

BARZÓ LILLA ANDREA*

Utólagos tájékoztatás: az orvosi vizsgálatok/beavatkozások utáni igazmondás magánjogi aspektusai

I. Bevezetés

Az orvos-beteg kapcsolat origója a kommunikációban rejlik. Egy orvos akkor tudja felállítani a diagnózist, ha a beteg elmondja mikortól, milyen (egészségügyi) problémákkal küzd és az hogyan hat ki a mindennapi életére. A beteg pedig akkor tud az egészségéért tenni a továbbiakban, ha az orvos a diagnózis felállítása után nyíltan elmondja észrevételeit, tapasztalatait, vagyis, ha megfelelően tájékoztatja őt. Az orvosi szakmában a kommunikáció a tömören megfogalmazott *információ cserénél* sokkal nagyobb jelentéstartalommal bír. Magában foglalja a törődést, együttérzést, és a másikkal szembeni türelmet. Részét képezi a verbális, non-verbális, és adott esetben az írásbeli kommunikáció, amelyeket együttesen kell figyelembe vennie az orvosnak és a betegnek ahhoz, hogy teljes képet kapjon a betegségről, az életmódról, magáról az emberről. Nem véletlenül szóban forgó mondás az orvosok között, hogy *a beteget kell gyógyítani nem a betegséget*. Ehhez viszont minden olyan információra szükség van mindkét oldalon, ami lehetővé teszi a gyógyulást. Ezért az egészséges élet felé való haladáshoz az egymással szembeni őszinteség az, ami nélkülözhetetlen. Laikusként azt gondolhatja az ember, hogy az orvos mindig ezen morális iránymutatások mentén kommunikál és cselekszik, holott a valóságban ez nem feltétlenül van így. A megfelelő tájékoztatásra, az őszinte és nyitott kommunikációra való rendkívül fontos odafigyelést a tragikus körülmények között több, mint 30 éve elhunyt 10 éves Robbie Powell ügye hívta fel a figyelmet, amelynek hatása mind a mai napig érződnek. Robbie Powell egy ritka autoimmun betegséggel, Addison-kórral küzdött, amely bár súlyos tüneteket okoz, megfelelő kezeléssel gyógyíthatónak minősül. Ennek ellenére pár hónap leforgása alatt Robbie olyan végesen elgyengült, hogy már nem lehetett megmenteni. Will Powell – Robbie édesapja – nem nyugodott bele fia halálába és addig próbált utána menni a tragikus eredmény okainak, míg végül olyan szövevényes titkolózások kerültek napvilágra, amelyeket nem is gondolna az ember, hogy a valóságban megtörténhetnek.

* V. évfolyam, jogász szak, Szegedi Tudományegyetem, Állam- és Jogtudományi Kar, témavezető: Prof. Dr. Görög Márta, egyetemi tanár.

Robbie Powell ügye azért is rendkívüli, mert már az első tünetei alkalmával, az orvos részéről történő megfelelő tájékoztatás mellett megelőzhető lett volna a végeredmény. Robbiet ugyanis már a legelején kórházba szállították, ahonnan pár nap után elbocsátották, mondván torokfertőzés, gyomor-bélhurut okozza tüneteit. A kórház vezető gyermekorvosa azonban gyanította, hogy Robbie Addison-kórbán szenved a nélkül, hogy ezt a szülőknek elmondta volna, s bár el lett rendelve az adrenokortikotropin hormon teszt (ACTH teszt), amely megerősíthette volna a diagnózist, azt mégsem végezték el a kórházban. Ez volt az első az állítólagos 9 lehetőség közül, ami megmenthette volna a gyermek életét. Innen indul Robbie kálváriája, amelynek során az őszinteség és a nyitott kommunikáció pillérén nyugodó tájékoztatás követelménye, valamint az elvárható gondosság követelménye minden tekintetben sérült – többször is.¹ Robbie szüleinek küzdése az igazságért, az orvosi nyitottságért végül állami – és európai – szinten nyitott fülekre talált, ugyanis az őszinteség és transzparencia hiányának felismeréseként született meg 2014 novemberében, Angliában egyedülállóan a 2008. évi törvény (szabályozott tevékenységek) 2014. évi rendelet: 20. rendelete a „*Duty of Candour*”,² amely az őszinteséget jogi kötelezettségként írja elő az egészségügyi szférában. A kilenc záradékból álló rendelkezés széleskörű, amely az egészségügyi ellátás során felmerült hibákkal és mulasztásokkal kapcsolatos tájékoztatáson túl kiterjed a kárt elszenvedett betegek és családtagjainak értesítésére, támogatására és részükre történő bocsánatkérésre is.³

Ez az őszinteség jogi kötelezettséggé való átalakulása vezetett a kutatásom középpontjához, amelynek során a hazai viszonylatban próbáltam meg választ találni arra, hogy valójában mit mond a szakmai etika, ezáltal a gyakorlatban mennyire érvényesül az igazmondás az orvosok részéről, van-e egyáltalán igényérvényesítésre mód, ha ennek sérelme felmerül. Bár Angliában már külön szabályozást vezettek be erre a kérdéskörre, arra lettem figyelmes, hogy hazánkban az őszinteség, mint jogi kötelezettség, külön nem szerepel, viszont a tájékoztatás jogintézményében manifesztálódott. Jogászok, orvosok számtalan esetben foglalkoznak a tájékozott beleegyezés intézményével, de tulajdonképpen senki nem figyelt fel arra a kérdésre, amelyre Robbie ügye rávilágított. Hogyan valósul meg a tájékoztatás, az egyes vizsgálatok, beavatkozások után. Mennyire fedik fel az orvosok az igazságot. Ezért az általam felállított kutatási kérdés az, hogy jelenleg nincsen pontosan szabályozva, hogy az orvos milyen mélységben köteles őszintének lenni az egyes hibákkal, tévedésekkel és eredményekkel kapcsolatosan. A kutatási kérdésből fakadó hipotézisem pedig, ha nincsen pontosan szabályozva az orvos igazmondása, akkor nincs is lehetőség az önálló jogcím szerinti igényérvényesítésre. Ebből kifolyólag az általam elnevezett és kutatott *utólagos tájékoztatás* intézményét különböző aspektusokból vizsgáltam meg, hogy választ kapjak a kérdésre. A dolgozatot – általam fontosnak tartott szempontok alapján – öt nagyobb részre osztottam. Az első részében kibontásra kerül kutatási adatok alapján, hogy miért bír relevanciával globálisan az orvosi magatartással összefüggő nemkívánatos eseményekről való

¹ <https://www.open.ac.uk/researchcentres/herc/blog/robbie-powell-time-truth-justice-and-accountability> (letöltve: 2022.10.31.).

² Lásd bővebben: <https://www.cqc.org.uk/guidance-providers/regulations-enforcement/regulation-20-duty-candour> (letöltve: 2022.10.31.).

³ OLIVER, QUICK: *Duties of Candour in healthcare: the truth, the whole truth, and nothing but the truth?* Medical Law Review (30) 2022/2. 331-333. pp. Kiemelendő, hogy ez a fajta őszinteségi kötelezettség kiterjed a „bejelentési kötelezettség alá tartozó biztonsági eseményekre”, amelyet a 2008. évi törvény (szabályozott tevékenységek) 2014. évi rendelet: 20. rendeletének (7) bekezdése részletesen szabályoz.

nyílt kommunikáció. A második részében a tájékoztatás és az önrendelkezési jog kapcsolata kerül kifejtésre, amely azért releváns, mert önrendelkezés és autonómia megléte nélkül nem is beszélhetnénk a tájékoztatáshoz való jogról. A harmadik részében az erkölcs és a bioetika oldaláról – deontológia és konzekvencionalista elmélet tükrében – kerül megközelítésre az orvosi igazmondás, tájékoztatás kérdésköre. A negyedik részében az utólagos tájékoztatás tartalma van görcső alá véve, ideértve a normaszöveg jogértelmezését is. Végezetül pedig kitérek az utólagos tájékoztatás megvalósulására a gyakorlatban, ítéletekkel alátámasztva, valamint arra, hogy milyen igényérvényesítési lehetőségek merülnek vagy merülhetnek fel.

II. Nyílt, őszinte kommunikáció relevanciája – statisztikák

Természetesen a tévedésekről és a hibákról való nyílt kommunikáció mellett és ellen is szólnak érvek, azonban mára már bizonyossá vált, hogy sokkal nagyobb haszonnal jár az igazság felfedése az eltitkolással szemben.⁴ Számos tanulmány foglalkozott azzal a kérdéskörrel, hogy miért perelnek be egyes orvosokat – akár többször is – és miért van az, hogy vannak orvosok, akik egész életükön keresztül nem kerülnek bíróság elé a szakmájukkal összefüggésben.⁵ Evidensnek tűnhet azokat az orvosokat perelni, akik szakmailag rosszabbak, azonban a kutatások ezt a feltételezést megdöntik: a beperelt orvosok közel ugyanolyan kvalitással rendelkeznek – mind szakmailag mind technikailag, mind a betegellátás objektív paramétereit tekintve. Logikusnak tűnhet a páciensek kezelt betegségének súlyossága szerint is a különbségtétel, azonban itt sem mutatkozik eltérés. Meglepő módon a legnagyobb differenciát a két orvoscsoport közötti kommunikációs stílus képezi, tulajdonképpen ez a legnagyobb indikációja annak, hogyan reagál a beteg: perel vagy belenyugszik abba, hogy senki sem tökéletes és tévedések és hibák mindig előfordulhatnak.⁶ A kevésbé perelt orvosok többet foglalkoztak azzal, hogy az egyes vizsgálatokat és az ahhoz kapcsolódó további kezeléseket, eljárásokat jobban elmagyarázzák, az eredményekkel kapcsolatos tudnivalókat érthetőbbé tegyék; alapvetően türelmesebbek voltak és többször alkalmazták a humor eszközeit. A beperelt orvosok viszont a hiányos információ közlés mellett gyakran éreztették az idő szűkösségét így kevesebb időt is foglalkoztak a beteggel, annak panaszával.⁷ A fentieket alátámasztja az a kutatási eredmény is, ahol az összesen 227 pert indított beteg, illetve hozzátartozóinak indíttatását vizsgálták. A kutatás eredménye alapján arra a következtetésre jutottak, hogy a perindítók közel 13%-a tartotta megfelelőnek az orvostól származó tájékoztatást. Közel 90%-uknak a motivációi közé tartozott, hogy nem kapott magyarázatot mi történt, míg közel 70%-uk azt sérelmezte, hogy érzelmeiket figyelmen kívül hagyták.⁸ A különböző tanulmányok eredményei rendkívül jól szemléltetik, hogy a nyílt kommunikációt elvárják a betegek. A nyílt kommunikáció és őszinteség azonban nem csak a hiba, tévedés megtörténének beismerését jelenti, hanem az magában foglalja annak részletezését, – hogy mi miért történt, mindez milyen hatást gyakorol a beteg egész-

⁴ PILLIG JÁNOS – ERDÉLYI KAMILLA: *Az egészségügyi kártérítési perek kommunikációs vonatkozásai*. Orvosi Hetilap (157) 2016/17. 656. p.

⁵ Uo. 655. p.

⁶ Uo.

⁷ Uo.

⁸ Uo.

ségére, életére –, továbbá magában foglalja az orvos sajnálkozását – bocsánatkérését – is, valamint annak kifejtését, hogy mit fognak tenni a betegért a jövőben.⁹

Korábban az uralkodó felfogás szerint az orvosi hiba és tévedés szégyennek számított, ebből kifolyólag nem meglepő, hogy az eltitkolás tűnt – és még tűnik – a legjobb megoldásnak. Hiszen azok az orvosok, akikről kiderült, hogy mégsem „tévedhetetlenek” olyan következményekkel kellett szembenézniük, amelyek végül a szakmai perifériájára helyezték őket és egyfajta társadalmi megpecsételés áldozatává váltak. Azonban az elmúlt évtizedekben jelentős változáson ment keresztül a kommunikáció, és a „hallgatás kultúrája” helyett előtérbe lépett az őszinteség fontossága – egyfajta paradigmaváltás következett be.¹⁰ Ez a fajta paradigmaváltás elsőként az Egyesült Államokból indult a 2000-es évek elején, amikor a Joint Commission elnevezésű minőségbiztosítási szervezet létrehozta az első olyan országos kiterjedésű programot, amely elrendeli a nemkívánatos eseményekről szóló nyílt tájékoztatást. Ezt a fajta protokoll alkalmazását 2001-ben kezdte el a Michigani Egyetem, ahol végül 2003-tól kezdve *minden* felmerülő hibáról nyíltan tájékoztatták a betegeket. A kezdeményezést nagyszámú szkepticizmus fogadta – mivel a perek növekedésével számoltak – azonban ennek ellenkezője valósult meg és számos pozitív eredmény született. Míg a program kezdetekor, 2001-ben 121 új pert indítottak az intézménnyel szemben, addig 2006-ban már csak közel 60-at. A folyamatban lévő perek száma pedig 262-ről 83-ra csökkent az évek leforgása alatt. Az egyetem nemkívánatos orvosi eseményekkel kapcsolatos költségei – összesítve a protokollt megelőző korábbi hat év adataival – 61%-kal csökkentek.¹¹ A Joint Commission által bevezetett program hatására (is) rövid időn belül már Ausztráliában is olyan széleskörű programokat indítottak, amelyek az egészségügyi ellátás folyamán bekövetkező hibák és tévedések nyílt közlését hivatottak ösztönözni.¹² Európában, azon belül is az Egyesült Királyságban is megindult ezen protokollok kezdeményezése,¹³ amelynek törvényté váló alakulásához a Robbie Powell ügye hatott katalizátorként.

