

Demeter Gábor
polgári ügyszakos bíró,
a Miskolci Járásbíróság
Polgári Csoportjának vezetője

Tájékoztatási kötelezettség az egészségügyi ellátás során

Jelen értekezést a jelzett témában rövid összegzésnek és gondolatébresztőnek szánom. A területet szabályozó jogszabályi környezet és a vonatkozó bírói gyakorlat főbb vonalainak bemutatására kerül sor, merítve azonban mértékadó szakirodalmi hivatkozásokból is. Igyekszem kitérni az „új” (1997-es) szabályozás kialakulásának társadalompolitikai és egyéb indokaira, de kizárólag olyan mértékben, amennyire azt a téma megalapozása indokoltá teszi. Nem törekszem teljességre, és a cikkben többször érintek vitatott jogalkalmazási kérdéseket is, melyek kapcsán igyekszem bemutatni álláspontomat, nem utolsósorban saját gyakorlatomra is támaszkodva. Ezek a gondolatok természetesen nem kőbe vésett igazságok (a jog szépsége is egyebek között ebből a többféle értelmezési és alkalmazási lehetőségéből fakad), de reményeim szerint legalábbis vitaalapot képezhetnek. A jogalkalmazónak ugyanis meglátásom szerint mindenkor készen kell állnia arra, hogy jogi álláspontját vitatják, és készen kell lennie arra is, hogy a vitatott álláspontot a mértéktartó érvelés eszközével megvédje.

Alapvetés

Az egészségügyi szolgáltató és a beteg közötti jogviszonyt ugyanúgy kölcsönös jogok és kötelezettségek jellemzik, mint bármely más polgári jogviszonyt. A jogviszony maga annyiban sajátos, hogy bár elvi szempontból egymás mellé rendelt, és egyenrangú felek vesznek részt benne, a gyakorlatban mégis megvalósulni látszik egyfajta egyensúly eltolódás, amely egyértelműen a jogviszony sajátos jellegéből ered. A lényege ennek ugyanis az, hogy a jogviszony egyik oldalán áll a beteg (kezelést

igénybe venni szándékozó), akinek egyrészt szaktudás és eszköz hiányában a gyakorlatban semmilyen ráhatása nincs a másik fél tevékenységének mikéntjére (azaz hogy milyen eszközzel diagnosztizál, mivel kezel, milyen műtétet végez stb.), másrészt többnyire arra sincs lehetősége, hogy ellenőrizze a másik fél tevékenységét (végigkövesse, kontrollálja a kezelés folyamatát). Ebből ered egyfajta tájékoztatatlanság és az ennek talaján kialakult ráutaltság, amely meghatározó eleme a jogviszonynak. A másik fél az egészségügyi szolgáltató, aki szaktudás és megfelelő eszközpark birtokában, adott személyi infrastruktúrával (szakember-gárdával) a háta mögött teljesítheti a rá háruló kötetmet.

A feleket terhelő kötelezettségek sokrétűek, ezeket a Polgári Törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvény (Ptk.) és az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény (Eütv.) tételesen tartalmazza, a szakmai keretet pedig a különféle protokollok, ajánlások, szakmai szabályok töltik ki tartalommal, megteremtve egyidejűleg az elvárható magatartás minimumát is. Azért szükséges kihangsúlyozni a Ptk. szabályozó erejét is, mert több eseti döntés mutatott rá, hogy a feleket terhelő általános együttműködési kötelezettség, a jóhiszeműség és tisztesség elve e jogviszonyban is szerepet játszik.¹

Gyakorta megjelenő általános kritika a hatályos szabályozással szemben, hogy az bár korszerű, az európai normáknak és elvárásoknak is megfelelően szabályozza a jogviszonyt, képviseli a betegek érdekeit, azonban a jelenlegi magyar viszonyokat nem képezi le. A kritikát megfogalmazók gyakran hangsúlyozzák az egészségügyi szolgáltatók alkalmazottainak leterheltségét, amely a sok helyütt valóban kritikus létszámhelyzetből fakad, az eszközpark korszerűtlenségét, az infrastruktúra elégtelenségét. E kérdéskör külön szakcikk témájául szolgálhatna, kimerítő tárgyalása jelen tanulmány kereteit

¹ Pécsi Ítéltábla Pf.III.20.044/2016/5. számú határozata

meghaladná. Azért sem kívánom részleteiben érinteni ezt a kérdést, mert az egészségügyi szolgáltatóra háruló kötelezettségeket a jogszabályok rendelkezéseiből kell levezetni, és a kötelezettség teljesítése alól a szolgáltató nem mentheti ki magát az előbb említett körülményekre történő hivatkozással. Ilyen hivatkozások legfeljebb adott személyi felelősség körében bírhatnak relevanciával (pl. munkajogi felelősség érvényesítése esetén megalapozott védekezés lehet).

A kötelezettségek köréből jelen cikk részletesen a szolgáltatót terhelő tájékoztatási kötelezettséggel, annak elmulasztása következményeivel kíván foglalkozni, a fentebb írtak szerint részben saját gondolatokat megismertetve a téma iránt érdeklődőkkel, azonban merítve a bírói gyakorlatból és a tárgyban korábban születt értekezésekből is.

Egyértelmű tendencia Európa országaiban már a hatvanas-hetvenes évektől, Magyarországon az ezredforduló előtti időszakról, hogy az egészségügyi szolgáltatóval szemben indított kártérítési keresetek számában egyre nagyobb arányt képviselnek a tájékoztatás elmaradására vagy annak elégtelen voltára alapított igények.² Az ún. tájékozott beleegyezés elve (azaz hogy teljes körű, törvényben rögzített tájékoztatást követhet csak az adott beavatkozás elvégzéséhez történő hozzájárulás) mára elfogadott joggyakorlati tétellé vált.

