

PETHŐ ANDRÁS*

AZ EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÓ KÁRFELELŐSSÉGI KIMENTÉSÉNEK NEHÉZSÉGEI

Az egészségügyi szolgáltatások lehetőségeinek nagyarányú bővülése megváltoztatta a betegek viszonyulását az egészségügyi ellátásokhoz. A technológiai és tudományos fejlődés minden eddiginél kiterjedtebb és biztonságosabb megoldásokkal szolgál az egészségüket javítani, illetve megőrizni kívánó személyek számára. Az orvosi beavatkozások azonban mindig kockázatosak, az orvosok iránti nagyobb elvárásokkal szemben mindig ott áll a beavatkozások sikertelenségének lehetősége.

A tanulmány arra keresi a választ, melyek azok a sarkalatos pontok, ahol az egészségügyi szolgáltató polgári jogi kárfelelőssége elválnak a deliktuális felelősség általános szabályaitól. A magyar kártérítési jog nem hoz létre külön felelősségi rendszert az egészségügyi szolgáltatókkal kapcsolatos kártérítési kérdésekre, azonban a bírói gyakorlat számos vonatkozásban figyelemmel van az orvos és betege közötti jogviszony speciális jellegére, így elsősorban a károkozó oldal felelősségének kimentésére. A tanulmány ezen túl összegyűjti a kárfelelősségi tényállás azon elemeit, amelyek az orvos felelősségének kimentése körében többletbizonyítási kötelezettséget jelentenek.

Jelen tanulmány így külön megvizsgálja az okozati összefüggés bizonyításának, valamint a felróhatóság kimentésének speciális orvosi jogi vonatkozásait, továbbá két olyan alapvető többletkötelezettséget (a tájékoztatási, valamint a dokumentációs kötelezettség), amelyek az egészségügyi szolgáltató felelősségének kimentése körében jelentőséggel bírnak.

1. BEVEZETÉS

A magyar polgári jog az orvos által okozott károkból eredő igények érvényesítésére vonatkozóan nem hoz létre önálló felelősségi rendszert, arra a deliktuális felelőségre irányadó szabályokat kell megfelelően alkalmazni. Figyelemmel azonban az orvos gyógyító-kezelő tevékenységének súlyára, annak speciális jellegére, a beteg által kockáztatott értékekre és a potenciálisan bekövetkező károsodás nagyságára, számos olyan jellemzőt találunk, amely az általános szabályoktól való akár részbeni eltérést indokolhatja. Amiként az is, hogy a vizsgált jogviszonyban a szakember orvos áll szemben a laikus, aktuális egészségügyi állapotából fakadóan hátráltatott beteggel. Az eseményekre és orvosi információkra rálátással csak korlátozottan bíró beteg az általános szabályok szerinti bizonyítás szinte kilátástalan feladat elé állítaná.

Jelen tanulmány célja annak bemutatása, hogy az egészségügyi szolgáltató polgári jogi felelősségének vizsgálata során a deliktuális felelősség általános szabályaihoz

* PhD-hallgató, Széchenyi István Egyetem Deák Ferenc Állam- és Jogtudományi Kar, 9026 Győr, Áldozat u. 12. E-mail: dr.petho.andras@gmail.com.

képeket melyek azok a pontok, ahol eltérést tapasztalunk, amelyek eltérő szemléletet követelnek, s így az egészségügyi szolgáltató dolgát nehezítik meg felelősségének kimentése körében.

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. A tanulmány arra fókuszál, miben is állnak ezek a többletterhek, különösen hogy mennyiben nehezíti meg az alperesi oldal dolgát a bíróság előtti eljárásban.

A tanulmányban fel kívánom dolgozni a bírói gyakorlatnak a témában kialakított és alkalmazott jogelveit, ezeket pedig ütköztetem a jogirodalomban megjelenő álláspontokkal, figyelemmel arra, hogy e tézisek kifejtése óta a bírói gyakorlatban bekövetkezett-e bármiféle változás.

2. AZ EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÁSBÓL EREDŐ FELELŐSSÉG

Az orvos polgári jogi felelősségének körébe eső magatartások megfeleltethetők a hatályos egészségügyi törvény egészségügyi ellátás fogalmának. *Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény* (Eütv.) 3. § c) pontja alapján egészségügyi ellátásnak minősül a beteg adott egészségi állapotához kapcsolódó egészségügyi tevékenységek összessége. Lényegében ezt fejt ki a törvény a 3. § e) pontjában, ahol az egészségügyi szolgáltatás körébe eső tevékenységeket gyűjti csokorba.

Magyarországon az Eütv. 244. § (1) bekezdése szerint az egészségügyi szolgáltatás keretében végzett ellátásért az egészségügyi szolgáltató felelős. Az egészségügyi szolgáltatónál felvett, kezelt beteggel kapcsolatos ellátásáért akkor is a szolgáltató fog felelni, ha a kezelőorvos vagy a segédszemélyzet vét olyan hibát, amelyet a szolgáltatónál kifejezetten nem is engedtek volna. Ez alól ugyanezen bekezdés következő mondata határoz meg kivételt:

Ha a törvény alapján az egészségügyi dolgozó a saját nevében és felelősségére nyújtott egészségügyi szolgáltatást, az egészségügyi szolgáltatásokkal összefüggésben okozott kárért és személyiségi jogsértésért az egészségügyi dolgozó tartozik felelősséggel, illetve helytállással.