Mára már nyíltan beszélnek arról, hogy az orvosi szakma velejárója a hibák megléte. Az ezzel való foglalkozás pedig azért szükséges, mert ennek minimalizálása, kiküszöbölése, továbbá megelőző és támogató módszerek rendszerszintű kialakítása akkor lehetséges, ha tisztában vagyunk az orvosi magatartással összefüggő problémákkal.¹⁴ Ezt ismerték fel a nyugati államok a 2000-es évek elején. „A hibák kivizsgálásának [tehát] legfőbb célja a rendszerszintű hiányosságok feltárása és kijavítása, annak érdekében, hogy hasonló hiba ne következzen be többé.”¹⁵ Az orvosi tévedésekkel kapcsolatos nyílt kommunikáció látható módon nem kizárólag a megbízhatóságot hivatott támogatni, mivel az az orvosok, valamint egészségügyi intézményeknek kölcsönös érdeke is.¹⁶ Magyarországon azonban továbbra is uralkodó felfogás az orvosi tevékenységgel összefüggő hibák eltitkolása a szakemberek között és ahhoz, hogy e téren változás történjen közelebről kell megvizsgálni a vizsgálatok/beavatkozások utáni tájékoztatással kapcsolatos részletszabályokat. Vajon

⁹ PILLIG – ERDÉLYI 2016, 655. p.

¹⁰ Uo. 655-656. pp.

¹¹ Uo. 656. p.

¹² Uo.

¹³ Uo.

¹⁴ Uo. 655. p.

¹⁵ Uo.

¹⁶ Uo.

a jogszabályszövegek, etikai rendelkezések is a mellett érvelnek, hogy az őszinteségnek nem abszolútnak kell lennie, vagy ez „csak” az orvosok attitűdjében van jelen?

III. Az önrendelkezési jog és a tájékoztatáshoz való jog szimbiózisa

Az ember bármikor kerülhet olyan helyzetbe élete során, amikor valamely egészségügyi szolgáltató igénybevételére van szüksége. Ez a helyzetből adódó kiszolgáltatottság már eleve egyfajta frusztrációval jár, hiszen az ember általában akkor fordul orvoshoz, amikor az egészségével kapcsolatban problémák merülnek fel. Ezen problémák megjelenése determinálja azt, hogy a beteg egyfajta alárendelti pozícióból indul, mivel elsődlegesen nem saját akaratából dönt az egészségügyi szolgáltató igénybevételéről, hanem valamilyen külső körülmény hatására. Azonban a betegjogok által lehetőség nyílt arra, hogy a pácienseket egyenrangú félként kezeljék az egészségügyi ellátás során, s ezáltal ne tárgyai, hanem alanyai legyenek annak.¹⁷ Az 1997. évi CLIV. tv. az egészségügyről kilenc betegjogot nevesít, amelyek közül a tájékoztatáshoz való jog nagy jelentőséggel bír, mivel azok jelentős fundamentumaként szolgál.¹⁸ Emellett fontos kiemelni, hogy a hazai bírói gyakorlat szerint a betegeket megillető jogok közül a tájékoztatáshoz való jogot sértik meg a legtöbb esetben¹⁹ éppen ezért elengedhetetlen annak górcső alá vétele, különösen az általam vizsgált és elnevezett *utólagos tájékoztatás* intézménye.

Mielőtt a tájékoztatáshoz való jog részletes kibontásra kerülne, a betegjogok közül az önrendelkezéshez való jog megvizsgálására van szükség, ugyanis e két nevesített jog kéz a kézben járnak egymással. A kezdetben egészségügyi problémák miatt kiszolgáltatott helyzetben lévő fél az önrendelkezési jog gyakorlásával tud egyenlő pozícióba kerülni az orvossal szemben, amely az egészségügyi szolgáltató megválasztása, s ezáltal a jogviszony létrejötte után is végigkíséri a páciens. A tájékoztatáshoz való jog fontosságának és érvényesülésének elengedhetetlen feltétele tehát az önrendelkezési jog megléte, amely oda-vissza is igaz. Magát az önrendelkezési jogot a filozófia atyjai az egyén autonómiájával, valamint a cselekvés szabadságával azonosítják. Például *Kant* az ember önrendelkezését akként határozta meg, hogy az „magában foglalja a valamitől és a valamire való szabadságot”.²⁰ *Engelhardt* ezt a Kanti felfogást úgy interpretálta, hogy az ember maga alkotja a szabályokat, ezáltal önmaga szabályozója.²¹ *Sartre* elmélete tükrében az önrendelkezés és az autonómia része az önmegvalósításnak. Azzal, hogy az ember folyamatos döntéseket hoz, egy folyamat

¹⁷ KOVÁCS JÓZSEF: *A modern orvosi etika alapjai: Bevezetés a bioetikába*. Medicina Könyvkiadó. Budapest, 2006. 576-577. pp.

¹⁸ LUKÁCS VIKTÓRA: *A tájékoztatáshoz való jog szerepe az egészségügyben, különös tekintettel a tájékozott beleegyezés elvére*. In: Kappel Gergely – Kis Kelemen Bence – Pozsárkó András (szerk.): *Az egészségügy és a jog kapcsolata*. Pécsi Tudományegyetem Állam- és Jogtudományi Kar Óriás Nandor Szakkollégium. Pécs, 2020. 65. p.

¹⁹ DÓSA ÁGNES: *Kártérítési felelősség*. In: Sótónyi Péter (szerk.): *Orvosi felelősség*. Semmelweis Kiadó. Budapest, 2006. 115. p. „Zámtalan cikk, beszámoló, napi tapasztalat azt igazolja, hogy arányait tekintve a tájékoztatáshoz való jog az egyik leggyakrabban sérülő betegjog.” POGÁNY MAGDOLNA: *A betegjogok szabályozása és gyakorlata*. JATEPress. Szeged, 2007. 56. p.

²⁰ KOVÁCS GÁBOR: *Az egészségügyi beavatkozás és kutatás rendje elleni bűncselekmények, valamint az egészségügyi önrendelkezési jog megsértése*. UNIVERSITAS – GYÓR. Győr, 2015. 235. p.

²¹ Uo.

részévé válik, és ez a folyamat önmegvalósításnak tekinthető.²² A filozófusok által taglalt példák láthatóan hasonlóképpen fogalmazzák meg az önrendelkezés magját, „ami tehát az egyén saját akaratának szabad kialakítása, illetve akaratának megvalósítása: a cselekvési szabadság.”²³ A hazai gyakorlatban az önrendelkezés/autonómia koncepció szorosan összekapcsolódik az Emberi Jogok Európai Bírósága gyakorlatával.²⁴ Mivel Magyarország 1993 óta az Európa Tanács tagállamai közé tartozik, kötelezettséget vállalt arra, hogy az Európai Emberi Jogi Egyezményben és a Bíróság joggyakorlatában megfogalmazottakat betartja, illetve betartatja.²⁵ Erre a nemzetközi hatásra, az önrendelkezési jog fontosságát az Alkotmánybíróság 1990-ben rögzítette és ezzel kapcsolatban kifejtette, hogy „az szerves része az Alkotmányban²⁶ megfogalmazott emberi méltóságnak.”²⁷ Az Alkotmánybíróság a 24/2014 (VII. 22.) AB határozatában azt is kifejtette, hogy „a cselekvőképesség meghatározásának kiindulópontja a cselekvési autonómia, melyen keresztül az önrendelkezési jog kifejezésre jut. A cselekvési autonómia a befolyástól mentes döntési jogot jelenti, amely kifejezésre juthat jogügyletek létrehozásában, szerződéskötésben, különböző jognyilatkozatok tételében, házasságkötésben, végrendekezésben, stb.”²⁸

Az orvos-beteg viszonylatában a beteg cselekvési szabadsága mára már igen nagy teret kapott, azonban ez nem mindig volt így. A korábban globálisan uralkodó paternalista felfogás szerint megengedhető az, hogy a páciens beleegyezésének hiányában az orvos az általa megfelelőnek tartott vizsgálatot/beavatkozást elvégezze.²⁹ Röviden megfogalmazva, a paternalista szemlélet szerint „az orvos meghozza a döntést, amelyet *közöl* a beteggel”.³⁰ A betegnek ebbe nincsen beleszólása, ebből kifolyólag orvoscentrikus az egész kommunikáció. A betegek függő viszonyban vannak szemben az egészségügyi szolgáltatóval, melyben a betegek véleményei, nyilatkozatai inkább zavaró, mintsem elősegítő körülményként értékelendők.³¹ Ez a fajta nézőpont láthatóan tehát a betegek önrendelkezési jogának tagadásának minősül.³² Ezzel „az orvos szava szent” gondolkodással szemben a betegközpontú felfogás magát a *személyt*, az egészségügyi szolgáltatást *igénybe vevőt* állítja fókuszba, hiszen ahogy azt Rendtroff és Kemp is megfogalmazza, „[a]z orvosetikai elvek sarokköve maga az emberi személy(iség)”.³³ Ennek megfelelően az orvos-beteg közti kommunikáció már nem egyoldalú, hanem nagyobb tér jut a betegnek, hogy kifejtse elvárásait, igényeit, illetve hogy megossza félelmeit, így az orvos-beteg kapcsolat mellérendelt viszonyba kerül.³⁴ Ahhoz azonban, hogy az ember szabadakarata kifejezésre jusson, s ezáltal tudjon dönteni saját testi integritása felől, *megfelelő és elegendő* információ

²² Kovács 2015, 235. p.

²³ Uo. 235-236. pp.

²⁴ Uo. 240 p.

²⁵ Uo.

²⁶ Ma már Alaptörvény.

²⁷ Kovács 2015, 240 p.

²⁸ 24/2014. (VII. 22.) AB hat. [140].

²⁹ Kovács 2015, 244. p.

³⁰ MÁLOVICS ÉVA – VAJDA BEÁTA – KUBA PÉTER: *Paternalizmus vagy közös döntés? Páciensek az orvos – beteg kommunikációról*. In: Hetesi Erzsébet – Majó Zoltán – Lukovics Miklós (szerk.): *A szolgáltatások világa*. JATEPress. Szeged, 2009. 253. p.

³¹ Uo. 255. p.

³² Kovács 2015, 244. p.

³³ Uo.

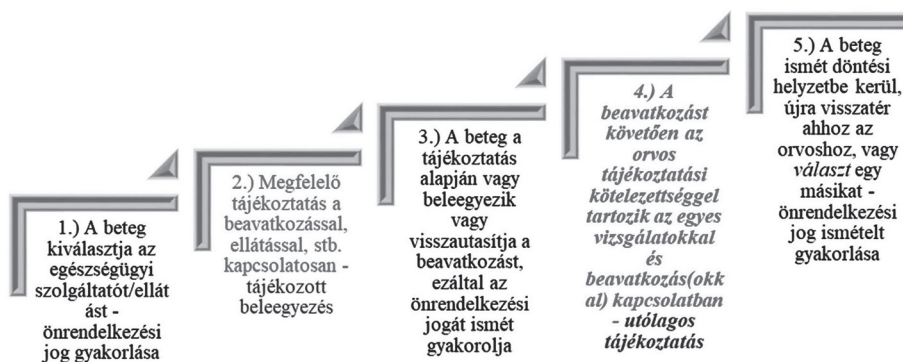
³⁴ MÁLOVICS – VAJDA – KUBA 2009, 253. p.

birtokában kell lennie egészségével kapcsolatban. Itt történik meg az önrendelkezési jog és a tájékoztatáshoz való jog átfedése.

1. Tájékoztatás és önrendelkezés a gyakorlatban, avagy a tájékoztatás alappillére az önrendelkezés

A tájékoztatáshoz való jog megjelenése a jogalkotásban egészen a XX. század közepére vezethető vissza. Az 1959. évi 8. tvr. tartalmazott elsőként szabályozást a beteg és hozzátartozójának megfelelő tájékoztatásáról, illetve a műtétek (írásbeli) beleegyezéséről. Később aztán az 1972. évi II. tv. célul tűzte ki egyes területek részletesebb szabályozását, ami a beteg tájékoztatásának követelményére, valamint a beleegyezésre is kiterjedt. 1972 után viszonylag hosszabb időt kellett várni, ugyanis a rendszerváltás időszakában még nem került sor új egészségügyi törvény megalkotására, ekkor még csak a meglévő rendeleteket módosították. Végül aztán az egészségügyi ellátórendszerben lévő hiányosságok és diszcrepanciákra való megoldásként született meg a ma is hatályos 1997. évi CLIV. tv az egészségügyről (továbbiakban: Eütv.)³⁵ Hazánkban jelenleg a tájékoztatáshoz való jogot az Eütv. 13-14. §-a rögzíti,³⁶ míg az önrendelkezési jogot a 15.§. Véleményem szerint e két nevesített jog nem véletlen került a törvényben közvetlen egymást követően implementálásra, hiszen kölcsönösen függnek egymástól.

1. sz. ábra



Az önrendelkezési jog és a tájékoztatáshoz való jog szimbiózisa (forrás: saját készítés)

„Az önrendelkezési jog az egészségügyi ellátással összefüggésben azt jelenti, hogy a betegnek joga van arra, hogy az egészségügyi ellátásával kapcsolatos döntési folyamatban részt vegyen... Az önrendelkezéshez való jog értelmében – fő szabály szerint – a cselekvőképes beteg – első lépésként – maga dönti el, hogy kíván-e egészségügyi ellátást igénybe venni és ha igen, akkor annak során milyen beavatkozások elvégzésébe egyezik bele, illetve melyeket utasít vissza. Az önrendelkezési jog tehát lényegében a kezelésbe történő *beleegyezés jogát* jelenti, ha a beteg nem adja beleegyezését a kezeléshez, akkor visszautasítja azt. A beteg

³⁵ DÓSA ÁGNES: *Összehasonlító egészségügyi jog (Orvosetikai kérdések jogi szemmel)*. Complex Kiadó. Budapest, 2012. 16-17. pp.