A tájékoztatási kötelezettség megszegése az egészségügyi ellátáshoz való jog sérelmét, és emellett személyiségi jogsérelmet is jelent,³ ebből eredően kártérítési felelősséget eredményez, így kiemelt jelentőséghez jut az orvos-beteg viszonyban.

1. Az egészségügyi szolgáltatót és a beteget terhelő tájékoztatási kötelezettség párhuzamos normatív szabályozása, azok egymáshoz való viszonya

Mindenekelőtt rá kell mutatni, hogy a jelenlegi normatív szabályozás kialakításában jelentős szerepet játszott a bírói gyakorlat jogalakító szerepe. A korábbi egészségügyről szóló törvény (1972. évi II. törvény) és annak végrehajtási rendelete (15/1972. (VIII.5.) EüM rendelet) a jelenlegihez képest jelentősen „könnyített” szabályozást adott a tájékoztatási kötelezettség terén a maihoz képest, és a törvényi keretet a bírói gyakorlat igyekezett tartalommal megtölteni. Ebben a szabályozásban a jogalkotó nem szentelt önálló részt a tájékoztatási kötelezettségnek és a törvény egy viszonylag rövid rendelkezéssel kezelte ezt a kérdést, míg a végrehajtási rendelet tartalmazta a műtettel kapcsolatos tájékoztatási kötelezettséget, de korántsem olyan részletességgel, mint a jelenleg hatályos szabályozás.

A hatályos szabályozás kialakításának indokát legszembetűnőbben a törvényhez fűzött miniszteri indoklás adta meg, amikor rögzítette, hogy „a tájékoztatáshoz való jogosultság gyakorlása az önrendelkezési jog megfelelő módon való érvényesülésének előfeltétele”. Ehhez hozzá kell tenni, hogy az önrendelkezési jog maga pedig a korábbi Alkotmányból, és a jelenlegi Alaptörvényből vezethető le. A törvényi indoklás ugyanakkor kitér arra is, hogy az új egészségügyi jogi szabályozás egyik indoka éppen az volt, hogy „a lakosság egyre növekvő tájékoztatás iránti elvárása és a már megszerzett ismeretein alapuló tájékozottsága előtérbe helyezi az egyéni jogok érvényesülésének igényét”, mindezt Európa-szerte jelentkező folyamatként írva le. Az indoklás kitér arra is, hogy az új szabályozás szakmai és társadalompolitikai indoka egyebek mellett az, hogy „az államnak biztosítania kell a betegek általános emberi és állampolgári jogainak, valamint az egészségügyi ellátás nyújtása során releváns

² Lásd erről részletesen: Dósa Ágnes: Az orvos kártérítési felelőssége. HVG-ORAC, Budapest, 2010., 186-187. oldal

³ Kúria Pfv.III.22.388/2016/6. számú ítélete 2017/1.

speciális betegjogainak érvényre juttatását”. Különösen nagy hangsúlyt kap az európai tendenciákkal azonos módon a betegek önrendelkezési alapjogaival összefüggő speciális betegjogok érvényre juttatása.

A téma elméleti hátterének e rövid bemutatása is egyértelműen jelzi, hogy részint az európai jogharmonizációs kötelezettségek teljesítése, részint korszerű egészségügyi ellátórendszer, és megfelelően informált, tájékozott betegek „létrehozásának” igénye indukálta az új szabályozást, amellyel párhuzamosan a bírói gyakorlat is alakult, változott, az egészségügyi szolgáltatók szemszögéből szigorodott.

Először röviden a beteget terhelő tájékoztatási kötelezettség lényeges elemeit kívánom részletezni.

Az Eütv. 26. § (2) bekezdése foglalkozik a beteget terhelő kötelezettségekkel, és az általános együttműködési kötelezettség előírásán túlmenően tételesen részletezi a bekezdés a), b) és d) pontjában a beteget terhelő tájékoztatási kötelezettség tartalmát. Ennek teljesítésénél az elvárhatóság szintjét is megszabja azzal, hogy rögzíti: a beteg – amennyiben ezt egészségi állapota lehetővé teszi – köteles az ellátásában közreműködő egészségügyi dolgozókkal képességei és ismeretei szerint együttműködni.

A fent írt alpontokban a beteg az egészségügyi szolgáltató irányában az alábbiakra köteles:

– tájékoztatni őket mindarról, amely szükséges a kórisme megállapításához, a megfelelő kezelési terv elkészítéséhez és a beavatkozások elvégzéséhez, így különösen minden korábbi betegségről, gyógykezeléséről, gyógyszer vagy gyógyhatású készítmény szedéséről, egészségkárosító kockázati tényezőiről,
– tájékoztatni őket – saját betegségével összefüggésben – mindarról, amely mások életét vagy testi épségét veszélyeztetheti, így

különösen a fertőző betegségekről és a foglalkozás végzését kizáró megbetegedésekről és állapotokról,
– tájékoztatni őket minden, az egészségügyi ellátást érintő, általa korábban tett jognyilatkozatáról.

Ennek kapcsán kiemelendő: a beteget terhelő kötelezettség teljesítésének elmulasztása konkrét jogvita esetén kiemelkedő jelentőséggel bírhat, amennyiben például a beteg nem tájékoztatja az orvosát terhelő szülészeti előzményekről, melyek jelen terhessége kapcsán jelentőséggel bírnak vagy elmulasztja megosztani orvosával bizonyos típusú gyógyszerekre való érzékenységet. A kötelezettségzegés bizonyos esetekben még akkor a szolgáltató felelősség alóli mentesüléséhez vezethet, ha egyébként terhére értékelhető mulasztás vagy szabályszegés megvalósult.