Napjainkban gyakori, hogy az egyes orvosoknak egy egészségügyi szolgáltatónál (konkrétan tipikusan kórházban) munkaviszonya áll fenn, mellette azonban magánpraxist is fenntartanak. Magánpraxisukban a munkavégzéshez ugyanakkor az egészségügyi szolgáltató eszközeit és munkaerejét (műtősök, ápolók stb.) veszik igénybe közreműködői magállapodás alapján. A külvilág számára tehát az orvos ugyanazt a tevékenységet végzi, ugyanolyan körülmények között, mégis két külön jogviszony

alapján. Amennyiben az orvos magánpraxisának keretein belül műti meg a beteget, úgy azért mint különálló egészségügyi szolgáltató fog felelni. Az eszközöket és a segédszemélyzetet biztosító egészségügyi szolgáltató (kórház) pedig azért felelős, hogy a magánorvossal kötött megállapodásából (illetve a szerződés teljesítése körében a szolgáltatás minőségi követelményeiből¹) eredő feltételek rendelkezésre állnak-e.

Fontos, hogy az egészségügyi szolgáltatónak az egészségügyi szolgáltatásokért való kárfelelősségét kellőképpen elhatároljuk az egészségügyi szolgáltató másfajta felelősségétől. Az egészségügyi szolgáltató az Eütv. 3. § e) pontjában meghatározott szolgáltatások nyújtásán túl további jogviszonyokba kerülhet, hiszen munkáltatói jogokat gyakorol, a működési feltételek biztosítása érdekében közüzemi szerződéseket köt, gondoskodik a felhasználásra kerülő eszközök beszerzéséről, felelősséggel tartozhat a betegek bevitt vagyontárgyaiért. Ezek azonban nem az egészségügyi szolgáltató kezelői-gyógyító tevékenységével függenek össze, ezekre a munkajogi, a társadalombiztosítási vagy épp a szerződésszegéssel okozott károkért való felelősség szabályai lehetnek irányadók. E tanulmány vizsgálódási körét azonban az egészségügyi szolgáltatások nyújtásával kapcsolatban felmerülő orvosi jogi felelősségi kérdések képezik.

A magyar polgári jog nem hoz létre külön felelősségi rezsimit az egészségügyi szolgáltatásokért való felelősségre. A *Polgári Törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvény* (Ptk.) hatálybalépésével pedig különös jelentőségűvé vált a két alapvető forma, a szerződésszegésért (kontraktuális) és a szerződésen kívüli károkozásért való (deliktuális) felelősség különválasztása. Az *1959. évi IV. törvény* (régí Ptk.) a szerződésszegésért való felelősséget a 318. § (1) bekezdésében szabályozta, azonban ez egy utaló szabály volt a deliktuális felelősségi szabályokra azzal, hogy jogszabályi kivétel hiányában a kár mérséklésének nincs helye. Már Eörsi Gyula is rámutatott arra, hogy a szerződésszegésért való felelősséget milyen sok alkalommal alapították a 339. §-ra, s bár lényegében ugyanarra az eredményre jutottak, mégis a 318. § alapján kellett volna.² Ebből is látszik, hogy a dogmatikai tévedések mindig részei az ítékezésnek. A Ptk. 6:142–6:152. §-ában szabályozott kontraktuális felelősség azonban teljesen más rendszert hoz létre azzal, hogy a felróhatóság vizsgálata helyett objektív – a felróhatóságtól független – mércét alkalmaz. Ezzel szemben a szerződésen kívüli károkozásnak a Ptk. 6:519. §-ában foglalt alapesete továbbra is a felróhatóságot tekinti a felelősség mércéjének: „Aki másnak jogellenesen kárt okoz, köteles azt megtéríteni. Mentésül a felelősség alól a károkozó, ha bizonyítja, hogy magatartása nem volt felróható.” Amennyiben pedig egy adott ügyben egyaránt szóba jöhet mindkét felelősségi rendszer, a Ptk. 6:145. §-ának a magyar polgári jogi gondolkodástól idegen *non-cumul* szabálya szerint a szerződésszegésért való felelősség szabályai lesznek irányadók.³

¹ Ptk. 6:123. § (1) bekezdés.

² EÖRSI Gyula: *Elhatárolási problémák az anyagi felelősség területén* (Budapest: KJK 1962) 35.

³ FAZEKAS Judit: „A kontraktuális és deliktuális felelősség viszonya az új Polgári törvénykönyvben, különös tekintettel a párhuzamos igényérvényesítést kizáró non-cumul szabályra” in FAZEKAS Judit – KÖHIDI Ákos – CSITTI Béla (szerk.): *Állandóság és változás. Tanulmányok a magánjogi felelősség köréből* (Budapest: Gondolat 2017) 50.

Elméleti szinten a vizsgált körben mindkét felelősségi rendszer szóba jöhetne. A jogalkotó két alkalommal is rendelkezett az egészségügyi szolgáltatóra irányadó felelősségi szabályokról. Az *egyes egészségügyi tárgyú törvények módosításáról szóló 2009. évi CLIV. törvény* 58. §-a kimondta, hogy „[a]z egészségügyi szolgáltatásokkal összefüggésben keletkezett kárigények tekintetében a szerződésszegéssel okozott károkért való felelősség polgári jogi szabályait kell megfelelően alkalmazni”. A szabály négy éven keresztül volt hatályban, végül a Ptk. hatálybalépésének napjával a *2013. évi CCLII. törvény* 8. § (20) bekezdése lépett életbe, amely már a szerződésen kívüli károkozás szabályait rendelte alkalmazni ezekre az esetekre. Emellett egyértelműsítette azt is, hogy a sérelemdíjjal érintett körben értelemszerűen a Ptk. személyiségi jogi jogsértésekre vonatkozó szabályait kell megfelelően alkalmazni. Az Eütv. jelenleg hatályos 244. § (2) bekezdése értelmében:

Az egészségügyi szolgáltatásokkal összefüggésben keletkezett kárigényekre, illetve a személyiségi jogsértések esetén követelhető igényekre a Ptk.-nak a szerződésen kívül okozott kárért való felelősségre, valamint a személyiségi jogok megsértésének szankcióira vonatkozó szabályait kell megfelelően alkalmazni.