³⁶ A tájékoztatási kötelezettséget az Eütv. 134.§-135.§-a.

azonban a beleegyezés, illetve a visszautasítás jogát csak akkor tudja gyakorolni, ha olyan megfelelő tájékoztatást kapott *előtte*, amit a törvény részletesen szabályoz.”³⁷ Következésképpen, az átadott információ képezi magját az önrendelkezési jog gyakorlásának.³⁸

A szakirodalom legfőképpen a tájékoztatáshoz fűződő jogot, azon belül is a tájékozott beleegyezés intézményét részletezi rendkívül aprólékos módon.³⁹ Azonban, ahogy a folyamatára is mutatja, a tájékoztatáshoz és az önrendelkezéshez fűződő jog „nem áll meg” a tájékozott beleegyezés intézményével. Miután a beteg 3. lépésként gyakorolta önrendelkezési jogát – s ezáltal beleegyezett egy (invazív)⁴⁰ kezelésbe vagy vizsgálatba – ismét a tájékoztatáshoz fűződő jog lép előtérbe. Ezt a törvény a 13.§ (4) bekezdésében a következőképpen fogalmazza meg: „*A betegnek joga van megismerni ellátása során az egyes vizsgálatok, beavatkozások elvégzését követően azok eredményét, esetleges sikertelenségét, illetve a várttól eltérő eredményt és annak okait*”. A döntési folyamatábrából adódóan a törvény ezen rendelkezését az *utólagos tájékoztatás* intézményének tekintem utalva arra, hogy a beavatkozást *követően*, arra vonatkozóan és azzal kapcsolatosan történik a tájékoztatás. Tehát az *utólagos* kifejezés nem valamilyen kötelezettség hiányának pótlására vonatkozik, hanem időbeliséget jelöl a tájékoztatás folyamatában a vizsgálat, illetve a beavatkozáshoz képest. Álláspontom szerint ennek az intézménynek részletes megvizsgálására szükség van, hiszen a tájékoztatáshoz való jog részének tekintendő mégis vannak olyan részletei, amelyek rendkívül sajátosak és ezáltal további kérdéseket vetnek fel, amelyek nem csupán hazánkban, de nemzetközi szinten is megválaszolatlanok. Nem beszélve arról, hogy a döntéshozatali folyamat itt sem ér véget, ugyanis ez determinálja, hogy a beteg önrendelkezési jogát miként fogja gyakorolni a későbbiekben. Ahhoz, hogy az *utólagos tájékoztatásról* – az orvosi nyitottságról és őszinteségről – átlátható képet kapjunk, elengedhetetlen annak több oldalról való megközelítése, kezdve távolabbról – a probléma megközelítésének morális és etikai kérdéseitől – egészen a jog tartalmáig, majd törvényszöveg konkrét értelmezéséig, egészen a jogérvényesítés lehetőségéig.

IV. A deontológia és a konzekvencialista elméletek

Hogy tisztán lássuk az *utólagos tájékoztatás* intézményét, elsőként vissza kell nyúlni az az orvostika alapjaihoz, ahol a deontológia és a konzekvencialista/utilitarista elmélet kiválóan szemlélteti az igazság elmondásának morális aspektusait a klinikai gyakorlatban. Erre pedig azért is van szükség, mert ahogy a német szövetségi alkotmánybíróság is

³⁷ DÓSA – HANTI – KOVÁCSY: *Kommentár az egészségügyi törvényhez*. Wolters Kluwer. Budapest, 2016. 49. p.

³⁸ Uo. 42. p.

³⁹ Ilyen tájékozott beleegyezéssel foglalkozó szakirodalmak például: DÓSA ÁGNES: *A tájékozott beleegyezés az európai államok jogában és a nemzetközi dokumentumokban*. Acta Humana 1996/7. 25. 47–61. pp.; KOVÁCS JÓZSEF: *Tájékozott beleegyezés a sebészetben*. Magyar Sebészet MaSeb (67)2014/1. 3-8. pp.; ÉLŐ GÁBOR et al.: *A tájékozott beleegyezés jogi és etikai problémái*. Orvosi Hetilap (148)2007/25. 25. 1155-1162. pp.; KEGLEY, JACQUELYN ANN K.: *Challenges to informed consent*. EMBO reports (9)2004/5. 832-836. pp.; CHADHA, NEIL K. – REPANOS, COSTA: *How much do healthcare professionals know about informed consent? A Bristol experience*. The Surgeon (2)2004/6. 328-333. pp.; DOLGIN, JANET L.: *The Legal Development of the Informed Consent Doctrine: Past and Present*. Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics (19)2010/1. 97-109. pp.; CHARLES, W. LIDZ et al.: *Informed Consent: Legal Theory and Clinical Practice*. Oxford University Press. New York, 2001.

⁴⁰ Eütv. 3. § m) pontja szerint invazív beavatkozás: „a beteg testébe bőrön, nyálkahártyán vagy testnyíláson keresztül behatoló fizikai beavatkozás, ide nem értve a beteg számára szakmai szempontból elhanyagolható kockázatot jelentő beavatkozásokat”.

kifejtette határozatában „az orvos és beteg között létrejövő kapcsolatot – a jogi normák mellett – a foglalkozási etika szabályai irányítják”.⁴¹

A bioetika egy rendkívül fontos ága az orvostudománynak, amely irányt mutat a mindennapokban a megfelelő gyakorlathoz. Olyan értékeket és alapelveket fogalmaz meg, amelyek központi magját képezik a szakma gyakorlásának, továbbá olyan morális kérdésekkel foglalkozik, amelyek az orvosi kötelezettségek lehetséges összeütközésénél, illetve a kötelezettségek potenciális kimenetele során merül(het)nek fel.⁴² Másképpen megfogalmazva, az ovosetika – a páciens érdekeit figyelembe véve – az orvos választásán alapuló döntésekkel/cselekvésekkel, valamint az orvos feladataival és kötelezettségeivel kapcsolatban felmerülő morális kérdéseket vizsgálja. A gyakorlati etikán belül a helyes cselekvésre vonatkozó teóriáknak két típusa különböztethető meg: az egyik szerint az erkölcsi elv vagy szándék határozza meg egy cselekvés morális értékét, amely a cselekedetet determinálja, a másik szerint viszont a cselekedet következményei alapján lehet megállapítani egy cselekmény helyességét. A korábban említett etikai megközelítéseket deontológiai vagy szándéketikai teóriáknak, az utóbbit konzekvencialista vagy következményetikai elméleteknek szokás nevezni.⁴³ Jelen tanulmány témája és a két elmélet alapján a következő orvosi joggal kapcsolatos gyakorlati kérdés merülhet fel az utólagos tájékoztatás során: *ha egy orvos akár vizsgálatot, akár (invazív) beavatkozást végez – függetlenül, hogy sikeres volt-e vagy sem – meg kell-e adnia a tájékoztatást a beavatkozás folyamatáról és annak eredményéről? Igazat kell-e mondania a vizsgálat/beavatkozás kimeneteléről?*

1. A deontológia, valamint a konzekvencialista elmélet közelebbről

A deontológia elmélet elterjedése Immanuel Kant nevéhez fűződik, aki vallotta, hogy a szabályoknak mindig eleget kell tenni függetlenül a következményektől.⁴⁴ Ezt az elméletet, a „Legyen igazságosság, vesszen a világ!” mondással szokták kifejezni.⁴⁵ A deontológia, mint erkölcsi elmélet a kötelesség teljesítésén alapszik, amelynek az az alapelve, hogy minden erkölcsi szabályt be kell tartani. (Ezért is hívják magyarul kötelesség tanának/elméletnek).⁴⁶ A deontológia megközelítés szerint, ha minden erkölcsi szabályhoz teljes egészében alkalmazkodunk, akkor tekinthető az adott cselekedet értékesnek, morálisan helyesnek. Erkölcsi szabályok alatt azt értjük, amelyeket az emberi kultúra, a társadalom alakított ki az évezredek folyamán. Ezek túlnyomó részt általános érvényűek és nem csak az egyén helyes életvitelére irányulnak. Ilyen például: Ne lopj! Ne ölj! Ne hazudj! utasítások. Látható, hogy olyan szabályokról van szó, amelyek kategorikus jellegűek – tehát nem lehet őket áthágni – és javarészt tiltott formában jelennek meg.⁴⁷ Előfordulhat az az eset azonban, amikor a szabályokat pozitív formában határozzák meg, pl. a ne hazudj helyett, mindig mondj igazat utasítást adják. Az is lehet, hogy esetlegesen kevésbé szigorúan fogalmazzák

⁴¹ DÓSA ÁGNES: *Az orvos kártérítési felelőssége*. HVG-ORAC. Budapest, 2010. 62. p.

⁴² JHARNA, MANDAL – DINOOP, KOROL, PONNAMBATH – SUBHASH CHANDRA, PARIJA: *Utilitarian and deontological ethics in medicine*. Trop Parasitol (6)2016/1. 1. 5-7. p.

⁴³ SZOLCSÁNYI TIBOR: *Racionalitás és etika*. Iskolakultúra (17)2007/3. 121. p.

⁴⁴ REZI ELEK: *Bioetika kérdések erkölcsi megítélésének szempontjai*. Keresztény Magvető (108)2002/1. 63. p.

⁴⁵ Uo.

⁴⁶ Uo. 62. p.

⁴⁷ Uo.

meg, pl. azt mondják, hogy ritkán hazudj. Ez viszont nem adja vissza a várt eredményt, amelyben a deontológia képviselői hisznek. Véleményük szerint már az is érték önmagában, hogy a szabályokat betartják és a mondat pozitívra formálása jelentéstani különbségeket vet fel. A ne hazudj és a mindig mondj igazat nem értelmezhető ugyanúgy, mivel a hazugság nem azonos az igazság elhallgatásával.⁴⁸ Immanuel Kant álláspontja az volt, hogy minden embernek kötelessége az igazat mondani, még akkor is, ha az ártalmas lehet. Úgy vélte, hogy a hazugság nem csak az adott személyre, hanem az egész társadalomra káros, ezért az soha nem lehet kifogás. Ha a kár az igazság elmondásával következik be, akkor az balesetnek tekintendő a károkozó személy szankcionálása nélkül, míg a hazugságból származó kárért minden esetben annak okozója felel.⁴⁹ Kant következetes gondolkodása tehát az volt, hogy az igazság kimondása abszolút kötelezettség, még akkor is, ha az ártatlan emberek „sérelemét” eredményezi.⁵⁰ Ez a deontológia elméletre levetítve az orvosláson belül azt jelenti, hogy a kompetens betegeknek minden esetben el kell mondani az igazságot függetlenül a következményektől.⁵¹ Elmondható, hogy a deontológia atyja álláspontja alapján az utólagos tájékoztatásnál is az orvosnak minden esetben az igazat kell mondania.

A deontológia elméletet a konzekvencialista elmélettel – azon belül is az utilitarizmussal – szokták szembehelyezni, mivel ez utóbbi, a cselekmény eredménye alapján vonja le az egyén szándékát és ezáltal a cselekmény erkölcsiségét. A konzekvencialista elmélet attól egyedi, hogy még akkor is, ha a cselekedetek sokszor végeredményében a „nagyobb” jót szolgálják, azt tekinti morálisan helyesnek eltekintve attól, hogy legtöbb esetben ezen cselekmények az egyén szempontjából kedvezőtlenül hatnak.⁵² Vagyis az az erkölcsös és morálisan helyes döntés, ami végeredményében jó következményeket hoz a társadalom számára. A konzekvencialista elméleten belül szót kell ejteni az utilitarizmus (haszonelvűség) felfogásról. A két irányzat tulajdonképpen ugyanaz, sokáig szinonimaként használták őket, de mára már jobban körvonalazódott a különbség abban, hogy a konzekvencialista elmélet a következményesség aspektusait, míg az utilitarista szemlélet a társadalmi jót helyezi előtérbe. Tehát a haszonelvű szemlélet szerint a döntések meghozatala a legtöbb ember számára elért legnagyobb haszon figyelembevételével történik.⁵³ Az a helyes, ha maximalizáljuk a kollektív jólétet, az egyén jólétével szemben, vagyis haszonelvűség alapján hozott döntés az érintett egyének számára sérelemmel járhat, miközben a nettó eredmény a maximális haszon.⁵⁴ A haszonelvűség azt a morális teóriát célozza, hogy kizárólag egyetlen alapelv van az etikában, ami nem más, mint a hasznosság.⁵⁵ E szerint minden körülmények között meg kell teremteni a lehető legnagyobb egyensúlyt annak, hogy az értékek (boldogság) felülmúlják a negatív értékeket (boldogtalanságot).⁵⁶ Másképpen megfogalmazva, ha a cselekedet a boldogságot akarja elősegíteni, erkölcsileg helyesnek tekintendő, szemben azokkal a cselekedetekkel,

⁴⁸ REZI 2002, 62. p.

⁴⁹ YUSRITA, ZOLKEFLI: *The Ethics of Truth-Telling in Health-Care Settings*. Malaysian Journal of Medical Sciences (25)2018/3. 136. p.

⁵⁰ Uo.

⁵¹ Uo.

⁵² PETER, MACK: *Utilitarian Ethics in Healthcare*. The International Journal of the Computer, the Internet and Management (12)2004/3. 67. p.

⁵³ JHARNA – DINOOP – SUBHASH 2016, 5-7. pp.

⁵⁴ Uo.

⁵⁵ MACK 2004, 68. p.

⁵⁶ Uo.

amelyek boldogtalanságra ösztönöznek. Vagyis az eredmények határozzák meg a beavatkozás erkölcsiségét. Ezt véleményem szerint kiterjesztően kell értelmezni, ugyanis nem csak azokra vonatkozik, akik végrehajtják, hanem azokra is, akiket érint vagy érinthet az adott cselekedet.

