábor kifejezésével élve⁸³ – „eljárásjogi csodafegyverre” nőtte ki magát, hiszen a kártérítési perek közel fele alapul a hibás tájékoztatáson.

A 20 éve hatályban lévő egészségügyi törvény részletesen szabályozza a beteg tájékoztatáshoz való jogát és az orvos tájékoztatási kötelezettségét, amelyet a bírói gyakorlat folyamatosan töltött ki tartalommal. A részletes szabályozás ellenére azonban számos probléma merül fel, mint például a bíróság az egyik ügyben a szakmai szabályokat követő orvosi magatartást a legnagyobb gondosságnak megfelelőnek találta, míg egy másik ügyben annál többet várt el a kezelőorvostól. További problémaként jelentkezik a kártérítési perek következményeként megjelenő defenzív medicina, azaz az orvos bizonyos vizsgálatokat – tudva annak szükségtelenségét – kizárólag azért rendel el, hogy azzal kimerítse a szakmai szabályok által erőltetett követelményeket.⁸⁴ Ami egyrészt tovább terheli az amúgy is túlterhelt egészségügyet, másrészt megvan rá az esély, hogy a bíróság nem is fogadja majd el a legnagyobb gondosság követelményének megfelelő eljárásként.

Éppen ezért lenne indokolt egy olyan tájékoztatási rendszer kialakítása, amely az egészségügyi törvény rendelkezésein és az adott kezelés kockázatain túl figyelembe venné a vonatkozó bírói gyakorlatot is. Amely tájékoztató tartalmazná az adott beavatkozás során előforduló általános kockázatokat, azonban – ahogy az anamnéziszfelvétel esetén – tartalmazna az orvos által beteg számára felteendő olyan kötelező kérdéseket, amelyek figyelembevételével adhatná meg az orvos a beteg részére az egyéniesített tájékoztatást, amit a beteg aláírása bizonyítana.

⁸¹ Fézer: i.m. 385-389.

⁸² Dósa: i.m. 10-11.

⁸³ Jobbágyi: i.m. 76.

⁸⁴ Sándor: i.m. 14-15.

Természetesen nem hagyható figyelmen kívül az a tény sem, hogy a hazai egészségügy számos problémával küzd, mint például az alacsony bérek következményeként kialakult hálapénzrendszer, valamint a fiatal orvosok külföldre vándorlása miatti orvoshiány.

Az orvoshiány miatt jelenleg is túlzott teher nehezedik az orvosokra, mint például a fokozott betegforgalom, megnövekedett adminisztrációs teendők, azonban a megfelelő tájékoztatással és dokumentációval egyrészt csökkenteni lehetne az egészségügyi szolgáltatókat terhelő kártérítések számát, amely összeget a bérek emelésére is lehetne fordítani, továbbá a megfelelő tájékoztatás a beteg érdekeit szolgálva, őt mellérendelt félként kezelve jobban bevonna a gyógykezelésbe.

The civil liability of the medical doctor – Summary

The article wish to briefly cover the civil liability of the medic. The actuality of this topic is exemplified well by the fact that court trials for compensation of damages against healthcare providers show an increasing tendency year by year. It is deem important to briefly delineate the drawing of line between the civil and criminal liability during the presentation of the civil liability. After speaking about issues of drawing of line, the study is going to cover the effective liability for damages of the medic. While explaining the liability for damages of the medic, it will cover the concept of legal nature of invasive procedures, matters concerning the liability of healthcare institutions, and the basic topics of tort and contractual liability. The article is going to introduce the issues concerning illegality, the patient's right to self-determination, his or her right to information, the obligation of medics to disclose information, in addition to matters related to the concept of the legal nature of informed consent along with the connected judicial practice in the chapter about the informed consent of the patient. As for closure, during the analysis of issues regarding evidence, it wish to cover the rules of culpability, the choice for healing methods of medics, and medical documentation, respectively.