Fontos kiemelni, hogy a törvény nemcsak az általános deliktuális felelősségi alakzatra (Ptk. 6:519. §), hanem általában a szerződésen kívüli károkozás szabályaira utal, így amennyiben annak feltételei fennállnak, akár a veszélyes üzemi felelősség alapján is felelhet az egészségügyi szolgáltató. A jogirodalomban találunk olyan véleményt is, amely inkább a kontraktuális felelősségi szabályok alkalmazását támogatná. Fuglinszky Ádám szerint „jobban megfelelt volna annak a dogmatikai sajátoságnak, miszerint az egészségügyi szolgáltató és a beteg között valóban szerződés⁴ jön létre”.⁵ Az ő álláspontja szerint – részben a hozzátartozói igényekkel kapcsolatban fentebb leírtak alapján is – egy speciális alakzat megalkotása lehetett volna a megfelelő megoldás. A jövőre nézve a jogalkotó számára mindenképpen megfontolandó az, hogy egyértelművé tegye, a felek között szerződés áll fenn, miközben a felelősségi mércét a szerződés – jelen tanulmányban bemutatandó – speciális jegyeit figyelembe véve határozza meg. Ez utóbbira azért is szükség van, mivel a Ptk. 6:142. §-ában foglalt kontraktuális kártérítési szabályok alkalmazása az egészségügyi szolgáltatót a jogviszony jellegéből fakadóan aránytalanul elnehezült helyzetbe hozná, tekintettel arra, hogy az orvosi beavatkozás az ő ellenőrzési körében történik, a bekövetkező kár többnyire előre látható, csak valamilyen – az orvosnak felróható vagy fel nem róható – okból mégis bekövetkezik. Az orvosi jogi felelősség szempontjából pedig a kontraktuális felelősség kapcsán megjelenő üzleti kockázatelosztás sem bírhat akkora jelentőséggel. Ahogy Schächter Miksa megállapítja:

⁴ Az orvos és betege között létrejövő szerződéses viszonyról részletesebben lásd JOBBÁGYI Gábor: „Az orvos-beteg jogviszony az új Ptk.-ban” *Polgári Jogi Kodifikáció* 2005/1, 15–20.

⁵ FUGLINSZKY Ádám: *Kártérítési jog* (Budapest: HVG-ORAC 2015) 69.

Tapasztalataink szerint az orvostudomány terén nincsenek és nem is lehetnek általános és minden időre, minden alkalomra érvényes szabályaink, s ennek megfelelően az orvosi felelősséget az általános szabályok szerint mérni és megítélni nem lehet.⁶

3. A FELRÓHATÓSÁG TERJEDELME

Az Eütv. 77. § (3) bekezdése alapján „minden beteget – az ellátás igénybevételének jogcímére tekintet nélkül – az ellátásában résztvevőktől elvárható gondossággal, valamint a szakmai és etikai szabályok, illetve irányelvek betartásával kell ellátni”. Az Eütv. 2003-as módosításával kikerült a törvényszövegből a legnagyobb gondosságra való utalás.⁷ Ez azonban lényegi változást nem hozott a felelősségi mérce meghatározásában. A gyakorlatban a legtöbb félreértés abból szokott következni, hogy tévesen a Ptk. általános kárfelelősségi szabályaiban meghatározott „általában elvárhatóság” kategóriája szerint kívánja magát kimenteni az egészségügyi szolgáltató, másrészt abból, hogy mindössze annak bizonyítására törekszik, hogy az ellátás során a rá vonatkozó szakmai, etikai szabályokat, irányelveket betartotta.

A jogirodalomban nem egyértelmű annak megítélése, hogy az Eütv. 77. § (3) bekezdésében foglalt előírást mennyiben lehet csak a felróhatóság kategóriájával párhuzamba állítani.⁸ Már csak azért sem, mivel a szabályok betartására utaló második rész objektív, a jogellenesség megállapítását is befolyásoló kötelezettséget ír elő, míg a gondosságot előíró első rész már szubjektív értékítéletet feltételez.⁹ A bíróságok azonban, mint látni fogjuk, az alperesi kimentést e két tényező vizsgálatával értékelik. A témánk feldolgozása szempontjából pedig annak van különös jelentősége, hogy az orvosi felelősség jogi megközelítése szerint fokozott elvárhatóságot ír elő: „Más az elvárhatóság a laikkal és a szakemberrel, az egyéni vállalkozással és a multinacionális óriásvállalkozással szemben” – fogalmazta meg Lábady Tamás,¹⁰ aminek az alapjai már Gaius *Digestájában* is megjelennek: „a mesterségbeli járatlanság gondatlanságnak számít.”¹¹

Egyetértek Julesz Máté megállapításával, aki az orvosi felelősség két (objektív és szubjektív) elemét akként választja el, hogy a *lege artis medicinae* mint objektív körülmény megtartását az eljáró bíróság által eldöntendő jogkérdéseként nevezi meg, míg a szubjektív oldalt olyan megdönthető vélelemként, mellyel szemben

⁶ Idézi KASSAI Béla – SZÖKE Sándor: *Az orvosi felelősség* (Budapest: Grill 1938) 20.