1.1. Az orvosetikai elméletek relevanciája az utólagos tájékoztatásnál

Az előbb részletezett deontológia elméletnél már kifejtésre került, hogy az igazmondás minden esetben kötelessége az embernek – egészségügyi dolgozónak. Ez a fentebb megfogalmazott – utólagos tájékoztatással kapcsolatos – gyakorlati példa esetében sincsen másképpen. Az élet, az autonómia/önrendelkezés tiszteletének az elve és az igazságosság elve azok, amelyeket szem előtt kell tartania egy deontológiai felfogású orvosnak, ezek alapján kell a döntését meghozni, hogy az erkölcsileg helyes legyen. Vagyis el kell mondania, az adott vizsgálat/beavatkozás eredményét vagy hogy azok mennyire voltak sikeresek, vagy éppen sikertelenek. A konzekvencialista, illetve a haszonelvűség elmélete esetén már kissé komplikáltabb a helyzet. A haszonelvűség elmélete alapján, véleményem szerint az orvosnak be kell számolnia a beavatkozás/kezelés eredményéről eltekintve attól, hogy az milyen érzelmet vált ki az egyénből, vagyis a betegből. Az orvos őszintesége ugyanis nem kizárólag a beteget érinti, hanem a későbbiekben hozzá fordulókat is, hiszen az infokommunikációs eszközöknek köszönhetően egy orvos sikeressége vagy éppen sikertelensége futótűzként tud terjedni a társadalomban. Az őszinteséggel az orvos megadja annak a lehetőségét, hogy a későbbiekben a betegek tudjanak majd választani egy magasabb sikerességi rátával rendelkező orvost szemben egy kevésbé jártással vagy éppen fordítva. Továbbá megadja annak lehetőségét, hogy a páciensek tudják, mennyire nyílt és a cselekedeteiért felelősséget vállaló orvossal kerülnek, illetve kerülhetnek szembe. Az eredmény alapján az egyénnek lehetősége nyílik arra is, hogy tudja, mit kell tennie az egészségének megőrzése vagy éppen javítása érdekében. Egy kevésbé sikeres beavatkozás lehet gyógytornával, több pihenéssel vagy akár gyógyszereszedéssel korrigálható, de ha a tájékoztatás hiányzik, a beteg nem tud többet tenni, csak passzív résztvevője lesz a következményeknek. Röviden összefoglalva az őszinte igazmondással az orvos lehetővé teszi, hogy a beteg, illetve a közvetetten érintettek önrendelkezési jogukat befolyástól mentesen tudják gyakorolni. Az igazmondással az orvos, mind a beteg, mind a közvetetten érintettek érdekeit figyelembe veszi, miközben ő – vagyis az egyén – esetlegesen, de nem biztosan hátrányosan jön ki a helyzetből. A beavatkozás eredményességétől azért kell álláspontom szerint eltekinteni a haszonelvűség értelmében, mert mind a két esetben az orvos a páciens és a társadalmat helyezi előtérbe. A sikeres beavatkozásnál van annyi különbség, hogy ott az egyén (vagyis az orvos) *nem* kerül hátrányosabb helyzetbe, de az utilitarista és a konzekvencialista szemlélet szerint ennek nem is kell mindig így lennie. A sikeres beavatkozás utáni tájékoztatást követően a páciens elégedetten, boldogan távozik, amiből következik, hogy utána többen fognak az orvoshoz fordulni, ami társadalmilag hasznos. Az, hogy az egyén a tájékoztatásból pozitívan vagy negatívan jön ki meso vagy macro szinten nézve irreleváns, hiszen az orvos erkölcsileg jó döntést hozott a társadalom számára beleértve a beteget is. A legtöbb orvos azonban nem készült fel arra, hogy azt az alapelvet, ami hajtja őket belülről – vagyis ami az egyén (legyen az saját vagy a beteg) érdekét helyezi első helyre – megváltoztassák. Álláspontom szerint a fentebb levezetettek alapján bármely etikai teória megfelelő iránytű az utólagos tájékoztatás során, hiszen mind a kettő az igazság elmondását és az őszinteséget hivatott alátámasztani.

V. *A(z utólagos) tájékoztatáshoz való jog tartalma*

„A beteg tájékoztatáshoz való joga alapvető..., hiszen az információkhoz való hozzájutás módja, a kapott információk terjedelme, minősége a beteg egészségügyi ellátásának további alakulását is alapvetően meghatározza.”⁵⁷ Ezt az is alátámasztja, hogy „a beteg tájékoztatáshoz való jogát, illetve az egészségügyi dolgozó tájékoztatási kötelezettségét számos más ágazati jogszabály is rögzíti az általa szabályozott jogviszony vonatkozásában.”⁵⁸ A tájékoztatáshoz való joghoz kapcsolódóan megfogalmazott szabályok általános iránymutatóként szolgálnak, amelyek mind a tájékozott beleegyezés, mind az utólagos tájékoztatás intézményére is egyaránt vetíthetők. Fontos kiemelni, hogy a tájékoztatásra vonatkozó részletszabályok az Eütv. – ben több helyen jelennek meg, így ahhoz, hogy komplex képet lássunk az utólagos tájékoztatás intézményéről, többször segítségül kell hívni azokat.

Kérdésként merülhet fel az, hogy az általános tájékoztatásra vonatkozó részleteket egy az egyben át lehet-e emelni az utólagos tájékoztatásra vagy vannak olyan általánosként megfogalmazott szabályok, melyek mégis csak a tájékozott beleegyezés intézményére vonatkoznak. Éppen ezért a dolgozat következő fejezetében a 13. § (4) bekezdése – *„A betegnek joga van megismerni ellátása során az egyes vizsgálatok, beavatkozások elvégzését követően azok eredményét, esetleges sikertelenségét, illetve a várttól eltérő eredményt és annak okait”* – először tartalmilag kerül részletezésre – összehasonlítva az általános tájékoztatáshoz való joggal, azon belül is a tájékozott beleegyezéssel – azt követően pedig szóról szóra lebontva a nyelvtani és teleologikus értelmezés alapján kerül analizálásra.

1. *Tájékoztatás jogosultja, kötelezettje, időpontja, terjedelme, valamint módja és formája*

Elsőként érdemes tisztázni, hogy általánosságban ki a tájékoztatáshoz való jog jogosultja, illetve kötelezettje. Az Eütv. szerint a tájékoztatáshoz való jog „az egészségügyi ellátást igénybe vevő vagy abban részesülő személyt illeti meg,” vagyis a beteget.⁵⁹ Erre a törvény részletesebb leírást is tartalmaz és lehetőséget biztosít a cselekvőképes betegnek, hogy megnevezze azt a személyt, aki jogosult helyette a tájékoztatásra.⁶⁰ Az is előfordulhat, hogy a beteg cselekvőképtelen és nincsen olyan általa megnevezni kívánt cselekvőképes nyilatkozattételre jogosult személy, akit tájékoztatni lehetne. Erre vonatkozóan a törvény kimerítően tartalmaz felsorolást, hogy kit illethet meg a tájékoztatás joga.⁶¹ Véleményem szerint ez az utólagos tájékoztatásnál sincsen másképp, evidens, hogy ki a jogosult. A kötelezetti oldalon viszont már összetettebbek a szabályok. Tágan értelmezve kötelezett az egészségügyi dolgozó, vagyis „az orvos, a fogorvos, a gyógyszerész, a más felsőfokú egészségügyi szakképesítéssel rendelkező személy, az egészségügyi szakképesítéssel rendelkező személy, továbbá az egészségügyi tevékenységben közreműködő egészségügyi

⁵⁷ DÓSA – HANTI – KOVÁCSY 2016, 40. p.

⁵⁸ Uo.

⁵⁹ Eütv. 3. § a) pont.

⁶⁰ Eütv. 16. § (1) a) pont.

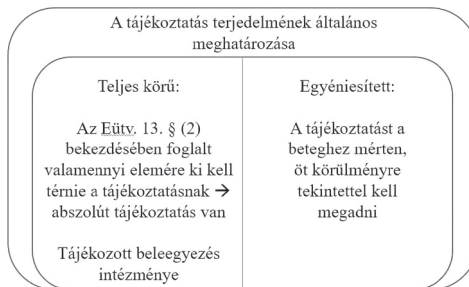
⁶¹ Eütv. 16. § (2) bek.

szakképesítéssel nem rendelkező személy.”⁶² Szűkebb értelemben, a tájékoztatás kötelezettje a kezelőorvos, amelyet véleményem szerint az utólagos tájékoztatásra is alkalmazni kell. Közlelebbről megnézve az Eütv. 13.§ (4) bekezdését látjuk, hogy a törvény betegjogként nevesíti az utólagos tájékoztatást, nem említve in concreto annak kötelezettjét, az Eütv. 134-135. § viszont részletesen leírja a tájékoztatás kötelezettjének a kezelőorvost. Tehát az Eütv. 13. § (4) bekezdésének kötelezettje csak a szűken értelmezett kezelőorvos lehet, melyet a Magyar Orvosi Kamara Etikai Kódexe VI. II. 5. 2) pontja is alátámaszt: „a tájékoztatás a kezelőorvos feladata és felelőssége.”⁶³

Ahogy azt az önrendelkezési jog fejezetében lévő folyamatábrán is lehetett látni, a tájékoztatás intézménye, onnantól kezdve, hogy a beteg egészségügyi szolgáltatót vesz igénybe több szakaszban is megjelenik. Éppen ezért a törvény nem is ad konkrét időpontot a tájékoztatásra vonatkozóan, hanem azt akként határozza meg, hogy annak folyamatosnak⁶⁴ kell lennie: először a betegfelvétel során kell tájékoztatni a beteget, ezt követően a különböző eljárások, kezelések vagy a szükséges beavatkozások megkezdése előtt és után, végezetül pedig még mielőtt a beteg elhagyná az egészségügyi intézményt.⁶⁵ A tájékoztatásnak meg kell tehát történnie minden esetben, továbbá akkor is, ha azt a beteg kéri.⁶⁶

A tájékoztatás terjedelmének van egy általános és egy részletes meghatározása.⁶⁷ Az általános meghatározás arra vonatkozik, hogy „a tájékoztatásnak teljes körűnek és egyéniesített formában megadottnak kell lennie.”⁶⁸ A teljes körű tájékoztatás követelménye azt célozza, hogy a vizsgálat/beavatkozás *előtt mire* kell terjednie a tájékoztatásnak.⁶⁹ Ezt az Eütv. 13. § (2) bekezdése a) – i) pontjában taxatív soroja fel. Tehát a törvény kimerítően soroja fel azokat a tartalmi elemeket, amelyekről mindenképpen kell tájékoztatni a beteget, amennyiben azok a beavatkozással összefüggésben állnak. Ez alapján elmondható, hogy a teljes körű tájékoztatás a tájékozott beleegyezés intézményére szűkül, azt nem lehet tágan értelmezni és az utólagos tájékoztatásra vetíteni.

2. sz. ábra



A tájékoztatás terjedelmének általános meghatározása (forrás: saját készítés)

⁶² Eütv. 3. § d) pont.

⁶³ Magyar Orvosi Kamara Etikai Kódexe.

⁶⁴ POGÁNY 2007, 55. p.

⁶⁵ MARSOVSZKI ÁDÁM: *Amiről nem tudunk az nem fáj? A tájékoztatáshoz való jog érvényesülése az egészségügyi ellátások igénybevétele során.* In: Keresztes Gábor (szerk.): Tavasz Szél 2016. I. kötet. Doktoranduszok Országos Szövetsége. Budapest, 2016. 280. p.

⁶⁶ Uo.

⁶⁷ DÓSA – HANTI – KOVÁCSY 2016, 40. p.

⁶⁸ Uo.

⁶⁹ Uo.

A tájékoztatás terjedelmének részletes meghatározása arra vonatkozik, hogy *miről* kell tájékoztatni a beteget, amíg egészségügyi ellátást vesz igénybe.⁷⁰ A törvény különböző tájékoztatáshoz fűződő jogot említ, és ezek egyikeként jelenik meg az utólagos tájékoztatás intézménye.

3. sz. ábra

A tájékoztatás terjedelmének részletes meghatározása	
Eütv. 13. § (2) a) – i)	Tájékozott beleegyezés
13. § (4)	Utólagos tájékoztatás
13. § (6)	Tájékoztatás az ellátásban közreműködők nevééről, szakképesítéséről, beosztásáról
13. § (9)	Tájékoztatás az ellátás térítési díjáról

A tájékoztatás terjedelmének részletes meghatározása (forrás: saját készítés)

Annak ellenére, hogy a tájékoztatáshoz való jog alatt a törvény elsőként határozza meg a teljes körűséget egyfajta iránymutatóként, az nem terjed ki az utólagos tájékoztatásra, hanem az csak a tájékozott beleegyezés intézményét hivatott szabályozni. Ennek dogmatikai meghatározása a dolgozat központi kérdését veti fel: vajon az utólagos tájékoztatásnak is teljes körűnek kell lennie? Ha igen, ebben a kontextusban mit nevezünk teljes körűnek? Mennyire részletekbe menően kell megadni a tájékoztatást, ha a tájékozott beleegyezésnél a jogalkotó tételesen határozta azt meg?

A tájékoztatás terjedelmének tartalmát a bírósági gyakorlat tovább bővítette, és megállapította, hogy a beteg betegségéről és állapotáról történő tájékoztatásnak tárgyilagosságnak, részletesnek, körültekintőnek és a valóságnak megfelelőnek kell lennie.⁷¹ Bár a bíróságnak ezen EBH 2001. 428. számú döntése a tájékozott beleegyezés intézményével kapcsolatban került megfogalmazásra, úgy gondolom, hogy ez az egyben alkalmazható az utólagos tájékoztatás során. Itt meg kell említeni az Magyar Orvosi Kamara Etikai Kódexe VI. II. 5. 3) pontját is, ami hasonlóan a bíróság döntéséhez azt fogalmazza meg, hogy „a tájékoztatás legyen a valóságnak megfelelő, tárgyilagosa és őszinte.” Annak a megítélése viszont, hogy a tájékoztatásnak milyen mélységbe menően kell részletesnek lennie a következő fejezetekben kerülnek tisztázásra. Ahogy az fentebb említésre került, a tájékoztatás terjedelmében fontos szerepet játszik az egyéniesített formában megadott tájékoztatás, amelyet álláspontom szerint az utólagos tájékoztatás intézményére is alkalmazni kell. Az egyéniesített forma követelményét a joggyakorlat hosszú idő alatt munkálta ki, ugyanis annak meghatározása, hogy a tájékoztatás jogosultja az átlag-ember vagy az érintett beteg, éveken át vitatott volt. Mára már az osztrák, német és a svájci bírói gyakorlat egységesen azon

⁷⁰ DÓSA – HANTI – KOVÁCSY 2016, 40. p.