A következőkben a beteget megillető jogokat kívánom részletezni. Előrebocsátom, hogy a jelenlegi szabályozás a beteget megillető tájékoztatás tekintetében kettős: a jogalkotó alapvetően az elsődlegesen betegjogként, de ezzel párhuzamosan szolgáltatói kötelezettségként is szabályozta a kérdést. Látható lesz, hogy a jelenlegi, fentiek szerint ún. „párhuzamos” szabályozás kimerítő részletességgel, szinte taxatív felsorolással adja meg a szolgáltatót terhelő tájékoztatási kötelezettség tartalmát.

Az Eütv. 13. § (1) bekezdése előírja, hogy a beteg jogosult a számára egyéniesített formában megadott teljes körű tájékoztatásra, ezen belül a (2) bekezdés szerint a betegnek joga van arra, hogy részletes tájékoztatást kapjon egészségi állapotáról, beleértve ennek orvosi megítélését is, a javasolt vizsgálatokról, beavatkozásokról, a javasolt vizsgálatok, beavatkozások elvégzésének, illetve elmaradásának lehetséges előnyeiről és kockázatairól, a vizsgálatok, beavatkozások elvégzésének tervezett időpontjairól, döntési jogáról a javasolt vizsgálatok, beavatkozások tekintetében, a lehetséges alternatív

eljárásokról, módszerekről, az ellátás folyamatáról és várható kimeneteléről, a további ellátásokról, valamint a javasolt életmódról.

A (3), (4) és (5) bekezdés további jogokat fogalmaz meg. Ezek szerint a betegnek joga van a tájékoztatás során és azt követően további kérdésre, joga van megismerni ellátása során az egyes vizsgálatok, beavatkozások elvégzését követően azok eredményét, esetleges sikertelenségét, illetve a várttól eltérő eredményt és annak okait, joga van arra, hogy számára érthető módon kapjon tájékoztatást, figyelemmel életkorára, iskolázottságára, ismereteire, lelkiállapotára, e tekintetben megfogalmazott kívánságára, valamint arra, hogy a tájékoztatáshoz szükség esetén és lehetőség szerint tolmácsot vagy jelnyelvi tolmácsot biztosítsanak.

A párhuzamos szabályozás körében a törvény 134. § (1) bekezdése előírja, hogy a kezelőorvos – a 14. § (1)-(2) bekezdéseiben foglalt esetek (tájékoztatásról lemondás) kivételével – a beteg állapota által indokolt rendszerességgel, a tőle elvárható ismereteknek megfelelően és legjobb tudása szerint, a 13. §-ban foglaltak figyelembevételével tájékoztatja a beteget annak egészségi állapotáról.

A 135. § (1) bekezdése szerint a kezelőorvos a beteg tájékoztatását körültekintően, szükség szerint fokozatosan, a beteg állapotára és körülményeire tekintettel végzi.

A (2) bekezdés alapján a beteg tájékoztatása során kiemelt figyelmet kell fordítani a kezelés általánosan ismert, jelentős mellékhatásaira, az esetleges szövődményekre és a beavatkozások lehetséges következményeire, azok előfordulási gyakoriságára. Meg kell győződni arról, hogy a beteg a tájékoztatást megértette, továbbá szükség esetén gondoskodni kell a tájékoztatott lelki gondozásáról.

A törvény 136. § (2) bekezdés 1) pontja szerint az egészségügyi dokumentáció részét képezi a betegnek, illetőleg tájékoztatásra jogosult más személynek nyújtott tájékoztatás tartalmának rögzítése.

A fentiekben vázlatosan ismertetett jogok (másik fél oldaláról kötelezettségek) kölcsönösen illetik/terhelik a feleket. Az ehhez hasonló parallel helyzetekben minden esetben felmerülő kérdés, hogy melyik teljesítése élvez elsődlegességet, továbbá hogy az egyik fél esetleges kötelezettségszegése eredményezheti-e a másik fél mentesülését, amennyiben ő maga is mulasztást követett el. Az egészségügyi szolgáltató felelősségének vizsgálatakor nyilvánvalóan az merülhet fel, hogy milyen módon hat ki (vagy sem) a beteg kötelezettségszegése a szolgáltató felelősségére, a fordított irányú mechanizmus ezen értelmezésben nem jöhet szóba. Álláspontom szerint a két felet terhelő kötelezettségek teljesítése külön-külön vizsgálendő, és önmagában egyik vagy másik fél szabályszegése nem eredményezheti a másik fél mentesülését saját kötelezettségeinek teljesítése alól. Kizárólag abban az esetben van kihatása pl. a beteget terhelő tájékoztatási kötelem megszegésének az egészségügyi szolgáltató helyzetére, amennyiben az őt terhelő kötelezettséget éppen azért nem teljesítette (nem kellett teljesítenie), mert nem volt birtokában az ehhez szükséges információknak. Ha a beteg egy fennálló, és adott esetben más intézményben kezelt társbetegségről nem ad tájékoztatást a szolgáltató részére, aki erre figyelemmel nem teljesíti az ilyen társbetegségben szenvedő páciensekre vonatkozóan kötelezően megadandó tájékoztatást, akkor a beteg mulasztása a felelősség alóli mentesülést eredményezi. Ha az áldott állapotban lévő asszony nem osztja meg az orvosával azt a tényt, hogy korábban más intézményben már volt két művi vetélése, és további egy szülést is császármetszéssel abszolvált (amely tények a jelen terhelességre nézve is a császármetszés legalább relatív indikációját

felvetik), akkor utóbb nem róható a szolgáltató terhére az e tájékoztatás elmulasztásából eredő bármely kár.

Más kérdés ilyenkor, hogy amennyiben a beteg anamnézise egyébként a szolgáltató részére megismerhető, mert korábbi kezelése(i) is az adott intézményben történtek, akkor az adott kezelést megelőzően elvárható-e a kezelőorvostól ennek áttekintése. Megítélésem szerint általánosságban nem feladata a kezelőorvosnak, hogy az adott intézményen belül, de más szakrendelésen történeteket felkutassa, sőt ennek megtörténte adott esetben aggályos is lehet.