⁷ A törvénymódosításra a 2003. évi LXXXIV. törvény 28. § (3) bekezdésével került sor, mely 2004. május 1-jén lépett hatályba.

⁸ LANDI Balázs: „Kit támogat a jog a polgári jogi felelősség körében? Avagy valóban érvényesül-e a magánjogi deliktum elvé?” *Pázmány Law Working Papers* 2012/31, 17, bit.ly/2ZPNIho.

⁹ Egyet kell érteni Menyhárd Attila megállapításával, aki szerint a jogellenességet és a felróhatóságot egyébként sem lehet egymástól teljesen elkülönítve kezelni. MENYHÁRD Attila: „Az állam kártérítési felelőssége és állami immunitás” in NOCHTA Tibor – FABÓ Tibor – MÁRTON Mária (szerk.): *Ünnepi tanulmányok Kecskés László professzor 60. születésnapja tiszteletére* (Pécs: Pécsi Tudományegyetem Állam- és Jogtudományi Kar 2013) 389–404.

¹⁰ LÁBADY Tamás in VÉKÁS Lajos – GÁRDOS Péter (szerk.): *Kommentár a Polgári Törvénykönyvhöz* 2. (Budapest: Wolters Kluwer 2014) 2236.

¹¹ *Imperitia culpa adnumeratur* (Gai. D. 50, 17, 132.).

az egészségügyi dolgozó bizonyíthatja, hogy az ellátásban részt vevőktől elvárható gondossággal járt el.¹² Hiszen önmagában a szabálykövető és etikus eljárás még kevésnek bizonyul ahhoz, hogy az orvosi jogi felelősség alól valaki kimentse magát.¹³ „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 mérceének a szakmai és etikai szabályok, valamint irányelvek betartásán túl is teljesülnie kell, „a jogszabályszerű betegellátás a jó szakembertől csak a minimum elvárás”.¹⁴ Az pedig nem lehet kétséges, hogy a konkrét ügyben eljáró bíróság ítéletének minden esetben ki kell terjednie arra, hogy az alperes kártérítő felelősségét mely felróható magatartásokra alapítja,¹⁵ figyelemmel arra is, hogy a kezelőorvos a tudományosan elfogadott vizsgálati és terápiás módszerek közül maga választja ki az adott esetben megfelelőnek tartott módszert, azonban választásáért felelősséggel tartozik. Így amennyiben a kezelőorvos nem tudja bizonyítani, hogy egy csuklótörés kezelésére a lehetséges alternatívák közül az adott esetben az általa alkalmazott konzervatív megoldás volt a megfelelő, úgy a kártérítési felelősség alól nem mentesülhet.¹⁶

Itt kell megállapítanunk azt, hogy a gyakorlatban megjelenő „orvosi műhiba” kifejezést az orvos polgári jogi felelősségével kapcsolatban csak megszorításokkal lehet használni. Elfogadva azt, hogy az is hibának számít, ha egy orvos elmulaszt valamit megtenni, amit a szakma szabályai és a gondos eljárás követelménye alapján meg kellett volna tennie, általánosságban elmondható, hogy a felelősséget megállapító tényállás esetében mindig történt hiba az orvosi ellátásban. Ez azonban nem feltétlenül valamilyen technikai jellegű hiba. Pribula László kutatásai során arra a következtetésre jutott, hogy „a kórház a legtöbb perbeli esetben úgy válik pervesztessé, hogy műtéttechnikai hiányosság nem mutatható ki, hanem a felelősség valahol más körben jelentkezik”.¹⁷

Másfelől pedig a hiba megléte sem feltétlenül vezet a felelősség megállapításához. Beszélhetünk az ún. objektív hibáról, amely kellő körültekintés tanúsítása mellett sem észlelhető hiba az orvos számára,¹⁸ miként objektív, jóhiszemű tévedésről is, amikor az egészségügyi szakember a kellő körültekintés tanúsítása mellett sem tud és nem is kellene tudnia a látszattal ellentétes valóságról. Ezekben az esetekben perdöntő jelentősége lehet a dokumentációs kötelezettség teljesítésének, hiszen nem elég azt maradéktalanul teljesíteni, annak olyannak is kell lennie, hogy az orvos a későbbiekben az álláspontja megvédésén túl is visszaigazolja felróhatóságának hiányát.

¹² JULESZ Máté: *Orvosi jog működés közben. A hálapénztől a kártérítésig* (Budapest: Medicina 2018) 214.

¹³ BH 2006. 400.

¹⁴ HANTI Péter: *Felelősség és kockázatmenedzsment az egészségügyben. Az orvosok jogai és kötelezettségei* (Budapest: Complex 2013) 107.

¹⁵ BH 2004. 411.

¹⁶ BH 2009. 358.

¹⁷ PRIBULA László: „Az okozatosság értelmezésének változása az egészségügyi szolgáltatók kártérítési felelőssége körében” *Jogtudományi Közlöny* 2011/4, 243.

¹⁸ HANTI (14. lj.) 106.