⁷¹ EBH 2001. 428.

az állásponton van, hogy az ügyben érintett beteget kell a kiindulópontnak tekinteni, nem pedig a józanul gondolkodó, átlagembert.⁷² Ezt az irányvonalat követi az Eütv. is, amikor kimondja, hogy egyéniesített formában kell megadni a beteg számára a tájékoztatást.⁷³ Az egyéniesített formában történő tájékoztatás megadása azt is jelenti, hogy azt az ügyben érintett beteg számára érthető módon kell megadni, amelynek során öt kritériumot kell figyelembe venni: életkor, iskolázottság, ismeretek, lelki állapot, valamint az e tekintetben megfogalmazott kívánság.^{74,75} E kritériumokkal kapcsolatban kiemelendő, hogy ezek nem korrelálnak egymással, egyik megléte nem feltételezi a másik meglétét.⁷⁶ Például, az iskolai végzettség még nem feltételezi azt, hogy a beteg elegendő ismerettel rendelkezik állapota vagy éppen a betegsége felől, így mindegyiket külön kell vizsgálni.⁷⁷ Az életkor és iskolázottság kritériuma, mint objektív tényező egyfajta mérceként szolgál,⁷⁸ amelyre az ágazati jogszabályok pontos leírást tartalmaznak, így azok figyelembevétele nem okoz nehézséget. A probléma az őket követő három szubjektív kritériummal van, hiszen azok megítélése a tájékoztatást végző személynek rendkívül nehéz.⁷⁹ Azokat az orvos csak akkor tudja figyelembe venni, ha a beteg nyíltan és őszintén kommunikál vele. Itt jön be a mellérendelti viszony jelentősége, hiszen az orvos és a beteg ebben a szituációban egymásra (is) vannak utalva. Az orvos úgy tudja tájékoztatáshoz való jogát a törvényben foglaltaknak megfelelően gyakorolni, ha előtte a beteg is megfelelő és elegendő információval szolgált. A törvény ezen része meglátásom szerint, alátámasztja a betegközpontú felfogás jelenlétét Magyarországon, nem engedve, hogy információs aszimmetria legyen az orvos miatt. Az egyéniesített formában megadott tájékoztatás során a legnagyobb kihívást egyébként a lelki állapot megítélése okozza nem beszélve arról, hogy az „időben változó lehet, [ezért még] tájékoztatás előtt – a törvény szövegéhez ragaszkodva – fel kell mérni a beteg aktuális lelkiállapotát és a tájékoztatást ennek megfelelően kell megadni.”⁸⁰ Adódik a kérdés, hogy a tájékoztatást időben a fenti kritériumok figyelembevételével el lehet-e halasztani, netán azok valamelyike – főként a lelki állapot – a tájékoztatási kötelezettség alól adhat-e felmentést? Annak ellenére, hogy a beteg lelki állapotának a felmérése sokszor nehézségbe ütközik, az még nem alapos ok arra, hogy a kezelőorvos mentesüljön a tájékoztatási kötelezettség alól, csupán „arra lehet indok, hogy a tájékoztatást vagy annak egy részét egy későbbi időpontra halasszák.”⁸¹ A beteg mentális instabilitása nem adhat felmentést az igazság közlése alól, így arról előbb vagy utóbb tudomást kell szereznie a kezelőorvostól. A kérdés továbbra is az, hogy milyen mélységben.

A tájékoztatás módjával kapcsolatban kifejezett tételes rendelkezést sem az Eütv. sem pedig az Magyar Orvosi Kamara Etikai Kódexe nem tartalmaz. Az Eütv. 134.§ (3) bekezdése

⁷² DÓSA 2010, 207. p.

⁷³ Eütv. 13. § (1) bek.

⁷⁴ Eütv. 13.§ (8) bek.

⁷⁵ Magyar Orvosi Kamara Etikai Kódexe VI. II. 5. 6) pontja továbbá kimondja, hogy az orvosnak a tájékoztatás során figyelembe kell vennie a beteg személyiségét, tűrőképességét, valamint egyéb körülményeit. Ezzel párhuzamosan az Eütv. 135.§ (1) bekezdése az orvos a tájékoztatási kötelezettségének előírja, hogy a tájékoztatást körültekintően, szükséges esetben fokozatosan, a beteg állapotára és körülményeire tekintettel kell végeznie.

⁷⁶ DÓSA – HANTI – KOVÁCSY 2016, 41. p.

⁷⁷ Uo.

⁷⁸ Uo.

⁷⁹ Uo.

⁸⁰ Uo.

⁸¹ Uo.

a tájékoztatási kötelezettségek alatt a tájékoztatás formáját illetően mindösszesen annyit ír, hogy „a szóbeli tájékoztatás nem helyettesíthető az előre elkészített általános ismertető segédanyagok átadásával.” Az Eütv. ezen §-át azért is érdemes kiemelni, mert rendkívül explicit módon került megfogalmazásra, amelyre való hivatkozás a gyakorlatban nagy jelentőséggel bír.⁸² Az Eütv. 134. § (3) bekezdéséhez hasonló megállapítást tett a Legfelsőbb Bíróság, amikor döntésében megállapította, hogy a műtéthez való hozzájárulás *aláírása* önmagában nem alkalmas annak bizonyítására, hogy a tájékoztatás ténylegesen megtörtént.⁸³ Az Eütv. önrendelkezéshez való joghoz tartozó §-aiban találunk előírást arra, hogy a beteg milyen módon adhatja meg *hozzájárulását/beleegyezését*, az őt érintő kivizsgálásokkal és kezelésekkal kapcsolatosan. Ez történhet szóban, írásban, vagy ráutaló magatartással.⁸⁴ Az orvos szemszögéből történő információ átadása ráutaló magatartással fogalmilag kizárt, hiszen ahogy fentebb kifejtésre került, a tájékoztatásnak tárgyilagosnak, részletesnek, körültekintőnek és a valóságnak megfelelőnek kell lennie, ezeket pedig értelemszerűen ráutaló magatartással nem lehet megtenni. Kérdésként merülhet fel az orvos oldalán, hogy vajon az írásbeli és a szóbeli tájékoztatás megadhatók-e vagylagosan, vagy ezek konjunktíve kell, hogy teljesüljenek. Ahogyan az a törvény szövegéből is látható, más megítélés alá esnek azok a tájékoztatások, amelyek invazív beavatkozással kapcsolatosak, szemben azokkal, amelyek rutinszerű vizsgálatok. Az előbbihez „a beteg írásbeli vagy – amennyiben erre nem képes – két tanú együttes jelenlétében, szóban vagy más módon megtett nyilatkozata szükséges,”⁸⁵ tehát nem elegendő a szóbeliség önállóan. (Ezen túlmenően az önkéntes pszichiátriai kezelésre irányuló kérelem esetén kell az írásbeli forma.)⁸⁶ Ebből is látszik, hogy kiemelt figyelmet fordít a jogalkotó az invazív beavatkozásokhoz tartozó előzetes tájékoztatásra és szigorúbb előírásokat fogalmaz meg. Ez nem véletlen, hiszen ahhoz, hogy a páciens az orvos tevékenységéből fakadó kockázatot át tudja vállalni, megfelelően kell tájékoztatni. Az utóbbihoz mivel a törvény nem követeli meg *expressis verbis* az írásbeliséget, így a szóbeli tájékoztatás elegendő (lehet). Összefoglalva, az invazív beavatkozásokhoz szóbeli és írásbeli tájékoztatás szükséges, míg a rutinszerű, egyszerűbb vizsgálatokhoz – esetleg nem invazív beavatkozásokhoz – csak a szóbeli tájékoztatás elegendő. A szóbeli tájékoztatásnak minden esetben meg kell történnie, amely a vizsgálat/beavatkozás előttre és utánra is igaz.

Korábban már említettem, hogy a gyakorlatban a legtöbb pert a tájékoztatáshoz való jog megsértésére – azon belül is a tájékoztatás hiányára – hivatkozva indítják meg, amelynek során az egészségügyi szolgáltatót terheli a bizonyítási kötelezettség. Általánosságban elmondható, hogy a tájékoztatást szóban elegendő megtenni, de „a bizonyíthatóság miatt érdemes [az írásbeliségre] törekedni nem kötelező esetben is, és azt a beteggel dokumentálható formában elismertetni...”⁸⁷ Éppen ezért a joggyakorlat kialakította a vizsgálat, illetve a beavatkozás előtti információ csere módszerét, amely szerint nem csak a beteg számára érthetően, de a lehető legrészletesebb – szóbeli és írásbeli – felvilágosítást kell adnia

⁸² Lásd például a Nyiregyházi Törvényszék 6.P.22.376/2011/76. számú ügyét. (forrás: www.birosag.hu).

⁸³ BH 2003.17.

⁸⁴ Eütv. 15.§ 3) bek., Eütv. 15.§ 4) bek.

⁸⁵ Eütv. 15.§ (5) bek.

⁸⁶ DÓSA – HANTI – KOVÁCSY 2016, 50. p.

⁸⁷ DÓSA ÁGNES – HANTI PÉTER – KOVÁCSY ZSOMBOR: *Nagykommentár az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvényhez*. Wolters Kluwer, Budapest, 2022. <https://uj.jogtar.hu/#doc/db/372/id/A15Y1575.KK/ts/20220901/lr/chain2303> (letöltve: 2022.12.05.).

az orvosnak ahhoz, hogy a beteg el tudja dönteni milyen beavatkozásba vagy eljárásba egyezik bele.⁸⁸ Álláspontom szerint az utólagos tájékoztatás intézményénél is érvényesülnie kell a szóbeli és írásbeli tájékoztatásnak, amelyet a Pesti Központi Kerületi Bíróság 10.P.92.258/2012/106. számú, valamint a Tatabányai Törvényszék 20.P.20.0782017/31. számú ügyei szemléltetnek a legjobban. Az előbbiben a PKKB kimondta, hogy „anyagi, polgári jogi szempontból az alperesek magatartásának a megítéléséhez azt a tájékoztatást is figyelembe kell venni, amit az alperesek a felperes részére szóban nyújtottak.”⁸⁹ Vagyis a szóbeli tájékoztatásnak egyértelműen meg kell lennie. Az utóbbi ügyben a Tatabányai Törvényszék az utólagos tájékoztatás kapcsán rögzítette, hogy „önmagában az a tény, hogy a beteg a kapott szóbeli tájékoztatás alapján szubjektíven nem szerez bizonyosságot az egészségi állapotával kapcsolatos vizsgálati eredményről, s az írásos vizsgálati eredmény hiányában nincs lehetősége a számára megnyugtató válaszok (felülvélemény) beszerzésére, alkalmas arra, hogy a beteg közérzete – lelki állapota – romoljon, feszült, bizonytalan legyen”,⁹⁰ ami végül egy megalapozott ok volt arra, hogy az alperest a bíróság sérelemdíj megfizetésére kötelezze. Ami miatt érdekes az utóbbi ügy, az az, hogy az egészségügyi dokumentáció megismeréséhez való jog megsértése *mellett* került hivatkozásra a tájékoztatáshoz való jog megsértése úgy, hogy a betegen nem invazív beavatkozást végeztek. Meglátásom szerint ez az ügy kiválóan szemlélteti az írásbeli tájékoztatás meglétének fontosságát, – függetlenül attól, hogy a törvény kifejezetten nevesíti-e, vagy sem – másrészről azt, hogy az orvos írásbeli tájékoztatása és az orvos dokumentációs kötelezettsége a gyakorlatban nem válnak el élesen egymástól, amelynek dogmatikai kérdései további kutatást igényelnek. Elmondható, hogy az egész egészségügyi ellátás során *végig* a tájékoztatásnak mindenképpen meg kell történnie szóban, szóban és írásban a törvényben meghatározott esetkörökben, valamint akkor, ha az orvos – könnyebben – szeretne mentesülni a felelősség alól.

VI. Az utólagos tájékoztatás – 13. § (4) bek. – jogértelmezés tükrében

A komplex kép érdekében, magát a 13. § (4) bek.-ét kell jogértelmezési vizsgálat tárgyává tenni. A jogértelmezés azért szükséges, mert ahogy Hans-Georg Gadamer általános szabályként megfogalmazta, „egy jogi normaszövegben soha nincs eleve benne annak teljes értelme, hanem azt a norma alkalmazását felhívó esetekben a különböző kontextusok felelevenítésével részben újra kell alkotnia az értelmezőnek.”⁹¹ Vagyis a jogalkalmazónak kell megtöltenie és megfelelő értelmet adnia a normaszövegnek⁹² ahhoz, hogy a konkrét szituációban releváns, illetve alkalmazható legyen. A megfelelő értelem elnyerése érdekében „a 14 értelmezési módszer, illetve azok következő konkrét technikái”⁹³ közül a nyelvtani értelmezés és a teleologikus értelmezés módszereit hívtam segítségül. A nyelvtani értel-

⁸⁸ LANGMÁR ZOLTÁN et al.: *Hogyan javítható a páciensek tájékozottsága a végzett műtétek kapcsán? – Megfontolások a mindennapi gyakorlat számára.* Orvosi Hetilap (151)2010/20. 822-827. pp.

⁸⁹ Pesti Központi Kerületi Bíróság 10.P.92.258/2012/106. sz. (forrás: www.birosag.hu).

⁹⁰ Tatabányai Törvényszék 20.P.20.0782017/31. sz. (forrás: www.birosag.hu).

⁹¹ TÓTH J. ZOLTÁN: *A jog (jogi norma) mint nyelvi jelenség. Jogértelmezés.* In: Tóth J. Zoltán (szerk.): *Jogalkotás-tan – Jogdogmatikai és jogszabályszerkesztési ismeretek.* Dialóg Campus Kiadó. Budapest, 2019. 60-61. pp.

⁹² TÓTH 2019, 61. p.

⁹³ Uo. 68. p.

mezés során, a szemantikai (szótani, jelentéstani), a szintaktikai (mondattani), valamint az egyéb szakmai – ez esetben az orvosi szakma – (jelentés szerinti) értelmezési technika az, ami alapján történik az elemzés. A szemantikai értelmezési technikára azért van szükség, mert azt össze kell hasonlítani az orvosi szakma szerinti értelmezéssel. Itt meg kell jegyezni, hogy ebben az esetben az orvosi szakma szerinti értelmezés nem a sajátos *terminus technikusok* miatt szükséges, hanem azért, mert egy-egy szó megítélése másként értékelendő a köznyelv szerint, valamint az orvosi berkeken belül.