A Miskolci Járásbíróság 19.P.21.972/2014/60. számú jogerős ítéletében elvi éllel rögzítette, hogy bár az egészségügyi szolgáltatónak a nyilvántartási rendszerében rendelkezésre állt a beteg kórelőzménye, de erre vonatkozó (betegtől származó) utalás nélkül ezt automatikusan megtekinteni valóban nem lehet elvárás. A szülészeti ellátást érintő ún. „műhibaperben” a jogerős ítélet azt is leszögezi, hogy a terhességi előzményekre köteles rákérdezni a kezelőorvos, ezt a kötelezettséget azonban általánosítani más ellátásra azért nem lehet, mert ez esetben speciális jogszabály írta elő mindezt.

Speciális szabályok vonatkoznak egyes sajátos ellátások kapcsán a feleket terhelő tájékoztatási kötelezettségre (pszichiátriai betegek kezelése, reprodukciós eljárások stb.). Ezekkel jelen értekezés nem foglalkozik.

2. Az egészségügyi szolgáltatót terhelő tájékoztatási kötelezettség teljesítésének formája

A gyakorlatban számtalan alkalommal felmerül az a kérdés, hogy az egészségügyi szolgáltató milyen módon kell, hogy teljesítse az őt terhelő tájékoztatási kötelezettséget. A kötelezettség részletesebb

tartalmi elemzését megelőzően érdemes e kérdéskörrel röviden foglalkozni.

Az Eütv. kifejezett rendelkezést nem tartalmaz arra nézve, hogy a tájékoztatásnak milyen formában, azaz írásban vagy szóban kell-e megtörténnie. A törvény 134. § (3) bekezdése ugyanakkor rögzíti: a szóbeli tájékoztatás nem helyettesíthető az előre elkészített általános ismertető segédanyagok átadásával.

A gyakorlatban mégis elterjedtebb az írásbeli forma, lévén az utólag rekonstruálható, bizonyítható. A bírói gyakorlat is elfogadja ezt, amennyiben teljesíti a törvényi kritériumokat. Ezek közül lényeges a teljeskörűség és az egyéniesített forma. Az első szegmens végeredményben a tájékoztatás tartalmára vonatkozik, ezzel a későbbiekben részletesen kívánok foglalkozni. A második már részben érinti a teljesítés módját és formáját is. Önmagában az írásbeli forma nem zárja ki, hogy a tájékoztatás megfeleljen az egyéniesítés követelményének, de a legtöbb esetben az a tapasztalat, hogy az alkalmazott blanketták nem képesek e követelményt maradéktalanul teljesíteni.

Nem csak az adott betegségre és alkalmazott gyógymódra vonatkozóan kellene ugyanis külön-külön nyomtatványt készíteni, hanem az adott betegre is, ez pedig többnyire meghaladja az egészségügyi szolgáltatók kapacitását. Egy adott beavatkozás kockázata, lehetséges szövődményei, az egyes szövődmények előfordulási gyakorisága, az alkalmazott gyógymód alkalmazhatósági paraméterei ugyanis nagymértékben függenek attól, hogy milyen a beteg életútja, vannak-e társbetegségei, milyen megelőző műtétei voltak stb. Elvileg alkalmas lenne az is, ha az egyéniesítés követelményének a szolgáltató kiegészítő szóbeli tájékoztatással tenne eleget (erre egyébként a törvény is kötelezi, hiszen köteles válaszolni a beteg kérdéseire), ez azonban a későbbiekben komoly bizonyítási nehézséggel járhat.

Tekintettel arra, hogy az igényérvényesítés elévülési ideje ez esetben is öt év, így nem ritkán hosszú idő elteltét követően kerül a jogvita bíróság elé. Évek távlatából hitelesen és kétséget kizáróan igazolni a szóban történt tájékoztatás megtörténtét és főképp annak pontos tartalmát gyakorlatilag nem lehetséges. Azok a tanúvallomások, amelyek erre vonatkozóan olyan pontosságú és részletes előadást tartalmaznak, mintha az esemény az előző nap történt volna, általában nem alkalmasak az adott tény kétséget kizáró bizonyítására, és nem lehetnek hitelesek. A bíróság emiatt kétséget kizáró bizonyítékként vallomásukat nem értékelheti, különös tekintettel – például munkajogi, ritkábban büntetőjogi – érdekeltységükre is. Nem kizárt, hogy a tájékoztatás megtörténte vagy annak hiányára vallomást pl. a szobában éppen akkor fekvő betegtárs tesz, a bizonyíték értékelése ekkor részben lehet más, hiszen többnyire hiányzik az érdekeltség, és egy betegtárs esetében az sem állítható, hogy az eltelt évek alatt több száz vagy több ezer hasonló tartamú tájékoztatást hallott vagy látott volna.

Nem elegendő a gyakorlatban, ha a blanketta-tájékoztató tartalmazza az arra vonatkozó utalást, hogy egyébként a betegnek módjában állt kérdezni, kérdéseire választ kapott (vagy éppen azt, hogy nem volt további kérdése). Pontosabban megfogalmazva: konkrét és a jogszabály szerint szükséges tájékoztatás megtörténtének igazolására nem elegendő mindez. A beteg oldalán is adódhatnak azonban bizonyítási nehézségek. Azon hivatkozások, mely szerint az írott tájékoztatót csupán aláírta, azonban nem olvasta el, egyértelműen a beteg önhibájának körébe esnek (hacsak nem bizonyítja kétséget kizáróan azt, hogy aláírás előtt nem volt módja elolvasni (mert például a műtőasztalon rakták elé a papírt), és ez esetben a tájékoztatást megtörténtnek kell tekinteni.