4. AZ OKOZATI ÖSSZEFÜGGÉS

A károkozó cselekmény és a bekövetkező kár közötti okozati összefüggéssel kapcsolatos bizonyítási teher az általános szabályok szerint a károsult oldalán áll fenn. Eörsi Gyula szerint azonban a bizonyítási teher általános szabályai csak részben irányadók a kártérítési jogra, az eltérést adott esetben jogpolitikai megfontolások indokolhatják: „Ilyen megfontolás lehet a felek közötti nagyfokú egyenlőtlenség a bizonyítási lehetőségek szempontjából.”¹⁹ Az orvosi jogi esetekben a felek közötti „információs aszimmetria”²⁰ miatt a beteg elnehezült helyzetbe kerülne, ha az okozati összefüggést az általános mérce szerint kellene bizonyítani.

Az orvosi jogi esetekben ez a bizonyítási teher megfordulni látszik. Dósa Ágnes megállapítása szerint a magyar gyakorlat is „túllépni” látszik ezen a szabályon, és a természettudományos bizonytalanságot is a károkozó, így az egészségügyi szolgáltató terhére rója,²¹ amit megerősít közös művében Hidvéginé dr. Adorján Livia és Sáriné dr. Simkó Ágnes is.²² Ennek körében a bírói gyakorlat alapján a beteg eleget tesz az okozati összefüggés bizonyításának, ha bizonyítja, hogy a kár az egészségügyi intézményben az ellátás során következett be.²³ A gyakorlatban ez leginkább azt jelenti, hogy az alperes feladata annak bizonyítása, hogy a kár nem az ellátásával összefüggő okból következett be. Pfv.III.22.181/2011/8. számú ítéletében a Kúria is szűkre szabott kimentési lehetőséget enged az egészségügyi szolgáltató számára:

A kártérítési felelősség megállapításához megkövetelt okozati összefüggés csak annak bizonyításával zárható ki, hogy az egészségromlás helyes diagnózis megállapítása és az annak megfelelő gyógykezelés alkalmazása esetén is szükségszerűen bekövetkezett volna, a felperesnek nem volt esélye arra, hogy a részleges szalagszakadás az ún. konzervatív kezelés (egyénre szabott) alkalmazásával maradandó károsodás nélkül meggyógyuljon.

Ennek indokaként szolgál az orvosi tevékenység megítélésének és bizonyításának speciális jellege is. Ahogy a Legfelsőbb Bíróság 2003.863. számú elvi bírósági határozatában megállapította:

Miután orvosilag nincs kétségmentes megállapíthatóság, ezért a jogi bizonyítottság is ezen az alacsonyabb szinten értendő, és az okozati összefüggés jogi fogalmának bizonyítottságához, a fertőző forrás megállapításához, elegendő a kizáró, illetőleg a kizárható, valamint a valószínűsíthető okok bírói mérlegelése a Pp. 206. §-ának (1) bekezdése alapján.

¹⁹ EÖRSI Gyula: *A polgári jogi kártérítési felelősség kézikönyve* (Budapest: KJK 1966) 149.

²⁰ SZALAI Ákos: „A deliktális felelősség preventív hatása és a bizonyítási teher megfordítása – egy szerű joggazdaságtani elemzés” *Állam- és Jogtudomány* 2013/1–2, 147, *bit.ly/2Me5sjy*.

²¹ DÓSA Ágnes: *Az orvos kártérítési felelőssége* (Budapest: HVG-ORAC 2010) 113.

²² HIDVÉGINÉ DR. ADORJÁN LÍVIA – SÁRINÉ DR. SIMKÓ ÁGNES: *Műhibák és kártérítési perek az egészségügyben II.* (Budapest: Medicina 2013) 34–35.

²³ DÓSA (21. l.) 114.

Különös területét képezik a kártérítési jognak azok az esetek, amikor nem egyértelmű a kár eredete. Egyértelműek a károsodás lehetséges okai, de képtelenség annak eldöntése, hogy közülük melyikre is vezethető vissza a kár bekövetkezése. A jogirodalom e körben megkülönbözteti az alternatív károkozás és a részoki összefüggés fogalmát. Az előbbi esetben az egymástól függetlenül eljárók magatartásai közül nem lehet eldönteni, melyikük a kár okozója. Az utóbbi pedig arra az esetkörre vonatkozik, amelynél szintén nem dönthető el kétségmentesen, hogy a kárt a károsultként megnevezett személy felróható magatartása vagy valamely természetes ok okozta-e, vagy amennyiben mindkettő közrehatott, milyen arányban.

Amennyiben a beteg tudja bizonyítani, hogy kára következett be (ennek körében a mértékét is), és ez az egészségügyi ellátás során történt, onnantól a következetes bírósági gyakorlat alapján a felperes a rá vonatkozó bizonyítási kötelezettségnek eleget tett, a per sorsáról az dönt, hogy az alperes a felelősségét ki tudja-e menteni.

A Kúria több ítéletében is foglalkozik ezzel a problémával. Az 1956/2009. számú polgári elvi határozat kifejezetten rendelkezik erről az esetről. Az ügyben a bíróságoknak arról kellett döntenie, hogy a vízfejűséggel született és emiatt maradandó látási, járási és beszédzavarokkal rendelkező gyermek születése során az ellátást irányító orvos kárfelelőssége felmerülhet-e. Az egészségkárosodás kétségtelenül fennállt, azt azonban teljes bizonyossággal nem lehetett eldönteni, mi okozhatta. Az biztos volt, hogy lehettek genetikai okai, de akár a szülés közben is felléphetett oxigénhiányos állapot, ami ehhez a károsodáshoz vezetett. Az első esetben az egészségügyi szolgáltató felelőssége a betegség sorsszerűsége miatt nem merülhet fel. Utóbbi esetben azonban vizsgálni lehet és kell is az orvos eljárását.