Az Eütv. 13. § (4) bek. első fele „*A betegnek joga van megismerni ellátása során az egyes vizsgálatok, beavatkozások elvégzését követően...*” álláspontom szerint egyértelmű jelentéstartalommal bír, mind nyelvtanilag, mind teleologikusan. Egyértelmű, hogy a beteg, amíg egészségügyi ellátást vesz igénybe, jogosult rutinszerű/egyszerű vizsgálat, illetve invazív vagy nem invazív beavatkozás utáni tájékoztatásra. A dogmatikai és etikai kérdések a normaszöveg második felében keletkeznek, ami a következőképpen szól „... *azok eredményét, esetleges sikertelenségét, illetve a várttól eltérő eredményt és annak okait*”.⁹⁴ Az *eredmény* nem más, mint a *cselekvés, folyamat végső következménye*⁹⁵ a szemantikai értelmezés szerint. Ezt úgy gondolom nem kell az orvosi szakma szerint értelmezni, a két fogalom nem válik el egymástól. A vizsgálat/beavatkozás eredményéről, tehát magának a cselekvés tényéről utóbb tájékoztatni kell a beteget. Ez egyfajta általánosság, ez alól nincsen kivétel. A *sikertelenség valaminek a sikertelen volta, a siker hiányát* jelenti.⁹⁶ A sikertelenség az orvosi szakmán belül más értelmezést nyer, mint a hétköznapi környezetben és ebből adódhat etikai és dogmatikai kérdés. Ami sikertelennek tűnhet a való életben, az sikeresnek minősülhet az orvosi szakmában. A betegségek, tünetek, szövődmények többféleképpen kezelhetőek, gyógyíthatóak és nincs olyan meghatározás, hogy csak egyféleképpen lehet megoldani a beteg „problémáját”. A „probléma” megoldására sincsen előírva feketén-fehéren, hogy mi a jó és mi a rossz, annak árnyalt megoldásait is elfogadja az orvostudomány. A sikertelenség kifejezés így látható, hogy olyan szubjektív kategóriába kerül, amelynek megítélése rendkívül nehéz. A *várttól eltérő eredmény* normaszöveg részlete nyelvtanilag világos jelentéstartalommal bír, míg orvosi szempontból – hasonlóan a sikertelenséghez – összetett. Az *annak* kifejezés nagy jelentőséggel bír a nyelvtani értelmezés során, ugyanis a névmási kötőszó e szerint az értelmezés szerint a *várttól eltérő eredményre* vonatkozik, holott feltételezhető, hogy a jogalkotó szándéka nem csak erre az egy esetre terjedt ki. Itt jön be az objektív teleologikus értelmezés alkalmazásának szükségessége, amely „a normát objektív (...a szövegből magából következő objektív) célja fényében értelmezi.”⁹⁷ Mivel a jogalkotó azt hivatott elősegíteni, hogy a beteg a lehető legtöbb információ birtokába jusson az ellátása során folyamatosan, ezért a társadalmi rendeltetésen alapuló értelmezés alapján az *esetleges sikertelenség és a várttól eltérő eredmény okairól* jogosult tájékoztatást kapni a beteg, nem csupán az előbbiről. A normaszöveg utolsó szava az *ok(ai)* nem jelent mást, mint a *mozgás, változás, történés előidőzését*,⁹⁸ amelynek az elemzése az orvosi szakma szemszögéből a tekintetben bír relevanciával, hogy minek az okairól jogosult tájékoztatást kapni a beteg. A teleologikus értelmezés fényében bármi,

⁹⁴ Eütv. 13. § (4) bek.

⁹⁵ JUHÁSZ JÓZSEF et al.: *Magyar értelmező kéziszótár A-K*. Akadémiai kiadó. Budapest, 1972. 327. p.

⁹⁶ JUHÁSZ JÓZSEF et al.: *Magyar értelmező kéziszótár L-ZS*. Akadémiai kiadó. Budapest, 1972. 1206. p.

⁹⁷ JAKAB ANDRÁS: *A bírói jogértelmezés az Alaptörvény tükrében*. Jogesetek Magyarázata 2011/4. 86. p.

⁹⁸ JUHÁSZ 1972, 1030. p.

ami összefüggésben van a sikertelenséggel/nem várt eredménnyel magyarázatot igényel, legyen az objektív, az orvosi magatartáson kívüli esemény vagy az orvos magatartása miatt bekövetkezett esemény. A lényeg, hogy magyarázatra kerüljön az a kiváltó ok, ami predesztinálta a negatív kimenetelt.

1. Eütv. 13. § (4) bek. és MOK Etikai kódex VI. II. 6. (3) bek. összehangolása

Az Eütv. 7.§ (2) bek.-nek megfogalmazása szerint akkor megfelelő az orvos ellátása, „ha az az adott egészségügyi szolgáltatásra vonatkozó szakmai és etikai szabályok, illetve irányelvek megtartásával történik.” Ez alapján nem vitás – ahogy korábban többször is történt rá utalás –, hogy az Eütv. 13. § (4) bekezdéséhez az Orvosi Etikai Kódex II. 5. A betegek tájékoztatása cím alatt lévő pontokat is megfelelően kell alkalmazni. Kiemelendő viszont, hogy a II. 6. A tájékoztatáson alapuló beleegyezés címe alatt lévő (3) bekezdés az, ami egyfajta „párhuzamban” áll az utólagos tájékoztatás intézményével.

1. sz. táblázat

Eütv. 13. § (4) bekezdés	MOK Etikai kódexe II. 6. (3)
A betegnek joga van megismerni ellátása során az egyes vizsgálatok, beavatkozások elvégzését követően azok eredményét, esetleges sikertelenségét, illetve a várttól eltérő eredményt és annak okait.	<i>Az érintetteket a kezelésbe való beleegyezésük előtt, a kezelés alatt és után is megfelelően tájékoztatni kell – ideértve az előre nem látható következményekről, a nem kívánatos, illetve mellékhatásokról és az ellátás során bekövetkezett tévedésekről és elkövetett hibákról szóló tájékoztatást is.</i>

Eütv. 13. § (4) bek. és a MOK Etikai Kódex VI. II. 6. (3) bek.-nek összevetése (forrás: saját készítés)

Látható, hogy az Orvosi Etikai Kódex más fogalmakat használ a tájékoztatás kapcsán. Míg az Eütv.-ben az utólagos tájékoztatás tágan került megfogalmazásra, addig az Etikai Kódex rendkívül szűken, az orvosi magatartással összefüggésben elkövetett tévedést és hibát veszi alapul. A viszonylag rövid, tömör megfogalmazáshoz képest nincsen egyértelműen meghatározva, hogy milyen mértékű tévedésről vagy hibáról van szó. Csak általános megfogalmazást tartalmaz.

VII. Az Eütv. 13. § (4) bekezdése – az utólagos tájékoztatás – a gyakorlatban

Az interneten elérhető anonimizált bírósági döntéseket megvizsgálva megállapítható, hogy összesen 54 darab bírósági határozatban⁹⁹ hivatkoztak a 13. § (4) bekezdésére. Ezen bírósági határozatok közül összesen 46 darab az, amely polgári jogi vonatkozású, ezért kutatásom során ezeket tanulmányoztam, három általam központinak tartott kérdést megvizsgálva. Az első, hogy milyen ügyek kapcsán merült fel az orvos utólagos tájékoztatása. A második, hogy az önrendelkezési jogra való hivatkozás – mint sérelmezett jog – milyen gyakran

⁹⁹ <https://eakta.birosag.hu/anonimizalt-hatarozatok> (letöltve: 2021.09.06.).

szerepel, egyáltalán hivatkoznak-e rá a tájékoztatáshoz való jog sérelme mellett. A harmadik pedig, hogy mennyire szorosan kapcsolódik az utólagos tájékoztatás az egészségügyi dokumentáció megismeréséhez való joghoz.

Az első és legfontosabb megállapítás az, hogy az esetek közel 35%-ban – 16 határozat¹⁰⁰ – az utólagos tájékoztatás intézménye vagy a tájékozott beleegyezés mellett került „beemelésre” – ebből kifolyólag az Eütv. 13.§-ának teljes vagy nagyobb része a tájékoztatáshoz való jog kapcsán jogalapként szolgált – és/vagy olyan általánosan hivatkoztak rá, hogy az álláspontom szerint nem bírt az ügyben relevanciával. Az ítéletek fennmaradó közel 65%-ában – 30 határozat¹⁰¹ – indokolt volt az Eütv. 13.§ (4) bekezdésére való hivatkozás. Ami másodikként kiemelendő, hogy az orvos őszinteségével kapcsolatban a tekintetben merült fel kérdés, hogy a vizsgálat/beavatkozás eredményét maga az orvos miként értékelte szemben a beteggel, milyen „utasítással” látta el a további teendőkről. Az utólagos tájékoztatás elmaradására való hivatkozás rendszerint egy folyamat középső „eleme” volt, ezért több felperes is utalt arra, hogy ha az orvos megfelelő tájékoztatást adott volna a vizsgálat eredményéről, másképpen döntöttek volna a későbbiekben az esetleges további kezelésekről, beavatkozásokról, ami szerintük megalapozta az önrendelkezési joguk sérelmét. Erre az általam kiemelt és az utólagos tájékoztatás kapcsán fontosnak tartott 30 határozatban közel 11 alkalommal¹⁰² hivatkoztak, vagyis az esetek több, mint 35%-ban. A harmadik megállapítás az, hogy az esetek közel 40%-ban¹⁰³ a tájékoztatáshoz való jog mellett az egészségügyi dokumentációhoz való jog megsértésére is hivatkoztak. Ezt azért is fontos látni, hogy tudjuk, amint felmerül az orvos részéről az írásbeli tájékoztatás elmaradása, egyből egy másik – az egészségügyi dokumentáció megismeréséhez való jog – sérelme

¹⁰⁰ Debreceni Törvényszék 10.P.21.648/2009/44.; Nyíregyházi Törvényszék 6.P.22.376/2011/76.; Fővárosi Törvényszék 33. P/P-III. 21.763/2006/145.; Tatabányai Törvényszék 5.P.21.371/2013/71.; Bács-Kiskun Megyei Bíróság, Kecskemét 14.P.21.646/2006/54.; Kúria Pfv.III.21.206/2013/4.; Bács-Kiskun Megyei Bíróság, Kecskemét 2.P.21.520/2005/28.; Békés Megyei Bíróság, Gyula 9.P.20.030/2009/66.; Kúria Pfv.III.20.603/2018/4.; Kúria: Pfv. III.20.881/2011/5.; Fővárosi Törvényszék: P.21350/2015/23.; Győri Ítéltábla Pf.III.20.074/2016/3.; Somogy Megyei Bíróság 21.P.20.713/2009/80.; Kúria Pfv.III.21.845/2018/9.; Kaposvári Járásbíróság 14.P.20.699/2014/21/II.; Zala Megyei Bíróság 2.Pf.20.590/2010/6. (forrás: www.birosag.hu).

¹⁰¹ Veszprém Megyei Bíróság 5.P.21.715/2007/122.; Fővárosi Ítéltábla 8.Pf.21.205/2012/5.; Fővárosi Ítéltábla 7.Pf.20.317/2012/3.; Zalaegerszegi Törvényszék 6.P.20.390/2010/101.; Szegedi Ítéltábla Pf.III.20.450/2011/4.; Debreceni Ítéltábla Pf.I.20.580/2009/5.; Kúria Pfv.III.21.127/2019/6.; Pécsi Törvényszék 15.P.20.313/2013/238.; Pécsi Ítéltábla Pf.III.20.080/2018/5. szám (a Pécsi Törvényszék és a Pécsi Ítéltábla ügyét egynek számoltam, ugyanis ugyanaz az ügy került fellebbezési fórum elé); Fővárosi Törvényszék P.25905/2010/26.; Kúria Pfv. III.20.254/2012/8.; Győri Ítéltábla Pf.II.20.179/2012/5.; Szegedi Ítéltábla Pf.III.20.160/2011/8.; Zalaegerszegi Törvényszék 6.P.20.884/2009/88.; Zalaegerszegi Törvényszék 6.P.20.737/2014/46.; Fővárosi Törvényszék, mint másodfokú bíróság 61.Pf639099/2018/9.; Debreceni Ítéltábla Pf.I.20.533/2021/6.; Fővárosi Törvényszék, mint másodfokú bíróság 41.Pf639732/2018/8.; Kúria Pfv.VIII.20.151/2019/10.; Pécsi Ítéltábla Pf.VI.20.060/2020/5.; Kúria Pfv.III.20.076/2013/8.; Budapesti XX., XXI. és XXIII. Kerületi Bíróság 18.P.23008/2014/110.; Budapesti II. és III. Kerületi Bíróság 19.P.III. 24160/2012/82.; Fővárosi Törvényszék mint másodfokú bíróság 61.Pf.637.844/2015/3.; Kúria Pfv.III.21.314/2018/12.; Kecskeméti Törvényszék 14.P.21.892/2011/19.; Fővárosi Törvényszék 17.P.24.376/2017/149.; Pesti Központi Kerületi Bíróság 10.P. 92.258/2012/106.; Tatabányai Törvényszék 20.P.20.078/2017/31.; Kecskeméti Törvényszék 6.P.22.464/2009/225.; Fővárosi Törvényszék mint másodfokú Bíróság 41.Pf.637.507/2017/4. (forrás: www.birosag.hu).

¹⁰² Az ítéletek közül lásd különösen: Veszprém Megyei Bíróság 5.P.21.715/2007/122.; Zalaegerszegi Törvényszék 6.P.20.737/2014/46.; Kúria Pfv.III.20.254/2012/8.; Debreceni Ítéltábla Pf.I.20.533/2021/6. (forrás: www.birosag.hu).

¹⁰³ Az ítéletek közül lásd különösen: Tatabányai Törvényszék 20.P.20.078/2017/31.; Fővárosi Törvényszék P.25905/2010/26.; Fővárosi Törvényszék mint másodfokú bíróság 61.Pf.637.844/2015/3. (forrás: www.birosag.hu).

is relevánssá válik. A megfelelő tájékoztatás ugyanis dokumentációval igazolható, ami egyben az orvos kötelezettsége is az Eütv. 136-137.§-a alapján. Tehát az írásbeliség „magában foglal” két jogot, ami „összemosódik” a gyakorlatban, ellenben a szóbeliséggel, ami mindezekon felül nehezen bizonyítható.