Egy rövid kitérő erejéig érdemes utalni arra, hogy többször felmerült a gyakorlatban (elsődlegesen az egészségügyi szolgáltatók oldaláról) az az igény, hogy az egészségügyi szolgáltatóval szembeni igények érvényesítését rövidebb elévülési időhöz kössék. Ezt azzal támasztották alá, hogy sok év távlatából a kórházakat terhelő (az alább részletezettek szerint egyre egyoldalúbb) bizonyítási kötelemnek nem tudnak eleget tenni, ez pedig pervesztéshez vezethet. Elvileg a polgári jog rendszere ma is tartalmaz kivételeket az általános szabály alól (távközlési szolgáltatásból adódó igények elévülési ideje, veszélyes üzemi felelősség alapján érvényesített kárigények elévülése, munkajogi elévülés stb.), de ezen kivételek számának bővítése nem okvetlenül indokolt. Ennek eldöntése mindenesetre jogalkotói kérdés. Az ugyanakkor tény, hogy az új Ptk. az elévülés megszakadására vonatkozóan szigorúbb szabályokat vezetett be (pl. egyszerű felszólítás nem szakítja meg és indítja újra tetszőleges számú esetben az öt éves elévülési időt, mint korábban), és ez lehetővé teszi, hogy legalább öt éven túl többnyire nem érvényesíthetők az igények. (Ptk. 6:25. §)

Nem vitás, hogy pl. abban a perben, ahol 2004-ben történt károkozással összefüggésben indítottak pert 2014-ben, az írott dokumentáción kívül egyéb bizonyítási lehetősége az egészségügyi szolgáltatónak gyakorlatilag nem volt, az ilyen elhúzódozó igényérvényesítésnek megítélésém szerint is gátat kellett szabni, és a jogalkotó ezt meg is tette.

Míndamellettt ezzel kapcsolatban az is kijelenthető, hogy az elhúzódozó igényérvényesítés a beteg oldalán is eredményezhet bizonyítási nehézséget, hiszen ha bármilyen körülményre hivatkozik, ami az orvosi dokumentációban nem szerepel (pl. hogy tájékoztatta a kezelőorvost fennálló betegségéről), azt neki kell igazolnia, és e kötelezettsége teljesítését az időmúlás jelentős mértékben megnehezítheti.

Szükséges azonban kiemelni, hogy amennyiben az orvosi dokumentáció pontosan vezetett, kellően részletes, úgy az adott kezelés részletei több év távlatából is pontosan rekonstruálhatóak, és optimális esetben az időmúlás nem befolyásolja a jogvita igazságos eldöntését.

3. A tájékoztatási kötelezettség tartalma

Ebben a részben kiemelten a javasolt vizsgálatok, beavatkozások elvégzésének, illetve elmaradásának lehetséges előnyeiről és kockázatairól, valamint az alternatív eljárásokról adandó tájékoztatással kívánok foglalkozni tekintve, hogy a gyakorlatban ezeknek mutatkozik kiemelt jelentősége. Előrebocsátom, hogy a tájékoztatási kötelezettség megszegésének oksági összefüggésével a későbbiekben fogok foglalkozni.

A beavatkozások kockázatai (szövődményei) körében hangsúlyozandó, hogy a tájékoztatási kötelezettség e téren is teljes körűen terheli a szolgáltatót, azonban kizárólag azon kockázatok tekintetében, amelyek reális eséllyel előfordulhatnak. Ennek praktikus oka az, hogy a törvénynek nem célja a beteget elriasztani az egyébként szükséges beavatkozástól, és nem célja a felesleges pánikkeltés sem. Eltérő a gyakorlat abban az értelemben, hogy statisztikailag milyen százalékos gyakorisággal előforduló kockázatokat kell a tájékoztatás körébe vonni. Mindenesetre vonatkoztatható, általánosan alkalmazható százalékos mértéket meghatározni nem lehet, ugyanakkor úgy tűnik, hogy a pár ezrelékes vagy legfeljebb 1 % alatti gyakorisággal előforduló kockázatok nem vonhatók a kötelező tájékoztatás körébe. Az 1% feletti gyakoriságú szövődmények esetén az eset összes körülményétől függően marasztalható az intézmény, azzal, hogy a 4-5 %-os arány felett már feltétlenül tájékoztatni kell a beteget a kockázatról. A Csongrád Megyei Bíróság elvi jelentőségű megállapítása szerint „a műtét legszélsőségesebb, ún. páratlan kockázatairól a beteget nem kell

tájékoztatni”.⁴ Még egyszer hangsúlyozandó azonban, hogy az említett százalékos értékek viszonylagosak, és nem vonatkoztathatók minden esetre, de egyfajta általános iránymutatásnak megfelelnek.

Általános tapasztalat, hogy az előirányzott beavatkozás elmaradásának lehetséges előnyeiről a szolgáltató szinte sohasem tájékoztatja a beteget, többnyire azért nem, mert megítélése szerint nincs ilyen előny. Az orvosilag szükségesnek ítélt beavatkozást elmaradásához az orvosszakma gyakorlatilag nem fűzhet előnyt (hiszen ezzel saját magával keveredne ellentmondásba), így jobbra csak arra szorítkoznak, hogy a beavatkozás esetleges kockázatairól informálják a beteget, kiemelve, hogy a beavatkozás egyébként feltétlenül szükséges. Ilyen tárgyú hivatkozás ugyanakkor saját gyakorlatomban ezidáig nem is fordult elő.

Az alternatív eljárásról szóló tájékoztatásnak akkor lehet érdemi és perbeli jelentősége, amennyiben az elvégzett beavatkozás egyébként szokványos műtéti kockázata be is következik. Ilyen esetben a beteg alappal sérelmezheti azt, hogy nem kapott tájékoztatást arról, hogy betegsége/sérülése egyéb módon is kezelhető (habár nem kizárt, hogy hosszabb gyógytartammal, többszöri orvos-beteg találkozással stb.).