A Legfelsőbb Bíróság ítéletében elvi élel mondta ki: amennyiben nem zárható ki, hogy az egészségkárosodás a kórház tevékenységéhez kapcsolódik, úgy azt vizsgálni kell, és így a bizonyítási teher már az orvosra hárul az okozatosság körében is. Ennek megfelelően a felperes kötelezettsége az volt az eljárás során, hogy bizonyítsa, ez a kár bekövetkezhetett az alperes eljárása során is. Ezt a felperes sikerrel bizonyította. Innentől kezdve az alperesnek kell bizonyítania, hogy a kár nem keletkezhetett a kórházi ellátás során. Ha ezt nem sikerül bizonyítani, akkor a lehetséges ok körében a felróhatóságát kell kimentenie. Amennyiben nem sikerül, úgy a felperes keresete annak ellenére megállapítható, hogy az okozatiság körében a bizonyítás nem vezetett egzakt eredményre.

Annak ellenére, hogy az 1956/2009. számú polgári elvi határozatban foglalt megállapításokat a Kúria töretlenül alkalmazza azóta is, továbbra is előfordul olyan, hogy az alsóbb fokú bíróságok másként értékelik a hasonló helyzeteket, majd a Kúria megváltoztatja ezeket az ítéleteket. Egy újabb döntés megállapításai szerint

természettudományos-orvosi szempontból kétségmentes megállapíthatóság nincs, ezért abban az esetben, ha az egészségkárosodás pontos oka nem megállapítható, a lehetséges több ok közül annak van jelentősége, amely a kórházi tevékenységhez kapcsolódik, ez esetben pedig a kártérítési felelősség fennáll, ha a kórház nem tudja

bizonyítani, hogy az elvárható gondosságot tanúsította. A jogi okozatosság szempontjából a nagyobb valószínűségű oknak van jogi jelentősége.²⁴

Az itt idézett ügyben az eljáró bíróságoknak abban kellett dönteniük, hogy a kétségtelenül neurológiai egészségkárosodással (végtagi túlsúlyú izomgyengeség) világra jött gyermek születése során az orvos kárfelelőssége felmerül-e. A bizonyítékok alapján megállapítható volt, hogy a fenti másik esethez hasonlóan az egészségkárosodásnak akár az egészségügyi ellátástól független genetikai oka is lehet, de a születésnél fellépő oxigénhiányos állapot is vezethetett az egészségkárosodás mint kár bekövetkezééhez. Az elsőfokú bíróságként eljáró Fővárosi Törvényszék még arra a következtetésre jutott, hogy mivel az oxigénhiányos állapot bekövetkezése nem bizonyítható, így az orvost sem terheli felelősség arra vonatkozóan, hogy eljárása kiterjedt-e ennek az állapotnak a gondos figyelemmel kísérésére. Ezzel szemben a Fővárosi Ítéltábla, majd az ítéletét helybenhagyó Kúria szerint a „több lehetséges ok bármelyike lehet releváns ok”. A jogerős ítélet mérlegelése szerint éppen hogy vizsgálni kell, hogy a szülést vezető orvos a potenciális oxigénhiányos állapot figyelemmel kísérése során az elvárható gondossággal járt-e el, ezért „nem jelenthető ki bizonyossággal határos valószínűséggel, hogy a magzatnál hypoxiás [oxigénhiányos] történés nem volt”.

Kissé más a helyzet, amikor a bizonyítás eredményeként megállapítható, hogy a károsodás bekövetkeztében biztosan több ok is közrehatott; ilyen esetekben már a kármegosztás szabályainak alkalmazása (sérelemdíj esetén az összezszerűség megfelelő meghatározása) merülhet fel. A Kúria Pfv.III.20.062/2017/6. számú ítéletében megerősítette:

Ha a káros eredmény bekövetkeztében nagy valószínűséggel mindkét ok együttesen hatott közre, nem lehet a bekövetkezett kár következményeit teljes egészében a kár-okozóra terhelni, de nem is lehet őt azok viselése alól teljes egészében mentesíteni. Még akkor sem, ha egyébként a közreható okok a lehetőség – és nem a valószínűség – szintjén alkalmasak önmagukban is a káros következmények egészének kiváltására. Éppen ez az azonos mértékű oksági potenciál indokolja a közrehatás arányának azonos mértékben való meghatározását is.

5. A DOKUMENTÁCIÓ TELJESSÉGE

Az egészségügyi szolgáltatót az egészségügyi ellátás során az az Eütv. 136–137. §-a szerinti precíz dokumentációs kötelezettség terheli. Más funkciói mellett ez arra is szolgál, hogy a beteget ezen keresztül is tájékoztassa az ellátása alakulásáról, a vizsgálatok megállapításairól, a kezelések lehetséges irányairól, következményeiről. Amiként az egészségügyi szolgáltató számára is fontos, hogy az egyes vizsgálatok

²⁴ Pfv.III.21.097/2016/4.

eredményei, változásai visszakövethetők legyenek, azokból az ellátásban részt vevők megfelelő következtetéseket tudjanak levonni.