Amit még érdemes kiemelni, hogy 3 olyan ügy¹⁰⁴ volt, amelyben az utólagos tájékoztatás mellett, a dokumentációs kötelezettség és az önrendelkezési jog megsértésére is hivatkoztak. Az általam relevánsnak tartott 30 ítéletből, 29 alkalommal kártérítés megfizetése iránt indítottak pert, amelyből két alkalommal sérelemdíj megfizetésére is tartottak igényt.¹⁰⁵ Egyetlen esetben indított a felperes személyiségi jog megsértése iránti pert, amely kizárólag sérelemdíj megfizetésére irányult.¹⁰⁶Továbbá 5 ügyben¹⁰⁷ az elhunyt személy ellátásával kapcsolatosan merült fel a jogvita. Ami pedig érdekesség, hogy egy alkalommal „kérték kötelezni az alpereseket, hogy írásban kérjenek elnézést a nem megfelelő egészségügyi szolgáltatás nyújtása miatt.”¹⁰⁸

VIII. Kártérítés az utólagos tájékoztatás kapcsán

Az általam vizsgált egészségügyi tevékenységgel összefüggő jogesetek közös motívumaként értékelhető azok összetettsége, ennél fogva mindig több jogszabályhely került hivatkozásra a kereset jogalapjaként. Ebből adódik a kérdés, hogy vajon önmagában, csak és kizárólagosan az utólagos tájékoztatáshoz való jog megsértése adhat-e alapot igényérvényesítésre? Egyáltalán lehet-e arról beszélni, hogy a vizsgálatok/beavatkozások utáni eredmény és az azokkal kapcsolatos további tudnivalók megmagyarázásának elmaradása elég erős „sérelem” ahhoz, hogy ezzel bírósághoz lehessen fordulni?

Az orvos és a beteg között lévő szerződéses jogviszony, gondossági kötelemlnek minősül, amelyből adódóan az orvos kötelessége gondos eljárásra, gondos magatartás kifejtésére áll fenn,¹⁰⁹ amely jogviszonyra a Ptk. szerződési jog általános szabályai, továbbá az Eütv. meghatározott szakaszai az irányadóak.¹¹⁰ Ha tehát az egészségügyi szolgáltató – az ellátással összefüggésben – károkozó magatartást tanúsít, egy már érvényesen létrejött szerződéses kötelezettséget szeg meg, ennek ellenére az Eütv. a deliktualis felelősségi rezsim szabályait rendeli alkalmazni,¹¹¹ így kimenteni magát a szerződésen kívüli károkozásban megjelenő exculpációs szabály szerint tudja.¹¹² A kártérítő felelősség megállapításának feltételeit¹¹³

¹⁰⁴ Fővárosi Ítéltábla Pf.20.317/2012/3.; Fővárosi Törvényszék mint másodfokú bíróság Pf639732/2018/8.; Pécsi Ítéltábla Pf.III.20.080/2018/5. szám (forrás: www.birosag.hu).

¹⁰⁵ Fővárosi Törvényszék P.24.376/2017/149.; Pécsi Ítéltábla Pf.VI.20.060/2020/5. (forrás: www.birosag.hu).

¹⁰⁶ Tatabányai Törvényszék P.20.078/2017/31. (forrás: www.birosag.hu).

¹⁰⁷ Győri Ítéltábla Pf.II.20.179/2012/5.; Fővárosi Törvényszék mint másodfokú bíróság Pf639099/2018/9.; Budapesti XX., XXI. és XXIII. Kerületi Bíróság P.23008/2014/110.; Fővárosi Törvényszék P.24.376/2017/149.; Fővárosi Törvényszék mint másodfokú bíróság Pf.637.507/2017/4. (forrás: www.birosag.hu).

¹⁰⁸ Pécsi Ítéltábla Pf.VI.20.060/2020/5. (forrás: www.birosag.hu).

¹⁰⁹ Dósa 2010, 72. p.

¹¹⁰ BARZÓ TÍMEA: *A sérelemdíj alkalmazásának új dimenziói az egészségügyi kártérítési perekben*. Publicationes Universitatis Miskolcensis. Sectio Iudica et Politica 2017. 206. p.

¹¹¹ Eütv. 244. § (2) bek.

¹¹² HEINER TAMÁS – BARZÓ TÍMEA: *Az egészségügyi kártérítési perek aktuális kérdései*. Orvosi Hetilap (155)2014/38. 1513-1514. pp.

¹¹³ 1. jogellenes magatartás, 2. kár, 3. a kettő közötti okozati összefüggés, 4. felróhatóság.

egyenként, részelemről-részelemre lebontva szükséges megvizsgálni ahhoz, hogy megállapítsuk, valóban történik-e az általam vizsgált esetben kötelezettségszegés. Álláspontom szerint a szokásostól eltérő módon jelen esetben először a kárral kapcsolatban felmerülő dogmatikai elemeket kell tisztázni – milyen kár merülhet fel –, majd pedig a jogellenes magatartás és a felróhatóság kérdéskörét egyben, osztva Menyhárd Attila álláspontját, miszerint a kettőt nem lehet teljes mértékben szétválasztani egymástól.¹¹⁴ Végezetül pedig az ok-okozatossági követelmény teljesülése kerül kibontásra.

Adódik a kérdés, hogy beszélhetünk-e olyan kárról, amely nem már megtörtént sérelemre vonatkozik, hanem a jövőben kisebb vagy nagyobb valószínűséggel bekövetkező sérelem kapcsán merül fel. Ugyanis az általam vizsgált tényállás esetében az orvos mulasztása a beteg jövőjére fog kihatni, pontosabban a beteg *gyógyulási esélyének elvesztésére, vagy annak csökkenésére*. Az esély, mint fogalom a mindennapi viszonylatban nem jelent mást, mint egy jövőbeni esemény megvalósulásának valószínűsége¹¹⁵, amely sem pozitív sem negatív töltetet nem rejt magában.¹¹⁶ Annak ellenére, hogy neutrális a fogalom meghatározása, mégis valamelyik „irányba” el kell dőlnie ahhoz, hogy jogi relevanciával bírjon a gyógyulással összefüggésben. A fogalom negatív jelentéstartalommal történő értelmezése nem szolgálhatná a kártérítés alapját, ezért alatta „valamely kedvező jövőbeli esemény bekövetkezését kell érteni,” vagyis az esély pozitív irányultságát.¹¹⁷ A Ptk.-beli normatív szabályozás szerint „tényleges kár vagy sérelem csak valamely már bekövetkezett vagyoni hátrány, vagy a jövőben bizonyosan bekövetkező vagyoni előny elmaradása, illetve már bekövetkezett személyhez fűződő jogot ért sérelem lehet.”¹¹⁸ E tekintetben igen konkrét a törvény szövegezése, és látható, hogy maga a gyógyulási esély elmaradása – mint jövőben bekövetkező sérelem – kiesik a kár fogalma alól.¹¹⁹ Azonban, ha a Ptk. 2:42-43.§-ban megfogalmazott személyhez fűződő jogok megsértését – in concreto az élet, testi épség, és egészség megsértését – tágan értelmezzük, és a gyógyulási esély elvesztését az orvos mulasztó magatartásának időpontjával egyidejűleg, ténylegesen megvalósuló eseménynek tekintjük, lehetőség nyílik arra, hogy a *gyógyulási esély elvesztése* bekerüljön a kártérítési intézményébe.^{120,121} A gyógyulási esély elvesztése, mint megvalósuló kár vagy sérelem dogmatikai elhelyezésére a Legfelsőbb Bíróság BH.199.363. sz. eseti döntésében, valamint a bírói gyakorlatban főképp a Szegedi¹²² és a Pécsi Ítéletábla döntéseiben került sor.¹²³ Ezek

¹¹⁴ A jogellenes magatartás és a felróhatóság elválasztásának gyakorlati nehézségeit lásd részletesen: MENYHÁRD ATTILA: *Kihívások a mai magánjogi dogmatikában*, In: Szabó Miklós (szerk.): *Jogdogmatika és jogelmélet*. Bíbor. Miskolc, 2007. 305-306. pp.

¹¹⁵ JÓJÁRT ESZTER: *Az esély elvesztése, mint kár?* Jogtudományi Közlöny (64)2009/12. 518. p.

¹¹⁶ Uo.

¹¹⁷ CZINE ALIZ: *Az elveszett esély megítélése a kártérítési jogban*. THEMIS. 2014/1. 48. p.

¹¹⁸ Uo. 50. p.

¹¹⁹ JÓJÁRT 2009, 520. p.

¹²⁰ Uo.

¹²¹ A gyógyulási esély elvesztésének dogmatikai elemzését lásd még bővebben: KEMENES ISTVÁN: *Az esély elvesztése mint vagyoni és nem vagyoni hátrány*. Magyar Jog 2018/12. 657-670. pp.

¹²² Például az általam is vizsgált Szegedi Ítéletábla Pf.III.20.160/2011/8. számú ügyben a bíróság kimondta, hogy a „gyógyulási esély csökkenése, elvesztése hátrány, vagyis olyan károsodás, amely megalapozza kártérítési felelősséget (BDT 2010. 2274.) ... Az esély csökkenése, elvesztése esetén nem lehet bizonyosan gyógyult volna, csupán azt, hogy nagyobb esélye lett volna rá. Az egészségügyi szolgáltatónak kell bizonyítania a kimentés körében, hogy az orvosi hiba nélkül sem maradt volna esély a gyógyulásra.” (forrás: www.birosag.hu).

¹²³ FUGLINSZKY ÁDÁM: *Kártérítési jog*. Új magánjog sorozat. HVG-ORAC. Budapest, 2015. 266. p.

alapján a gyógyulási esély elvesztése önálló nemvagyoni sérelemnek minősíthető, így ennek a személyiségi jognak a megsértése kártérítésre, sérelemdíjra adhat alapot.¹²⁴ Vagyis az irányadó bírói gyakorlat szerint a beteg gyógyulási esélyeinek csökkenése, elvesztése kárnak minősül, és azt a kártérítési felelősség alapjául szolgáló hátrányos következményként kell értékelni.¹²⁵ Csak abban az esetben nem beszélhetünk kártérítésről – gyógyulási esély elvesztésének jogcímén –, ha egyértelműen megállapítható, hogy a beteg túlélésére akkor sem lett volna esély, ha egészségügyi problémáját időben felismerik. Továbbá, ha megfelelő terápia, vagy gyógykezelés mellett sem lett volna lehetősége a gyógyulásra, illetve életben maradásra.¹²⁶ Összefoglalva, az utólagos tájékoztatás megsértése esetén a bekövetkező, illetve bekövetkezett kár, amely az igényérvényesítés alapjául szolgál, a Ptk.-ban nevesített élet, testi épség, és egészséghez való jogon belül absztrahálható gyógyulási esély elvesztése, vagy annak csökkenése.

A kártérítési felelősség megállapításához szükséges második-harmadik lépcső a jogellenes magatartás, valamint a felróhatóság vizsgálata. Ennek pontosabb megismeréséhez az Eütv. 77. § (3) bekezdésére, valamint az Eütev. tv. 5. § (1) bekezdésére van szükség. Míg az előbbi akként fogalmaz, hogy „minden beteget – az ellátás igénybevételének jogcímére tekintet nélkül – az ellátásában résztvevőktől *elvárható gondossággal*, valamint a szakmai és etikai szabályok, illetve irányelvek betartásával kell ellátni.”¹²⁷ Addig az utóbbi alacsonyabbra teszi a gondossági mércét és úgy határoz, hogy „az egészségügyi dolgozó az egészségügyi tevékenységet, *az adott helyzetben általában elvárható gondossággal*, a szakmai követelmények keretei között, etikai szabályok megtartásával, legjobb tudása és lelkiismerete szerint, a rendelkezésére álló tárgyi és személyi feltételek által meghatározott szinten, szakmai kompetenciájának megfelelően nyújtja.”¹²⁸ A két normaszöveg megfogalmazása szinte azonos, mégis kivehető, hogy az egészségügyi kártérítési perekben a gondossági mérce szigorúbban van meghatározva.¹²⁹ Látható továbbá, hogy ezekben a bekezdésekben a jogellenes magatartás, valamint a felróhatóság „egyben” van megfogalmazva, s bár a kettő közötti különbség exact módon történő meghatározása az egészségügyi ellátással összefüggésben a jogirodalomban is nehézséget jelent, a BDT 2007. 1689. I. ügyében a bíróság a következőket állapította meg: „A bírói gyakorlatban és a jogtudományban elfogadott álláspont szerint a károkért való felelősség szempontjából minden károkozás, amely nem minősül jogszerűnek, jogellenes. Másként megfogalmazva: jogellenes minden olyan magatartás, ami károsodásra vezet, kivéve, ha a jogszabály a károkozó magatartás jogellenességét kizárja. Az Eütv. alapján érvényesített orvosi kártérítési felelősségi ügyekben mindez azt jelenti, hogy a szakmai szabályok megszegésének nem a jogellenesség, hanem a felróhatóság vizsgálata körében van jelentősége. [...] Ehhez képest az a magatartás jogellenes, ami a személyiséget sérti vagy veszélyezteti. A személyiség meghatározott életminőséget jelent, nevezetesen azt, hogy az ember szabadon rendelkezik önmaga felől, továbbá, hogy megilletik az emberhez méltó életfeltételek.” Az utólagos tájékoztatás kapcsán a felróhatóság az orvos részéről megvalósul azzal, hogy nem telje-

¹²⁴ FUGLINSZKY 2015, 266. p.

¹²⁵ BDT 2010. 2274., BDT 2013. 2874.

¹²⁶ FUGLINSZKY 2015, 266. p.

¹²⁷ Eütv. 77. § (3) bek.

¹²⁸ Eütev. tv. 5. § (1) bek.

¹²⁹ BARZÓ TÍMEA: *Felelősségi alapkérdések az egészségügyben*. Opuscula Civilia 2019/6. 10. p.

síti a jogszabályokban és/vagy az etikai szabályban foglaltakat, vagyis nem az elvárható gondossággal jár el. A jogellenes magatartás pedig akként következik be, hogy az orvos a beteg személyiségi jogát – testi épség, és egészséghez való jogon belüli gyógyulási esélyét –, továbbá más személyiségi jog tartalmi elemét – az önrendelkezési jogot – tájékoztatási kötelezettségének megszegésével megsérti. Tehát mind a felróhatóság, mind a jogellenes magatartás megvalósul.