A Kúria egyik határozatában elvi éllel szögezte le: a műtéti hozzájárulásnál a bíróságnak abból kell kiindulnia, hogy a betegnek ismernie kell mindazokat a körülményeket, amelyekből megállapíthatja, hogy milyen kockázatot vállal a műtéti hozzájárulás megadásával vagy megtagadásával. A perbeli esetben a beteg nem ismerte a betegségére alkalmazható alternatív terápiákat, és azok kockázatát, e nélkül pedig nem volt abban a helyzetben, hogy maga döntsön arról, hogy a műtét előtti tünetmentes állapotát ismerve vállalja-e a bénulás kockázatát, és aláveti magát a műtétnek vagy visszautasítja azt.⁵

⁴ Dósa Ágnes (*i.m.*) 223. oldal

⁵ Kúria Pfv. III.20.185/2013/4. számú ítélete

Ez az eset azért különösen jelentős, mert a műtéti indikáció nem vitatottan fennállt, és a műtét elvégzése során sem történt szakmai szabályszegés vagy mulasztás, így kizárólag a tájékoztatási kötelezettség (azon belül is annak egy speciális szegmensének) megszegése eredményezte a felelősség megállapítását.

A felelősség abban az esetben is fennáll, amennyiben a ténylegesen elvégzett beavatkozás bekövetkezett kockázatáról a beteget tájékoztatták, csak éppen arról nem, hogy e kockázat kikerülhető alternatív kezeléssel. Azt, hogy a beteg melyik, az adott betegség gyógyulására feltehetően alkalmas eljárást választja a teljes körű tájékoztatás ismeretében, a beteg döntési kompetenciájába tartozik. Sok esetben a traumatológiai ellátások kapcsán merül fel, hogy a műtéti eljárásnak lehet-e alternatívája a konzervatív kezelés.

A tájékoztatási kötelezettség azonban a szolgáltató oldalán sem parttalan, és a betegtől is elvárt egy megfelelő tájékozottság elérése bizonyos esetekben. A Pécsi Ítéltábla már hivatkozott ítélete egy konkrét eset kapcsán rögzítette: bár a betegnek nincs jogszabályi kötelezettsége a gyógyszerhez csatolt beteg-tájékoztató elolvasására, de ha ezt nem tette meg, utóbb nem hivatkozhat olyan körülményre, amelyet abból minden szakértelem nélkül megtudhatott és alkalmazhatott volna. Azt is leszögezte az ítélet, hogy nem volt elvárható az orvostól az sem, hogy az antibiotikum-kezelés előírása kapcsán külön felhívja a figyelmet annak egyik mellékhatása, a hasmenés kialakulásának lehetőségére, és arra, hogy annak jelentkezésekor a betegnek orvoshoz kell fordulnia. Végezetül az ítélet egyik záró megállapítása az, hogy nyilvánvalóan nem támasztható a tájékoztatás részletességére nézve ugyanolyan követelmény egy műtéti beavatkozás vagy diagnosztikus vizsgálat vonatkozásában, mint egy előírt gyógyszer mellékhatásai vonatkozásában, különös tekintettel arra is, hogy ahhoz részletes

2017/1.

írásbeli tájékoztatás áll a beteg rendelkezésére.⁶

Az ismertetett határozat egyrészt tökéletesen a józan ész szellemében és meglátásom szerint helyesen jelöli ki a szolgáltatót terhelő tájékoztatási kötelezettség és a beteget terhelő jóhiszemű, tisztessége és együttműködő joggyakorlás határmezsgyéjét, ugyanakkor új irányt is mutat: relativizálja a tájékoztatási kötelezettség terjedelmét attól függően, hogy a kötelezettség teljesítésére konkrétan milyen orvos-beteg találkozás alkalmával kell sort keríteni.

A bírói gyakorlat vélhetően ezen nem fog túllépni a közeli jövőben, és azt – helyesen – nem fogja elvárni a betegtől, hogy például egy diagnosztikus vizsgálat vagy műtéti beavatkozás kapcsán előzetesen tájékozódjék a világhálón egyre szélesebb körben elérhető orvosi témájú weboldalak segítségével.

Egy 2013. évi eseti döntés szintén korlátokat állított a szolgáltatót terhelő tájékoztatási kötelezettség parttalan értelmezése elé. A döntés rögzíti, hogy az orvosnak a tájékoztatás megadása során a beteg adott egészségi állapotából kell kiindulnia, de nem kell kiterjednie a tájékoztatásnak arra, hogy egy adott műtéti kockázat az adott betegnél bizonyosan bekövetkezik-e és ha igen, milyen súllyal, vagy arra sem, hogy az átmeneti vagy tartós lesz. Arra is figyelemmel volt a bíróság, hogy a műtétet követő kezelés hatékonysága is befolyásolhatja mindezt.⁷

Sajátos esete a szolgáltatót terhelő tájékoztatási kötelezettségnek az invazív beavatkozások során a műtét esetleges kiterjesztésének szükségessége okán keletkező tájékoztatás.⁸ Az invazív beavatkozás fogalmát a törvény megadja: a beteg testébe bőrön, nyálkahártyán vagy testnyíláson behatoló fizikai beavatkozás, ide nem értve a beteg számára szakmai

⁶ BDT.2017.3633

⁷ BH.2013.219.