Azonban kulcsszerepet játszik az orvosi műhibából eredő peres eljárásokban is. A dokumentáció teljes megléte az egészségügyi szolgáltató érdeke, hiszen ezáltal tudja kimenteni saját felelősségét. Olyannyira így van ez, hogy a kialakult bírósági gyakorlat szerint amennyiben a dokumentáció hiányos, és emiatt a perben bizonyos – a kereset eldöntése körében releváns – kérdések nem kideríthetők, úgy az az egészségügyi szolgáltató terhére esik, az önmagát zárta el attól, hogy a felróhatóságát ki tudja menteni. Ez indokolja azt is, hogy a dokumentációt a szolgáltató állítja ki, rajta a megfelelő orvosi pecséttel és aláírással, így annak elsősorban az egészségügyi szolgáltatónál kell meglennie. Amennyiben a dokumentáció hiányos, úgy a beteg számára természetesen kizárt lenne az, hogy bizonyítása az általános szabályok szerint eredményes legyen. Ez a beteg terhére nem róható: „Az a fél ugyanis, akinek magatartása a bizonyítékok elenyészéséhez vezetett, e felróható magatartása folytán előnyöket nem élvezhet.”²⁵

Segíti a felperes pereskedését a *polgári perrendtartásról szóló 2016. évi CXXX. törvény* 265. § (2) bekezdésében részletezett bizonyítási szükséghelyzetre való hivatkozás is, mely a bírósági gyakorlatban eddig is jelen volt: „A »bizonyítási szükséghelyzetből« következően a gyógyintézetnek kell bizonyítania, hogy a lehetséges, elvárhatóan igénybe vehető szakmai intézkedéseket teljeskörűen megtette és az egészségkárosodás ennek ellenére vagy ettől függetlenül következett be.”²⁶ A Legfelsőbb Bíróság 1306/2005. számú polgári elvi határozatában, bár nem kifejezetten ezt emelte ki elvi éllel, megállapításokat tett arra nézve, hogy a dokumentációs hiányosságok az alperes mint egészségügyi szolgáltató terhére esnek.

Külön ki kell emelni, hogy a dokumentációs kötelezettség teljesítése általában nem önmagában alapozza meg az egészségügyi szolgáltató polgári jogi kárfelelősségét, hanem közvetve, így a dokumentáció olyan bizonyítási eszköz lehetne, amely alkalmas arra, hogy az egészségügyi szolgáltató magát a felelősség alól kimentse:

Az alperes dokumentálási hiányosságai is az alperes terhére esnek. E mulasztás nem a kártérítő felelősséget megalapozó tényállás, hanem azt jelenti, hogy annak elmaradása, vagy hiánya esetén az alperes bizonyítási körébe tartozó bizonyítatlanságokat az ő terhére kell győzelembe venni a felelősség alóli kimentés körében.²⁷

A dokumentáció hiányossága azonban az egészségügyi szolgáltató gondossági felelősségébe is ütközhet: olyan esetekben, amikor a betegre vonatkozó számadatok, állapotfelmérések megfelelő dokumentálása esetén az ellátásban részt vevők fel tudtak volna ismerni valamilyen szükséges beavatkozást. Megfordítva: azért nem jött szóba egy szükséges beavatkozás elvégzése, mert a dokumentáció elégtelensége miatt nem rendelkeztek összegezhető információkkal annak szükségességét illetően.

²⁵ SÁNDOR Judit: *Gyógyítás és ítélkezés. Orvosi „műhibaperek” Magyarországon* (Budapest: Medicina 1997) 98.

²⁶ Debreceni Ítéltábla 20.723/2009/7.

²⁷ Kúria Pfv.III.20.559/2014/7.

Az alkalmazott bírói gyakorlat szerint a dokumentáció megléte és teljessége nemcsak az egészségügyi ellátásokkal kapcsolatban merül fel perdöntő jelentőséggel, de az olyan szépsézet-kozmetikai beavatkozásoknál is, amelyek kívül esnek ezen a körön. A Kúria Pfv.IV.21.429/2016/5. számú ítéletében részletesen foglalkozott azzal, hogy a bőrgyógyász alperes által magánrendelése alatt végzett mezoterápiás szépsézet-kozmetikai beavatkozásnál milyen mértékben bír jelentőséggel a dokumentáció megléte. A másodfokon eljáró Fővárosi Ítéletábrá – Kúria által helybenhagyott – megálapítása szerint a kozmetikai beavatkozások esetén nincs dokumentációs kötelezettség. Ettől függetlenül az alperesnek bizonyítania kellett volna azt, hogy megbízója számára kielégítő tájékoztatást nyújtott. Onnantól pedig, hogy a terápia lezárását követően fellépő bőrpanaszok miatt a felperes ismét felkereste az alperest, az alperes már mint bőrszakorvos járt el. A dokumentáció hiányosságai itt már az Eütv. 77. § (3) bekezdése szerinti megítélés alá esnek. Hiába ugyanazt a beteget ugyanabban a magánrendelőben, lényegében ugyanolyan eredetű panaszok miatt kezelte, itt a kezelés jellegének van jelentősége. Ha az orvos olyan ellátást végez, amely az Eütv. értelmében egészségügyi szolgáltatásnak minősül, onnantól kezdve már az egészségügyi szolgáltató felelősségére vonatkozó szabályok irányadók rá. Így a dokumentációs kötelezettség is.

Egyúttal ki kell azt is emelni, hogy nemcsak a hiányos dokumentáció lehet veszélyes az orvos kárfelelőssége szempontjából, hanem éppen a túlon túl részletes dokumentáció is. Egyfelől a mellékes, sablonos megjegyzésekkel teletűzdelt dokumentáció a megfelelően eljáró orvosok eljárásának hitelességét csökkentheti,²⁸ de egyúttal kifejezett céltáblája lesz a semmiségekbe is belekapaszkodó felperesi jogi képviselőknek.