A felróható és jogellenes – károkozó – magatartás, valamint a bekövetkezett kár közötti okozati összefüggés meglétének vizsgálata további elengedhetetlen feltétele a kártérítésnek.¹³⁰ Elmondható, hogy ez az egyik legnehezebben bizonyítható része a kártérítési eljárásoknak, mivel ezekben az ügyekben természettudományos vagy orvosszakértői szempontból ritkán lehet megállapítani, hogy mi okozta a kárt: felróható kötelezettségzegés vagy egyéb, a károkozótól független ok.¹³¹ Álláspontom szerint az utólagos tájékoztatás esetén az okozati összefüggés egyértelműen megállapítható, mert annak elmaradása képezi a gyógyulási folyamatnak a lassulását, a gyógyulási esély elvesztését. Ha nincsen megfelelően tájékoztatva a beteg, nem tudja milyen további vizsgálatokon szükséges részt vennie, nem tudja, milyen következményekkel számolhat. Meglátásom szerint a Szegedi Ítélet tábla BDT 2017. 3649. döntésében foglaltakhoz illeszkednek az általam kifejtettek. A bíróság kimondta, ha tényként bizonyossággal nem állapítható meg, hogy az egészségügyi intézmény részéről a kellő időben elvégzett vizsgálatok, kezelések esetén a beteg maradandó egészségkárosodása nem következett volna be, a kártérítési felelősség alapjául *csak* a gyógyulási esély elvesztése szolgálhat.¹³² Ezt azért volt fontos kiemelni, mert ha a beteg halála, vagy maradandó egészségkárosodása és az egészségügyi intézmény részéről történő vizsgálatok, kezelések, műtétek késedelmes elvégzése – mint felróható magatartás – között nincsen okozati összefüggés, akkor a végeredmény a kártérítési igényen belül nem értékelhető. Ennek ellenére a hátrány bekövetkezése a gyógyulásra való esély elvesztéseként, csökkenéseként és nem maradandó egészségkárosodásként értékelendő.¹³³ Még ha a bíróság ebben az ügyben nem a tájékoztatással kapcsolatban tett megállapításokat, a kutatási téma szempontjából azért bír relevanciával, mert az arra álláspontom szerint kiterjeszhető. E szerint a kötelezettségzegésnek – a tájékoztatás utólagos elmaradásának –, a gyógyulási eséllyel kell okozatosságban lennie a vagyoni kárigény érvényesítéséhez – nem pedig a végeredménnyel. Az utólagos tájékoztatás megsértése esetén ez az okozatosság pedig egyértelműen fennáll, hiszen maga a hiányos tájékoztatás képezi alapját a gyógyulási esély elvesztésének. A fentebb levezetettek alapján elmondható, a magyar jogrendszerben – elméletben és gyakorlatban is – lehetőség van arra, hogy a beteg – károsult – kártérítés jogcímén igényt érvényesítsen, ha az utólagos tájékoztatáshoz való joga sérül.

IX. Észrevételek, további következtetések – de lege ferenda javaslatok

Empirikus kutatásom során végig igyekeztem a tájékoztatáshoz való jog etikai részletszabályait párhuzamba vonni az Eütv. megfelelő §-aival annak érdekében, hogy teljes képet

¹³⁰ Dósa 2010, 113. p.

¹³¹ Uo.

¹³² BDT 2017. 3649.

¹³³ Uo.

kapjak az orvosi ellátással összefüggő hibákról és tévedésekről szóló utólagos tájékoztatásról – az őszinteség kérdésköréről. A kiindulópontot a Robbie Powell ügy hatására bevezetett 2008. évi törvény (szabályozott tevékenységek) 2014. évi rendelet: 20. rendelete a „*Duty of Candour*”, továbbá az Egyesült Államokban már évtizedekkel ezelőtt elindult nemkívánatos eseményekkel kapcsolatos tájékoztatás képezte, mivel ezekben az országokban felismerték fontosságát a vizsgálatok/eredmények utáni nyílt kommunikáció jogi szabályozásának.

Ezekhez viszonyítva állítottam fel a kutatási kérdésemet, melyre a tanulmányban levezetettek alapján azt a választ kaptam, hogy valóban nincsen pontosan szabályozva az, hogy az orvos milyen mélységben köteles őszintének lenni az egyes hibákkal, tévedésekkel és eredményekkel kapcsolatban. Ehhez, a kutatás harmadik részében két meghatározó elméletet – a konzekvencionalista és deontológia elméletet – kellett görcső alá venni annak érdekében, hogy egyáltalán választ kapjak arra, hogy a szakmai etika milyen álláspontot képvisel az igazmondással, tájékoztatással összefüggésben. Az eredmények alapján megállapítást nyert az, hogy mind a két elmélet az őszinte, nyílt kommunikáció mellett szól. A kutatás negyedik részében a tájékoztatáshoz való jogot – mint általános betegjogot – vizsgáltam, ahol egyértelművé vált, hogy a szabályozás rendkívül részletekbe menően határozza meg a tájékozott beleegyezés intézményét úgy, hogy álláspontom szerint ahhoz igazodik maga a tájékoztatáshoz való jog, míg az ezen belül elhelyezkedő utólagos tájékoztatás háttérbe szorul. Látható volt, hogy majdnem az összes tartalmi szabály – jogosult, kötelezett, mód, egyéniesített forma – áttemelhető az utólagos tájékoztatás intézményére –, azonban az Eütv. 13. § (1) bekezdésében *általánosan megfogalmazott teljes körűség* viszont csak a tájékozott beleegyezés intézményére vonatkozik az egészségügyi kommentár értelmében, ami meglátásom szerint az utólagos tájékoztatás tekintetében nagy hiány. A negyedik részben az Eütv. 13. § (4) bekezdésének értelmezésénél az is nyilvánvalóvá vált, hogy olyan szubjektív kifejezések kerültek alkalmazásra, melyek nagyon tág teret adnak a jogalkalmazók számára: a sikertelenséget, a várttól eltérő eredményt és annak okait kell részletezni. Ami viszont érdekességként kiemelendő, hogy az eredmény, ami egyébként „pozitív” volt, de esetlegesen kisebb hibát rejtett magában – vagyis, amikor az orvos nem jelentős hibát vét, és az nem hat ki közvetlenül a beteg egészségére/az eredményre – *már nem szorul kifejtésre* az orvos részéről sem a nyelvtani értelmezés, sem a teleologikus értelmezés alapján. Az Eütv.-vel szemben az etikai kódex már in concreto rögzíti az ellátás során elkövetett hibákra és tévedésekre vonatkozó tájékoztatást, ami olyan általánosan, széleskörűen lett megfogalmazva, hogy lehetőséget teremt arra, hogy az orvos által megvalósított kisebb hibákra kiterjeszhető legyen. Mindezek alapján elmondható, hogy az Eütv. és az etikai kódex rendelkezései egymást kiegészítve az összes tévedés és hiba közlését hivatottak szolgálni, ami álláspontom szerint rendkívül pozitív eredményként értékelendő, azonban további pontosításra szorulnak, hogy betöltsék céljaikat a gyakorlatban. Az erre irányuló, *de lege ferenda* javaslatok lentebb kerülnek kifejtésre.

A kutatási kérdésből fakadó hipotézis miszerint, ha nincsen pontosan szabályozva az orvos igazmondása, akkor nincs is lehetőség az önálló jogcím szerinti igényérvényesítésre azonban nem nyert alátámasztást a vizsgált bírósági döntések tükrében. Bár számos esetben úgy hivatkoztak az Eütv. 13. § (4) bekezdésére, hogy a benne foglaltak sérelme valóban felmerült a tájékoztatáshoz való jogon belüli részjogosultság megsértéseként, mégis akadtak olyan ügyek is, amelyeknél egyértelműen kivehető volt, hogy az utólagos tájékoztatáshoz való jog (mint önálló jogintézmény) sérelméről szolt a jogvita –, így a fel-

peresek jogalapjának origója a fentebb említett bekezdés volt. Ezekben az esetekben kivétel nélkül a vizsgálat/beavatkozás utáni *eredmény, nem várt eredmény* megmagyarázásával kapcsolatban merült fel a probléma. Mivel az utólagos tájékoztatás megfelelő megadásán múlik, hogy a páciens mit fog, illetve mit *kell* tennie a továbbiakban, az is megállapítást nyert a jogalkalmazási gyakorlatban, hogy gyakran alkalmaztak olyan §-okat, illetve bekezdéseket az Eütv.-n belül, amelyek a tájékozott beleegyezés intézményére vonatkoztak, mert azzal próbálták alátámasztani, hogy *miket és milyen mélységben* kellett volna az orvosnak elmondania a tájékoztatás során. Ilyen volt az Eütv. 13. § (1) bekezdése, valamint a 13. § (2) bekezdésének egyes pontjai. Ez a jogalkalmazók részéről alkalmazott logikus megoldás, jól rávilágít arra, hogy a vizsgálatok/beavatkozások előtti taxatív felsorolással ellátott tájékoztatás részletes, addig az utána lévő tájékoztatási gyakorlat pontosításra szorul.

Ami még szintén említést érdemel a jogesetek kapcsán a gondos eljárási kötelesség és az utólagos tájékoztatáshoz való jog viszonyának tisztázása, mivel az elvárható gondossághoz, mint zsinórmértékhez kapcsolódik az orvos egészségügyi ellátással összefüggő magatartása. Ezeknek nem csak elméletben, de gyakorlatban is valamelyest el kell válniuk egymástól, annak ellenére, hogy az orvosi tájékoztatási kötelezettséget áthatja az elvárható gondosság követelménye. Ezért erre vonatkozóan a következők állapíthatók meg: Ha az orvos, az eredmény tudatában nem az annak megfelelő, az egészségi állapot által indokolt további vizsgálatokat, (gyógy)kezeléseket nyújtotta, gondossági kötelességét (is) megszegte, viszont, ha az eredményre irányuló tájékoztatás marad el – és ezt követően nem is végez további vizsgálatokat –, akkor az utólagos tájékoztatáshoz való jog (mint önálló) jogintézmény sérül.

A fentebb levezetettek alapján azon álláspontra helyezkedem, hogy a jogszabály módosítása indokolt és a következő, de lege ferenda javaslataim vannak. Az Eütv. 13. § (4) bekezdésébe kiegészítéseként és a jogintézmény megerősítéseként kerüljön bele külön a tájékozott beleegyezés során alkalmazott *teljeskörűen* kifejezés. Ez lehetőséget nyújtana arra, hogy a tájékozott beleegyezés és az utólagos tájékoztatás viszonylag elkülönülve legyen alkalmazva a gyakorlatban, továbbá egyértelműbbé tenné, hogy milyen mélységben illeti meg a beteget a tájékoztatás joga a vizsgálatokat/beavatkozásokat követően. A normaszövegbe továbbá beillesztésre javasolt, hogy a szóbeli és az írásbeli tájékoztatás egyaránt szükséges, hogy az is tisztázásra kerüljön, hogy a kettőnek *együtt, konjunktíve* kell teljesülnie: a leírt információkat szóban is közölni kell a beteggel ahhoz, hogy egyértelművé váljon a beteg számára az egészségügyi állapota. A gyakorlatban ugyanis az általam relevánsnak vélt bírósági döntések, 40%-ában dokumentációs kötelezettség megsértésére is hivatkoztak a tájékoztatási kötelezettség megsértése mellett és nehézséget okozott annak megítélése, hogy mi képezi a két jogintézmény közötti határvonalat. Az utólagos tájékoztatás *szóban* történő rögzítése viszont meglátásom szerint, ha nem is teljesen egyértelművé, de átláthatóbbá teszi a tájékoztatáshoz való jog és a dokumentáció megismeréséhez való jog közti különbséget, valamint megerősíti a köztudatban, hogy a szóbeli tájékoztatásnak folyamatosnak kell lennie az ellátás során. A normaszöveg mellé egyfajta kiegészítésként javasolt egy további mondat beemelése, amely iránymutatásként szolgálna arra, hogy az utólagos tájékoztatásnak mire kell kiterjednie anélkül, hogy a tájékozott beleegyezés 13. § (2) bekezdésének pontjai kerülnek feltüntetésre. Álláspontom szerint a normaszöveg módosítása, valamint kiegészítése lehetővé tenné az utólagos tájékoztatás, mint a tájékoztatáshoz való jogon belüli részjogosultság önállóbb jogintézménnyé formálását. A leírtak

alapján az általam módosított törvényszöveg a következőt tartalmazná: A betegnek joga van *teljeskörűen – szóban és írásban is* – megismerni ellátása során az egyes vizsgálatok, beavatkozások elvégzését követően azok eredményét, esetleges sikertelenségét, illetve a várttól eltérő eredményt és annak okait. *A betegnek joga ahhoz, hogy részletes tájékoztatást kapjon az eredmény – ideértve a nem várt eredményt is – tekintetében további egészségügyi szolgáltatás igénybevételének szükségességéről, továbbá a javallott életmódról.*

LILLA ANDREA BARZÓ

Subsequent information: private law issues of informing the patient after examinations/treatments

(Summary)

The starting point of my research begins in England with the *Health and Social Care Act 2008 (Regulated Activities) Regulations 2014: Regulation 20 – Duty of Candour*, which requires honesty from doctors as a legal obligation for „notifiable safety incidents”. Since it has been noticed not only in England but in the United States as well that the doctors’ honesty is beneficial both of the doctors and patients, I examined the domestic regulations and asked the following question and made a hypothesis: do we have a precise provision in the Act CLIV of 1997 (hereinafter: Eütv.) regarding the doctor’s honesty? If the doctor’s truthfulness is not precisely regulated, then it is not possible to enforce a claim in our legal system if the doctor violates his duty of honesty after certain examinations/treatments. Today, neither the Eütv. nor the Code of Ethics of the Hungarian Medical Chamber provide regulation under the word *honesty*; therefore, among the patient’s rights I decided to examine the right to information (in the Eütv). Within the patient’s right to information I analyzed closely a special institution – Eütv. § 13 (4) – that I have given a special name: the subsequent information. In my research I went back to two theories within bioethics, examined the content of the right to (subsequent) information, the institution of compensation – and all the anonymised court decisions available on the Internet – in which reference was made to the Eütv. § 13 (4) – to answer my research question and the hypothesis. It was concluded that the domestic regulation regarding giving information to the patients after certain examinations/treatments need further clarification and that it is possible to enforce claims if the doctor fails to comply with his/her obligation to provide subsequent information.