⁸ Sótonyi Péter (szerk.): Orvosi felelősség. Semmelweis Kiadó, Budapest, 2006., 15. oldal

szempontból elhanyagolható kockázatot jelentő beavatkozásokat. (Eütv. 3. § m) pontja)

Az ilyen beavatkozások esetében amennyiben annak előre nem látható kiterjesztése válik szükségessé, ehhez – bizonyos kivételekkel – szintén szükséges a beteg beleegyezése (mégpedig ugyanolyan feltételekkel, mint bármely más esetben, tehát érvényesül az ún. tájékozott beleegyezés elve). Ennek beszerzése azonban adott időpillanatban rendszerint nehézségekbe ütközik, hiszen a beteg feltehetően műtét alatti altatás állapotában van. Két lehetőség kínálkozik tehát: vagy a beteg beleegyezése nélkül terjeszti ki az orvos a beavatkozást (kockáztatva ezzel a kivételek alá nem sorolható esetekben a kórház felelősségét) vagy az invazív beavatkozást befejezik, és a beteget ébredését követően tájékoztatják, és kérik beleegyezését ahhoz, amit egy újabb műtét során végeznek majd el. Érezhető, hogy egyik lehetőség sem ideális. A jogalkotó mindenesetre egy rugalmasan értelmezhető megfogalmazással bizonyos esetekben felmentést adott a szolgáltató részére: a sürgős szükség fennállása esetére vagy amennyiben a beavatkozás kiterjesztésének elmaradása a beteg számára aránytalanul súlyos terhet jelentene. Szigorúbb követelményeket támaszt ugyanakkor a törvény arra az esetre, amennyiben a beavatkozás kiterjesztése valamely szerv vagy testrész elvesztéséhez vagy funkciójának teljes kieséséhez vezetne: ez esetben – a beteg számára aránytalanul súlyos terhet jelentene a fenntartása mellett – a közvetlen életveszély adhat alapot beleegyezés nélküli kiterjesztéshez.

A Miskolci Törvényszék 10.P.21.852/2013/80. számú közbenső ítéletében foglalt állást arra nézve, hogy az invazív beavatkozás beleegyezés nélküli kiterjesztésére vonatkozó jogszabályi kivételek nem értelmezhetők kiterjesztően. Az adott esetben a beteg – közvetve – életét veszítette a kiterjesztett beavatkozás

eredményeképpen, ugyanakkor rögzíthető volt, hogy e nélkül még – bizonytalan ideig, de – élhetett volna, azaz reális esélye lett volna számottevő túlélésre.

A tájékoztatási kötelezettség többi, törvényben rögzített eleme többnyire ritkábban eredményez jogvitás helyzeteket.

4. A tájékoztatási kötelezettség megszegésének következményei, a felelősség feltételei

Az alcímben írt következményt legegyszerűbben akként lehetne megfogalmazni, hogy a következmény a kárfelelősség (újabban sérelemdíjért való felelősség). Lényeges elem, és ennek vizsgálata okozza a perekben a legtöbb problémát, hogy fennáll-e a sérelmezett eredmény (kár, sérelem) és a kötelezettségszegés közötti oki kapcsolat.

Röviden megfogalmazva az egészségügyi szolgáltató abban az esetben tartozik kártérítési felelősséggel az őt terhelő tájékoztatási kötelezettség megszegéséért, amennyiben e kötelezettségszegésének következménye a bekövetkezett kár vagy sérelem. Máshonnan megközelítve a felelősség feltétele, hogy a kár vagy sérelem eredője a köteletség megszegése, és ezek anélkül legalább reális eséllyel nem következtek volna be (nem úgy, nem annyira súlyosan stb.). Bizonyítható, hogy a beteg teljes körű tájékoztatás esetén is beleegyezett volna a beavatkozás elvégzésébe. Ennek megítélése többnyire (de nem mindig) szakértői feladat, és az ilyen típusú perek többségében ennek bizonyítása okozza a legtöbb problémát.

A tájékoztatás megtörténtének bizonyítása minden esetben az egészségügyi szolgáltató feladata. A tájékoztatás elmaradása és a bekövetkezett kár közötti okozati összefüggést a kártérítési perekre vonatkozó szabályok szerint az igényt érvényesítőnek, tehát a betegnek kell igazolnia. Az ilyen típusú perekben azonban ez meglehetősen

érdekes: leegyszerűsítve a kérdést a betegnek csupán ki kell jelentenie, hogy a tájékoztatás ismeretében nem egyezett volna a beavatkozásba, ezzel máris eleget tett a bizonyítási kötelemnek. Kifejezetten lényeges, hogy „a kérdéses hipotetikus döntést (mi történt volna megfelelő tájékoztatás mellett) mihez viszonyítjuk. Azt vizsgáljuk-e, hogy hasonló helyzetben egy ésszerűen gondolkodó beteg milyen döntésre jutott volna, vagy pedig azt, hogy az adott beteg milyen döntést hozott volna.”⁹

A kérdést a szakirodalom nyitva hagyja, a bírói gyakorlat pedig részben ingadozó. Utóbbi esetben ugyanis a szolgáltató ellenbizonyítási lehetősége teljesen elveszne, míg előbbi esetben félt volna, hogy a tájékoztatási kötelezettség megsértésének sok esetben nem lenne következménye.

Az oksági láncolat a tájékoztatási kötelezettség megszegése körében az alábbiak szerint mutatható be:

Az egészségügyi szolgáltató elmulasztja tájékoztatni a beteget az adott beavatkozás egyik súlyos szövődményéről, és e súlyos szövődmény bekövetkezik. A szolgáltató bizonyíthatja e ponton, hogy a tájékoztatás megfelelő, a törvényi rendelkezések szerinti volt.

Ha ez nem sikerül neki, akkor a beteg sérelmezi a tájékoztatás elmaradását, azt állítván, hogy ha ő ezt tudja, sohasem egyezett volna bele a beavatkozásba.

Az egészségügyi szolgáltató hivatkozhat arra, hogy a beavatkozás annyira szükségszerű és nem helyettesíthető, továbbá nem halasztható volt, hogy enélkül a beteg a szövődményhez képest is súlyosabb állapotban lenne. A beteg oldalán a perben a fenti állítások elegendők ahhoz, hogy a szolgáltatót a bizonyítás kötelezettsége terhelje. Azt kell igazolnia, hogy nem a tájékoztatás elmaradása vezetett a kár

bekövetkezéséhez, hanem egyéb sorsszerű körülmény, azaz a kár akkor is beállt volna, ha a szükséges tájékoztatást a beteg részére teljes körűen megadja. Sikertelen bizonyítás esetében nem tudja magát kimenteni a felelősség alól, és marasztalható.