Irodalomjegyzék

Hivatkozott irodalom

Szakirodalom

Borbély Zita: Az orvosi műhiba polgári jogi kérdései. *Studia Juvenum*. 2009. (3. évf.) 1. szám

Der Spiegel 17/1989. „Man fragt sich: Wiekann das passieren?“

Dósa Ágnes: Az orvos kártérítési felelőssége. Budapest. HVG-ORAC. 2010.

Dósa/Hanti/Kovácsy: Kommentár az egészségügyi törvényhez. Budapest. Wolters Kluwer. 2016.

Fézer Tamás: A kártérítési jog magyarázata. Budapest. Complex. 2010.

Fuglinszky Ádám: Kártérítési jog. Budapest. HVG-ORAC. 2015.

Gaál Csaba: Sebészet. Budapest. Medicina. 2016.

Hidvéginé Adorján Livia; Sáriné Simkó Ágnes: Műhibák és kártérítési perek az egészségügyben. Budapest. Medicina. 2013.

Lomnici Zoltán: Az orvoslás joga. Budapest. Lélekben Otthon. 2009.

Jobbágyi Gábor – Fazekas Judit: Kötelmi jog. Budapest. Szent István Társulat. 2008.

Jobbágyi Gábor: Orvosi jog. Budapest. Szent István Társulat. 2008.

Papp Zoltán: A szülészet-nőgyógyászat tankönyve. Budapest. Semmelweis. 2009.

Pogány Magdolna: A betegjogok szabályozása és gyakorlata. Szeged. Jate Press. 2007.

Sándor Judit: Gyógyítás és ítélkezés. Budapest. Medicina. 1997.

Simon Tamás: Az „orvosi műhiba” miatti kártérítési perek gyakorlata a felperesek szemszögéből. Egészségügyi menedzsment. 2000. (2. évf.) 3. szám

Sótonyi Péter: Orvosi felelősség. Budapest. Semmelweis Kiadó. 2006.

Törő Károly: Az orvosi jogviszony. Budapest. KJK. 1986.

Törő Károly: Az orvosi polgári jogi viszony. Budapest. KJK. 1965.

Törő Károly: Felelősség az orvosi működésért – Orvosi műhiba. Magyar jog. 1987. (34. évf.)

Új Ptk. magyarázata VI./VI. Budapest. HVG-ORAC. 2014.

Újváriné Antal Edit: Felelősségtan. Miskolc. Novotni. 2002.

Jogsabályok

1972. évi II. törvény az egészségügyről

1997. CLIV. törvény az egészségügyről

2013. évi V. törvény a Polgári Törvénykönyvről

Felhasznált irodalom

Szakirodalom

Bartha Ferenc, Sándor Judit: Egészségügyi tevékenység- polgári jogi felelősség I. kötet. Budapest. Országos Orvostudományi Információs Intézet és Könyvtár. 1990.

Blasszauer Béla. Orvosi Etika. Budapest. Medicina. 1995.

Hidvéginé Adorján Livia; Sáriné Simkó Ágnes: A betegek jogairól. Budapest. Medicina. 2012.

Imre József: Orvosi Ethika. Budapest. Studium Kiadó. 1925.

Kovácsy Zsombor: Egészségügyi jog. Budapest. Semmelweis Kiadó. 2008.

Métneki János, Zalányi Sámuel. A gyakorló orvos egészségügyi felvilágosítási tevékenysége. Budapest. Medicina. 1963.

Pribula László: Orvosi kártérítés. Opten Kft. Budapest.

Szász Béla: Orvosi jogtudomány. Budapest. Novák Rudolf és TSA.

Jogsabályok

1876. évi XIV. törvénycikk a közegészségügy rendezéséről

1936. évi I. törvénycikk az orvosi rendtartásról

1959. évi IV. törvény a Polgári Törvénykönyvről

1959. évi 8. számú törvényerejű rendelet az orvosi rendtartásról