Végül pedig fontos megjegyezni, hogy az alperes nem a megfelelően megírt dokumentációval menti ki felelősségét, hanem a megfelelően elvégzett beavatkozásával. Önmagában az, hogy a dokumentáció hallgat valamilyen hibáról (például egy szerv megsértése), még nem menti ki az orvost felelőssége alól, hallgatása éppen felróhatóságának megállapítását vetíti előre.

6. A MEGFELELŐ TÁJÉKOZTATÁSON ALAPULÓ ELJÁRÁS

Az Eütv. 13. § (1) bekezdése értelmében „[a] beteg jogosult a számára egyéniesített formában megadott teljes körű tájékoztatásra”. A Kúria következetes gyakorlata alapján nem elegendő a blankettaszerű tájékoztató anyag aláírása, ahogyan a teljes körű tájékoztatás bizonyításához sem elegendő az ellátásnál jelen lévő szakszemélyzet tanúvallomása.

A Legfelsőbb Bíróság által EH 2001.428. szám alatt közzétett esetben a felsőbb bíróság elvi élel állapította meg: „A betegnek a kórházba való felvétele során adott, a kivizsgálásba, kezelésbe és műtétbe beleegyező nyilatkozata önmagában nem alkalmas annak bizonyítására, hogy a beteg a műtét előtti megfelelő tájékoztatást megkapta.”

²⁸ SÁNDOR (25. l.) 98.

A Kúria döntéseiben amellett foglal állást, hogy bár az orvosszakértő véleményét ki lehet kérni a tájékoztatás megtörténtével kapcsolatban, az orvosi szakvélemény nem köti a bíróságot. A tájékoztatás megfelelőségéről való döntés ugyanis jogkérdés, amelyben a bíróságnak saját magának is képesnek kell lennie dönteni, eljárási kötelezettsége miatt.

Azonban a tájékoztatáshoz való jog megsértése sosem önmagában vezet az alperes kárfelelősségéhez:

Ennek [a tájékoztatásnak az] emulasztása azonban 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.²⁹

Az orvos tájékoztatási kötelezettsége azonban nemcsak az eljárás megkezdésekor és lefolytatásakor, hanem a beavatkozás eredményére nézve is kategorikusan fennáll. Ez következik az Eütv. általános rendelkezéseiből, de alapvető joga a betegnek, hogy a testét érintő összes releváns információval rendelkezzen, továbbá az életét ehhez tudja igazítani. Ahogyan az orvos nem képes célrátörően kezelni betegét, ha az nem számol be minden meglévő tünetéről, kórelőzményéről, ugyanúgy a beteg sem lesz képes egészségét a kialakult helyzethez képest megőrizni, fejleszteni, ha nem a tényleges állapotából indul ki. Az orvos tájékoztatási kötelezettsége nemcsak a sérelemre, de a sérelem okára is ki kell hogy terjedjen. Mint azt kutatásaiban Pilling János és Erdélyi Kamilla is kimutatta,³⁰ a hiba okát nyíltan és őszintén feltáró orvossal szemben érezhetően kevesebbszer indítanak kártérítési pert a betegek, mint az azokat eltitkolni igyekvőkkel szemben. Az ilyen hozzáállás utat nyithat olyan peren kívüli megoldási formák előtt is, mint az egészségügyi mediáció.³¹

7. ÖSSZEGRZÉS

A magyar jog nem hoz létre különálló felelősségi rendszert az orvos és betege közötti jogviszonyból eredő kérdésekre. Azonban nem lehet figyelmen kívül hagyni az orvos és a beteg közötti jogviszony sajátosságait. Kulcsfontosságú annak vizsgálata, hogy a különleges jogviszony jellemzői milyen okokból és mennyiben kívánnak meg eltérő szemléletet a jogtudománytól, a jogalkalmazóktól, valamint elsősorban a gyógyító-kezelő tevékenységet végzőktől. Az egészségügyi ellátás tárgya minden esetben az emberi élet és egészség. Az orvos és betege között jogi értelemben telepíthető a kockázat, azonban ténylegesen mindig a beteg az, aki a kockázatot viseli, aki életét, egészségét a jogviszony tárgyává teszi. Ez szükségszerűen fokozott

²⁹ Kúria Pfv.III.21.561/2012/5.

³⁰ PILLING János – ERDÉLYI Kamilla: „Az egészségügyi kártérítési perek kommunikációs vonatkozásai” *Orvosi Hetilap* 2016/17, 654–658.

³¹ JULESZ (12. l.) 117.

elvárásokat támaszt az őt kezelő orvosokkal és szakszemélyzettel szemben, rájuk többletkötelezettségeket róva, illetve a gondosság egy magasabb fokát mérceként használva. A jogviszony speciális jellegére tekintettel – a dogmatikai egyértelműség miatt – tanácsos lenne normatív módon is azt szerződésként meghatározni, azonban a gyógyítás speciális célja, kockázatos jellege, valamint a felek közötti jogviszony jellege miatt az orvosi felelősségnek a kontraktuális felelősségi mércére való kiterjesztése szükségtelenül és aránytalanul elnehezítené az egészségügyi szolgáltató kimentési lehetőségeit. Figyelemmel kell lenni Harmathy Attila szavaira is: a károkozónak a kártérítés teljesítésére való kötelezése során tekintettel kell lennie arra is, hogy a modern életviszonyok között az ne vezessen „a kártérítési kötelezettség parttalaná válásához”.³²

³² HARMATHY Attila in WELLMANN György (szerk.): *Polgári jog VI.* (Budapest: HVG-ORAC 2013) 430.