Az ilyen típusú perekben a bizonyítás nehézségét az adja, hogy feltételezések és valószínűsítések mentén kell kialakítani a szakértői és a bírói álláspontot, hiszen szinte mindig arra a kérdésre kell választ keresni, hogy „mi történt volna, ha...?”. Ez az oka annak, hogy a legkritikább esetben sikerül minden kétséget kizáró szakértői állásfoglalást kialakítani, ezt pedig a bizonyításra kötelezett szenvedni meg.

A teljességhez hozzátartozik, hogy bizonyos esetekben a törvény felmentést ad a tájékoztatási kötelezettség teljesítése alól: ez az eset a tájékoztatásról történő lemondás. Több ország ismeri (és a magyar jogi szabályozás is ismerte 1990-ig) az ún. terápiás privilégium intézményét. Ennek lényege szerint amennyiben a felvilágosítás súlyos károsodást okozna a betegnél, úgy az orvos eltekinthet – a terápia sikere érdekében – a tájékoztatástól.

Ezt a jelenlegi szabályozás szándékosan nem teszi lehetővé, meglátásom szerint indokoltan, tekintve, hogy adott esetben visszaélésre, felelősség alóli kibújásra is lehetőséget teremtene.¹⁰

Záró gondolatok

Jelen értekezés nem arra törekedett, hogy teljes körűen, mindenre kiterjedően bemutassa az egészségügyi szolgáltatók tájékoztatási kötelezettségével kapcsolatos szabályozást és gyakorlatot, erre ugyanis terjedelme okán nem volt alkalmas. Reményeim szerint azonban hasznos gondolatokat és használható összegzést sikerült megfogalmazni, amely alkalmas lehet

⁹ Dósa Ágnes (*i.m.*) 251. oldal 2017/1.

¹⁰Dósa Ágnes (*i.m.*) 5.2.8. fejezete

a téma iránt érdeklődők figyelmének felkeltésére.

Látható, hogy a tájékoztatási kötelezettség megszegése (épp úgy mint egyéb szabályszegés) egyre gyakrabban vezethet egészségügyi szolgáltató felelősségének megállapításához. A bizonyítási teher telepítése, az ezzel kapcsolatos bírói gyakorlat alakulása egyre inkább a szolgáltató aktívabb közreműködését igényli a per során, és a bizonyítatlanság következményét az ő terhére értékeli.

Mindennek elméleti megalapozása a jogtudomány feladata, és a kimentési (exculpációs) bizonyítás kiterjesztése révén meg is alapozta mindezt. Lényeges változás, hogy a tájékoztatási kötelezettség teljesítése során egyre inkább előtérbe kerül az írásbeliség, és ezzel kapcsolatosan is magasabb követelményeket állít a jogalkotó és a bírói gyakorlat az egészségügyi szolgáltató elé.

Változatlanul domináns az ilyen típusú perekben a szakértői bizonyítás szerepe, bár mindig hangsúlyozni kell, hogy a tájékoztatás megtörténte, annak elégséges vagy elégtelen volta a bíróság döntési kompetenciája, ugyanakkor a szükséges tartalma megállapításához elengedhetetlen a szaktudás.

A tájékoztatási kötelezettség kérdése az egészségügyi szolgáltatók oldalán rendkívül érzékeny terület. Ennek legfőbb oka az, hogy nem közvetlenül a gyógyító-megelőző tevékenységet jelenti, hanem egy ahhoz, közvetlenül kapcsolódó, ugyanakkor adminisztratív jellegű, és módfelett időigényes feladatot ró az ellátóra. Gyakori hivatkozás perekben is, hogy az orvos dokumentálás helyett inkább a gyógyításra szánta az idejét. Mai napig él az a

beidegződés, hogy az orvos feladata a gyógyítás, a beteg pedig laikus, így a kezelés folyamatába beleszólása, arra érdemi ráhatása nem lehet. A jogfejlődés azonban ezt a beidegződést felülírta. Ugyanakkor, ahogy arra a záró bekezdésben utalok, egyre nagyobb jelentősége lesz annak, hogy ezt az „adminisztratív” kötelezettséget a szolgáltatók hogyan tudják a jogszabályban előírtak szerint teljesíteni. A tájékoztatási kötelezettség megsértésére történő hivatkozás ugyanis meglátásom és tapasztalatom szerint az egyik „legkönnyebb” hivatkozás egy ilyen tárgyú perben, különös tekintettel arra, hogy e kötelezettséget a törvényi rendelkezések szerinti teljes körben teljesíteni kétségtelenül nem egyszerű feladat.

Egyértelmű a tendencia: a betegek egyre tájékozottabbak az őket illető jogok terén, egyre több jogi képviselő szakosodik ilyen típusú jogvitákra, és meglátásom és tapasztalatom szerint egyre növekvő számban vezetnek eredményre az egészségügyi szolgáltatóval szemben támasztott igények. Ennek az is egyik oka lehet, hogy a jogi szabályozás és a bírói gyakorlat a nemzetközi tendenciákhoz is igazodva már-már objektivizálja a szolgáltatói felelősséget, de nyilvánvaló oka az is, hogy az egészségüggyel kapcsolatos közvélekedés szerint az egyre gyarapodó beteglétszámot egyre apadó és idősödő orvosi kar kénytelen ellátni, időnként egyre kevesebb szakdolgozó segítségével. A műhibaperek emelkedő száma és az eredményes keresetek növekedése pedig egyre több kiadást jelent a szolgáltatók számára, ez pedig tovább rontja az amúgy sem optimális pénzügyi helyzetüket, ami viszont tovább ronthatja az ellátás színvonalát. Ezt a körkörös, önmagába visszatérő folyamatot célszerűnek tetszene megállítani.